

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD INFANTIL. CIENCIA, MEDICINA Y EDUCACIÓN EN LA TRANSICIÓN SANITARIA EN ESPAÑA*

Esteban Rodríguez Ocaña
Universidad de Granada

Introducción

Los estudiosos de historia de la población reconocen, bien que con distinto énfasis, la relevancia que la medicina contemporánea supone para explicar los procesos de transición demográfica. La introducción de medidas médicas de tipo occidental en países de menores niveles de desarrollo ha demostrado su capacidad de acelerar la disminución de la mortalidad en los mismos, hasta el punto de procurarles una fisonomía transicional propia que subraya los mayores incrementos de población (Livi-Bacci, 1990; Caldwell, 1992).

Pues bien, cuando hablamos de la mortalidad infantil en un país occidental, ¿podemos analizar el impacto de la medicina en la misma al par que se va configurando ese poder médico actual? ¿Es lícito aplicar los mismos esquemas de enfrentamiento cultural y aculturación que en el caso de los países periféricos?

Mi hipótesis, en la senda emprendida por muchos otros (Fildes, 1986; Dwork, 1987; Meckel, 1990; Ballester, 1991; La Berge, 1991; Bernabeu, 1992; Klaus, 1993; Ballester y Balaguer, 1995) es que sí son abordajes posibles y convenientes, siempre que nos protejamos de tres peligros: una teoría *circular* de la modernización (como fenómeno que se explica a sí mismo, con sus propios criterios), el reduccionismo cultural (no podemos entender la medicina como *sólo* medicina, sino como parte de una totalidad en la que participan ciencia, economía y

* Trabajo realizado dentro del Proyecto DGICYT PS93-112

sociedad) y una historia *tradicional* de la medicina (no podemos limitarnos al devenir del pensamiento médico, cuya génesis y contenidos hay que poner en relación con su contexto sociocultural, sino trazar una *historia de la salud*, que trabe las prácticas populares, institucionales y médicas).

En el caso de la infancia es preciso advertir que hasta comienzos del Ochocientos apenas se había tenido en cuenta de manera sistemática en la doctrina y práctica médicas más allá del momento del parto, por el que se interesó la cirugía ilustrada. Justamente, el desarrollo del subsiguiente interés desde la medicina es uno más de los elementos que contribuyen a configurar el estatus infantil en nuestra cultura industrial.

Los niños, y, en particular, los lactantes, se hicieron *visibles* ante la medicina al coincidir una intensa preocupación social por el problema de la mortalidad infantil —lo que condujo a la aparición de centros (dispensarios, hospitales) para asistencia de niños en Inglaterra y en Francia— y una elaboración técnica que permitió el reconocimiento de enfermedades fuera del ámbito del diálogo con el médico, acercamiento científico-natural que se inició con la doctrina anatomoclínica. Como es sabido (Seidler, 1974; López Piñero, 1985), la consideración central de la lesión anatómica en la configuración de las enfermedades, a partir de una práctica hospitalaria a gran escala, liberó la medicina de la sujeción al síntoma; el nuevo lenguaje semiológico permitió transformar los cuerpos infantiles en problema científico. El triunfo de los principios de la medicina anatomoclínica se siguió de la incorporación de los supuestos de la medicina de laboratorio a partir de las últimas décadas del siglo XIX, que completó la perspectiva anatómica con la físico-química. Este proceso de capacitación técnica fue simultáneo a la creación de la especialidad de «medicina de niños» o Pediatría. Esa nueva medicina no sólo modificó los contenidos teóricos y prácticos en el seno del grupo de los sanadores profesionales sino que también afectó a los usos y lenguajes populares, modificando la cultura popular para introducir en ella como dominante una delimitación científica de las entidades «niño» y «madre» (Apple, 1980, 1987 y 1995).

Hemos de señalar que la salud infantil no se modificó solamente con medidas dirigidas específicamente a esa cohorte poblacional, sino que la influyeron otras muchas de ámbito general o inespecífico. Por ejemplo, un estudioso madrileño, Luis Lasbennes, subrayaba, en 1918, que la mortalidad madrileña se había modificado decisivamente a partir de la construcción del Canal de Lozoya, bien que la rebaja en la proporción de defunciones entre menores de 5 años fuera la consecuencia del «movimiento puericultor».

A la génesis y desarrollo de éste en España vamos a dedicar nuestra atención en lo que sigue. Las informaciones y análisis correspondientes al primer tercio de siglo son fruto de trabajos míos anteriores, que en la actualidad estoy intentando completar de manera monográfica. Por lo que hace al estudio de la organización puericultora en el franquismo, presento una primera aproximación, que toma como fuentes en su mayor parte publicaciones oficiales de dicho periodo¹.

1. Justificación de la campaña en pro de la salud infantil

Ya hemos advertido que fue precisa la existencia de una situación de alarma social acerca de la mortalidad infantil para que se delimitara, desde la medicina, un saber especializado. Las reflexiones acerca de la magnitud de este problema que comienzan en el siglo XVIII marcaron una pauta de análisis (por ejemplo, con Bonells, 1786, Ballexerd, 1787 o Arteta, 1801-1802) que no se retomaría en el mundo hispano hasta el tiempo de la Restauración decimonónica, de la mano de la normalización de la actividad científica y médica. Dicho interés se plasmó, en particular a partir de 1880, en una amplia producción editorial, dentro de la que podemos encontrar varios subgéneros destacados. Por un lado, la producción de monografías con clara intención divulgativa, subgénero de «consejos a las madres» que mantuvo una presencia constante, aunque progresivamente atenuada, hasta mediados de los años 60 en este siglo. Así, por ejemplo, los conocidos de Vidal Solares, ocho ediciones entre 1882 y 1903 de sus *Consejos prácticos* en formato extenso y un número indeterminado, más de quince, del formato reducido (*Instrucción dialogada* o *Preceptos sobre Puericultura e Higiene de la primera infancia*, según las ocasiones) entre 1886 y 1916; también el caso de Ulecia, cuatro ediciones entre 1904 y 1924, o el de Bosch Marín, catorce ediciones entre 1933 y 1966. Bajo la forma sintética de *Cartillas sanitarias de la primera infancia o de Puericultura*, se multiplicaron asociadas a las distintas instituciones benéficas locales enfocadas hacia la asistencia maternofilial. Otro gran subgénero es el de los estudios demográfico-sanitarios, apoyados en la oferta cuantita-

¹ Dejo constancia de la contribución pionera de Jesús de MIGUEL a la revisión histórica de la intervención médica en el cuidado de los niños en la España contemporánea, a partir del análisis de publicaciones médicas (cf. *La amorosa dictadura*, Barcelona, Anagrama, 1984). Suscribo la mayor parte de las hipótesis generales de este libro, aunque discrepe en muchos detalles.

tiva que empezaba a ser regular gracias a la explotación de los Registros civiles (como los de Aguirre Barrio, 1885, sobre Madrid; Borobio, 1893, sobre Zaragoza o Comenge, 1899, sobre Barcelona) y que vemos culminar con el virtuosismo estadístico de los conocidos trabajos de Marcelino Pascua (1934) y Antonio Arbelo Curbelo (1952 y 1970)². En muchas ocasiones, se trata de una literatura intencionada, que emplea los datos numéricos como arma para excitar determinadas acciones médico-sociales (como en Ulecia, 1903). Por tal razón, se dirigen a un público culto, pero no exclusivamente médico. Finalmente, y descartando las contribuciones referidas a patología y terapéutica —esto es, las claramente pediátricas—, hay un tercer grupo de trabajos, que es el que se refiere a las técnicas alimentarias que, aparte de tener su salida en las obras de divulgación, se discute en el seno de la profesión médica a través de artículos de revista, reuniones científicas y premios académicos y societarios³.

Existen indicios para pensar que la generalizada disminución de la mortalidad infantil en este siglo, salvo los dos momentos críticos en torno a las epidemias de gripe de 1918 y a la guerra civil, siguió a un periodo de previo aumento de la misma durante el último tercio del siglo XIX. En coincidencia con la puesta a punto de la estadística demográfica local en el último tercio del siglo XIX, este posible aumento de la presión mortuoria puede ayudar a explicar la conversión de la mortalidad de los niños en fenómeno socialmente preocupante. Por ejemplo, el estudio de Enrique García de Ancos (1903), sobre el caso de la capital vizcaína en el quinquenio 1897-1901, revela un aumento de más de 20 puntos sobre la tasa hallada en el anterior de Gumersindo Gómez (1896) para el decenio 1878-1887. Las cifras y proporciones de fallecidos suministraron el material para la queja poblacionista, en los sucesivos contextos de la prédica regeneracionista y los totalitarismos primorriverista y franquista.

² Sobre el desarrollo de la estadística demográfico-sanitaria, véanse los trabajos de Josep BERNABEU MESTRE, «Fuentes para el estudio de la mortalidad en la España del siglo XIX», Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA, «La Estadística en la administración sanitaria española del siglo XX» y Fernando MARTÍNEZ NAVARRO, «Algunos problemas en la reconstrucción de las series históricas de las estadísticas demográfico-sanitarias», todos en el volumen colectivo *Estadísticas demográfico-sanitarias...* Madrid, Instituto de Salud Carlos III, 1992. Los trabajos de Pascua y de Arbelo, citados por Rosa GÓMEZ REDONDO (1992).

³ Como, por ejemplo, en: «Academia de Ciencias Médicas de Bilbao...», 1906; E., GARCÍA DEL REAL, 1911; numerosas contribuciones al II Congreso español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría (Madrid, 1911) y al Congreso nacional de Pediatría de San Sebastián, 1923; R., GARCÍA DUARTE SALCEDO, 1927, entre otros.

La Ley de Sanidad infantil y maternal, de 1941, como la de Protección a la Infancia de 1904, se justificaron a partir de la conciencia del problema demográfico que suponía la elevada mortalidad infantil. Del mismo modo, el Decreto de 1923 por el que se iniciaba el Subsidio de Maternidad y el propio Seguro de Maternidad, puesto en marcha a partir de 1.º de octubre de 1931, se explicaron en términos paralelos de tutela a la mujer y prevención de la mortalidad infantil.

