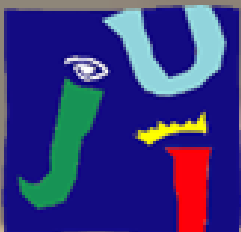


**ENFERMERÍA Y PUERICULTURA EN LA ESPAÑA
CONTEMPORÁNEA: LAS ENFERMERAS
PUERICULTORAS Y SU APORTACIÓN A LA SALUD
MATERNO-INFANTIL EN LA PROVINCIA DE VALENCIA**

Doctoranda: Rocío Martínez Zapata

Directora: M^a Eugenia Galiana Sánchez

Marzo 2023



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Imagen de portada: *Enfermeras enseñando a madres.*

Fotograma 7' 45'' de la película *Valencia, protectora de la infancia.*

Maximiliano Thous, 1928.

Restaurada por Filmoteca Valenciana, Institut Valencià de Cultura.



**Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería
Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I**

**Enfermería y puericultura en la España contemporánea:
las enfermeras puericultoras y su aportación a la salud
materno-infantil en la provincia de Valencia**

**Memoria presentada por Rocío Martínez Zapata para optar al grado de doctora por
la Universitat Jaume I**

Nombre y apellidos de la doctoranda

Rocío Martínez Zapata

Nombre y apellidos de la directora de la tesis

María Eugenia Galiana Sánchez

Castelló de la Plana, marzo de 2023



Llicència CC Reconeixement - Compartir igual (BY-SA)

Financiación recibida

Ayudas dirigidas al estudiantado de las Escuela de Doctorado de la Universidad Jaume I en las convocatorias de los años 2018 y 2019

Tesis por compendio de las siguientes publicaciones:

1º Capítulo de libro

Martínez-Zapata, R. y Galiana-Sánchez, M. E. (2019). Health Visitors' Contribution to Family Health in Early 20th Century Spain. En *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali* (pp. 25–36). Bolonia, Italia: Forum.

2º Artículo

Galiana-Sánchez, M., Martínez-Zapata, R. y Bernabeu-Mestre, J. (2020). Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality. Valencia before the health transition. *Annales de démographie historique*, 139 (pp. 179–206).

Índice de impacto

La revista Les Annales de Démographie Historique tiene índice de impacto de 0.134 en Scimago Journal Rank (SJR) en 2020, ocupando la posición 88 de 116 en la categoría Demography (4ºQ). Además tiene un índice de impacto de 0.4 en CiteScore también en 2020 y ocupa la posición 84 de 109 en la categoría Demography (4ºQ).

3º Artículo

Galiana-Sánchez, M. E. y Martínez-Zapata, R. (2022). Enseñando a ser madres: la educación de mujer a mujer en la Valencia del primer tercio del siglo XX. *Asclepio. Revista de Historia de La Medicina y de La Ciencia*. Aceptado el 2 de junio de 2022.

Índice de impacto

La revista tiene un índice de impacto de 0.144 en Scimago Journal Rank (SJR) en 2021 (última actualización) y ocupa la posición 122 de 172 en la categoría History and Philosophy of Sciences (3ºQ).

Tiene además índice de impacto de 0.39 en Dialnet Métricas en 2021 (también en este caso correspondiente a su última actualización) y ocupa la posición 11 de 116 en la categoría Historia General y Especializada (1ºQ, 1ºD)

Esta tesis dispone de la aceptación de los coautores de las publicaciones que la doctoranda presenta como tesis y su renuncia expresa a presentarlas como parte de otra tesis doctoral.

(Nombre) Josep Bernabeu Mestre....., como coautor/ coautora doy mi **autorización** a (Nombre del doctorando/doctoranda) Rocío Martínez Zapata...para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

Galiana Sánchez, M^eEugenia; Martínez Zapata, Rocío; Bernabeu Mestre, Josep (2020). Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality. Valencia before the health transition. In *Annales de démographie historique*, 139 (pp. 179–208). Paris.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,

BERNABEU
MESTRE JOSEP
- 21629812Z

Firmado digitalmente por
BERNABEU MESTRE JOSEP
- 21629812Z
Fecha: 2022.07.15
10:22:14 +02'00'

Lugar, fecha y firma

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión n° 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02 /10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

(Nombre) María Eugenia Galiana Sánchez....., como coautor/ coautora doy mi **autorización** a (Nombre del doctorando/doctoranda) Rocío Martínez Zapata...para la presentación de las siguientes publicaciones como parte de su tesis doctoral.

Relación de publicaciones:

Martínez Zapata, Rocío y Galiana Sánchez, M^a Eugenia (2019). Health Visitors' Contribution to Family Health in Early 20th Century Spain. In *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali* (pp. 25–36). Bolonia.

Galiana Sánchez, M^aEugenia; Martínez Zapata, Rocío; Bernabeu Mestre, Josep (2020). Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality. Valencia before the health transition. In *Annales de démographie historique*, 139 (pp. 179–206). París.

Galiana Sánchez, M^aEugenia; Martínez Zapata, Rocío (2022). Enseñando a ser madres: la educación de mujer a mujer en la Valencia del primer tercio del siglo XX. *Asclepio*, aceptado para publicación el 2 de junio de 2022.

Asimismo, **renuncio** a poder utilizar estas publicaciones como parte de otra tesis doctoral.

Y para que conste firmo el presente documento,

Lugar, fecha y firma

MARIA
EUGENIA
GALIANA
SANCHEZ

Firmado digitalmente por
MARIA EUGENIA
GALIANA|SANCHEZ
Fecha: 2022.07.15
18:11:18 +02'00'

Todo ello, atendiendo al artículo 28 del Reglamento de los estudios de doctorado de la Universitat Jaume I de Castelló, regulados por el RD 99/2011, en la Universitat Jaume I (Aprobado en la sesión n^o 8/2020 del Consejo de Gobierno de 02/10/2020):

"(...)

4. En el caso de publicaciones conjuntas, todas las personas coautoras deberán manifestar explícitamente su autorización para que la doctoranda o doctorando presente el trabajo como parte de su tesis y la renuncia expresa a presentar este mismo trabajo como parte de otra tesis doctoral. Esta autorización se adjuntará como documentación en el momento del inicio de evaluación de la tesis.

**Para Antonio y Rosa. Para todos ellos.
Para mi padre,
por enseñarme cosas que me han traído hasta aquí
y para mi madre,
por llevarle la contraria.**

AGRADECIMIENTOS:

Mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, María Eugenia Galiana, no sólo por dirigirme en este trabajo con paciencia y dedicación, sino también por abrirme las puertas al mundo de la investigación en Historia de la Enfermería, que, aunque solo he llegado a asomarme a él, he comprendido que es casi infinito. Gracias por tu paciencia y por soportar mis frustraciones. Entre otras cosas, siempre me quedará el dudoso honor de haber sido doctoranda en plena pandemia mundial.

Por supuesto, un agradecimiento enorme a Josep Bernabeu Mestre por su generosidad. Ha sido un placer compartir trabajo y congresos y un honor encontrar mi nombre tan cerca del suyo en ambos casos.

He de agradecer del mismo modo a Alicia Martín Aparicio compañera de trabajo y amiga, ajena a la disciplina enfermera, pero que me ha proporcionado su visión de la historia de la ciencia fundamental a la hora de entender los acontecimientos que en este texto se tratan de explicar. Por supuesto, gracias Ángel Carratalá por su apoyo técnico constante, por buscar soluciones ante las dificultades.

Mi más intenso agradecimiento para la enfermera Amparo Gázquez Forner, y a la maestra Empar Pérís, ambas puericultoras de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, por explicarme en primera persona aquello que estaba investigando del pasado. Del mismo modo, mi agradecimiento para la enfermera Rosa M^a Cerezo Carbonell, enfermera comunitaria y puericultora, por ser la heredera de la esencia de las visitadoras.

Quisiera dedicar un agradecimiento especial la Filmoteca Valenciana, cuyo trabajo de restauración y conservación de la película «Valencia, Protectora de la infancia» de Maximiliano Thous ha permitido su estudio como documento no escrito pero fundamental para ilustrar muchos de los apartados de esta tesis. Una imagen puede reforzar un argumento de mil palabras.

ÍNDICE

	Pág.
I. RESUMEN	10
II. INTRODUCCIÓN	14
i. EL CONTEXTO SOCIO SANITARIO EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA DEL S. XIX Y PRIMER TERCIO DEL S. XX	15
a. El problema de la morbilidad materno-infantil	15
b. La respuesta al problema de la morbilidad materno-infantil	21
ii. ENFERMERAS COMUNITARIAS Y ENFERMERAS PUERICULTORAS	30
a. El origen de las visitadoras en España	30
b. La formación: Escuela Nacional de Puericultura	39
c. Profesionalización y asociacionismo	43
d. Visibilidad profesional de las Enfermeras Visitadoras	52
iii. EL CONTEXTO VALENCIANO Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA ÚLTIMA DÉCADA DEL S. XIX Y PRIMER TERCIO DEL S. XX	56
iv. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	59
III. OBJETIVOS	60
IV. METODOLOGÍA	62
V. RESULTADOS	70
Primera publicación	71
Segunda publicación	84
Tercera publicación	114
VI. OTROS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	130
a. Comunicaciones y ponencias en reuniones y congresos científicos	131
b. Capítulos de libro	133
VII. DISCUSIÓN	154
VIII. CONCLUSIONES	176
IX. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	182
X. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	184
XI. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES	187
XII. ANEXOS	210

I. RESUMEN

Este trabajo analiza el papel de las enfermeras visitadoras en las diversas instituciones, iniciativas y campañas sociosanitarias que, basadas en los presupuestos del movimiento Higienista, se emprendieron en la provincia de Valencia, para intentar paliar el grave problema de morbi-mortalidad materno infantil que afectaba a España a comienzos del siglo XX.

En los planteamientos conceptuales e ideológicos de la lucha contra la mortalidad infantil, había un binomio claro: por una parte, la profesión médica, posicionada en un discurso científico y moralizador y por otra, de forma generalizada, las mujeres, concretamente las madres. En las coordinadas del movimiento higienista, se consideraba necesario que los médicos, poseedores del conocimiento científico, instruyesen a las madres en las técnicas de crianza. Las mujeres tenían la capacidad de gestar hijos, como era su supuesto deber vital, pero dadas las cifras de mortalidad, no eran consideradas aptas para criarlos sin las directrices de la autoridad médico-científica. No obstante, pronto se hizo patente que el binomio médico/madre también tenía consecuencias como dualidad hombre/mujer, es decir, los médicos no podían hacer llegar de forma eficaz el mensaje puericultor a las madres sin ayuda, no solo por el número limitado de profesionales, sino por una cuestión de clase y de género. Para conseguir que la divulgación sanitaria llegara a ser realmente efectiva y que la información recogida sobre cuestiones del estado de salud familiar fuera lo más rigurosa posible, era necesaria una figura femenina entrenada en el trabajo comunitario: la enfermera visitadora. La visitadora, en su acción profesional, tenía múltiples facetas, entre ellas el trabajo con niños, pero en todas ellas se destacaba su labor como enlace entre la clase médica y las familias. La visitadora, por su formación y por su condición femenina, por la que se le suponían virtudes como la paciencia, la dulzura o la empatía, era la indicada para llevar los conocimientos básicos sobre salud desde el consultorio médico hasta el mismo hogar familiar. De esta forma, la enfermera, que en el contexto español había estado históricamente limitada al ámbito hospitalario y asistencial, logró un nicho laboral en la comunidad orientado a la educación para la salud más allá de las funciones técnicas.

Con respecto a la reducción de la mortalidad materna a causa del embarazo, parto y/o puerperio, las iniciativas dedicadas a ello, aunque comenzaron a finales del siglo XIX, estaban dirigidas explícitamente a salvaguardar la vida y la salud de los hijos o futuros hijos y ponían su atención básicamente en la mujer trabajadora. Es decir, las mujeres se beneficiaron de las medidas de protección infantil que pasaban irremediabilmente por preservar la salud femenina, así como de las mejoras sanitarias y económico-sociales que surgieron en el primer tercio del siglo XX. De éstas últimas cabe destacar la tendencia descendente de la natalidad, reduciendo el riesgo de muerte materna al disminuir la frecuencia de embarazos y partos.

A nivel estatal existía normativa sobre recursos, instituciones y directrices en materia de protección materno-infantil, así como centros de referencia nacionales ubicados generalmente en Madrid. Sin embargo, la aplicación a nivel regional era irregular, y dependía más de la voluntad de las autoridades políticas y médicas de cada provincia y municipio, y muy limitada por la disponibilidad de recursos económicos para llevar a cabo las medidas planteadas.

Este estudio se centra en las estrategias llevadas a cabo en la provincia y ciudad de Valencia en las primeras tres décadas del siglo XX dirigidas a mejorar la salud materno infantil, los recursos públicos y privados que se invirtieron en ellas y la evolución de las medidas adoptadas y de las instituciones dedicadas a ello.