Entre los factores causales, durante los decenios finales del siglo diecinueve y primeros del veinte, la reflexión médica concedió un papel preponderante a las enfermedades digestivas —inmediatamente ligadas a trastornos alimenticios—. Esto no dependió de forma estricta del análisis demográfico hispano, toda vez que los datos no coincidían en las distintas poblaciones. Se comenzó por emplear datos ajenos, como los de procedencia belga que Aguirre (1885, pp. 10-11) citó para justificar su afirmación del predominio de este tipo de trastornos en la primera infancia. En Bilbao, a caballo entre los dos siglos, las enfermedades digestivas apenas explicaban un 15% de los fallecimientos, tanto entre los menores de 1 año como en los menores de 5 años, siendo mucho más relevantes las enfermedades respiratorias y las infectocontagiosas⁴. En Valencia, por la misma época, mayor carga recaía en las enfermedades respiratorias⁵. En Barcelona, unos años después, también las enfermedades respiratorias resultaban predominantes en la morbilidad infantil⁶. Ni siquiera las cifras de Madrid correspondientes al trienio 1900-1902, presentadas por Ulecia, justificaban dicha prioridad, que, sin embargo, este autor resaltaba a través de un argumento *ad hoc*, a saber: que en muchos casos la enfermedad respiratoria o nerviosa diagnosticada como causa de muerte asentó sobre un trastorno gástrico primitivo o una falta de régimen alimenticio. Eso le permitía concluir «[...] que las enfermedades que deben figurar *en primer término* como

⁴ Las cifras que aportan tanto Gumersindo GÓMEZ (1896: 200), —período 1878-1887— como GARCÍA DE ANCOS (1903: 71) —período 1897-1901—, son bastante similares (para menores de 5 años, respiratorias, 28,2 y 28,6%; infecciosas, 24,9 y 35,5%), con aumento de muertes debidas a enfermedades infectocontagiosas en el segundo periodo a expensas de la disminución de las causadas por causa nerviosa (cerebroespinal).

⁵ A. MARTÍNEZ VARGAS. Reseña a *La mortalidad de los niños en Valencia*, por el Dr. R. Gómez Ferrer, Madrid, 1901. *La Medicina los Niños*, 1902, 3, 344-346.

⁶ Concretamente, el Dispensario pediátrico municipal barcelonés atendió, en 1916, 3.176 casos de dicha patología, por 2.304 de enfermedad digestiva, 1.873 de enfermedad de la piel y 1.101 de enfermedades infecciosas. ROBLEDO. *Memoria resumen de los servicios prestados por la Casa Municipal de Lactancia durante el año 1916*, Barcelona, Talleres gráficos Bores, 1917.

factor principalísimo en la espantosa mortalidad infantil, son las del *aparato digestivo* y, entre estas en primera línea, la *gastro enteritis* o *diarrea infantil*⁷.

La posición central de la alimentación de los lactantes en la preocupación médica obedeció a ciertos estímulos científicos y otros socioculturales. Por un lado, la Pediatría se alejaba de la Medicina general mediante el dominio de la especificidad orgánica infantil a través del desarrollo de la fisiopatología digestiva (consideración del recién nacido como «un tubo digestivo servido por órganos»)⁸. A la vez, existió la necesidad de interpretar una mortalidad también elevada entre los niños de las clases acomodadas, donde no podía aplicarse el mismo círculo pobreza-enfermedad que justificaba la proletaria. Sumemos a ello influencias socioculturales, no menos relevantes, en relación con el modelo de familia y la definición de un rol femenino subordinado, asunto en el que han profundizado diversos estudios recientes [cf. las ponencias de Josefina Cuesta y Pilar Folguera, en García Nieto, M. C. (ed.), 1986; Ehrenreich y English, 1990; Nash, 1993; Ortiz, 1993; Apple, 1995; Fuentes Caballero, 1996].

De acuerdo con tales supuestos, que culpaban directamente a la ignorancia de la población, en particular a las madres, la Medicina de la Infancia articuló una tecnología de intervención regida por el lema «reglamentar y vigilar todo cuanto se pueda» (Aguirre Barrio, 1885: 240), bajo la denominación de Puericultura.

2. Puericultura o medicina social de la infancia: una profesión misionera

La Puericultura fue la expresión profesional de la campaña de prevención de la mortalidad infantil. Iniciada en España con las primeras Gotas de Leche a partir de 1902 y organizada como una especialidad sanitaria en la Escuela Nacional de Puericultura (establecida en 1923 y abierta en 1926), en sus inicios fue una ocupación médica, hasta que

⁷ R. ULECIA CARDONA, *Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid...*, 1903, p. 21, subrayado en el original. Las cifras que daba eran: 5.093 casos de enfermedad infecciosa, 3.499 de enfermedad nerviosa, 4.877 de respiratorias (de ellas, 3.500 de bronquitis aguda), 2.814 de digestivas (diarrea) y 3.463 para otras (p. 16 y gráfica adjunta).

⁸ «El niño, a su nacimiento, y durante largos meses siguientes, puede ser considerado como un tubo digestivo servido por órganos, y todavía ese tubo es imperfecto y en vías de formación», cita de Dujardin Beaumetz en AGUIRRE BARRIO (1885: 144).

en 1958 desapareció de las competencias médicas dentro del Seguro de Enfermedad, quedando limitada su existencia al campo preventivo (médicos de la Sanidad Nacional). A la vez, se incorporó a los cometidos de ciertas enfermeras y matronas e incluso personal no sanitario (maestras, divulgadoras de la Sección Femenina). Durante los primeros 40 años del siglo coincidía con la *Maternología* (o Puericultura Prenatal), de la que se segregó —no funcionalmente, como veremos, pues en la postguerra la Dirección General de Sanidad instaló de forma paralela consultorios de Puericultura y Maternología— viniendo esta a adoptar la denominación especializada de Tocología u Obstetricia.

El objeto de la Puericultura era extender las normas científicas de cuidado de la infancia, en particular las referidas al régimen alimenticio durante la lactancia.

Ya hemos indicado cómo los problemas de la alimentación de los recién nacidos adquirieron una gran relevancia etiológica. De los tres modos genéricos de proporcionar alimento al neonato, lactancia materna, lactancia por nodriza y lactancia artificial (especialmente mediante biberón), los paidópatas se declararon unánimemente defensores de la primera, rígidos censores de la segunda, que podía ser permitida entre las clases acomodadas siempre que se escogiera una nutricia conveniente, con consejo médico, y se la alojara en el hogar familiar⁹, y absolutos enemigos de la última. Coll (1900: 54), afirmó que «el biberón es mortífero para el niño». En el *Tratado* de Jales Comby, cuya 3ª ed. francesa (1899) fue traducida por Andrés Martínez Vargas, se escribía que «la lactancia artificial es la peor y más peligrosa de todas las clases de lactancia», (p. 19). Uno de los cuatro carteles de propaganda sanitaria, distribuidos por la Dirección general de Sanidad en 1932, versaba sobre los peligros del biberón, en tanto otro animaba a practicar la lactancia materna¹⁰.

Pero el de la lactancia materna *über alles* era un discurso moral, lastrado por esa visión reduccionista de la condición femenina que se

⁹ La figura del ama de leche era uno de los signos tradicionales de estatus de las clases altas y acomodadas. Debido a ello, se disculpaba su existencia y aún se estimulaba su contratación por abundantes motivos clínicos y biológicos, durante la mayor parte del siglo XIX (Cf. GONZÁLEZ Y CRESPO, 1833: 53-56; GIL Y FRESNO, 1871: 163-64; PEIRÓ Y SERRANO, 1875: 19-34. Ver NAVARRO UTRILLA, 1982 y 1983). Aunque la definición académica de «la maternidad completa» trajo consigo la reducción de la permisividad (SAIZ DE LLAVERÍA, 1914) el peso de las conveniencias sociales tardó mucho más en perderse. Todavía en 1938, Juan Bosch Marín, el máximo dirigente de sanidad infantil en el bando franquista, firmaba lo siguiente: «Cuando la nodriza vive en casa de los padres del niño, la lactancia es excelente» (BOSCH, 1938: 107).

¹⁰ Noticia recogida por J.L. Morales en *La Medicina Ibera*, 26/1, CXVII-CXIX.

había fortalecido desde mediados del siglo diecinueve, que alcanzó efectos contrarios a lo esperado, pese a que se mantuvo prácticamente hasta los años setenta de nuestro siglo, tanto por pediatras como por tocólogos: aumento y sistematización del uso del biberón. El compromiso técnico se reforzó en el terreno más propicio de la lactancia artificial, donde más claramente accesibles eran los instrumentos y las reglas externas a los cuerpos de las mujeres, a la vez que permitía atender las necesidades que generaba la irremediable salida de la mujer del hogar. Una dinámica social se veía sustentada por una propuesta técnico-médica, cuyo mérito se reforzaba por su misma utilidad dentro de dicha dinámica. Alcanzado el primer tercio del siglo, se hizo patente para muchos la inutilidad de una estricta regulación científico-médica de la crianza, en ausencia de mínimas condiciones de dignidad de vida para las familias que, por tradición y por carecer de medios, mantenían la lactancia materna y altas cotas de mortalidad infantil al mismo tiempo, como era el caso de las zonas rurales de Andalucía y Extremadura (García-Duarte Salcedo, 1927: 306).

Hacia 1954 se advierte por vez primera en España el daño de orden psicológico que podían conferir unas rígidas normas puericultoras centradas casi exclusivamente en la alimentación¹¹.

Los centros puericultores nacieron con afán de combinar el socorro benéfico y la educación higiénica, por lo que se advierte con facilidad su sentido misionero. Por ejemplo, la noticia de la apertura de un Consultorio infantil de la Facultad de Medicina de Barcelona, el 3 de octubre de 1904, subrayaba que su función era la de servir de *Escuela de Madres*¹². Durante la discusión sobre alimentación de la infancia, mantenida en varias sesiones de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao en 1905, Carmelo Gil enfatizó la prioridad educativa que debía cumplir la Gota de Leche municipal, por delante del propio suministro de este alimento¹³. Pero la conciencia preceptiva de la Puericultura se extendió más allá de la relación directa o inmediata del médico con las familias. Por ejemplo, en 1934 se decía en reunión de la Sociedad Catalana de Pediatría que «[en] las llamadas obras de beneficencia, que antes eran consideradas como obras de

¹¹ «Casi todo lo que la clásica Puericultura ha determinado como regla es traumático y peca contra la higiene mental», escribió Juan BOSCH, (1954: 13). No sabemos que dicho apunte, tomado de fuentes argentinas, modificara en nada el *Catecismo* normalizador que divulgaba este autor.

¹² *La Medicina de los Niños*, 1904, 5, 258.

¹³ «Academia de Ciencias Médicas de Bilbao ...», 1906: 49-50.

ayuda material [...] en la actualidad destaca más la lucha contra la ignorancia que contra la miseria»¹⁴.

No olvidemos que «combatir los errores y preocupaciones populares» fue uno de los principales objetivos de la Asamblea general de salubridad, higiene y educación de la infancia, convocada por el ministro Alberto Aguilera en 1909¹⁵. Y que la campaña de educación sanitaria aparecía como la vía regia de la defensa de la nación, según los postulados de la Medicina social del momento. Como expresó Manuel Tolosa Latour (1857-1919), una figura muy representativa de este movimiento, la tarea de «pacificar» a la gran masa de la sociedad española recaía en la medicina. A sus profesionales correspondía «rehacer la vida del hogar» y «preparar el terreno para que las leyes [...] sean apetecidas, comprendidas y acatadas» (Tolosa Latour, 1903: 11). Según esa visión tecnocrática, sólo los médicos tenían el derecho y el deber, fundado en la naturaleza de sus conocimientos profesionales, de guiar la vida de la colectividad; no ya gobernar, sino señalar «la única senda que conduce a la prosperidad», que coincidiría con la buena salud del pueblo (Tolosa, 1903: 10).