La metodología que se ha seguido en la investigación se ha basado en la búsqueda de fuentes primarias, su lectura crítica y confrontación para conseguir describir y analizar el desarrollo de las instituciones de puericultura de la provincia de Valencia y el lugar que ocupaban en ellas las enfermeras visitadoras tras la aparición de esta disciplina en el primer tercio del siglo XX. Para ello, se han seguido cuatro coordenadas teórico metodológicas que han marcado la investigación: la historia local, la historia de las mujeres, la historia social y la historia del trabajo. Las fuentes han sido, fundamentalmente, publicaciones tanto científicas como populares de la época que reflejaron los cambios y avances en las instituciones dedicadas a la infancia y a los profesionales implicados en ello.

Los resultados de este trabajo se han expuesto en tres publicaciones principales: un capítulo de libro y dos artículos:

El primer texto, *"Health Visitors" Contribution to Family Health in Early 20th Century Spain* tiene como fuentes principales la prensa popular, documentos legales y publicaciones científicas con el objetivo de hacer una reconstrucción de la figura de la visitadora. El texto muestra el papel de la enfermera visitadora en las primeras décadas del siglo XX en España, su importancia como agente divulgador de preceptos higiénicos tanto en el medio urbano como en el rural, con una actividad dirigida a mejorar el bienestar de las familias a través de la educación sanitaria.

El segundo trabajo, *Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality. Valencia before the health transition* se apoya en una metodología que combina la búsqueda de fuentes primarias en publicaciones científicas y populares y en el estudio de datos objetivos obtenidos de las Serie Histórica del INE, centrandó la atención en la provincia y ciudad de Valencia. El objetivo es mostrar cómo se trasladaron las campañas contra la mortalidad materno infantil a un contexto concreto como Valencia y el papel que desempeñaron

las enfermeras visitadoras en esta tarea como agentes fundamentales en la divulgación sanitaria.

El tercer artículo *Enseñando a ser madres: la educación de mujer a mujer en la Valencia del primer tercio del siglo XX*, cuyo objetivo es dar valor al papel de la mujer como agente de salud desde distintos ámbitos, como madre y como profesional de la enfermería, la primera por ser la cuidadora principal de la familia y la proveedora de bienestar para la misma, y las segundas como transmisoras eficaces de conocimientos científicos a la población a través de las propias mujeres. En este artículo se ha combinado el estudio de publicaciones científicas y publicaciones populares de la ciudad de Valencia, y se ha contrastado la información de ambas para hacer una descripción realista del papel de la mujer en la reducción de la mortalidad materno infantil en la ciudad de Valencia a comienzos del siglo XX.

A estos tres trabajos ha de añadirse la labor de difusión de estos resultados exponiéndolos en un total de 6 congresos, a pesar de las dificultades para la movilidad y reunión acaecidas desde 2020, derivadas de la pandemia.

Tras el análisis de toda la información recopilada se ha constatado que, en primer lugar, en la provincia de Valencia, y sobre todo en la ciudad, hubo una evolución en el concepto del cuidado infantil desde finales del siglo XIX acorde con los movimientos higienistas y puericultores del resto de España y Europa. Ello supuso la necesidad de contar con profesionales especializadas en el cuidado materno-infantil en el ámbito comunitario: las enfermeras visitadoras, que en el caso de la ciudad de Valencia comenzaron a formarse a partir de 1928. Se ha constatado la versatilidad de estas visitadoras, siendo su presencia constante en los servicios de la Escuela de Puericultura e Instituto Provincial de Higiene, realizando técnicas, educación para la salud y ejerciendo como agentes sociales en sus visitas domiciliarias y consultas de especialidades. Una cuestión fundamental que se ha abordado ha sido el trabajo de la visitadora como enlace entre las instituciones sanitarias y las familias, concretamente, las madres. Las visitadoras, eran capaces de recabar información que a los médicos les era complicado obtener y a su vez eran transmisoras de conocimientos sanitarios dirigidos a las mujeres, cuidadoras principales de las familias y responsables de la salud de sus hijos. De ésta última cuestión se extrae otra conclusión interesante: las madres, a pesar de ser acusadas de ignorantes y negligentes con sus hijos y de no emplear los medios a su alcance para impedir su muerte, demostraron un interés constante por las cuestiones de puericultura, higiene y alimentación segura, dando una respuesta positiva y masiva a los recursos gratuitos que se les ofrecía para el mejor cuidado de sus hijos.

II. INTRODUCCIÓN

i. EL CONTEXTO SOCIOSANITARIO EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA DEL S. XIX Y PRIMER TERCIO DEL S. XX

a. El problema de la morbilidad materno-infantil

La percepción de la infancia como etapa particular de la persona diferenciada de la edad adulta es relativamente moderna. Esta distinción se produjo a partir del siglo XVII y en estratos favorecidos de la sociedad. El interés por las necesidades concretas de los niños se acentuó a partir del siglo XIX, dado que se entendió que eran distintas y que el niño era un ser débil al que había que proteger porque el cuidado físico y moral de los menores era fundamental para generar una sociedad futura próspera (Santos Sancristán, 2008). Hasta las últimas décadas del siglo XIX, el drama de la mortalidad infantil era percibido por la población como una desgracia inevitable, descrito de forma popular con la frase «angelitos al cielo». Se consideraba un mal necesario en favor del progreso derivado de la Revolución Industrial, que requería de la mano de obra infantil. Fue a partir de esta época cuando se puso de manifiesto la necesidad de rescatar a la infancia del trabajo precoz y de devolverla a la escuela, no sólo por el bien del niño, sino por el bien de la nación. Por ello se buscaron estrategias para reducir la mortalidad en edades tempranas debida a enfermedades potencialmente evitables (Ballester, 1998). Esta preocupación, más allá de ser una necesidad social y un deber para con las familias, concretamente con población infantil especialmente vulnerable, se argumentó como una cuestión de estado en España, llegándose a cuantificar económicamente las pérdidas por la nación debido a estas muertes precoces: mil millones de pesetas en 1902 (Perdiguero Gil y Robles, 2004).

En España la mortalidad infantil a finales del siglo XIX y principios del XX era una de las más altas de Europa, al igual que la mortalidad general, y se veía agravada de forma recurrente por crisis epidémicas. Destacaron por su virulencia las epidemias de cólera, viruela, sarampión, gastroenteropatías y tuberculosis, siendo especialmente mortales entre la población infantil. Tal era la situación que, en la última década del siglo XIX, la mitad de los niños morían antes de cumplir los diez años, y el 80% de los casos eran por causa infecciosa (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002). Las causas inmediatas de mortalidad infantil se agrupaban en estas categorías: peligro congénito, peligro infeccioso y alimentario, muy relacionadas con las anteriores (Bernabeu Mestre, 2012). En el gráfico 1 se pueden observar las enfermedades infecciosas causantes de las muertes infantiles y el peso de cada una de ellas. Estas causas a su vez, estaban directamente ligadas a factores predisponentes, como los ambientales: condiciones higiénicas de los hogares, la alimentación y recursos socioculturales, como la inversión familiar en materia

de sanidad o educación, el nivel económico u otras circunstancias sociológicas como el estado civil de la madre, la marginalidad, etc. (Bernabeu-Mestre, Perdiguero Gil y Barona, 2007).

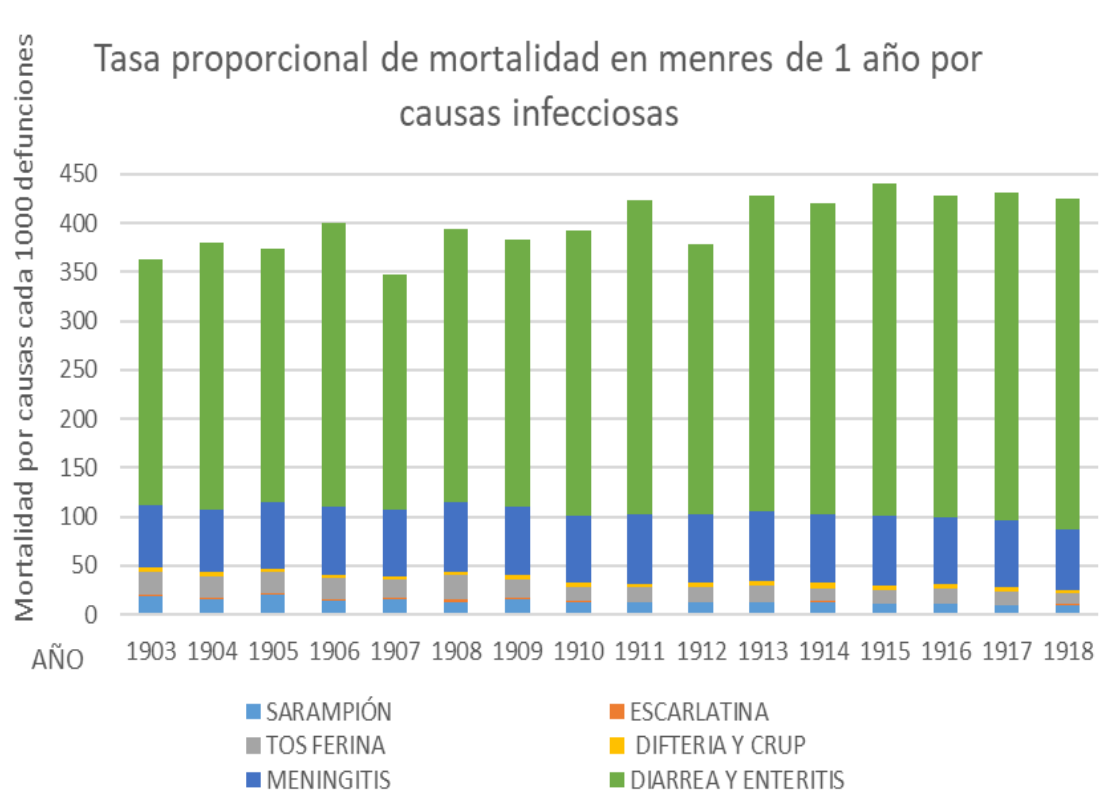


Gráfico 1: Tasa proporcional de mortalidad infantil en menores de 1 año en España por enfermedades infecciosas (muertos por una causa por cada 1000 defunciones) entre 1903 y 1918.

Fuente: elaboración propia a partir de los Anuarios Estadísticos de España (1903-1918). INE fondo documental.

La mortalidad infantil no comenzó su descenso hasta las primeras décadas del s. XX, interrumpido por la epidemia de gripe de 1918 y la Guerra Civil española (1936-1939), y fue después de ésta cuando el descenso se hizo más pronunciado (Ramiro Fariñas y Sanz Gimeno, 1999).

Por su parte, el problema de la mortalidad materna, no se percibió como una necesidad de primer orden, no fue considerado un problema en sí mismo, sino una consecuencia de la misión primordial de la mujer, la maternidad. No obstante, sí se abordó por ser una cuestión importante a la hora de luchar contra la mortalidad infantil, ya que la salud de la madre y su supervivencia al embarazo parto y puerperio era clave en la supervivencia de sus hijos. Por lo tanto, la lucha contra la mortalidad materna se trató de forma pragmática y subsidiaria del problema de la mortalidad infantil.

El descenso de la mortalidad materna, tal y como se puede observar en el gráfico 2, es paralela al declive de la mortalidad infantil, con picos en ambos casos coincidentes, pero en claro descenso desde comienzo de siglo a excepción de estos eventos. Al igual que ocurría en el caso de la mortalidad infantil, tiene una explicación multicausal y del mismo modo fue acorde con la transición demográfica que supuso la reducción de las tasas de mortalidad en todos los grupos de población (Ramiro Fariñas, Sanz Gimeno, 1999).

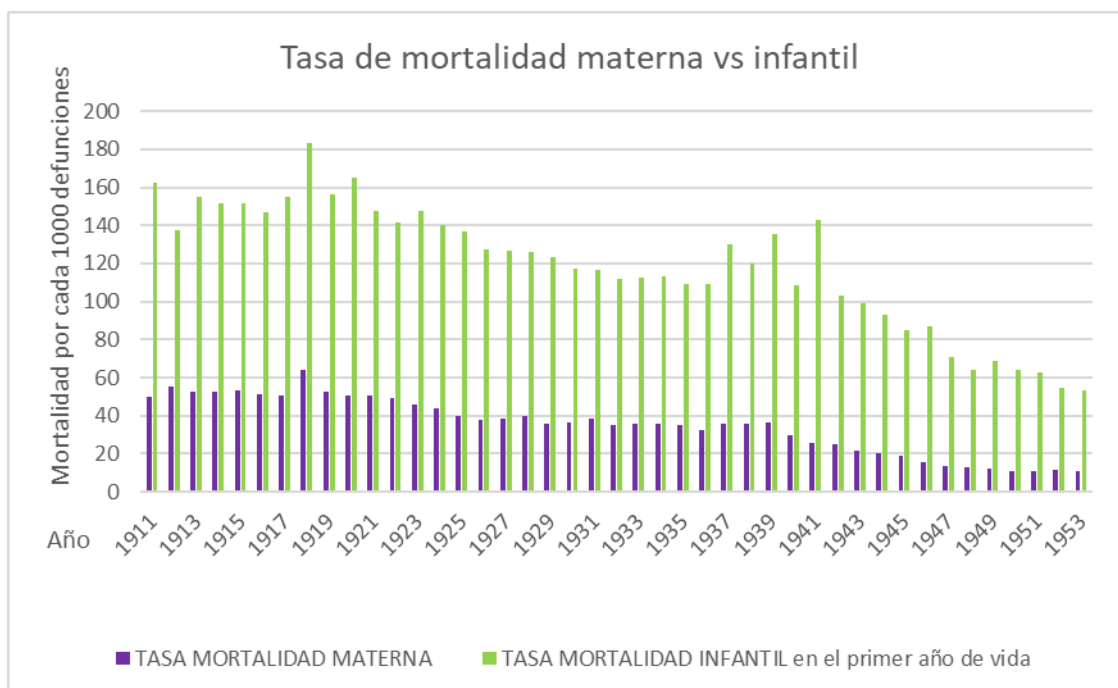


Gráfico 2: Tasa de mortalidad materna vs mortalidad infantil en España de 1911 a 1953.