Lo que podemos denominar esfuerzo público contra la mortalidad infantil en España pasa, durante el siglo xx, por cuatro fases. La inicial, hasta la República, que se caracteriza por el predominio de la acción benéfica dispersa, es decir la multiplicación de iniciativas locales, sin coordinación entre sí, con un ámbito urbano. Con la República se incluye entre los objetivos de la Sanidad estatal, iniciándose la dotación del Servicio de Higiene Infantil, enfocado también hacia el mundo rural, mientras que en las ciudades comienza a extenderse la institución de la previsión social con el Seguro de Maternidad y su Obra Maternal e Infantil. Entre 1940 y 1958 tuvo lugar la mayor concentración de esfuerzos en las mismas vías abiertas por la República, el desarrollo de la preocupación por el campo a cargo de la Sanidad estatal, con el apoyo de la Sección Femenina del partido único, y la consolidación de los Seguros sociales sanitarios, con su unificación como Seguro Obligatorio; en esta etapa, la Puericultura es la única actuación preventiva que se ejecuta de forma regular dentro del Seguro (el de Maternidad, hasta 1948; Seguro de Enfermedad en adelante). La acción benéfica siguió siendo relevante, aunque a través de una nueva organización centrali-

¹⁴ Palabras de Torrelló Cendra en la sesión de 26 de abril. *Archivos Españoles de Pediatría*, 1934, 18, 543.

¹⁵ *La Medicina de los Niños*, 1909, 254-256.

zada, Auxilio Social, también organización del Movimiento. Durante la última etapa, hasta el fin del franquismo, la relevancia social de la acción antimortalidad *como tal* se difumina paulatinamente; la desaparición oficial de la Puericultura del Seguro de Enfermedad restringe al ámbito de la sanidad gubernamental sus cometidos, que se concentran en la capacitación de personal femenino con distintos niveles de profesionalización, desde las enfermeras y matronas puericultoras a las cursillistas del Servicio Social; la medicina da por conseguidos sus objetivos, en la extensión a todo el cuerpo social de sus normas y principios sanitarios, convertidos casi en materia de buenas costumbres.

A continuación repasaremos las dinámicas de intervención puericultora a través de los distintos instrumentos generados, advirtiendo la continuidad en sus objetivos y planteamientos.

2.1. *Consultorios de lactantes y gotas de leche. Los dispositivos originales de la campaña puericultora*

En España (Rodríguez Ocaña; Ortiz Gómez y García-Duarte Ros, 1985) existieron Gotas de Leche a partir de 1902 y Consultorios para lactantes desde 1904, casi todos incluyendo un servicio de esterilización y reparto de leche, a semejanza del primero organizado en Madrid por Rafael Ulecia y Cardona (1850-1912).

Entre 1902 y 1912 se abrieron en toda España alrededor de una treintena de Consultorios o Gotas de Leche, la gran mayoría en capitales de provincia. En el momento de máxima intensidad de las actuaciones públicas puericultoras, a mediados de los años 50, no se alcanzaron los 500 centros en toda España, lo que quedaba muy lejos de lo que fue habitual en los países europeos de los que se copiaba dicha práctica; sólo en 1907 existían en Francia cerca de 500, que en 1933 fueron más de 4.500, mientras en Alemania pasaron de 73, en 1907, a 782, en 1915, o en Bélgica funcionaban no menos de 900 consultorios de lactantes de titularidad pública en 1924 (Rollet-Echalier, 1990: 387 y 392).

La capacidad de atraer al público se conseguía mediante la oferta gratuita o semigratuita de leche, así como otros alimentos para los lactantes y, en algún caso, para las madres, así como otras medidas benéficas tradicionales (ropa, canastillas, incluso dinero).

La instalación de dichos centros tuvo distintos patrocinadores. Unos fueron mantenidos por los ayuntamientos, otros por la caridad privada, o por las Juntas Provinciales de Protección a la Infancia, aun-

que no fue infrecuente la colaboración de unos y otras. Para caracterizar de forma sintética la primera etapa de la organización puericultora en España hablaríamos de «beneficencia y autonomía institucional», a través de obras urbanas, cada una con sus peculiaridades fundacionales, con predominio de la presencia municipal, algunas con más atención enfocada en los lactantes que en las madres (lactancias municipales de Madrid o Bilbao) y otras donde ambos colectivos recibían atenciones parejas (en Barcelona, por ejemplo, tanto las instituciones municipales como las privadas).

En estos centros se concretaron unas funciones que se mantendrían constantes en toda la organización puericultora, por lo que conviene repasarlas someramente. Se resumían en las siguientes: vigilancia de la lactancia normal en bebés sanos, cuya alimentación materna completaba o sustituía de ser necesario, y dirección científica de la lactancia artificial para reducir en lo posible sus inconvenientes, en particular la diarrea. Para ello debían acudir los niños con sus madres, quienes tenían la obligación de inscribirse y registrar el peso de su hijo con una frecuencia que dependía de la edad; para los menores de seis meses esta obligación era semanal. Los datos del pesado periódico se anotaban en un Libro-registro y en la ficha de la madre. Reunidos un cierto número de niños, iniciaba el médico la consulta colectiva, entablando un diálogo con las madres. Éstas le referían todo lo que le había ocurrido al niño durante la semana (que resultaba anotado en otro libro especial) y el médico replicaba, en voz alta, a cada una, haciendo las consideraciones que el caso le sugería, estableciendo comparaciones con los que precedieron y aprovechando para dar consejos higiénicos, de carácter particular o general. Hecho lo cual, calculaba la ración de leche, que anotaba en el registro de la madre y en el del Consultorio. Existían también algunas otras aportaciones extraordinarias (canastillas, imposiciones de ahorro) que se otorgaban en forma de premios periódicos, incluso con diplomas de honor «a la buena madre», así como disposiciones de penalización para las que no mantuvieran una asistencia regular o no siguieran los consejos higiénicos.

En Barcelona, su Ayuntamiento instaló, el 14 de agosto de 1903, una Casa de Lactancia, situada inicialmente en el Dispensario de la calle Sepúlveda¹⁶, con el objeto de proporcionar leche esterilizada al baño maría (por el llamado procedimiento Soxhlet) a las madres pobres que

¹⁶ Sobre la Lactancia Municipal de Barcelona, véase PUIG SOLÉ y MAYOL MIR, 1904; CÓRDOBA, 1909; ULECIA, 1912.

no podían lactar a sus hijos. En mayo de 1904 se trasladó a un local más amplio, en la C/ Valldoncella. Allí se atendían diariamente unos 230 niños, frente a los 30-35 del anterior Dispensario, que en 1908 aumentaron hasta 336. En el nuevo local se instaló un autoclave a presión, conectado a una máquina de vapor, que permitía esterilizar 700 botellas de leche por hora. A comienzos de 1908 se le añadió un Consultorio para niños enfermos y un Consultorio para embarazadas pobres. La Casa de Lactancia, a los dos años de su inicio, había extendido su servicio a distancia, mediante el reparto de leche a los dispensarios municipales de Hostafranchs, Gracia y San Martín. En 1913, se trasladó a un edificio de nueva construcción, en el n.º 477 de la calle de las Corts, donde tuvo su sede, a partir de 1918, bajo la denominación de Instituto municipal de Puericultura, Casa de Lactancia o de Maternología, según los años.

Igualmente, en Madrid, desde 1905 se autorizó la instalación de un servicio de esterilización de leche con destino a la alimentación gratuita de niños enfermos, adjunto al preexistente Consultorio de niños enfermos de la Casa de Socorro del distrito de Palacio (desde 1893)¹⁷, aunque las dificultades económicas retrasaron a diciembre de 1907 el primer reparto de biberones, y ello mediando ayudas particulares. A partir de 1908 se consolidó en los presupuestos municipales esta *Gota de Leche para enfermos*¹⁸, que, desde 1913, se convirtió en Institución Municipal de Puericultura. Con este cambio, se dotaban servicios de Consulta para enfermos, de entre 2 y 15 años, Gota de Leche y Consulta de Lactantes (o servicio de Lactancia vigilada) para menores (sanos) de 2 años, proponiendo, además, la instalación de sucursales, que llegaron a ser seis, más la casa central, en 1926. En 1930 pasó a denominarse Institución Municipal de Puericultura y Maternología, aunque no pudo completar la organización de una consulta prenatal en cada dispensario, con incorporación de tocólogos, hasta después de la guerra, a diferencia de lo que sucedió en Barcelona. La I.M.P. madrileña repartió 4.500 litros de leche en 1908, algo más de 50.000 en 1914, y más de medio millón en 1934¹⁹, esterilizada y envasada mediante procedimientos industriales.

Precisamente, junto con la omnipresencia de la figura del médico, el otro rasgo destacado en la propaganda de la institución, como en

¹⁷ Expediente... memoria presentada por el Secretario de la Junta de Beneficencia... (1895), *Archivo Histórico de la Villa (Madrid)*, 11-383-107.

¹⁸ El testimonio fuente es el de su Director, DIONISIO GÓMEZ HERRERO, 1926.

¹⁹ Expediente sobre el consumo de leche... (1934), *AHV*, 29-416-86.

otras similares, fue la relevancia de la maquinaria y la consiguiente tecnificación de los procesos de tratamiento de la leche y de sus envases, como prueba tautológica de modernidad y garantía de superioridad frente a la manipulación casera.

La vertiente de educación popular de la Institución, que se verificaba diariamente en las consultas, se plasmó de manera más explícita en la creación de las Escuelas de Maternología, destinadas a proporcionar formación puericultora a otras mujeres, jóvenes escolares y madres. En los años 30, cada Dispensario tenía la obligación de realizar una conferencia semanal durante seis meses cada año, para las madres atendidas, además de cursos en las Escuelas municipales, obligatorios para las alumnas. En 1930 se calculaba que unas 18.000 madres y alrededor de 6.000 escolares habían atendido las conferencias desde su inicio en 1918 y 1921, respectivamente.

En cuanto a la población atendida, por lo que se refiere a los niños sanos, su crecimiento es constante, como muestra la Tabla 1. Sólo en 1929 hubo menos atendidos que en el año anterior, y eso por unas docenas. En 1928 había doblado, prácticamente, su capacidad asistencial de 1918, y seguía creciendo. Si los registros indicaran, como afirman, número de personas atendidas (dice siempre «número de niños») y no casos, como parece más probable, la beneficencia municipal habría acogido, en sus servicios de lactantes, algo menos del 5% de la población menor de 2 años en 1914, más del 15% en 1918, y cerca del 25% del total de los niños madrileños de esas edades en 1928. Las proporciones reales deben ser inferiores, en una cuantía que no podemos calcular.