Fuente: elaboración propia a partir Tablas de Mortalidad (1911-1953). INE fondo documental.

Como en otras cohortes de población, la población femenina en edad fértil se benefició de los avances de la medicina como los antibióticos y las vacunas, el desarrollo de la Salud Pública que incidió en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dando un papel importante dentro de sus actividades a la divulgación sanitaria, la mejora del estado nutricional de la población, la mejora sustancial del nivel de vida y unido todo ello a transformaciones sociales y culturales (Pérez Moreda, Reher y Sanz-Gimeno, 2015).

El descenso del número de hijos por mujer supuso un cambio fundamental en el seno de la familia tradicional desde finales del siglo XIX. En los años 20 del s. XX surgió el movimiento eugenésico, del que fueron partícipes médicos y profesores de diversas ciencias, entre ellos, el Dr. Gregorio Marañón. Esta corriente defendía la necesidad de disminuir el número de hijos por familia para poder garantizar su supervivencia y así disponer de más recursos y tiempo en su crianza, y para ello era necesario educar en los preceptos de la eugenésica a todos los sectores de la población (Ferráiz y Lafuente, 1999). Si bien la medida estaba dirigida a disminuir la

mortalidad infantil, este descenso de la natalidad debió influir también en la tasa de mortalidad materna, puesto que las mujeres tenían menos hijos, dejaban pasar más tiempo entre nacimientos para poder atenderlos mejor y dedicarles más recursos, de manera que las mujeres se exponían un número menor de veces a los riesgos del embarazo, parto y puerperio. Tras la Guerra Civil española hubo una ligera recuperación de la natalidad, aunque el descenso continuó hasta mediados de los años 40 del s. XX, a pesar de las campañas pronatalistas gubernamentales del franquismo, que marcaron el objetivo de alcanzar una población de 40 millones de españoles (Bernabeu Mestre, 2002a), la natalidad en España cayó a niveles similares al resto de países industrializados (Carreras y Tafunell, 2015).

Las causas de mortalidad materna fueron variando a lo largo del siglo XX según las tasas de mortalidad iban disminuyendo. No obstante, su comparación a lo largo del tiempo no es sencilla: infradiagnóstico, variabilidad del registro de las causas de la defunción, cambio en las expresiones diagnósticas, etc. (Bernabeu Mestre et al, 2003) son algunas cuestiones que dificultan el seguimiento de las causas de la mortalidad materna. Un problema considerable viene de la propia definición temporal de mortalidad materna, puesto que hasta 1958 no se estableció un límite para considerar que la muerte de una mujer hubiera sido debida al embarazo, parto o puerperio ocurrido en el momento de la defunción o debido a anteriores embarazos. Otro problema era la variabilidad de diagnóstico, el cual podía depender de quién hubiera atendido a la mujer y dado parte de la defunción, desde personas sin preparación alguna, hasta comadronas, matronas, practicantes o médicos. Este registro también podía variar si a la mujer se le había atendido en casa o en el hospital (Salazar Aguiló, Bernabeu Mestre, et al, 2008). Lo que sí se puede observar es el aumento de categorías diagnósticas según transcurren los años. Esto pudiera deberse al desarrollo de disciplinas como la ginecología o la tocología, el desarrollo profesional de las matronas, con una mayor presencia en la comunidad y/o a una mejora en la consideración social de la mujer, ya fuera como sujeto o como madre de hijos sanos. Los gráficos 3, 4 y 5 muestran esta variabilidad (Anuarios Estadísticos de España 1905, 1936, 1953), pero también reflejan el cambio en las causas de esta mortalidad. Si en 1905 el 66% de las muertes maternas se debían a infecciones puerperales, en 1926 éstas se habían reducido al 56% y en 1953 solo suponían un 16%.

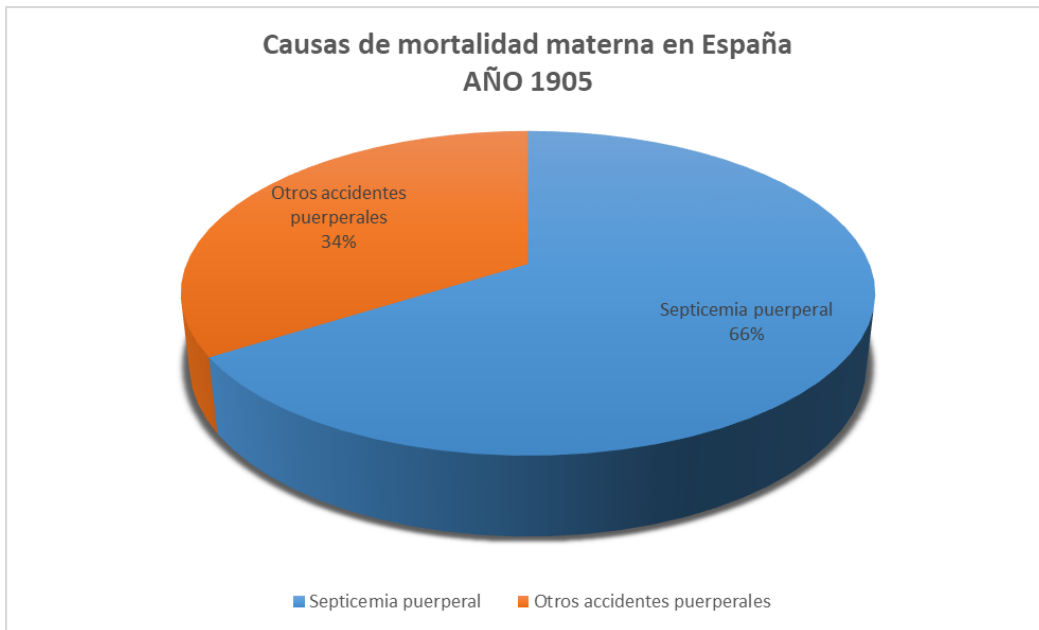


Gráfico 3: Causas de mortalidad materna en España en 1905
 Fuente: elaboración propia a partir Anuarios Estadísticos de España (1905). INE fondo documental.

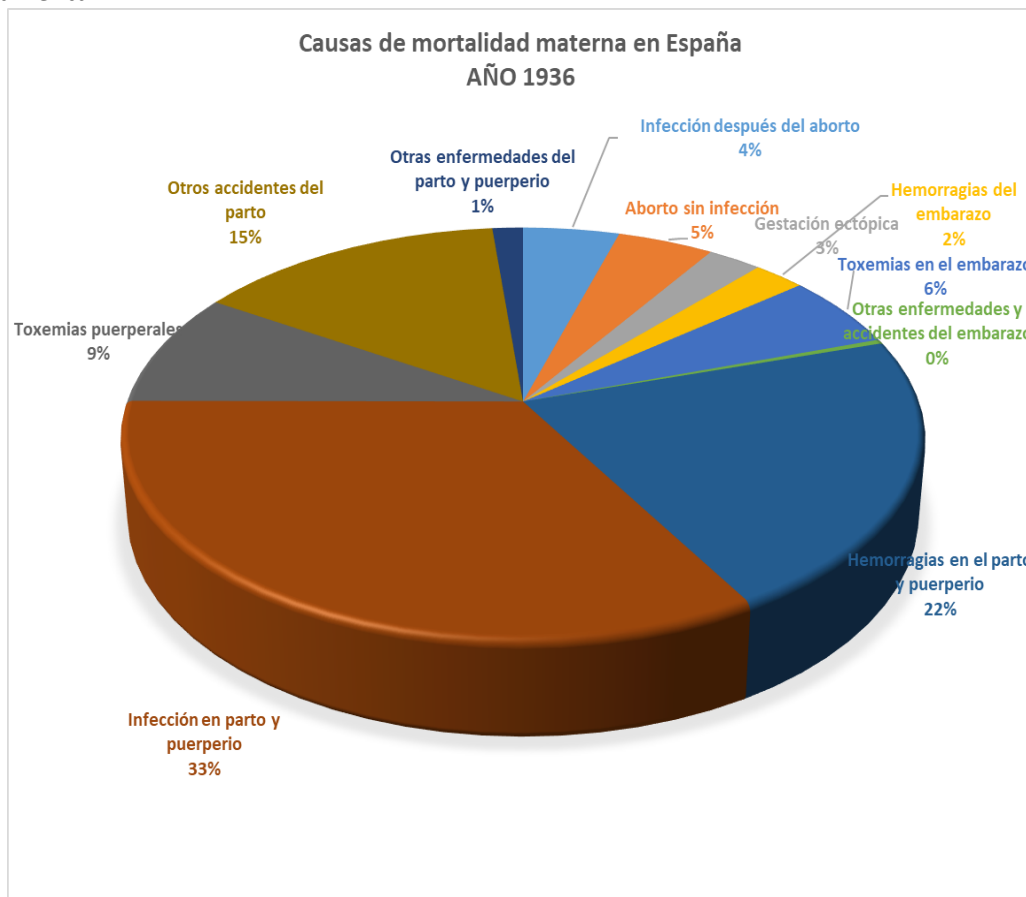


Gráfico 4: Causas de mortalidad materna en España en 1936
 Fuente: elaboración propia a partir Anuarios Estadísticos de España (1936). INE fondo documental.

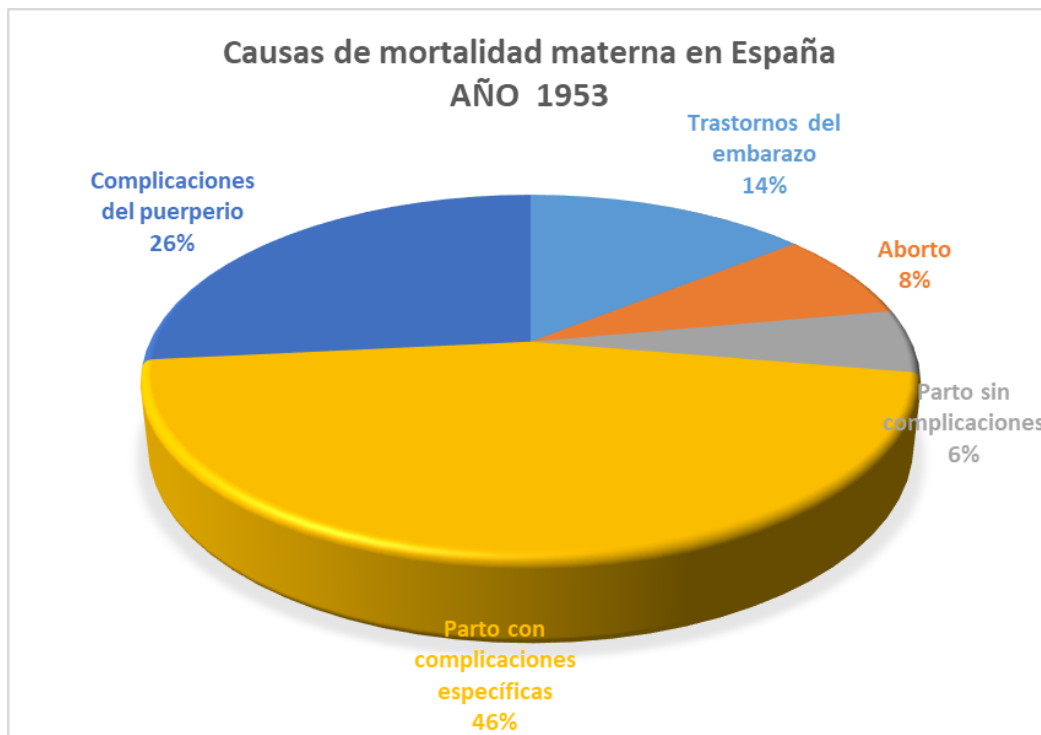


Gráfico 5: Causas de mortalidad materna en España en 1953

Fuente: elaboración propia a partir Anuarios Estadísticos de España (1953). INE fondo documental.

De esta forma, según disminuía el porcentaje de mortalidad materna debido a infecciones intraparto o postparto, aumentaba el peso de otras causas como las hemorragias o los accidentes en el trabajo del parto.

b. La respuesta sanitaria al problema de la mortalidad materno-infantil

Como se ha expuesto en párrafos anteriores, la elevada tasa de mortalidad infantil en España y en otros países del entorno suponía un problema de Estado más allá del drama particular de la muerte prematura. No se consideraba asumible la pérdida de mano de obra futura, y se trataba como un peligro más de índole económico que sanitario en sí mismo. Teniendo en cuenta estas circunstancias y siendo conscientes del problema tanto autoridades políticas como sanitarias, se pusieron en marcha campañas sanitarias de lucha contra la mortalidad infantil. A las medidas específicas dirigidas a la mejora de la salud de este grupo de población en concreto se unían otras estrategias de salud pública que beneficiaban a toda la población en general, como por ejemplo la canalización y saneamiento de las aguas potables (Rodríguez Ocaña, 1998). De esta forma se unían medidas de salud pública concretas y generales en una sinergia que contribuyó al descenso de la mortalidad general, pero de forma muy significativa la infantil.