Tabla 1
**Actividad de la I.M.P. Madrid 1908-1933. Mediana de casos,
por quinquenios**

Quinquenio	Casos
1908-12	251
1913-17	2.977
1918-22	6.532
1923-27	8.017
1928-33+	11.388

Notas: (+) Datos de 1928, 1929, 1932 y 1933.

Fuentes: Gómez Herrero, 1926; Romeo Lozano, 1930; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, n.º 1883 y n.º 1937.

Las restantes instituciones de Puericultura, bajo la denominación que tuvieran, mantuvieron un régimen de funcionamiento similar a estos centros municipales.

2.2. *Los Servicios Estatales de Puericultura*

El dispositivo estatal por excelencia fue el dispuesto desde la Dirección General de Sanidad, a través de sus Jefaturas provinciales, con el nombre de *Servicio de Higiene Infantil*, desde 1932, según los planes trazados y comenzados a llevar a cabo por la Sanidad republicana y continuados bajo el franquismo.

Dicho Servicio se inició para llevar la atención puericultora al mundo rural (Rodríguez Ocaña, 1994). La incorporación del modelo de asistencia comarcalizada, propuesto por la Sociedad de Naciones en 1930, condujo a la planificación de funciones puericultoras primarias, secundarias y terciarias, según los niveles de los respectivos Centros de Higiene encargados de llevarlas a cabo entre otras. La planificación republicana contemplaba la instalación de un Centro Primario de Higiene Rural por cada 1.000 habitantes como máximo, uno Secundario por no más de 100.000 habitantes y un Terciario siempre correspondiente al Instituto de Higiene en la capital de la provincia.

Se comenzó por dar competencias en salud infantil a los Institutos de Higiene, y se continuó, de forma más irregular, dotando plazas en los Centros secundarios de Higiene rural (Rodríguez Ocaña y García-Duarte Ros, 1984), de los que existían 46 en febrero de 1936. La primera convocatoria regular de plazas de médicos puericultores titulados, para los Dispensarios provinciales, tuvo lugar en octubre de 1933 (*Gaceta* del 10), cuyas pruebas se realizaron, después de algún retraso, el 5 de diciembre. Se dotaban puestos de higiene prenatal, lactantes, preescolar y escolar en todas la provincias, salvo las catalanas. No hubo tiempo para desarrollar los planes. Según las listas de inscritos al Congreso de Sanidad (1934), eran pediatras-puericultores 32 de los participantes, que representaron el 13,4% de los asistentes, aunque sólo aparecen cuatro que declarasen ejercer dentro de la sanidad oficial, concretamente en el nivel secundario (rural) (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro, 1986).

Siguiendo las mismas líneas programáticas, incluyendo la atención a las embarazadas, después de la guerra se extendió la organización puericultora, hasta alcanzar su máxima expresión a mediados de los años 50. Unas palabras de Franco (citadas por Bosch Marín, 1963: 8)

señalando el triduo «vivienda, tuberculosis, puericultura» como los grandes desafíos sanitarios del *Nuevo Estado*, en una de sus primeras alocuciones de fin de año, subrayan la prioridad relativa con que contó esta tarea, que también en 1941 el ministro de la Gobernación calificaba como «uno de los grandes afanes del Estado» (Pastor i Homs, 1984: 16).

Podemos cuantificar la marcha del proceso de instalación de centros, aunque los datos muestran ciertas incongruencias. Los reflejamos en la Tabla 2.

Tabla 2

Organización de los Servicios de Sanidad Infantil de la Dirección General de Sanidad, 1947-1963

Sanidad Nacional	1947 ¹	1956 ²	1963 ³
Dispensarios 3.º		50	50
Puericultura	57		
Maternología	52		
Dispensarios 2.º		107	
Puericultura	28 ^a		76
Maternología	7		10
Dispensarios 1.º			
Puericultura	39	—	200
Maternología	—	—	200
Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia	—	82	78
Escuelas de Puericultura	13	15	16

Notas: (a) Esta es la cifra según el texto (pp. 125-127); pero según el mapa acompañante, habría 79 centros comarcales. En muchos casos, no coinciden los citados con los que el proyecto de mapa comarcal sanitario (pp. 128-131) afirma que están en funcionamiento.

Fuentes: (1) Bosch Marín, 1947: 119-131. (2) Bravo Sánchez del Peral, 1956. (3) *CENSO-FICHERO* ..., 1963, y las cifras de los Centros Primarios, son de Bosch Marín, Blanco Otero, y Mingo, 1964: 9.

Además, la D.G.S. costearía un cierto número de Clínicas de lactantes y hospitales infantiles, así como clínicas de prematuros, con apoyo de UNICEF, en 1954-60²⁰.

²⁰ Once y ocho son las cifras según BOSCH, BLANCO, MINGO (1964), pero el *Censo-fichero* de 1963 lista sólo 3 clínicas de lactantes y 6 de prematuros.

Para su actuación, la Sanidad pública contó con el auxilio inestimable de dos organizaciones de nuevo cuño, brazos sociales del Movimiento Nacional, Auxilio Social y Sección Femenina.

La pérdida de autonomía política municipal que siguió a la contienda civil con el auge totalitario hizo que el terreno benéfico infantil fuese dominado por una nueva organización central, la llamada *Obra Nacional de Auxilio Social* (López Cano, 1967; Pastor i Homs, 1984; Mata Lara, 1994). Nacida en los primeros meses de la guerra, se desarrolló formalmente desde 1937, cuando se le encomendó la «Protección a la Madre y al Niño» en la España franquista, y se reguló de manera precisa por Decreto de 17 de mayo de 1940. Actuó como delegación de servicios del Movimiento Nacional, hasta que, en 1962, se convirtió en organismo autónomo de la administración del Estado, bajo la dependencia del Ministerio de Gobernación. Hacia 1947 gestionaba 160 centros de Alimentación infantil, para niños de 1 a 3 años (esto es, consultorios de lactantes), repartidos por 39 provincias, en ciudades —había seis centros en Barcelona y nueve en Madrid, por ejemplo— y pueblos grandes, así como 8 Casas de la Madre (maternidades), con 286 camas, 24 dispensarios de maternología, 30 comedores para madres gestantes y lactantes, más de once mil plazas en Hogares para huérfanos y abandonados, guarderías, jardines maternos y otros centros por el estilo²¹. Diez años después había aumentado a 40 sus dispensarios de maternología y eran 164 las Gotas de Leche controladas por ella (Bravo Sánchez del Peral, 1956: 7). En 1966, su Departamento Central de Madre y Niño todavía organizaba una sesentena de Hogares para niños de diversas edades, cuatro maternidades, cinco consultas de maternología, diez comedores, 83 guarderías o jardines y 161 centros de alimentación, donde se atendía a 53.650 asistidos (López Cano, 1967: 103-105). A través de esta red y en conexión con las escuelas, se distribuyó la Ayuda Social Americana, unos 15.000 millones de pesetas en leche en polvo y queso, que alcanzó a unos cuatro millones de beneficiarios menores de edad.

La actuación en el medio rural se llevó a cabo con la intervención decisiva de la *Sección Femenina de F.E.T. y de las J.O.N.S.* (Sánchez López, 1990; Mata Lara, 1994), por encargo directo del Jefe del Estado en 1940 (Bosch Marín, 1947: 106), a través de sus servicios de divulgación y asistencia sanitario-social. El primero consistió en la forma-

²¹ No existían en Huelva, Logroño, Burgos, Segovia, León, Oviedo, Lugo y Orense. Tampoco en Navarra ni Álava, lo que pudiera corresponder al respeto a competencias forales. BOSCH MARÍN, 1947: p. 91-105.

ción de un cuerpo de voluntarias (Gallego Méndez, 1983: 124-126; Pastor i Homs, 1984: 54-69 y 119-120) —se contabilizaron más de 7.000 en sus siete primeros años— que, luego de un curso de formación básica previo en materias como puericultura, medicina preventiva, leyes sociales, formación política, religión, etc., eran enviadas a los pueblos en misiones de inspección, vacunación, reparto de medicamentos y de ropa, y enseñanza de rudimentos higiénicos. Las que permanecían en servicio activo durante más de dos años recibían cursos de reciclaje. Su participación fue capital en la campaña contra los trastornos nutritivos, programada por la Dirección General de Sanidad, llevando a cabo en seis años (1941-46) más de millón y medio de visitas, repartiendo una cifra parecida de cartillas puericultoras, 500 toneladas de harina y 220 de arroz y atendiendo a unos 180.000 niños (Bosch Marín, 1947: 110). Igualmente, se las utilizaba para investigar las posibles causas inmediatas de la muerte de los menores, del siguiente modo: al recibir la sección de Epidemiología de la Jefatura provincial de Sanidad los partes semanales de mortalidad, pasaba aviso a la divulgadora rural del municipio donde hubiera ocurrido una defunción infantil, la cual debía visitar a la familia y cumplimentar una ficha social y médica²², que a su vez remitía al servicio provincial. En siete años atendieron a más de tres millones de niños con ropa y medicinas, totalizando siete millones y medio de visitas.

En poblaciones sin centros sanitarios públicos, la Sección Femenina creó dispensarios de Puericultura (de los que tenía 47 en 1947: 43 en 1954, pero sólo 15 en 1956) y centros rurales de higiene (de los que disponía de 30 en 1956). Igualmente se hizo cargo de diversos Preventorios antituberculosos y en 1944 iniciaba la organización de una *cátedra ambulante* de Puericultura para Castilla (Pastor i Homs, 1984: 66-67), que en 1947 todavía estaba empezando. Con los Planes de Desarrollo y las aportaciones de las Diputaciones provinciales, llegó a existir una de estas cátedras ambulantes en cada provincia, con contenidos formativos, domésticos, sanitarios y de industria rural. Para autoras como Rosario Sánchez, se trató de la intervención más eficaz de esta organización, en el sentido de que movilizó y conectó con el interés de muchos miles de personas en el medio campesino (Sánchez López, 1990: 42).

²² Con datos sobre la historia obstétrica de la madre, régimen de lactancia del fallecido, trabajo y vivienda familiares, causas de la defunción y antecedentes de enfermedades familiares.

La Sección Femenina se ocupó también, desde 1939, de la organización del Servicio Social, una prestación obligatoria para las mujeres jóvenes del país, salvo determinadas excepciones, con duración de seis meses. En ellos, después de una somera capacitación, que incluía clases en formación del espíritu nacional, religión, historia de España, cocina, puericultura y corte y confección, las jóvenes debían prestar su colaboración gratuita en una actividad asistencial. Esta actividad se ha analizado (Pastor i Homs, 1984: 21-37; Sánchez López, 1990: 36-38) en una doble vertiente, como instrumento de control social, en tanto que transmisora y conservadora de ideología política y de género, y como medio de explotación laboral. La primera de sus funciones parece que perdió efectividad conforme se alejaba la terminación de la contienda civil, aunque mantuvieran su empeño en perpetuar un modelo femenino subordinado a su «misión divina de la maternidad», base, a su vez de una familia jerárquica e individualista, que debía servir de soporte al estado corporativo. La facción femenina del partido único también dominó la «enseñanza del hogar», obligatoria en el bachillerato para las jóvenes y las Escuelas de Hogar, para adultas; en ambos supuestos se introducían las normas básicas de los cuidados puericultores, con más extensión en las segundas, de las que existían 150 en 1944 (Pastor i Homs, 1984: 59).

Tanto la actividad benéfica privada como la municipal y la sanitaria dispuesta por la Dirección general, en orden a la higiene y protección materno-infantil, se vieron respaldadas por la Ley específica de 1941. Partiendo de la necesidad de atajar la derrota demográfica que las altas cifras de mortalidad indicaban, se proponía la coordinación, por el Ministerio de Gobernación, de todas las medidas y actuaciones en ese terreno, en particular las de Auxilio Social, Protección de Menores y Sección Femenina. Esta Ley disponía la vigilancia sistemática de toda la población infantil y juvenil, hasta los 15 años, mediante una cartilla sanitaria personal, la instauración del Servicio de Medicina Escolar, la instalación de Dispensarios de Maternología y Puericultura (clínicas de urgencia) en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, Escuelas de Puericultura en todas las ciudades mayores de 100.000 habitantes, con obligación de asistencia de las maestras y extensión de la enseñanza obligatoria a las Normales y niñas de las Escuelas Nacionales e instalación de Hospitales infantiles anejos a todas las Facultades de Medicina.

La vigencia efectiva de la ley, cuyos principios básicos se reiteraron en la de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, duró hasta que el peso de la intervención pública se desplazó desde la vía sanitaria gubernativa a la vía del Seguro Obligatorio de Enfermedad. En la pugna

mantenida por los sectores católico-militar y falangista del régimen de Franco, que cobró especial virulencia en torno a los temas sanitarios (Molero Mesa, 1994), la baza del Seguro fue empleada a fondo por sus gestores políticos (Falange) en beneficio de sus posiciones inmediatas de poder, con independencia de cualesquiera otros objetivos políticos.

2.3. *La Puericultura en la previsión social*

El Seguro de Enfermedad iniciado en 1944 recogió de la República no sólo un largo trabajo de preparación técnica dentro del Instituto Nacional de Previsión, sino, decisivamente para los efectos que estudiamos, la práctica y la dotación del Seguro de Maternidad, hecho efectivo en octubre de 1931²³.

Dicho Seguro, a través de la Obra Maternal e Infantil (art. 32 de su Reglamento), asumió funciones de atención higiénica y médica post-parto y planeó la construcción de sus propios centros. Hasta fin de 1933 sólo alcanzó a habilitar 3 dispensarios infantiles (Sevilla, Tenerife y Barcelona), y 6 más concertados (en Logroño, Álava, Sevilla, Lugo, Coruña y Bilbao, respectivamente) (*Seguro de Maternidad*, 1934: 82-96). En 1935 tenía 12 dispensarios suyos y 60 concertados (aunque la Memoria anual del I.N.P. de ese año daba cifras más altas: 94 consultorios maternos y 86 infantiles, con 17 clínicas) (Núñez Pérez, 1986: 375). En 1941 se esperaba contar con mayores provisiones económicas para desarrollar el «horizonte de futuro» que suponía la atención puericultora (*Derechos*, 1941: 6) y, efectivamente, en los seis años siguientes, llegó a contar con 250 consultorios propios [1947] y 9 residencias, que se integraron en el Seguro Obligatorio con la absorción de aquel. En 1956, el Seguro de Enfermedad gestionaba 8 residencias maternas (maternidades), 185 consultorios de Pediatría-Puericultura y 90 de Maternología²⁴.

Embarazo y parto eran contingencias naturales de la condición femenina y ámbito tradicionalmente opaco para los varones; incluso dentro del amplio espectro de ocupaciones sanitarias, la matronería se organizó y profesionalizó como actividad segregada. Con todo, al igual que ocurría con la patología infantil, la mayor parte de los cuidados en

²³ Sobre el Seguro de Maternidad es indispensable la consulta de los trabajos de Josefa CUESTA, 1985, 1986 y 1988.

²⁴ BRAVO SÁNCHEZ DEL PERAL, 1956: 7. Casi las mismas cifras se repiten en BOSCH MARÍN, BLANCO y MINGO (1964), 185 de Puericultura y 99 de Maternología.

este terreno se procuraban tradicionalmente por sanadores no profesionales.

Desde la Instrucción de Sanidad de 1904 existió la obligación, escasamente cumplida, de dotar plazas de médicos tocólogos y matronas de beneficencia municipal en los municipios grandes; la misma disposición se reiteró en el Estatuto provincial y en sendas RR.OO. de 11 de diciembre de 1928 y 26 de septiembre de 1929, donde se preveía incluso la creación de partidos para practicantes y matronas titulares.

La profesión de matrona encontró su motor de desarrollo con la implantación del Seguro de Maternidad (en vigor desde octubre de 1931) y su posterior incorporación al Obligatorio de Enfermedad (decreto de 11 de noviembre de 1943), dado que, inicialmente, el Seguro concedió a las comadronas tituladas la obligación de atender los partos normales, mediante sucesivos Convenios firmados con su organización colegial (Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas). La escasez de este personal cualificado fue puesta de manifiesto reiteradamente por los responsables de la organización actuarial²⁵. Se pasó de 2.039 matronas concertadas con el Seguro, en 1932, a 2.223 un año más tarde; en 1945, existían en España al menos 4.447²⁶. El análisis de la evolución profesional en una provincia concreta (Granada) muestra que las mayores dotaciones (calculadas como tasa por 10.000 habitantes) se alcanzaron a comienzos de los años 60; desde entonces dicho personal se ha concentrado en los núcleos urbanos dotados de centros hospitalarios, sin que aumenten sus cifras absolutas (Arcas Ruiz, *et al.*, 1994).

Tal evolución está de acuerdo con las modificaciones que, en su práctica profesional, impuso el nuevo Régimen. En efecto, el Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad de enero de 1948, institución que incorporó al de Maternidad, con los mismos deberes y derechos para sus afiliadas, por una parte, retiró a las matronas su autonomía, impidiéndole la asistencia a los partos normales a domicilio, salvo como auxiliares del médico (art. 92, 2.º a), a la vez que estimuló el parto senatorial, pues se garantizaban hasta 8 días de ingreso en institución cerrada, para partos normales.

Uno de los responsables de la Maternidad provincial de Zaragoza, entre 1894 y 1932, planteaba que más del 90% de los partos eran atendidos por «una comadrona o una aficionada» (Gómez Salvo y Camón

²⁵ *Informe...*, 1932. En 1941, en Cáceres, para 225 núcleos de población, existían 7 tocólogos y 62 matronas, casi todas en poblaciones grandes, según LEAL RAMOS, 1942.

²⁶ Cifras tomadas de *SEGURO...*, 1934, y *Anuario sanitario español*, Madrid, Editorial Excelsior, 1946.

Gironza, 1936: 6). Teniendo en cuenta la escasez de las primeras, no cabe duda de la escasa tecnificación de los cuidados de parto y a los recién nacidos durante el primer tercio del siglo. La presencia del médico se requería en apenas un 5% de los casos (Camón Gironza, 1956: 29).

La dinámica medicalizadora del Seguro puede verse reflejada en las siguientes cifras. Los más de 244.000 partos domiciliarios atendidos por el Seguro en los años en torno a la promulgación de su Reglamento, la cualificación de cuya asistencia se muestra en la Tabla 3, muestran el comienzo de los efectos del mismo en la medida en que aumenta la participación dirigente de los médicos, a la vez que nos prueba la dificultad en aplicar a rajatabla dicha disposición. Dos años después de publicada, todavía eran atendidos por matronas más de la mitad de los partos registrados fuera de las instituciones cerradas propias del Seguro (Bosch Marín, Cámara y Sáenz de Tejada, 1950)²⁷.

Tabla 3

Atención cualificada al parto domiciliario por el Seguro de Enfermedad, 1947-49

	Médico	Matrona	Otros
1947	29,4%	60,5%	5,3%
1948	36,4%	60,1%	3,3%
1949	39,1%	57,6%	3,2%
TOTAL	87.129	147.604	9.888

También en 1936 se decía «No van las distocias a medio quirúrgico con más frecuencia, porque no quieren ellas, ni sus familiares, ni los Tocólogos» (Gómez Salvo; Camón Gironza, 1936: 18). La dotación de clínicas propias, junto con el empleo de la indicación llamada «distocia social» —ingreso por malas condiciones de habitabilidad o de falta de cuidados en el hogar propio—²⁸ contribuyó a deshacer el rechazo que

²⁷ Una peculiaridad del registro es que, en estos años, se consideran domiciliarios todos los partos que *no* hayan ocurrido dentro de instituciones propias, por lo que bajo ese epígrafe se encuentran también recogidos los asistidos en clínicas concertadas. Con esta cautela, hay que considerar que ese aumento de la presencia del médico pudiera deberse a un incremento de la actividad hospitalaria en tocología.

²⁸ El 10% de los partos normales ocurridos en los 1.000 primeros casos atendidos por el Seguro de Enfermedad en Santiago se ingresaron a causa de distocia social, según RIVA,

se tenía al medio hospitalario y a hacer imprescindible la presencia del médico en el parto. Se trató, además, de una estrategia explícita, que perseguía imitar lo que había ocurrido en los países anglosajones. El Plan de construcción de Residencias Maternales (en realidad, hospitales materno-infantiles), que se inició a mediados de los 60, perseguía «[...] conseguir la hospitalización maternal total y que no quede ninguna beneficiaria gestante que verifique su alumbramiento en el ambiente inadecuado de su domicilio» (*Asistencia...* 1967: 8).

Si entre diciembre de 1942 y noviembre de 1943, por el Seguro de Maternidad se atendieron en clínicas («partos quirúrgicos») muy poco más del 1% del total, y entre 1947-49 no superaban el 6%, en 1950 estos («partos institucionales») subían por encima del 10% y representaban el 14% de los realizados en 1953²⁹. En 1969, casi la mitad (45%) de todos los partos ocurridos en España tenían lugar fuera del domicilio (de Miguel, 1984: 39), proporción creciente a la vez que se desarrollaba el programa de dotaciones de centros maternales del Seguro.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) tuvo su comienzo efectivo el 1.º de septiembre de 1944, procurando a sus afiliados prestaciones de medicina general y farmacia; en enero de 1948 se incorporaron las especialidades, entre ellas Tocología y Pediatría-Puericultura³⁰. Desde sus inicios estaba prevista la dotación de centros propios (art. 28 de la ley fundacional, 14 de diciembre de 1942). En 1943 se nombró la Ponencia para elaborar el Plan Nacional de Instalaciones, que calculó unas necesidades de 61.378 camas para el horizonte de 1960, con una afiliación presumida de 18 millones de trabajadores; sin embargo, el Plan que se aprobó (Orden de 19 de febrero de 1945, revisado por O. 26 de febrero de 1947) las reducía a 16.000 camas, en 67 Residencias, además de 62 ambulatorios completos y 144 reducidos.