En estas circunstancias surgió el movimiento higienista, de carácter multidisciplinar, en el que se integraban, además de los médicos como voz hegemónica, enfermeras, ingenieros, arquitectos e incluso la población general. Su misión fue la de estudiar de forma científica las causas de mortalidad, encontrar los factores ambientales que las favorecían y proponer y difundir cambios de conductas individuales y sociales para evitar esta morbimortalidad exacerbada (Pujadas, 2012). Más allá del componente estrictamente sanitario, tuvo una función de mediación social potenciando la Salud Pública, ya que daba respuesta a las reivindicaciones procedentes del mundo obrero nacido de la industrialización (Perdiguer Gil, 2008).

A los primeros pasos del movimiento higienista, se unió el interés creciente por la medicina para niños de la clase médica. La ciencia médica había separado al niño como ente particular más allá de la madre a finales del siglo XIX, creando la especialidad de Pediatría (Rodríguez Ocaña, 1998). Esta especialidad creció y se sustentó, en parte, por la floreciente y cada vez más abundante oferta de servicios médicos referidos al embarazo, parto y crianza y por facilitar el acceso a productos para la alimentación para lactantes en condiciones óptimas de salubridad, cómo se llevaba a cabo, por ejemplo, en las Gotas de Leche. También se facilitó el acceso a consultas médicas en caso de enfermedad, todo ello de forma gratuita, unido a una campaña intensa de la lucha contra la cultura médica popular (Rodríguez Ocaña y Perdiguer Gil, 2006). Estas inquietudes por el exceso de mortalidad general e infantil, hizo que surgieran grupos de presión que promovieron el desarrollo de leyes de protección a la infancia. Una de las organizaciones más influyentes al respecto, al menos en sus primeras décadas de actividad, fue la Sociedad Española de Higiene (SEH), cuyos objetivos eran intentar optimizar la organización

de la sanidad e higiene públicas y conseguir que la población pudiese mejorar su calidad de vida. Para ello proponían como instrumento la educación del ignorante y la protección al débil, buscando consolidar conductas morales e higiénicas saludables (Perdiguero Gil y Robles, 2004).

Así pues, la medicina higienista fundamentaba la lucha contra la elevada mortalidad infantil se en la educación, concretamente, de las mujeres. La figura de la mujer como madre y cuidadora de la salud de la familia, fue un objetivo prioritario tanto de críticas como de intervenciones desde un primer momento. A ellas se les culpaba de la situación dramática de la mortalidad infantil, debido a las negligencias que cometían en el cuidado de sus hijos, la ignorancia y la incapacidad. Se consideraba que podían (y debían) traer hijos al mundo, pero no eran capaces de criarlos sanos y evitar su muerte, necesitaban la tutela de la clase médica para guiarlas, relegándolas a un papel meramente biológico en el parto y secundario en la crianza (Palacio, 2003b). Una de las acusaciones más recurrentes contra las madres era seguir los consejos de la cultura popular, tratando de forma acientífica las afecciones de los niños y retrasando el acceso a la atención médica de éstos. No obstante, algunas de las costumbres populares en el tratamiento de estas dolencias, como eran las denticinas¹, derivaban de un conocimiento médico de apenas uno o dos siglos antes, que se había extendido en forma de recomendaciones y había calado en la población (Perdiguero Gil, 1993), junto con otras ideas provenientes de la tradición que conformaban la forma de ver la salud y la enfermedad y las estrategias para enfrentarse a ella. Este conocimiento era el que los higienistas trataban de combatir, sustituyendo las creencias y comportamientos profanos erróneos por los que dictaba la medicina (Bernabeu Mestre, 2002b).

Las campañas sanitarias de lucha contra la mortalidad infantil tenían como piedra angular la divulgación sanitaria a la población en general (y a las mujeres en particular) y la prevención de la enfermedad desde las distintas instituciones dedicadas a ello. Sin embargo, tuvieron una presencia desigual en el territorio español, dado que la fundación y mantenimiento de estas instituciones dependía de la voluntad política y médica de cada territorio y siempre con un presupuesto escaso, como era el caso de las numerosas Gotas de leche, Consultorios infantiles, Institutos de Higiene Infantil o Escuelas Provinciales de Puericultura. El trabajo de prevención de la mortalidad infantil se centraba en la divulgación de preceptos básicos de higiene y

¹ Las denticinas eran sustancias purgantes que se administraban a los niños en el momento del comienzo de la dentición debido a la extensa y errónea creencia de que las babas que expulsaban en ese momento eran perjudiciales para el niño (Bernabeu Mestre, Perdiguero Gil, Barona, 2007). Ejemplo de la necesidad de eliminar estas prácticas es la conferencia del Dr. Valencia Negro «Dentición y denticinas», dirigida a las madres, presentada en la jornada *Un día contra la mortalidad infantil* y grabada en disco para su difusión (Inspección Provincial de Sanidad, 1935).

alimentación infantil, profilaxis de enfermedades infecciosas y control de la salud de la población infantil desde antes del nacimiento.

Por lo que respecta a las estrategias para disminuir la mortalidad materna, como ya se ha nombrado anteriormente, se plantearon como el medio para conseguir el objetivo real de las mismas, que era disminuir la mortalidad infantil. La legislación así lo recogía y se orientaba, sobre todo, a la protección de la mujer- madre trabajadora, puesto que evitar su enfermedad o muerte era un factor clave para la supervivencia de sus hijos. En la tabla 1 se aprecia el progreso legislativo en materia de protección materno infantil, centrada sobre todo en los hijos y la madre trabajadora:

NORMATIVA	PROTECCIÓN A MADRES E HIJOS
Gaceta de Madrid del 28 de julio de 1873	<p>«Ley Benot»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulaba ciertos derechos laborales, entre ellos de los trabajadores y trabajadoras menores de edad. • Obligaba a las empresas alejadas de núcleos urbanos a costear la instrucción primaria de los trabajadores y sus hijos en el mismo centro. • Los establecimientos debían contar con un botiquín y los servicios de un médico-cirujano para atender los accidentes de trabajo que pudieran ocurrir.
Gaceta de Madrid del 28 de julio de 1878	<ul style="list-style-type: none"> • Complementaba la ley anterior regulando el trabajo infantil en puestos peligrosos, (como trabajadores de circo y otros espectáculos) condenando también la cesión de niños pequeños para estas actividades.
Gaceta de Madrid del 13 de marzo de 1900	<ul style="list-style-type: none"> • Limitaba el trabajo infantil y prohibía el trabajo a mujeres durante las tres semanas posteriores al alumbramiento. • Daba la posibilidad de permanecer un tiempo antes del parto sin trabajar (y sin cobrar), sin que ello pudiese derivar en un despido o cambio de puesto hasta su reincorporación tras las tres semanas de puerperio. • Otorgaba el derecho a las mujeres con hijos lactantes de una hora libre a lo largo de la jornada laboral para dar el pecho a sus hijos, tiempo que no se podía descontar del jornal.
Gaceta de Madrid del 17 de agosto de 1904.	<p>Ley de protección a la Infancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su finalidad era la protección de los niños menores de diez años, la vigilancia de sus tutores, el control de los establecimientos de cuidado infantil (casas cuna, talleres, asilos, etc.) y de forma mucho más exhaustiva, dictaba la regulación de la lactancia mercenaria, para garantizar el bienestar de la nodriza, de sus hijos y de los niños a los que prestaba el servicio.
Gaceta de Madrid de 10 de enero de 1907.	<ul style="list-style-type: none"> • Se ampliaba el descanso de las mujeres antes del parto, puesto que al octavo mes de embarazo, si lo consideraba oportuno la mujer y con el visto bueno facultativo, podía cesar la actividad laboral. • Se prohibía el trabajo durante las cuatro semanas posteriores al parto, periodo que podía alargarse a cinco o seis semanas si, por motivos de salud, era necesario, todo ello preservando su puesto de trabajo hasta la reincorporación, pero sin subsidio de ningún tipo.

NORMATIVA	PROTECCIÓN A MADRES E HIJOS
Gaceta de Madrid del 26 de enero de 1908	«Reglamento de Protección de la Infancia» Se concretaban medidas para llevar a cabo esta protección: <ul style="list-style-type: none"> • Ampliaba sus beneficiarios a las madres embarazadas. • Insistía en la vigilancia de la lactancia mercenaria. • Planteaba la inspección de los establecimientos en donde habitaran o trabajaran niños, contemplaba la persecución de los delitos contra los menores, así como el control parental de aquellos niños «rebeldes, incorregibles o delincuentes», y regulaba la acogida de niños abandonados y la educación de niños «anormales». • Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad.
Gaceta de Madrid del 10 de marzo de 1910	Exponía la necesidad de crear seguros populares voluntarios a través del Instituto Nacional de Previsión (INP), entre ellos la mutualidad maternal para mantener a la mujer durante el embarazo y puerperio aunque del mismo modo, aclaraba la falta de recursos públicos disponibles para ello.
Gaceta de Madrid del 17 de abril de 1910	Reglamento sobre Puericultura y Primera infancia. <ul style="list-style-type: none"> • Protección y amparo de la mujer embarazada. • Se insta a la creación del Instituto Nacional de Maternología y Puericultura.
Gaceta de Madrid del 15 de julio 1922	Se autorizaba al Gobierno para ratificar el proyecto del Convenio referente al empleo femenino antes y después del parto que se había adoptado en la Conferencia Internacional del Trabajo del 29 de octubre de 1919. En ella se instaba a la creación de una Caja de Seguro Obligatorio de Maternidad y a avanzar en la legislación del trabajo de las mujeres embarazadas y puérperas para adecuarse al Convenio.
Gaceta de Madrid del 23 de agosto de 1923	Para la gestión del Seguro de Maternidad se optó por el seguro obligatorio con subvención del Estado, que debía ser desarrollado por el Instituto Nacional de previsión. Dado que esta tarea iba a suponer un periodo de tiempo relativamente largo, como así fue, se instaba a la implantación de un régimen provisional de subsidio tutelar de la obrera que diera a luz para, de esta forma, poder ir viendo los resultados del seguro a la vez que se legislaba al respecto.
Real Decreto Ley del 22 de marzo de 1929	Creación del Seguro de Maternidad Obligatorio. El reglamento del Seguro de Maternidad no estuvo listo hasta enero de 1930 y entró en vigor, tras la publicación del Decreto del 26 de mayo de 1931, el 1 de octubre de ese mismo año.

Tabla 1: Evolución legislativa en materia de protección materno-infantil en España hasta los años 20 del s. XX.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gaceta(1873-1929)².

En la normativa para la protección materno infantil puede observarse que hubo voluntad de mejorar las condiciones de vida de niños y mujeres trabajadoras, pero en general no se aportaban los recursos necesarios para llevarlas a cabo o garantizar mínimamente su cumplimiento; las mejoras tenían como objetivo preservar la salud de los hijos de las madres

² La colección histórica de la Gaceta está disponible en https://www.boe.es/diario_gazeta/

trabajadoras, sin hacer mención de la necesidad de mejorar la vida de las mujeres en general, aun siendo obreras. Si bien las medidas avanzaban con cada norma, no hubo una crítica a la situación económica y social de las mujeres que no podían permitirse dejar de trabajar en los últimos meses de embarazo y durante el puerperio por falta de recursos. Este discurso se fue matizando progresivamente e incluyendo la consideración de las circunstancias socioeconómicas de la familia para entender el trabajo asalariado de la madre, aunque no fue hasta la creación del Seguro de Maternidad Obligatorio, cuando esta situación se tuvo realmente en consideración. El planteamiento era que las mujeres debían priorizar la maternidad ante el trabajo fuera del hogar, porque este trabajo podía suponer un riesgo para los futuros hijos, ya fuera porque la mujer llegara débil y enferma al momento del embarazo y parto o porque la propia actividad laboral supusiera riesgo congénito para su descendencia (Bernabeu Mestre, 2012). Carmen Fernández Gago³, en 1943, en plena postguerra y una intensa campaña pronatalista por parte del gobierno franquista, explicaba que el problema no era tanto el trabajo que la mujer desempeñaba fuera de su casa, sino que cuando volvía a ella, debía encargarse de todas las tareas domésticas, doblando de esta forma las horas de trabajo diario. Defendía la necesidad de educar a las mujeres para evitar aquellas actividades físicas o tóxicas que pudiera alterar la futura maternidad, y no tanto su propia salud (Fernandez Gago, 1943).

No obstante, a pesar de la lentitud de las medidas legislativas y la falta de recursos para ponerlas en marcha de forma eficaz, en el primer tercio del siglo XX se crearon servicios extrahospitalarios de atención a la madre que contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna y a la mejora de la salud de la mujer.

En el Reglamento De Puericultura y Primera Infancia que apareció en la Gaceta el 17 de abril de 1910 se instaba a crear Cajas Maternales en las fábricas o talleres como enlace con los Institutos de Previsión, pero también reconocía la necesidad de auxilio de las mujeres no obreras, indicando que las Juntas debían protegerlas, facilitando su ingreso en una institución o la atención médica a domicilio. En el mismo documento se anunciaba la promoción de la creación de un Instituto Nacional de Maternología y Puericultura con sucursales en las capitales de provincia. Aunque como se verá más adelante este ambicioso proyecto se vio sensiblemente reducido por falta de fondos y en su lugar se fundó la Escuela Nacional de Puericultura, desde un primer momento quedó reflejada la importancia de la educación maternológica a las mujeres y la necesidad de protección de las mismas. En este caso, además de incluir la protección de las

³ Las referencias biográficas halladas de Carmen Fernández Gago y Martínez han sido muy escasas más allá del texto aquí citado y la posible referencia en el BOE a su puesto como Jefe de Servicio de Medicina Infantil en la Ciudad Sanitaria Juan Canalejo de La Coruña en 1974 (BOE, 1974).

mujeres que no trabajaban por cuenta ajena, tampoco hacían distinción entre los hijos que eran legítimos o los que no:

Art. 7. Serán fines preferentes del Instituto:

a) La protección y enseñanza de las madres, incluso las solteras, tanto las que críen a sus hijos como las que se dediquen a nodrizas, facilitándoles cuantos medios se consideren adecuados para evitar los frecuentes descuidos que, por ignorancia, ocasionan la prematura muerte de los niños.

b) El contribuir a la perfecta crianza de los recién nacidos, amparando las madres indigentes, seleccionando las nodrizas, velando por la salud de ambas y garantizando en lo posible los emolumentos de estas [...]

(Gaceta, 1910)

Otro punto de inflexión en la protección de la madre, en este caso, solo obrera, fue la creación del Seguro de Maternidad Obligatorio, a partir del Real Decreto Ley del 22 de marzo de 1929. Su Reglamento no fue publicado hasta enero de 1930, motivo por el que no entró en vigor hasta la publicación del Decreto del 26 de mayo de 1931 el 1 de octubre de ese mismo año. En el decreto se defendía la necesidad de crear el Seguro Maternal para cumplir los compromisos internacionales. Su objetivo era solucionar el problema de las mujeres que se veían obligadas a descansar tras el parto, pero que hasta ese momento no habían tenido un soporte económico para suplir la pérdida de jornal y para «velar por la vida y la salud de la madre obrera y sus hijos y, por consiguiente, aumentar el valor biológico de la raza» (Instituto Nacional de Previsión, 1932). Las beneficiarias serían las obreras y empleadas inscritas en el Régimen Obligatorio Obrero (excluyendo explícitamente a las trabajadoras del servicio doméstico), sin discriminación por edad, nacionalidad o estado civil. Estas mujeres disfrutarían de la asistencia de comadrona, médico y farmacia en el momento del parto y de los servicios médicos durante la gestación y el puerperio. Además, tenían derecho a una indemnización económica durante las seis semanas postparto de descanso obligatorio. Si la comadrona o el médico lo creía conveniente, podía solicitar que la madre descansase desde las seis semanas antes del parto, con derecho a indemnización durante ese periodo. Concretamente, las mujeres recibirían quince pesetas por cada cuota trimestral del Seguro de Maternidad que se hubiera satisfecho en los tres años anteriores al comienzo del reposo. La obligatoriedad del descanso era un requisito imprescindible para recibir la compensación económica, de tal forma que, si la mujer no lo respetaba, se le retiraba la compensación. De la misma manera también se retiraba la compensación económica si se descubría que la madre maltrataba al hijo o lo abandonaba, pudiéndose hacer beneficiario a la persona o institución que lo acogiese. Las aseguradas

también podían utilizar los servicios públicos o privados de las Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia existentes, como es el caso de los recursos de la Escuela de Puericultura de Valencia. Las entidades aseguradoras que recaudaban las aportaciones de trabajadoras y empresarios eran las encargadas de pagar directamente al personal sanitario implicado en el cuidado de la mujer. Las aportaciones al Seguro venían de varias fuentes: por una parte, estaba la cuantía económica que satisfacían por igual las trabajadoras con edades comprendidas de entre los dieciséis y los cincuenta años y el patrón. En un primer momento este importe se fijó en siete pesetas y media al año cada uno, que el patrón descontaba directamente del jornal de la mujer, pudiendo la trabajadora aumentar voluntariamente estas aportaciones para elevar así las futuras indemnizaciones. El Estado, por su parte, debía aportar al seguro cincuenta pesetas por cada parto de una asegurada, una cantidad anual proporcional a la parte de excedentes dedicada al Fondo Maternal e Infantil y un subsidio para premios de lactancia. Los ayuntamientos debían proporcionar recursos sanitarios al menos iguales que las que pretendía garantizar el Seguro, aunque éstos dependieran de la Beneficencia, para hacer efectivos los reconocimientos facultativos de las embarazadas aseguradas y facilitarles la utilización de hospitales en el caso de la atención partos complicados. Las diputaciones debían facilitar de la misma manera los recursos sanitarios que ya gestionasen (Ministerio de Trabajo y Previsión, 1929).

Una figura clave para poder desarrollar las funciones de protección de la madre fue la matrona. En 1931, la Federación Española de Colegios de Matronas firmó un convenio con el Instituto Nacional de Previsión por el que se comprometían a:

- Procurar que en cada núcleo de población o de poblaciones próximas hubiera por lo menos una matrona que prestara estos servicios.
- Los servicios a que la matrona del Seguro de Maternidad se comprometía eran:
 - Reconocer a la gestante asegurada que solicitara de ella esa prestación.
 - Reclamar la asistencia del médico no sólo cuando el parto se presentara anormal o distócico, sino también cuando al reconocer a la gestante se viera seguridad o posibilidad de una anormalidad cualquiera.
 - Asistencia a la obrera asegurada en los partos normales.
 - Asistencia a las mismas en los partos distócicos como auxiliar del médico. Comunicar al médico que haya de intervenir en el parto distócico las observaciones que hasta el momento hubiere hecho y cumplir las instrucciones que de éste recibiere para el mayor acierto en el tratamiento de la asegurada.

- Prestaría, como mínimo en los ocho días siguientes al parto, los cuidados normales de asistencia, consejo o vigilancia que la interesada necesitase o que el médico le recomendará.
- En todas estas intervenciones la aplicación gratuita de inyecciones y servicios profesionales que el médico le encomiende.
- Las funciones de Visitadora allí donde no se haya hecho designación.
- Asistiría, siempre que no haya impedimento justificado, a los Cursos o Conferencias de perfeccionamiento que las Entidades administradoras del Seguro de Maternidad organizaran.

(Instituto Nacional de Previsión, 1931)

La propuesta significaba contar con la presencia de matronas en todos los municipios⁴, independientemente de la población que abarcara, para la asistencia preparto, intraparto y postparto de las mujeres trabajadoras, de modo que estas prestaciones no dependiesen de la capacidad económica de la mujer o la voluntad de los ayuntamientos de prestar estos servicios.

La reducción de la morbimortalidad materno-infantil también se benefició de las actuaciones sociosanitarias que redujeron la mortalidad de la población en general. La mejora de la salud de la población vino ligada a la mejora de la economía estatal y familiar, la inversión pública del propio Estado, las mejoras en el sistema sanitario y los cambios sociales y culturales de la sociedad. La bonanza, por una parte, dio acceso a una mejor alimentación de las familias, permitiéndoles un mejor afrontamiento de la enfermedad, y por otra les proporcionaba la capacidad de acceder a recursos sanitarios en el caso de ser necesario. Del mismo modo, este aumento de la riqueza permitió al Estado realizar inversiones públicas que mejoraron de forma indirecta la salud de la población, como es el caso de las mejoras en educación, o directa, con las inversiones en las infraestructuras sanitarias (hospitales, asilos, servicios de atención materno-infantil, etc.). También en las primeras décadas del siglo XX se produjeron grandes avances científicos en la lucha contra las enfermedades infecciosas, como los antibióticos, que se unían a las vacunas, especialmente eficaces en la etapa infantil. Sin embargo, en España estas novedades científicas solo fueron de uso generalizado mucho más tarde que en otros países del entorno y posteriores al comienzo del descenso de la mortalidad, más relacionado con las políticas de Salud Pública puestas en marcha desde principio de siglo. Con respecto a los cambios

⁴ Existen estudios, como el de C Breathnach, *The triumph of proximity: The impact of district nursing schemes in 1890s' rural Ireland* en el que se establece una relación clara entre la inclusión de una enfermera en el medio rural con la mejora de la salud de la población en una zona deprimida y alejada de otros servicios sanitarios básicos.

culturales de la población que influyeron en la transición demográfica destaca el descenso de la natalidad, muy relacionado con los factores antes mencionados: las familias tenían menos hijos, a los cuales podían dedicar más recursos, tanto en alimentación, como sanitarios o educativos (Pérez Moreda, Reher y Sanz Gimeno, 2015). El descenso de la mortalidad infantil trajo consigo un cambio en las causas de mortalidad, reduciéndose el porcentaje de muertes infantiles por enfermedades de origen infeccioso y aumentando el peso de las patologías no infecciosas, como las crónicas o degenerativas. El aumento demográfico a partir de los años 30 del siglo XX se debió a la reducción progresiva de la mortalidad infantil, y no tanto al aumento de la natalidad, tal y como las campañas gubernamentales sugerían, de forma que las familias tenían menos hijos que sobrevivían más y en mejores condiciones (Sanz Gimeno, 1995). No obstante, es interesante puntualizar las diferencias en el descenso de la mortalidad infantil en las zonas rurales y las urbanas, ya que en estas últimas el proceso comenzó antes debido a que las mejoras socioeconómicas se produjeron antes que en el ámbito rural (Sanz Gimeno y Ramiro Farinas, 1997).

ii. ENFERMERAS COMUNITARIAS Y ENFERMERAS PUERICULTORAS

a. El origen de las visitadoras en España

La aparición de la enfermera en el ámbito comunitario en España se produjo de forma tardía con respecto al ámbito anglosajón. En Inglaterra, la figura de la enfermera comunitaria surgió en el siglo XIX como respuesta a la necesidad de mejorar la salud y calidad de vida de la clase trabajadora. Liverpool fue la primera ciudad donde ejercieron a partir de 1857 con una labor que comprendía, además de la asistencia sanitaria extrahospitalaria, la visita domiciliaria y la educación sanitaria (Bernabeu Mestre y Gascón Pérez, 1999). Con el mismo objetivo de mejorar la salud de la clase obrera y tras informes que demostraban su vulnerabilidad, en Estados Unidos apareció un movimiento filantrópico que tuvo como resultado la creación de escuelas de enfermeras comunitarias a partir de 1883 y en 1912 de la Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública (Buhler-Wulkerson, 2003).

No obstante, las circunstancias particulares de España, con una sociedad fundamentalmente rural y empobrecida, con episodios recurrentes de hambrunas, un nivel de analfabetismo muy elevado y un régimen demográfico tradicional (alta natalidad y alta mortalidad) no facilitaron que el país siguiese el ejemplo de Inglaterra o Estados Unidos (Galiana 2019). Mientras que a comienzos del siglo XX en los países de nuestro entorno como Francia, Alemania o Italia el clima político pacífico y de unidad (hasta la I Guerra Mundial) fue propicio para el surgimiento de un sistema de Salud Pública, en España las circunstancias de inestabilidad política y social no fueron favorables para ello (Rodríguez Ocaña, 2000). A la aparición de la disciplina enfermera comunitaria se le sumaba otra dificultad que la retrasó: la concepción de la profesión como eminentemente asistencial con una gran tradición en España, que hizo que el trabajo extrahospitalario no se entendiese como prioritario (Gascón, Galiana, y Bernabeu Mestre, 2002).