El desarrollo del Plan fue dubitativo en sus inicios, forzado por la situación económica. Uno de los atractivos de la absorción del Seguro de Maternidad fue el contar con sus excedentes dinerarios para la financia-

1954; pero a nivel estatal la proporción fue del 61,3% entre 1947 y 1949, según BOSCH MARÍN, CÁMARA y SÁENZ DE TEJADA, 1950: 18.

²⁹ Cifras en *Boletín de información del I.N.P.*, 1943, varios números; Camón Gironza, 1952; y «Estadística del servicio de Obstetricia y Ginecología del Seguro Obligatorio de Enfermedad», *Rev. del Seguro de Enfermedad*, 1954, 2.

³⁰ Contra lo que he escrito en un trabajo reciente [MEDINA DOMENECH, R. M.ª; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. profesionalización médica y campañas sanitarias en la España del siglo XX. *Dynamis*, 1994, 14, 77-94, p. 85], el Seguro de Maternidad no creó *inmediatamente* una «parcela de reconocimiento» para la especialidad de Tocología, sino que esto ocurrió con el Seguro de Enfermedad después de la guerra.

ción de las nuevas construcciones. Los objetivos globales del P.N.I. revisado se alcanzaron hacia 1968, por lo que a capacidad hospitalaria se refiere, y se superaron ampliamente en lo que a atención ambulatoria se refería. En el decenio 1965-74 el ritmo de construcción fue el más acelerado, no sólo por la apertura de nuevas instalaciones, sino por la ampliación de las antiguas, así como la diversificación de centros (Maternoinfantiles, Rehabilitación y Traumatología) y su agrupación junto a las Residencias generales en complejos llamados Ciudades Sanitarias. Las 16.000 camas se consiguieron con un número inferior de centros, en 1967, como podemos ver en la Tabla 4. En ese año, existían una Residencia general en cada capital de provincia, así como en las poblaciones de Mieres, Ponferrada, Gijón, Puertollano, Jerez de la Frontera, Santa Cruz de la Palma, Mahón y Calatayud. El dominio de la Seguridad Social en el terreno de la hospitalización en España queda claro cuando sabemos que, en 1980, pese a no poseer más de un 27% del total de camas hospitalarias, acogió al 73% de todos los pacientes ingresados (de Miguel, 1985: 91).

El plan de construcciones preveía la dotación de camas de maternidad e infantiles en todas las Residencias, según un módulo fijo de 4 camas obstétricas y 6 pediátricas por cada 50³¹. Como no podía ser menos, con este programa de construcciones se pretendía montar un nuevo «escenario de propaganda social y escuela de ciudadanía» (*I Asamblea del I.N.P.*, 1953: 46, y Conclusión 3.^a).

El Seguro de Maternidad, y su prolongación en el S.O.E. generó, además de esa familiaridad con el centro hospitalario para las mujeres y con la intervención del médico en el parto, nuevas prácticas socioculturales, como la del reconocimiento prenatal. Su realización era obligatoria para tener derecho a recibir las restantes prestaciones. Con anterioridad, como mostró un estudio realizado en Aragón en 1933, apenas en el 3% de los casos existía contacto de las gestantes con el sistema sanitario antes del parto (Camón Gironza, 1952: 30).

No hay que despreciar el impacto cuantitativo de la profesionalización asistencial del embarazo y parto en España, toda vez que el Seguro de Maternidad alcanzó una presencia importante en los núcleos más poblados, así como una mayor extensión proporcional que el Seguro de Enfermedad, al incorporar beneficiarias no cotizantes (esposas de trabajadores incluidos en el régimen de subsidios familiares), desde junio de 1942. De este modo se pasó de atender del orden de los 30.000 partos en los años 30, a los 90.000 de finales de los 40 y a los 200.000 anuales de comienzos de los

³¹ Gráfico XXIV, en Bosch Marín, 1947: 118-119.

años 50 (*I Asamblea del I.N.P.*, 1953: 43). A mediados de los años 60 la Seguridad Social abarcaba al 40-45% de la población y atendía más de la mitad de todos los partos que se producían en España³². Exactamente, en 1965 reclamaba haber atendido 330.000 partos «con niños vivos»³³.

Tabla 4
Evolución del número de hospitales de la Previsión Social Española

1947 ¹
Previsión P.N.I.: 67 Residencias
Urgencia: 32 Residencias
1952 ²
En funcionamiento: 7 Residencias
En ejecución: 35 Residencias
1953 ³
En funcionamiento: 9 Residencias
En ejecución, 24 Residencias
1954-1955 ⁴
En funcionamiento: 20 Residencias
En ejecución, 17 Residencias
1965 ⁵
En funcionamiento: 52 Residencias
2 Ciudades Sanitarias
1967 ⁶
En funcionamiento: 55 Residencias
En proyecto: 11 Residencias
4 Ciudades Sanitarias
1972 ⁷
Nuevas en el ejercicio: 8 Residencias
En proyecto: 8 Residencias
4 Maternoinfantiles
2 Rehabilitación
1980 ⁸
En funcionamiento:
118 Residencias
14 Ciudades Sanitarias

Fuentes: (1) (2) (3) *I Asamblea del I.N.P.*, Madrid, 1953, pp. 33-34 y 37-39. (2) Situación de las obras del Plan Nacional... *Rev. Seg. Enf.*, 1952, 1 (8), 46. (4) *Ibid.*, 1954, 2 (4), 47-48 y 1955, 3 (11), 37 y (19), 46. (5) *Red de instituciones sanitarias de la Seguridad Social española*, Madrid, Ministerio de Trabajo (Pub. INP, n.º 1.066), 1965; (6) *La asistencia sanitaria de la Seguridad Social en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo (Pub. INP, n.º 1.164), 1967; (7) *Memoria del Instituto Nacional de Previsión, 1972*, Madrid, Ministerio de Trabajo (Publ. INP n.º 1.313), 1975; (8) de Miguel, 1985: 51-53.

³² *Informe sociológico sobre la situación social de España, 1970*, Madrid, FOESSA, 1970, pp. 819 y 820.

³³ *Red de instituciones sanitarias...* (1965), *op. cit.*

Por su parte, también la Medicina de la Infancia experimentó un crecimiento considerable con su incorporación al S.O.E. Una fuente comercial, *Anuario sanitario de España*, de 1909, muestra una escasísima presencia de especialistas en niños (sólo aparecen señalados como tal 10 médicos en toda España, ninguno en las dos grandes capitales, entre casi 14.000 profesionales) o ni siquiera tocólogos (sólo 12 médicos de partos)³⁴. En 1946, sin embargo, la misma fuente, sólo en capitales de provincia, ya señala la especialización maternoinfantil de un 12,7% de los profesionales, que totalizaban unos 800 médicos de niños y 727 tocólogos. El Seguro incorporó, en sus fechas iniciales, a «los 600 mejores pediatras de España»³⁵, en las mismas condiciones que al resto de las especialidades (decreto de 9 de julio de 1948).

En ese momento, la Pediatría era una «especialidad de volante», que sólo veía pacientes que le eran referidos por los generalistas u otros especialistas, lo que se consideró como una práctica «arcaica», idéntica a la de las anteriores sociedades de Seguro libre (Arbolo, 1963: 23). La O.M. de 6 de junio de 1950 definió la incorporación de la asistencia de Pediatría-Puericultura como básica en el Seguro, garantizando el libre acceso a consulta de los niños hasta los 3 años, manteniendo la remisión condicionada de otros pacientes desde el médico general o el tocólogo; aunque la carga de trabajo parecía excesiva para los especialistas (que debían atender un cupo de entre 6.650 y 9.500 cartillas familiares por médico, cuya extensión obligaba a prodigar las *consultas ametralladora*, ellos mismos, a través de Antonio Arbolo, como cualificado portavoz, no dudaban en anotarse como éxito propio la disminución que se observaba en la mortalidad infantil para 1953).

Ortiz (1987) en su estudio sobre la profesión médica en Andalucía, encuentra mención a especialistas en Obstetricia (partos, tocología, tocoginecología, enfermedades de mujeres) en la documentación de los Colegios médicos desde 1906, y Pediatría (enfermedades de los niños, puericultura) desde 1917. Dentro del característico proceso de especialización que registra la profesión médica en el siglo XX, con una cobertura que pasó de 28 médicos especialistas por 100.000 habitantes en 1917 a 168 en los años setenta (en Andalucía), son justamente las refe-

³⁴ No son cifras reales. Conocidos médicos de niños, o médicos de mujeres y partos (todos los profesores universitarios, por ejemplo) no aparecen especificados como tal. La escasa presencia de la denominación de la especialidad nos habla de la intrascendencia de la titulación, en un escapate como el de un directorio médico.

³⁵ BOSCH MARÍN, J., 1954, «Maternidad e Infancia y Seguridad Social», *Rev. Seg. Enf.*, 2 (5-6), 33-35.

ridas a la salud materno-infantil, junto con Medicina Interna y Cirugía General, las especialidades más practicadas. El estudio específico de Andalucía muestra que alrededor de un cuarto del total de los especialistas que ejercieron en esta comunidad lo hicieron como obstetras o pediatras, salvo en la década de los años ochenta, en que disminuyeron proporcionalmente (Ortiz, 1987: 156-158).

La cobertura poblacional que proporcionaron se incrementó a lo largo del siglo (Tabla 5), aunque se advierte un estancamiento ligero en el decenio de los 50 y una gran aceleración en el decenio de los 70, según muestran las cifras conocidas. Las cifras del Campo de Cartagena sugieren una estrecha vinculación de ese impulso final con la mayor dotación hospitalaria, pues en 1971 se abrió la Residencia Sanitaria comarcal, con 283 camas.

Tabla 5

Especialistas en Pediatría (P) y Tocoginecología (T) por 100.000 habitantes

	1930	1940	1950	1960	1970	1981
ANDALUCÍA¹						
P	0,5	1,9	4,2	4,5	7,2	18,5
T	1,2	2,8	4,4	4,0	5,1	9,7
CARTAGENA²						
						1979
P				1,4	1,6	2,5
T				1,0	0,9	1,3
ESPAÑA³						
						1976
P				7,6	9,2	8,8
T				6,3	6,0	5,3

Notas y Fuentes:

- (1) Medianas de las tasas provinciales, elaboradas a partir de los datos de Ortiz Gómez, 1985: 309-379.
- (2) Datos de la comarca, a partir de Navarro Sánchez, 1982: 75.
- (2) Según De Miguel, 1984: 34. Con las cifras del *Anuario Médico-Farmacéutico Nacional* de 1976, yo obtengo valores más elevados, P = 10,8 y T = 6,7.