Una de las primeras voces que influyó en la idea de la necesidad de brindar la atención sociosanitaria comunitaria de las personas con menos recursos fue Concepción Arenal (1820-1893)⁵. Arenal fue muy crítica con la profesión enfermera, aún no reglada, tras analizar el trabajo de las enfermeras laicas en hospitales. Tras su observación, concluyó que las religiosas enfermeras tenían un trato considerablemente mejor para con los pacientes que las laicas, poco

⁵ Concepción Arenal Ponte (El Ferrol, 1820-Vigo, 1893), de familia acomodada, asistió a clases de Derecho en Madrid y escribió novela, poesía y ensayo. Sus obras destacadas en esta última disciplina son *La filantropía, la beneficencia y la caridad, El visitador del pobre, La mujer del porvenir, La mujer de su casa, Estado actual de la mujer y La mujer en la educación*. En sus obras se puede apreciar su mentalidad progresista y moderna en cuestiones como, por ejemplo, feminismo y derechos sociales (Ramos, 2021).

más que sirvientas, con una mala consideración social, formación y un salario mucho más bajo que otros sanitarios varones. También los practicantes fueron objeto de sus críticas, al tratarse de estudiantes de medicina a los que consideraba poco motivados y poco cuidadosos. Arenal consideraba que era necesario crear una Escuela de Enfermería que homogeneizase los estudios y expidiese un solo título uniendo a practicantes, enfermeras y matronas (González Siles, 2009). Pero además de reflexionar sobre la práctica enfermera de finales del s. XIX, limitada al ámbito hospitalario, Concepción Arenal fue un referente en el ámbito teórico del trabajo comunitario del cuidado. Según Pedro Salas «[C. Arenal] Adoptó una postura muy moderna en la introducción de temas que hoy día forman parte del corpus doctrinal de la Enfermería Comunitaria, como es la atención prestada a situaciones sociales en los procesos migratorios o el fenómeno de la prostitución; en el campo de la asistencia biológica a la infancia será partidaria de la lactancia materna, así como la selección de las nodrizas». Arenal defendía la tesis de que la miseria y la ignorancia favorecía la enfermedad, que la pobreza no era sinónimo de violencia o perversión, por lo que era necesaria la educación de los niños con menos recursos para «sofocar los malos instintos y elevar sus virtudes» (Salas Iglesias 2012). En su obra *Manual del visitador del pobre* (1863) explicaba la necesidad de la figura profesional, filantrópica o religiosa de la persona que acude al hogar de la persona pobre y enferma para darle consuelo. Pero no solo éste era el objetivo del visitador del pobre, también se debía valorar las necesidades de la persona enferma de forma global, en los aspectos físico, social y psicológico. Además, era necesario plantear soluciones en la medida de lo posible manteniendo su dignidad y valorando la dificultad de esta tarea, puesto que la condición de pobreza era multicausal. Las tareas descritas como propias del visitador del pobre se adaptaban al trabajo de la visitadora sanitaria que surgiría en el siglo XX. Tanto es así que se reconocía a Concepción Arenal como referente de la profesión (Bernabeu Mestre y Gascón, 1999).

Os diré que la primera Visitadora, la gran maestra de Visitadoras, fue española, y ya en el año 1840 llevó a cabo una labor social y humanitaria que no dudo en calificar de incomparable y que, desde luego, no podrá superarse en cuanto a su labor de acercamiento de las clases humildes y necesitadas con las que tienen el deber de ser comprensivas y superiores. En aquella época, ningún país de los que actualmente quieren ser descubridores de este sistema tenía idea de la labor eficaz de las Visitadoras, y ya esta gran mujer, que se llamó Concepción Arenal, señaló el camino de nuestra labor con mano materna y firme, sin sospechar que años después habría de crearse nuestra profesión, unida, para su mejor éxito, a la Sanidad del

país. [...]Ella solamente merece toda la gloria y a ella, que ha sido mi inspiradora y nuestra precursora, debemos reconocimiento por habernos hecho mejores.⁶

(Juderías, 1935)

No obstante, las reivindicaciones de Concepción Arenal sobre la necesidad de crear una figura profesional que ejerciese la labor, no solo sanitaria o compasiva, sino también social, no iban a materializarse de forma directa ni inmediata. Fue la organización de La Cruz Roja la que contó de forma precoz entre sus damas con un grupo concreto denominado *Damas enfermeras visitadoras* en Madrid y en otras ciudades grandes como Burgos. Su función, no obstante, distaba de estar orientada hacia la salud pública sino más bien se trataba de una asistencia sanitaria directa y de beneficencia. Estas damas, no profesionales, iban a los domicilios de aquellos enfermos que por sus circunstancias no podían acudir al sanatorio. Allí, les prestaban los cuidados que necesitaban para sus dolencias, y además les facilitaban donaciones de artículos de primera necesidad. Si bien es cierto que desde la Asamblea española de la Cruz Roja se defendía que la mejor opción para este cuerpo era que las visitadoras siguieran siendo damas, es decir, no enfermeras tituladas, la Cruz Roja Internacional, en el Congreso Internacional de Ginebra de 1927, recomendaba que recibieran una formación como profesionales especializadas además de centrar su cometido en la Salud Pública. En 1929 se aprobó el reglamento oficial para Enfermeras Visitadoras⁷, en donde se aclaraba que la función de visitadora debía ejercerse por enfermeras profesionales especializadas, de forma regular y retirando el cariz caritativo, incluso prohibiendo hacer donaciones a las personas que atendían, para centrarse en el papel asistencial y preventivo. La formación se dividía en dos años de estudios, que la Cruz Roja impartió desde 1928 a 1930, año en que el Cuerpo de Visitadoras de la Escuela de Sanidad asumió estas funciones (Mas, 2015).

La enfermera-visitadora para la salvaguardia de la higiene pública es una enfermera diplomada. Ella extiende su actividad a todas las esferas de acción social que tienen alguna relación con la salud pública. La enfermera-visitadora pro-higiene pública puede especializarse en distintos órdenes. Su campo de acción

⁶ Conferencia ofrecida el 5 de enero de 1935 de Clementina Juderías, una de las fundadoras de la Asociación de Visitadoras sanitarias, visitadora del Instituto de Higiene Infantil de Palencia (Bernabeu Mestre, Gascón Pérez. 1999).

⁷ La denominación de estas profesionales varió a lo largo del tiempo según se modificaban sus funciones y formación. Por ello, encontramos que se les nombra como visitadoras puericultoras en un primer momento, al fundarse la Escuela Nacional de Puericultura, pero poco después también aparecen como enfermeras visitadoras (1933), visitadoras sanitarias (a partir de 1934), instructoras sanitarias (1941), etc. (Germán Bes, 2008). En este texto se hablará de forma genérica de las *visitadoras*.

comprende la escuela y la fábrica; puede, en su calidad de enfermera, tomar bajo su protección a las parturientas y a los recién nacidos velar por la higiene social y por los tuberculosos, y hasta combinar todas estas ramas de la actividad en servicio del público.

(Liga de las Asociaciones de la Cruz Roja, 1923)

Pero este tipo de servicio no era suficiente ni adecuado en la nueva organización sanitaria orientada a la Salud Pública y a la educación sanitaria de la población. Desde el gobierno español, se reconocía la necesidad de incluir a enfermeras visitadoras dentro del nuevo organigrama sanitario que se quería organizar y se entendía que no era viable una escuela de salud pública de calidad sin su participación. De este modo, se planteó la necesidad de poner en marcha la Escuela Nacional de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública para instruir a enfermeras bien entrenadas, aunque su apertura se encontró con numerosas dificultades, tanto de origen político y económico, acorde con la inestabilidad del propio estado, como de origen práctico: no había enfermeras que pudiesen hacerse cargo de la parte principal de la docencia (Galiana Sánchez y Bernabeu Mestre, 2009). Era necesario formar enfermeras fuera de España⁸ para que, una vez terminaran sus estudios, regresaran y se convirtieran en profesoras y divulgadoras de nuevas metodologías y líneas de trabajo.

La formación en el extranjero, no solo de enfermeras, si no de personal científico cualificado, fue posible gracias a la colaboración del gobierno español a través de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas⁹ (J.A.E) con la fundación Rockefeller estadounidense. La J.A.E. pretendía la renovación del paradigma científico español a través de becas de formación que luego permitieran implantar las nuevas metodologías en instituciones científicas y establecer asesoramiento legislativo en los países de origen. La Fundación escogía a profesionales ya formadas para luego mostrarles cómo era el modo de trabajo y de gestión norteamericanos en los distintos ámbitos, con el compromiso añadido de que, al regresar a sus países de origen, los profesionales becados debían ser empleados en puestos relacionados con la formación recibida. En el caso de las becas para enfermeras para estudiar en Estados Unidos,

⁸ Una experiencia previa de formación de enfermeras en el extranjero se dio a partir de 1919 gracias a la Liga de Sociedades de la Cruz Roja que, asesoradas por la Delegación de Enfermería de la propia Cruz Roja, formó durante 18 años a 350 enfermeras de 47 países, incluida España, que tras los estudios de salud pública volvían a sus países de origen para aplicar lo aprendido atendiendo a las realidades de éstos (Galiana Sánchez, 2019).

⁹ La Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (J.A.E.) fue creada en 1907 y presidida en sus comienzos por Santiago Ramón y Cajal. Esta Junta buscaba la modernización de España tanto en ciencia, cultura y educación para equipararse y enlazarse en estas áreas con otras potencias europeas (CSIC, 2010).

fueron un total de quince: una beca en el periodo entre 1925 y entre 1931 y 1936, otras 14 becas para enfermeras de salud pública, y una más para una matrona (Rodríguez Ocaña 2000). Las enfermeras becadas recibieron formación teórico-práctica en la Escuela de Enfermería de la Western University of Cleveland y realizaron una estancia en el East Harlem Nursing and Health Service de Nueva York. Seis de las enfermeras participaron en un curso para profesoras y supervisoras de enfermería en el Teachers College de la Columbia University, no sin dificultades, debido al problema del idioma y a la falta de base de conocimientos de la disciplina enfermera previa (Bernabeu Mestre y Galiana Sánchez, 2009). Aparte de costear la formación de las profesionales, la Fundación se comprometía a hacerse cargo de los gastos de la creación de una Escuela de Enfermeras Visitadoras, cuyos docentes debían formarse en sus programas. En 1931, la Fundación Rockefeller encargó a Elisabeth Crowell un estudio de la situación de la enfermería española (Galiana Sánchez, 2019) y el resultado fue decepcionante: los requisitos de acceso a la formación eran mínimos, y una vez se accedía, ésta era exclusivamente orientada al trabajo hospitalario, los docentes eran médicos, los programas formativos no estaban adaptados a las necesidades reales de la profesión, y no seguían el programa oficial aprobado en 1915 (Martínez Santos y Germán Bes, 2019).

No obstante, mientras las futuras docentes se formaban en el extranjero y el servicio de formación de la Escuela Nacional de Sanidad se organizaba, en España existía una necesidad urgente de disponer de enfermeras visitadoras en los diversos servicios dedicados a la Salud Pública. Por ello, se convocaron cursillos abreviados para formar a profesionales rápidamente que pudieran incorporarse a los servicios públicos. Se han encontrado dos tipos de convocatorias: por una parte, las dirigidas a la población en general, sin necesidad de formación sanitaria previa y por otra parte convocatorias cuyos requisitos eran más específicos al estar dirigidos a enfermeras ya tituladas. Los primeros, cursillos abreviados de tres o cuatro meses, fueron convocados por la Escuela Nacional de Puericultura para acceder a estudios de Visitadora Puericultora y ofertaron 30 plazas en abril de 1933, 25 plazas en octubre de este mismo año, 20 plazas en abril de 1934 y 20 plazas en septiembre de 1936¹⁰. Los requisitos para acceder a estos cursillos, con pequeñas variaciones entre unas y otras convocatorias, fueron los siguientes:

Las aspirantes serán españolas, aptas físicamente para el desempeño de cargos públicos y carecerán de antecedentes penales.

¹⁰ A estas 95 plazas para acceder al título de Visitadora Puericultora habría que añadir, a partir de 1926, aquellas que ofertasen las Escuelas Provinciales de Puericultura en sus propios cursos de formación pero que no se publicaban en la Gaceta (Gaceta de Madrid, 1926). Actualmente se pueden encontrar los nombres de los titulados en las Escuelas Provinciales a partir de 1940 en el archivo del Negociado de cursos de la Escuela Nacional de Sanidad Carlos III.

Habrán de reunir alguna de las circunstancias que a continuación se expresan:

a) Estar en posesión de uno de los siguientes títulos: Maestra, Practicante Matrona, Enfermera o Guardadora de niños.

b) Haber trabajado en servicios de Higiene infantil, de reconocida solvencia científica.

c) Conocer el idioma francés, inglés o alemán.

d) Ser Taquígrafa o Mecnógrafa.

Las aspirantes se seleccionaban mediante un examen de cultura general más una prueba de las habilidades (idiomas, taquigrafía, etc.) que habían alegado para acceder a la plaza.

(Gaceta de Madrid, 1933a)

El otro tipo de convocatorias para Enfermeras Visitadoras provenía de la Escuela Nacional de Sanidad, tenía un carácter más profesional, planteándose como cursillos de especialización para enfermeras. La primera convocatoria de 50 plazas fue el 15 de febrero de 1933 y la segunda el 31 de octubre de este mismo año ofertando 25 plazas más de Enfermeras alumnas, con destino a los dispensarios antituberculosos y centros de higiene rural, puericultura, etc. Las condiciones de acceso eran las siguientes:

- Las aspirantes debían ser españolas, mayores de veintiún años y menores de treinta y cinco, aptas físicamente para el desempeño de cargos públicos en relación con el servicio que hayan de desempeñar, sin antecedentes penales.
- Debían poseer el título de Practicante, el de Matrona o el de Enfermera, expedido por uno de estos centros: Facultades de Medicina, Cruz Roja Central, Casa de Salud de Valdecilla, Instituto de «la mujer que trabaja» (Santa Madrona), Escuela Nacional de Puericultura e Instituto Rubio.
- Se considerarán méritos preferentes, títulos Facultativos, título de Maestra nacional, título de Bachiller, título de Perito o Profesor mercantil, idiomas, taquimecanografía, haber sido guardadoras de niños en la Escuela nacional de Puericultura y experiencia como Enfermera de como mínimo un año.