Además de las dotaciones de especialistas, por la dinámica de la medicina de zona generada por el Seguro, es interesante advertir la intensidad de la oferta médica de este. En 1958 pertenecían al S.O.E. más del 63% del total de médicos existentes en España, siendo generalistas

dos tercios de ellos. En 32 provincias, más del 70% de sus profesionales sanitarios estaban en el Seguro, y en todas menos dos (Madrid y Valencia) este incluía a más de la mitad de los médicos. En 1963, la proporción era del 65% respecto del total nacional y un 78% de generalistas (Martín López, Gutiérrez González y Montes Cano, s.a.: 22-40).

A partir de junio de 1950, Pediatría y Puericultura mantenían un estatus paralelo dentro del S.O.E. Los especialistas eran contratados por la doble titulación, y el mismo profesional prestaba ambos servicios. Tal como estaba regulado, debía realizar consulta de enfermos (Pediatría) tres días a la semana y los otros tres restantes, su consulta debía ser de higiene de lactantes (Puericultura); algo más adelante esta se redujo a dos días, incrementándose de manera correlativa la consulta de enfermos.

El análisis de la actividad pediátrica registrada en el ambulatorio madrileño «Las Flores» entre 1952 y 1957, realizado por Arbelo, donde se advertía un incremento paulatino y constante del número de consultas hasta el extremo que en el último año se duplicaban las del primero, subrayaba que los médicos generales no cumplían con su función de filtro, sino que la mayoría (17 de los 20 que atendían a la población cubierta por dicho Ambulatorio) firmaban los volantes de remisión de manera indiscriminada, bastando «la petición materna» (Arbolo, 1963: 37-41). Además, hacía constar que en los centros periféricos, como el de Vallecas, la carga asistencial multiplicaba por tres la que se recibía en la zona céntrica madrileña.

A partir de 1958 (O.M. de 7 de marzo), se produce una modificación de las condiciones de trabajo; por un lado, se zonifica la especialidad, dándole rango de pediatras-puericultores de familia, con capacidad para atender a niños de hasta 7 años, además de los requeridos por otros facultativos; pero también se unifica la consulta, suprimiéndose el espacio propio de Puericultura. En 1967 se manejaban cifras de 1.666 pediatras-puericultores de familia, cada uno de los cuales atendía un cupo teórico máximo de 1.950 cartillas (a los tocólogos les correspondían 10.000) (*ASISTENCIA...* 1967: 19). La atención a la enfermedad gana la partida a la vigilancia higiénica, cerrando el ciclo médicosocial con el abandono de los principios de intervención que lo habían presidido.

Si durante la primera mitad del siglo la medicina salía a la conquista de un nuevo territorio, hasta entonces prácticamente vedado, en la segunda conocemos el triunfo de la medicalización, en extensión del número de profesionales, en cobertura asistencial e incluso en preferen-

cia popular, hasta el punto que la medicina consideró innecesario continuar protagonizando el liderazgo educativo de los sectores populares, renunciando al desarrollo de la Puericultura como especialización separada, hasta hacerla desaparecer de las competencias del médico.

Bosch Marín llamó la atención en 1947 sobre la correlación existente entre las tasas provinciales de analfabetismo y las de mortalidad infantil a lo largo de la primera mitad del siglo; en relación con ello, singularizó en la popularización de las normas higiénicas, realizada por «esa pléyade de puericultores y enfermeras [y] maestras puericultoras [...] la gran disminución lograda [de la mortalidad infantil] en estos últimos años» (pp. 43-44)³⁶. Tal es el proceso que hemos llamado «la construcción de la salud de la infancia», puesto que se trata de un objetivo explícito, al servicio del cual se elaboran estrategias intervencionistas, que termina provocando la aparición de nuevos modelos culturales (en comportamientos, actitudes, destrezas) en sintonía con otros aspectos de la vida social y política. A semejanza con Francia, primero, y con la Italia mussoliniana, después, la campaña contra la mortalidad infantil y la salud maternal primó valores pronatalistas y antiemancipadores, entrelazándose de manera directa con el aparato falangista. Resulta impresionante constatar el fracaso de este «empeño moral» al lado de la universalización de las prácticas higiénicas. Otros elementos de tipo económico y social que aquí no se exploran (entre ellas, la estrategia de supervivencia socioeconómica familiar, que ha postulado Mary Nash, 1991) hicieron rechazable ese modelo.

Bibliografía

- AGUIRRE y BARRIO, J., 1885, *Mortalidad en la primera infancia, sus causas y medios de atenuarlas*, Tip. Hispano-Americana, Madrid.
- APPLE, R., 1980, «To be used only under the direction of a physician. Commercial infant feeding and medical practice 1870-1940», *Bull. Hist. Med.*, 54, 402-417.
- APPLE, R., 1987, *Mothers and Medicine. A Social History of Infant Feeding, 1890-1950*, University of Wisconsin Press, Madison.
- APPLE, R., 1995, «Constructing Mothers: Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries», *Soc. Hist. Med.*, 1995, 8 (2), 161-178.

³⁶ Para una discusión actual sobre la relación entre alfabetización y mortalidad infantil, cf. PRESTON, Samuel; HAINES, Michael, 1991, *The Fatal Years. Child Mortality in Late Nineteenth Century America*, Princeton University Press, Princeton, y el simposio sobre el mismo tema recogido en *Health Transition Review*, 1991, 1, 221-244.

- ARBELO, A., 1963. *Historia de la Pediatría-Puericultura en el Seguro Obligatorio de Enfermedad 1951-1961. Propuesta para un nuevo Plan*, Mariscal A.G., Madrid.
- ARCAS RUIZ, Pilar *et al.*, 1994. «Las matronas en Granada. El ejercicio profesional en la provincia (1927-1960)». En: *Las mujeres en la historia de Andalucía. Actas del II Congreso de Historia de Andalucía, Córdoba, 1991*. Publ. de la Consejería de Cultura y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía y Obra Social y Cultural Cajasur, Córdoba, pp. 223-236.
- ARIETA, A., 1801-1802. *Disertación sobre la muchedumbre de niños que mueren en la infancia, y modo de remediarla, y de procurar en sus cuerpos la conformidad de sus miembros. robustez, agilidad y fuerzas competentes*, 3 vols., Mariano Miedes (I) y Francisco Magullón (II, III). Zaragoza.
- I ASAMBLEA del I.N.P. Sección III. *Diversos problemas actuales del Seguro de Enfermedad y de su Plan Nacional de Instalaciones*, 1953. Ministerio de Trabajo, Madrid.
- ASISTENCIA sanitaria de la Seguridad Social en España (La), 1967, Ministerio de Trabajo (Publ. INP, n.º 1.164), Madrid.
- BALLESTER, R., 1991, «Los médicos y la medicina popular materno-infantil en España (1880-1920)». En: *Vèmes Rencontres Franco-Espagnols d'Histoire de la Médecine, Paris, septembre 1991. Colloque «Médecines dures, médecines douces»* [pre-actas].
- BALLESTER, R. y BALAGUER, E., 1995, «La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España», *Dynamis*, 15, 177-192.
- BALLEXERD, N., 1787 *Crianza física de los niños desde su nacimiento hasta la pubertad y método el más seguro de robustecer la Especie humana contra los insultos de las enfermedades*, (ed. original holandesa) Antonio Espinosa, Madrid.
- BERNABEU MESTRE, J., 1992, «Health problems and causes of death among infants in Spain (1900-1935)», in: *Séminaire/Seminar La mortalité des enfants dans le passé/Child and infant mortality in the past. Montréal, Canada, 7-9 octobre/october 1992* [Pre-actas].
- BONELLS, J., 1786, *Perjuicios que acarrear al género humano y al Estado las madres que rehúsan criar a sus hijos, y medios para contener el abuso de ponerlos en ama*, Miguel Escribano, Madrid.
- BOROBIO DÍAZ, P., 1893, *La mortalidad de los niños en Zaragoza. Sus causas y sus remedios*, C. Ariño, Zaragoza (2.ª ed. 1906).
- BOSCH MARÍN, J., 1933, *Catecismo de Puericultura*, Gráficas Reunidas, Valencia. (14 ediciones hasta León, 1966).
- BOSCH MARÍN, J., 1947, *El niño español en el siglo xx*. Gráficas González, Madrid.
- BOSCH MARÍN, J., 1954, *Salud mental materno-infantil. Puericultura y Pediatría del alma del niño*, M.º Gobernación (Publ. «Al servicio de España y del niño español», n.º 192), Madrid.
- BOSCH MARÍN, J., 1963, *Veinticinco años de puericultura española*, Ministerio de Gobernación (Publ. «Al servicio del niño español», n.º 301), Madrid.

- BOSCH MARÍN, J.; BLANCO OTERO, M. y MINGO, J. M.^a, 1964, *Puericultura social*, 2.^a ed., Gráficas González, Madrid.
- BOSCH MARÍN, J.; CÁMARA, J. P. de la, y SÁENZ DE TEJADA, V., 1950, *270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el Seguro obligatorio de Enfermedad durante los años 1947 a 1949*, Ministerio de Trabajo (Publ. del INP, n.º 833), Madrid.
- BRAVO SÁNCHEZ DEL PERAL, E., 1956, *Organización y legislación de los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal en España*, M.º Gobernación (Publ. «Al servicio de España y del niño español», n.º 215), Madrid.
- BUCHAN, G., 1808, *El conservador de la salud de mujeres y niños*, (ed. original inglesa) F. Villalpando, Madrid.
- CALDWELL, J. C., «Old and new factors in health transition», in: J. LANDERS (ed.) *Historical Epidemiology and the Health Transition*, Canberra [Health Transition Review, Suppl. to vol. 2], 1992, 205-216.
- CAMÓN GIRONZA, R., 1952, «Maternidad y Seguridad social», *Rev. del Seguro de Enfermedad*, 1 (3), 27-33.
- CENSO-FICHERO de centros y personal de los Servicios de Sanidad materno-infantil en España, 1963, M.º Gobernación, Madrid.
- COMBY, J., 1900, *Tratado de enfermedades de la infancia*, Salvat e Hijo, editores, Barcelona.
- COMENGE, L., 1899, «Estudios demográficos de Barcelona. Mortalidad infantil, 1889-93; 1894-98», *Gaceta médica catalana*, 22, n.º 24.
- CONGRESO nacional de Pediatría. *Actas del Congreso. San Sebastián, 2 al 7 de septiembre de 1923*, Imp. Hospital Niño Jesús, Madrid.
- CÓRDOBA, J., 1909, «Gota de Leche de Barcelona. Historia, estado actual y mejoras de que es susceptible», *La Medicina de los Niños*, 5, 225-235.
- CUESTA, J., 1985, «Evolución de la previsión social española en el primer tercio del siglo XX: los primeros seguros sociales en los años veinte». En: *De la beneficencia al bienestar social, cuatro siglos de acción social*, Siglo XXI, Madrid, pp. 195-226.
- CUESTA, J., 1986, «Hacia el seguro de maternidad. La situación de la mujer obrera en España en los años veinte». En: M. C. García Nieto (ed.) *Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres, siglos XVI a XX*, Universidad Autónoma, Madrid, pp. 321-336.
- CUESTA, J., 1988, *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración*, M.º Trabajo y S. Social, Madrid.
- DERECHOS y deberes de las aseguradas. Instituto Nacional de Previsión. *Obra Maternal e Infantil*, 1941, Publ. del I.N.P. (n.º 536), Madrid.
- DWORK, D., 1987, *War is good for babies and other young children*, Tavistock, London.
- EHRENREICH, B. y ENGLISH, D., 1990, *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Taurus Humanidades, Madrid.
- ESTADÍSTICAS demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua. Madrid, 14 de junio de 1991, 1992, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