(Gaceta de Madrid, 1933b)

Tanto la formación como las aptitudes que se demandaban a la visitadora fueron objeto de debate, porque a pesar de que las enfermeras visitadoras debían cumplir una serie de requisitos muy concretos que las diferenciaba de otros profesionales de la salud (mujer, joven, fuerte, de gran vocación, etc.) no había consenso sobre si estas debían ser enfermeras

generalistas o un cuerpo especializado (Bernabeu Mestre y Gascón Pérez, 1995). Por una parte, estaban las voces que reclamaban una formación especializada e independiente de estas profesionales, sobre todo para las enfermeras Visitadoras Puericultoras. Éstas recibirían formación en la Escuela de Puericultura, a ser posible en régimen de internado y mientras estuvieran en el proceso de formación, que consistiría en instrucción sobre técnicas sanitarias y un periodo de especialización, se comprobaría su salud y resistencia para el futuro trabajo. El argumento que se daba para esta especialización era que al emplear enfermeras de carrera como instructoras / visitadoras, se corría el riesgo de que estas adolecieran de iniciativa y fueran excesivamente dependientes del médico:

... Por otra parte, los conocimientos necesarios a ésta (Inspectora), faltan con frecuencia casi totalmente, aun a las enfermeras tituladas mejor dispuestas; casi podría afirmarse que una mujer que ha recibido una educación de enfermera, al menos tal y como se da en América, se vuelve, bajo ciertos conceptos, inapta para el trabajo de Inspectora, ya que en aquel país se la habitúa a una sumisión constante y a un estado de inferioridad con relación al médico. Estas cualidades no son muy útiles en su sitio y lugar, pero en su conjunto no se acomodan con carácter y la actividad mental que son tan importantes a la Inspectora. [...] La preparación de las futuras Visitadoras ha de tener siempre a ver en ellas un eficaz auxiliar del sanitario; pero conservando su espíritu de iniciativa y de acción propia.

(García del Diestro, 1936)¹¹

No obstante, otra corriente reclamaba la formación de enfermeras generalistas que posteriormente debían especializarse. En esta tendencia se situaba la doctora Nieves González Barrio¹², becada también por la fundación Rockefeller en 1921 para estudiar la organización de las enfermeras visitadoras en Estados Unidos (González Barrio, 1936). Esta experiencia le permitió hacer una propuesta para el funcionamiento de este cuerpo en España que defendía que las enfermeras visitadoras debían ser mujeres formadas como enfermeras en centros dependientes del Estado. Consideraba que era necesario que aquellas que iban a cuidar de

¹¹ José García Diestro fue nombrado director de la Escuela Nacional de Puericultura en abril de 1931 (Bernabeu Mestre y Gascón Pérez, 1995).

¹² La Doctora González Barrio formó parte del cuerpo docente de la Escuela Nacional de Puericultura a partir de 1923 de la sección de Laboratorio y del Servicio de Enfermeras Visitadoras y niñas (González Barrio, 1936).

enfermos tuviesen una instrucción de calidad en régimen de internado en los hospitales donde recibían la formación práctica, porque esto les infundía disciplina y deontología ante los pacientes y médicos con los que trabajaban. Los estudios debían tener tres cursos de duración, dos cursos dedicados a conocimientos generales y un tercero de especialización. Según las aptitudes y preferencias de las aspirantes, podían optar por líneas de estudio que les formase para trabajar como enfermeras cirujanas, enfermeras de medicina, enfermeras tocólogas, enfermeras de niños o enfermeras visitadoras. La labor de éstas últimas iba más allá de las labores asistenciales, eran las responsables de difundir los conocimientos higiénicos entre la población, incidiendo en la más necesitada e ignorante. Como función primordial se resaltaba la necesidad de que la enfermera visitadora fuera el enlace entre el paciente o familia y el médico, entre los servicios sanitarios y el hogar de estos usuarios que, en muchas ocasiones, por desconocimiento, apuro o falta de tiempo no eran capaces de retener las indicaciones médicas. La enfermera entraría en los hogares, ganaría la confianza de la familia, especialmente de la madre, recabaría información de la misma que difícilmente obtendría en la consulta, organizaría la casa de la forma más higiénica y práctica posible, teniendo en cuenta la condición humilde de las familias y enseñaría de forma práctica nociones de higiene en la alimentación, vestido, baños etc., de los que se beneficiaba la comunidad (González Barrio, 1930). Si bien no todas las indicaciones de González Barrio se llevaron a cabo por lo ambicioso de su proyecto, algunas de las directrices más interesantes, como por ejemplo las funciones de las visitadoras, sí que llegaron a cumplirse.

En el Primer Congreso Nacional de Sanidad de 1934 también se decantaron por esta modalidad de formación para las Enfermeras visitadoras que fueran a ejercer en los Dispensarios de Higiene Infantil. Se puso en valor a las enfermeras polivalentes con título oficial del Estado, siempre y cuando cursaran la especialización en Puericultura. De este modo, las visitadoras se formarían en el ámbito hospitalario de Higiene social, de tuberculosis y de Higiene rural y por último debían formarse durante nueve meses más en alguna de las Escuelas provinciales de Puericultura para obtener la especialización tras superar un examen de reválida (Orensanz, Freijanes, Pardo, y Bravo Frías, 1934)

Finalmente, el comienzo de la Guerra Civil en 1936 impidió la apertura de la Escuela de Enfermeras Visitadoras Sanitarias. Una vez comenzada la contienda y posteriormente, dado el régimen autoritario impuesto, las enfermeras becadas se vieron obligadas a tomar distintos caminos profesionales: continuar con la labor enfermera a pesar de las dificultades de la guerra y posguerra, trabajar en las nuevas estructuras franquistas, y en algunos casos, optar por el exilio. En éste último caso, cabe destacar el papel de las enfermeras exiliadas en Francia,

especialmente en los primeros meses de guerra, puesto que tuvieron un papel fundamental en el cuidado de los refugiados heridos y enfermos que llegaban a los hospitales franceses habilitados para ello, siendo estas enfermeras altamente valoradas por el personal sanitario francés (Mirón- González, 2020).¹³

El que hubiera sido el lugar de formación de Enfermeras Visitadoras en Madrid se convirtió en la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, en donde los estudios técnicos se impregnaron de la propaganda moral de la dictadura (Galiana Sánchez, 2019).

¹³ Se conocen los datos el número de profesionales masculinos que colaboraron en la ayuda humanitaria y sanitaria de sus compatriotas en los campos de refugiados y hospitales de Francia, sin embargo, no hay un registro de mujeres sanitarias, fundamentalmente enfermeras o practicantas que del mismo modo se implicaron en esta tarea, ni del trabajo que allí desempeñaron, invisibilizadas por su condición de mujeres y migrantes (Mirón-González, 2020).

b. La formación: Escuela Nacional de Puericultura

A partir de la Real Orden del 23 de mayo de 1923 se creó la Escuela Nacional de Puericultura y Laboratorio de Investigaciones, adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia, con la misión de reducir la mortalidad infantil. En esta misma orden, ya se explicaba que la intención real habría sido crear el Instituto Nacional de Puericultura, pero la falta de fondos había hecho que se rebajasen las expectativas. La institución se encargaría de formar a los profesionales que trabajasen en el ámbito de la protección al niño, la mujer gestante y el lactante. Este centro debía coordinarse con otras instituciones dedicadas a la lucha contra la mortalidad infantil ya existentes mantenidas por organismos municipales o provinciales, así como con las instituciones sanitarias oficiales. Con carácter general, la Escuela tenía las siguientes funciones: educación complementaria de médicos puericultores; preparación de personal femenino de niñeras, visitadoras (enfermeras sanitarias especializadas) y encargadas de la atención y cuidados higiénicos de los menores; estudio de los problemas relacionados con la lactancia natural y artificial, puericultura intrauterina y obras sociales, estadística, y relaciones nacionales e internacionales en lo referente a la puericultura (Gaceta de Madrid, 1923).

A pesar de haber nombrado director de la institución al Dr. Enrique Suñer Ordoñez en octubre de 1924, la apertura de Escuela Nacional de Puericultura se demoró y no fue hasta noviembre de 1925 cuando se publicó un Real Decreto dando un plazo de tres meses para que entrase en funcionamiento. En este mismo documento se concretaron las funciones de la Escuela: se encargaría de dar formación a aquellos profesionales relacionados con niños, por una parte, de especialización, en el caso de médicos y maestros y por otro de formación de nuevas profesionales entrenadas para el cuidado infantil. Además, se ofrecía formación básica sobre crianza para aquellas mujeres con menos instrucción. En el caso de las visitadoras, contrario de lo que sucedía en el Real Decreto de 1923, en este ya no era requisito previo ser enfermeras sanitarias, por lo que las jóvenes con título de Maestra o Bachiller podían formarse como enfermera visitadora de niños. Otras funciones de la Escuela que se detallaron en la orden eran: formar una red estadística nacional sobre patología infantil, establecer contactos con centros similares en otros países, divulgar los preceptos higiénicos entre las clases menos favorecidas, en las Escuelas de Maestros y Maestras nacionales y en los últimos cursos de colegios femeninos, promover la investigación en problemas infantiles, haciendo hincapié en los relacionados con la alimentación del lactante y crear una Granja modelo para obtener leche segura dirigida a la alimentación artificial de los niños. La Escuela se dividía en las siguientes secciones: Puericultura Intrauterina, Higiene de la Infancia, Higiene de la Tercera Infancia y Escolar, Enseñanza Especial de Enfermeras-Visitadoras, Niñeras tituladas y de Laboratorio y

Odontología, de forma que, según la titulación previa y el objetivo del estudiante, se podía asistir a las clases de una o más de estas secciones. En el caso de mujeres que quisieran optar al título de visitadora, debían asistir a las secciones 1ª, 2ª y 4ª (Gaceta de Madrid, 1925).

El 2 de enero de 1926 se publicó la Real Orden que enunciaba el Reglamento provisional de la Escuela Nacional de Puericultura. En este documento se indicaba que los estudios se articularían en un curso de dos periodos, uno de octubre a febrero y otro de febrero a junio, a los cuales había que asistir y demostrar aprovechamiento. Posteriormente los estudiantes tenían la oportunidad de presentarse a un examen final que concedía el título de Puericultor (para médicos, maestros, etc.), así como para el de Enfermera-Visitadora, mientras que para el título de niñera solo era necesario haber asistido a uno de los cursos. En esta orden también se intentaba poner en valor a estos titulados oficiales en la Escuela, otorgando un derecho preferente para ocupar plazas en aquellas instituciones de puericultura de titularidad estatal, provincial o municipal. El programa de estudios para las cuatro secciones anteriormente mencionadas no se establecía a principio de curso, sino que se dejaba que la Junta de profesores programara el temario y los horarios. En el reglamento ya se reflejaba la necesidad de que los alumnos prolongasen su labor práctica más allá de la propia Escuela, extendiéndola a los domicilios de los niños asistidos (y establecimientos, según el tipo de estudios) y a las Cátedras Ambulantes de Puericultura. De especial interés es el capítulo II, el cual permitía la fundación de Escuelas Provinciales de Puericultura¹⁴, siempre sufragadas de forma autónoma (la Escuela Nacional no aportaba soporte económico alguno a estas sucursales) pero bajo la vigilancia de la Escuela Nacional, la única que podía expedir títulos oficiales¹⁵ (Gaceta de Madrid, 1926).

En 1932 se perfiló de forma más concreta la función y la organización de la Escuela mediante un Decreto del Ministerio de la Gobernación. Con respecto a sus funciones, la institución debía actuar como Escuela técnica y de ordenación profesional, Instituto de Higiene Infantil y Centro de investigación científica, para preparar al personal que luego ocuparía puestos de trabajo en las instituciones de Puericultura y de Higiene infantil de titularidad estatal, siendo el título oficial imprescindible para ocupar estos puestos. También desde su vertiente docente, la Escuela organizaría cursos de especialización para médicos escolares y maestros y

¹⁴ No todos los médicos puericultores parecían estar de acuerdo con la apertura de Escuelas provinciales de Puericultura, y en la 4ª Asamblea Nacional de Médicos Puericultores concluía con el manifiesto «*La asamblea de médicos puericultores, declara que no deben ser creadas las Escuelas Provinciales de Puericultura, subsistiendo únicamente la Escuela Nacional de Puericultura de Madrid*» (Gracia Brustenga, 1935).

¹⁵ La potestad de la Escuela Nacional de Puericultura de expedir títulos no se concedió hasta el 16 de septiembre de 1927, tal y como refleja la Gaceta del día 18 de este mismo mes (Gaceta de Madrid 261, 1927).

ofertaría cursos de formación dirigido a mujeres de guardadoras de niños para que posteriormente pudieran ejercer como niñeras tituladas o como personal subalterno en las instituciones públicas antes mencionadas. Los títulos que la Escuela podía expedir eran los de Médico puericultor, Visitadora puericultora, Matrona puericultora y Guardadora de niños. Por otra parte, debía promover clases básicas de higiene «a las clases populares, sobre todo del sexo femenino» (Gaceta de Madrid, 1932). Sus funciones asistenciales consistían en la atención social a embarazadas y niños de primera y segunda infancia y la promoción de la investigación encaminada a disminuir la morbimortalidad infantil. Las enseñanzas de la Escuela se dividían en las disciplinas de: Eugenesia y Puericultura Intrauterina, Fisiología e Higiene Infantil, Puericultura de la Primera y Segunda Infancia, Legislación y Obras Internacionales Pro infancia, y Laboratorio aplicado a la Puericultura. Con respecto a la plantilla técnica que se proponía para la Escuela, la integrarían profesores titulares junto con practicantes y visitadoras. Se especificaba que el profesorado de las clases de Visitadoras, Matronas y Guardadoras de niños debía ser seleccionado entre el personal diplomado en la propia institución mediante oposición (Gaceta de Madrid, 1932).