- FILDES, V. A., 1986, *Breast, bottles and babies. A history of infant feeding*, Edinburgh University Press, Edinburgh.
- FUENTES CABALLERO, M. T., 1996, «Costumbres privadas e interés público. La lactancia materna en la literatura médica de divulgación. Barcelona 1880-1890», *Dynamis*, 16, (en prensa).
- GALLEGO MÉNDEZ, M. T., 1983, *Mujer, Falange y fraquisimo*, Taurus, Madrid.
- GARCÍA DE ANCOS, E., 1903, *Algunas consideraciones sobre la mortalidad infantil*, Imp. y Enc. de José Rojas, Bilbao.
- GARCÍA-DUARTE SALCEDO, R., 1927, «Apostillas a la lactancia materna», *Actualidad médica*, 6, 301-306.
- GARCÍA NIETO, M. C. (ed.), 1986, *Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres. Siglos XVI al XX*, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- GIL Y FRESNO, J., 1871, *Higiene física y moral del bilbaino*, Imp. Juan E. Delmas, Bilbao.
- GÓMEZ, G., 1896, *Cómo se vive y se muere en Bilbao*, Impr. Casa de Misericordia, Bilbao.
- GÓMEZ HERRERO, D., 1926, *Historia, organización y modo de funcionar de la Institución Municipal de Puericultura*, Ayuntamiento de Madrid, Madrid.
- GÓMEZ REDONDO, R., 1992, *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, CIS-Siglo XXI.
- GÓMEZ SALVO, V. y CAMÓN GIRONZA, R., 1936, *Los médicos ante el Seguro de Enfermedad. Enseñanzas que el de Maternidad nos ha proporcionado en la Caja de Aragón, 1931-1936*, Editorial Heraldo de Aragón, Zaragoza.
- GONZÁLEZ Y CRESPO, A. M., 1833, *Guía de las madres para cuidar a sus hijos o Medicina doméstica de la primera infancia*, Imp. Matton y Boix, Madrid.
- INFORME sobre el Seguro de Maternidad, Publ. del I.N.P., 1932, Madrid.
- KLAUS, A., 1993, *Every Child a Lion: The Origins of Maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920*, Cornell University Press, Ithaca.
- LA BERGE, A. F. 1991, «Mothers and infants, nurses and nursing. Alfred Donné and the medicalization of child care in nineteenth century France», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 46, 20-43.
- LASBENNES, L., 1918, «Demografía infantil en Madrid», *Pro-Infantia*, 15, 337-343.
- LEAL RAMOS, L., 1942, «El Seguro de Maternidad en los medios rurales», *Boletín informativo del I.N.P.*, n.º 7, 1-12.
- LIVI-BACCI, M., 1990, *Historia mínima de la población mundial*, Ariel, Barcelona.
- LÓPEZ CANO, J., 1967, «La Obra Nacional de Auxilio Social. Evolución, situación y perspectivas». En: *Problemas fundamentales de Beneficencia y asistencia social*, M.º Gobernación, Madrid, pp. 91-114.
- LÓPEZ PINERO, J. M., 1985, *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*, Península, Barcelona.
- MARTÍN LÓPEZ, E.; GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, I. y MONTES CANO, I.M., S.A., «El Seguro de Enfermedad a través de los datos estadísticos». En: *ESTUDIO socio-*

- lógico sobre el Seguro de Enfermedad en España* (mecanografiado), I.N.P., Madrid, vol. 2.
- MATA LARA, A. M., 1994, «Control social y vida cotidiana de la mujer en la España de Franco». En: D. RAMOS PALOMO (coord.) *Femenino plural. Palabra y memoria de mujeres*, Universidad de Málaga, Málaga, pp. 221-232.
- MECKEL, R. A., 1990, *Save the babies. American public health reform and the prevention of infant mortality 1850-1929*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- MIGUEL J. de, 1984, *La amorosa dictadura*, Anagrama, Barcelona.
- MIGUEL J. de, 1985, *La Salud Pública del futuro*, Ariel, Madrid.
- MOLERO MESA, J., 1994, «Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis». *Dynamis*, 14, 199-225.
- MORENO ÁLVAREZ, I. et al. (eds.), 1911, *Actas del II Congreso español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría. Madrid, 23 al 30 de abril de 1911*, Casa Vidal, Madrid.
- NASH, M., 1991, «Pronatalism and motherhood in Franco's Spain». In: G. BOCK and P. THANE (eds.) *Maternity and Gender Policies. Women and the Rise of the European Welfare States 1880s-1950s*, Routledge, London, pp. 160-177.
- NASH, M., 1993, «Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939». En: G. DUBY y M. PERROT (dir.), *Historia de las mujeres*, vol. 5, Taurus, Madrid.
- NAVARRO SÁNCHEZ, C., 1982, *Estructura sanitaria del Campo de Cartagena, 1960-1980*, Universidad de Murcia, Murcia.
- NAVARRO UTRILLA, P., 1982, «Lactancia mercenaria. Otra expresión de la doble moral burguesa», *Asclepio*, 34, 33-70.
- NAVARRO UTRILLA, P., 1983, «Lactancia mercenaria: hipocresía y explotación», *Asclepio*, 35, 375-387.
- NÚÑEZ PÉREZ, M. G., 1986, «La implantación y los resultados del Seguro de Maternidad en la 2.ª República». En: M.C. García Nieto (ed.) *Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres, siglos XVI a XX*, Universidad Autónoma, Madrid, pp. 363-376.
- ORTIZ GÓMEZ, T., 1985, *Médicos en Andalucía, 1898-1981*, Tesis doctoral, Universidad de Granada.
- ORTIZ, T., 1987, *Médicos en la Andalucía del siglo XX. Número, distribución, especialismo y participación profesional de la mujer*, Fundación Averroes, Granada.
- ORTIZ, T., 1993, «El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo XX». En: M.ª T. LÓPEZ BELTRÁN (coord.), *Las mujeres en Andalucía. Actas del 2.º encuentro interdisciplinar de estudios de la mujer en Andalucía*, Diputación, Málaga, vol. 1, pp. 107-138.
- PASTOR I HOMES, M. I., 1984, *La educación femenina en la postguerra (1939-1945). El caso de Mallorca*, Ministerio de Cultura, Madrid.
- PEIRÓ Y SERRANO, F. DE P., 1875, «Ventajas de la lactancia materna». En: *Discursos [...] en [...] la Academia de Medicina de Valencia*, Imp. Ferrer de Orga, Valencia.

- PUIG SOLÉ, M. y MAYOL MIR, A., 1904, «Servicio lácteo infantil de Barcelona», *La medicina de los Niños*, 3, 5, 208-212.
- RIVA, A. M. de la, 1954, «La asistencia social en Ginecología. Maternología asistencial. La madre en el concepto universal de la Ginecología», *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2 (4), 16-21.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; ORTIZ GÓMEZ, T.; GARCÍA-DUARTE ROS, O., 1985, «Los consultorios de lactantes y Gotas de Leche en España», *Jano*, 29, n.º 663-H, 1066-1072.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. En: *Historia y medicina en España Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*, Valladolid, Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León, 1994, en particular pp. 241-246.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y GARCÍA-DUARTE ROS, O. 1984, «Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936). Supuestos científico-sociales de un médico puericultor en la Segunda República española», *Dynamis*, 4, 175-197.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ NAVARRO, A., 1986, «El Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 60, 1095-1107.
- ROLLET-ECHALIER, C., 1990, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIème République*, PUF/INED, Paris.
- ROMEO LOZANO, A., 1930, *Organización y funcionamiento de la Institución Municipal de Puericultura y Maternología*, Ayuntamiento de Madrid, Madrid.
- SAIZ DE LLAVERRÍA, T., 1914, «La ignorancia de la mujer en los conocimientos de Higiene y Puericultura como primera causa de la mortalidad infantil», *Gaceta Médica Catalana*, 37/1, 161-168.
- SÁNCHEZ LÓPEZ, R., 1990, *Mujer española, una sombra de destino en lo universal. Trayectoria histórica de la Sección Femenina de Falange, 1934-1977*, Universidad de Murcia, Murcia, 1990.
- Seguro de Maternidad (El). Su evolución. Sus resultados. Su transformación. (1.º de octubre 1931-31 diciembre 1933)*, 1934, Publ. I.N.P. (n.º 435), Madrid.
- SEIDLER, E., 1974, «El desarrollo de la Pediatría moderna». En: P. LAIN ENTRALGO (dir.), *Historia Universal de la Medicina*, Salvat, Barcelona, vol. 6, pp. 203-215.
- TOLOSA LATOUR, M., 1903, *La protección a la infancia en España. Leyes y proyectos*, Est. Tip. Ricardo Fe, Madrid.
- ULECIA Y CARDONA, R., 1903, *Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid, sus principales causas y medios de combatirla, presentado a la Junta municipal de Sanidad...*, Impr. Municipal, Madrid. (El mismo trabajo se presentó al Congreso de Deontología Médica, Madrid, 3 a 5 de mayo de 1903: publicado por la Administración de la Revista de medicina y Cirugía Prácticas).
- ULECIA Y CARDONA, R., 1904, *Arte de criar a los niños (nociones de Higiene infantil)*, Admón. de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, Madrid, (tres reediciones, hasta, 1924).

- ULECIA Y CARDONA, R., 1912, «Consultation für Brustkinder und Gouttes de Lait». In: A. KELLER, C.J. KLUMBER (Hrsg.) *Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten*, J. Springer, Berlin, I: 838-841.
- VIDAL SOLARES, F. *Entretencimientos familiares sobre la higiene de la primera infancia*, Barcelona, E. Puig, 1882, 112 pp.
- VIDAL SOLARES, F. *Consejos familiares sobre la higiene de la primera infancia*, 2.^a ed., Barcelona, E. Puig, 1883.
- VIDAL SOLARES, F. *Consejos prácticos sobre la higiene de la primera infancia, con 170 aforismos*, 8.^a ed., Barcelona, Casamajó, 1903.
- VIDAL SOLARES, F. *Instrucción dialogada acerca de la higiene de la primera infancia*, Barcelona, Suc. N. Ramírez y Cía, 1886, 62 pp. (5.^a ed., Casa de Caridad, 1887).
- VIDAL SOLARES, F. *Preceptos sobre Puericultura e Higiene de la primera infancia*. Prólogo de Cambó (ed. bilingüe, castellano y catalán), Barcelona, J. Horta, 1908, 40 pp. (16.^a ed., Barcelona, L. Gili, 1916).