El 21 de septiembre de 1935 se publicó una nueva reforma en el reglamento de la Escuela de Puericultura, en el cual se describe el recorrido de la misma como «ensayo», a pesar de haber pasado 12 años desde su creación. Con respecto a los fines que perseguía la institución, seguían siendo fundamentalmente los mismos: la formación técnica especializada para médicos, matronas, enfermeras puericultoras y niñeras, a las que se añadían cursos de especialización en Puericultura para Enfermeras e Instructoras sanitarias con el fin de prepararlas en su labor polivalente; la divulgación de higiene infantil a las clases populares y en las escuelas, dirigida a maestros y a alumnado de los últimos cursos y el estudio estadístico a nivel nacional sobre cuestiones infantiles y su relación con otras instituciones internacionales y la promoción de la investigación sobre problemas de la higiene infantil, destacando los relacionados con la alimentación de los lactantes. El artículo también incluía que, si la situación económica lo permitía, la Escuela podía crear una granja modelo (tal y como se había descrito en normativa anterior) y promover otros cursos de temática afín a la disciplina de la Escuela, aunque estuvieran fuera de los programas oficiales. Los títulos que este decreto permitía expedir y que de nuevo insistían en la necesidad de dar prioridad a los diplomados para trabajar en instituciones públicas, eran: Médico tocólogo-puericultor, Médico puericultor, Visitadora puericultora, Matrona puericultora y Niñera titulada. Con respecto a las Visitadoras concretaba que sus funciones consistían en ser el enlace entre las instituciones, el médico y los niños y sus familias. De nuevo se reorganizaban los estudios en nuevas disciplinas: Eugenesia y puericultura

intrauterina, Puericultura de primera infancia, Puericultura de segunda infancia, Puericultura social y Laboratorios aplicados a la Puericultura (Gaceta de Madrid, 1935).

c. Profesionalización y asociacionismo

El desempeño profesional de las enfermeras en general y el de las enfermeras visitadoras en particular respondía al modelo propuesto desde la maternidad social y moral, acorde con las características de un trabajo totalmente femenino (Martínez Zapata, 2013). Según este enfoque, las actividades que realizaba una enfermera visitadora mujer no las podía hacer de ninguna manera un hombre. Si bien existía una proporción muy reducida de mujeres practicantes tituladas, hombres enfermeros y practicantes que realizaban labores de atención al parto propios de las matronas, no se ha encontrado ningún dato que demuestre que en algún momento hubo hombres a los que se les permitiese ejercer de visitadores:

[...]Naturalmente que en Sanidad hacen falta mujeres con todas las características de la feminidad bien acusadas y, sobre ello, con inteligencia y cultura. De aquí que la tarea de enseñarlas y educarlas sanitariamente sea fundamento de los servicios sanitarios futuros. [...]La mujer debe prepararse para invadir el campo sanitario, pero muy lentamente y con gran discreción. Si lo hace así, su triunfo será completo, y dentro de muy pocos años lo que ahora me parece –acabo de decirlo- una equivocación, se convertirá en un acierto y en una necesidad. Serán directoras y dirigidas.

(Palanca, 1934).

La visitadora o instructora sanitaria debía poseer, para comenzar, una salud fuerte y resistencia para el trabajo (García del Diestro, 1936), pero además, era necesario que reuniese unas cualidades psicológicas muy concretas: la visitadora tenía que serlo por vocación, tener un carácter firme para hacerse respetar como portadora del saber médico y tener dotes de persuasión para convencer a sus pacientes de que siguieran sus indicaciones (Soler, 1935). Debía ser abnegada y cariñosa pero también inteligente, y ser poseedora de cultura general así como cultura especializada referida a su trabajo (Juarros, 1921). Y con una sensibilidad especial para ser capaz de «mitigar el dolor de aquellos que viven en la miseria y la ignorancia.» (Albina, 1937).

La Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias definía a éstas como «aquellas enfermeras cuyas actividades se desarrollan en el campo de la medicina preventiva» (La Visitadora Sanitaria, 1934), pero el término enfermera visitadora o instructora sanitaria¹⁶ podía resultar confuso. Por un lado, porque, a pesar de la intención de que el título lo expidiera la

¹⁶ El cambio de denominación a Instructora de sanidad polivalente se aprobó en el Congreso Nacional de Sanidad de 1934, en donde también se unieron bajo esta denominación las ramas de higiene infantil, higiene rural y tuberculosis (Bernabeu Mestre y Gascón Pérez, 1999).

Escuela Nacional de Sanidad, hubo otras instituciones que, debido a su demora, desarrollaron la formación a la espera de que aquella se organizara y pusiera en marcha los cursos oficiales. Por otro, porque las atribuciones profesionales no se habían concretado de forma oficial. El trabajo de las enfermeras visitadoras al servicio de la comunidad podía desarrollarse en escenarios muy dispares con tareas y procedimientos distintos según el tipo de población a la que atendía. Sus competencias se recogían en publicaciones profesionales, listando los objetivos de la enfermera según su puesto de trabajo en un intento de aclarar el nicho profesional que cubría, más allá de la consabida tarea de ser la «auxiliar» del médico. Antonio del Campo, Inspector Provincial de Sanidad de Cáceres, recopiló los objetivos de la enfermera visitadora según su puesto de trabajo que se recoge en la tabla 2:

Especialidad	Objetivos de la enfermera visitadora
En todos los casos	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria del individuo y a familia para proteger su propia salud. • Ajuste de las condiciones sociales y familiares que puedan afectar a la salud de la familia. • Relacionar programas sociales y sanitarios que influyan en el bienestar de la comunidad. • Propagar la necesidad de facilitar la labor sanitaria.
Maternología	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar con las embarazadas lo antes posible. • Procurar el cuidado médico de las embarazadas a lo largo de todo el embarazo. • Instruir a la madre en higiene maternal e infantil y sobre el parto. • Asistir a la madre y al hijo durante el parto y el puerperio. • Animar a llevar a cabo exámenes médicos de la madre y el hijo postparto.
Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar la vigilancia médica del niño. • Instruir a la madre sobre la lactancia, higiene y régimen diario del niño. • Ayudar en el control de las enfermedades infecciosas, prevención y detección precoz. • Inmunizaciones. • Corrección de defectos físicos. • Vigilancia de la asistencia y cuidado del niño enfermo.
Preescolar	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar la vigilancia médica del niño. • Instruir a la madre sobre cuidado infantil. • Control de enfermedades infecciosas. • Cuidado del niño enfermo.
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Control de las enfermedades infecciosas. • Asistir al médico en los reconocimientos. • Procurar al niño la corrección de los defectos. • Participar en el movimiento de higiene y sanidad en la escuela. • Instruir a los niños sobre hábitos higiénicos. • Procurar asistencia a los enfermos.

Especialidad	Objetivos de la enfermera visitadora
Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar casos de deformidades en la edad temprana y procurarles tratamiento. • Instruir a la familia sobre los consejos del médico. • Enseñar a la familia cómo hacer los ejercicios que el médico ordene. • Rehabilitar a los enfermos de parálisis infantil y ayudarles y guiarles en su vocación profesional.
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Propagar las ventajas del examen médico periódico. • Enseñar higiene personal. • Prevenir y retardar la enfermedad de la edad adulta.
Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar la atención médica precoz del enfermo. • Instruir a la familia sobre el cuidado del enfermo. • Enseñar higiene y prevención de enfermedades. • Procurar asistencia médica a pacientes especiales • Ayudar al enfermo a su rehabilitación.
Industrial	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el examen médico a los empleados entrantes. • Asistir al médico en los exámenes periódicos. • Enseñar hábitos higiénicos. • Ayudar al tratamiento de los accidentes de trabajo. • Procurar la asistencia médica de los empleados. • Propagar la necesidad de recreos y hogares que garanticen la salud del obrero.
Enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar la denuncia de dichas enfermedades y la asistencia médica y cuidado del paciente. • Prevenir la propagación de la enfermedad por medio de inmunizaciones, aislamiento etc. • Poner de relieve los peligros de la convalecencia. • Enseñar la higiene como medio profiláctico general.
Venéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar casos y contagios. • Procurar tratamiento y adhesión al mismo. • Asistir a la Sanidad procurando la denuncia de los mismos. • Instruir al enfermo y a la familia en higiene personal.
Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar casos y contagios • Procurar asistencia médica. • Asistir a la Sanidad procurando la denuncia de los casos • Enseñar el cuidado del enfermo • Procurar al enfermo el tratamiento en instituciones adecuadas. • Enseñar higiene personal • Llevar al Dispensario al enfermo tantas veces como indique el médico y enseñarle los medios para evitar el contagio. • Ayudar y rehabilitar al enfermo que sale del sanatorio.
Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar la psicología familiar. • Ayudar al tratamiento familiar del enfermo en su propia casa

Tabla 2: elaboración propia a partir de del Campo (1933).

No todas las especialidades tenían la misma demanda ni repercusión social. Entre éstas, destacaba el trabajo de la visitadora en los Dispensarios Antituberculosos. La labor de la enfermera visitadora en éste ámbito se desarrollaba por la mañana en el consultorio y por las tardes hacía las visitas domiciliarias desplazándose a las casas con sospecha de tuberculosis para averiguar las condiciones de vida del enfermo y su familia (Tercero, 1934). El trabajo en estos dispensarios se proponía como una búsqueda activa de casos, es decir, se trataba de no esperar a que el enfermo acudiese a consulta, si no de detectarlo antes para evitar la propagación de la epidemia. Se llevaba a cabo una tarea de investigación en las casas, las fábricas, las oficinas, etc., buscando posibles casos tanto enfermos evidentes o sospechosos, como sanos en peligro de enfermar. La enfermera era la encargada de convencer a estas personas de que acudiesen a los dispensarios y de realizar un análisis a fondo de la vida del enfermo recabando información sobre el oficio, condición social, higiene, características de su vivienda, número y condición de los familiares, ingresos de la familia, género de vida, condiciones laborales, estado de salud de familiares y compañeros con los que había tenido contacto, para que fueran visitados a su vez en busca de nuevos casos. En la visita domiciliaria la enfermera aconsejaba sobre cómo aprovechar las dependencias de forma más conveniente para aislar, al menos de forma parcial, al enfermo del resto de la familia e insistía en la necesidad del cumplimiento de medidas de higiene básicas. Cuando en las familias había niños sanos pero estaban en peligro de contagio, la visitadora podía proponer su desplazamiento temporal con «familias sanas y cuidadosas que vivan higiénicamente en el campo» o a «centros de preservación colectiva de la infancia» (Martín de Prado, 1938).

La labor de la Enfermera visitadora también se hizo relevante en el seguimiento en la comunidad de las personas con necesidades en el ámbito de la salud mental, recabando datos de la vida privada y profesional, así como de su familia y de su entorno. Como en otros casos, era el nexo entre el paciente y su familia con el dispensario, de forma que incluso tras el alta, la visitadora informaba de los cuidados que había que procurar a la persona afectada para evitar su recaída, vigilaba la adhesión terapéutica al tratamiento y era la encargada de convencer a la familia del ingreso del enfermo en una institución sanitaria, si era necesario (Domínguez, 1935).

Las campañas sanitarias dedicadas al control y erradicación del tracoma también contaron con las enfermeras visitadoras como personal clave en las zonas endémicas, ya que eran el nexo de unión entre las escuelas, los dispensarios médicos y las familias: en la escuela, la enfermera visitadora realizaba tareas de educación sanitaria y posterior seguimiento de los niños con tracoma en el hogar a través de visitas domiciliarias y cumplimentación de fichas con el objetivo de valorar las condiciones de vida familiar y posibles nuevos casos en el ámbito doméstico. Esta

información se destinaba al dispensario de higiene para intentar cortar la cadena de contagio (Bernabeu Mestre y Galiana Sánchez, 2011).

Con respecto al trabajo de la enfermera en el campo de la Puericultura, Manuel Usandizaga recogió en su manual las instituciones dedicadas a la infancia en las que se requería a este personal y cual eran sus tareas según se recoge en la tabla 3:

Institución	Tareas de la enfermera
Enfermeras visitadoras de higiene maternal e infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Atraer y acompañar a madres e hijos a las consultas de lactantes. • Visita de los domicilios de estos niños en caso de necesidad y enfermedad de la madre o el niño. • Rellenar sus fichas familiares. • Vigilar el desarrollo del niño hasta una edad determinada, junto con las enfermeras escolares. • Repartir hojas de higiene y propaganda sanitaria infantil entre las familias que visitan. • Vigilar la salud de la madre y, si fuera necesario, derivarla al dispensario de puericultura intrauterina, ginecológico, antivenéreo, etc. o asilos maternos o hacerle conocer sus derechos para un socorro determinado.
Dispensario de Higiene infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir a los niños en a visita semanal obligatoria. • Pesar a los niños y registrarlo en la gráfica de su ficha. • Anotar en la ficha las observaciones referentes a la semana anterior. • Aislar a los niños que padecen enfermedades transmisibles que pueden ser un peligro para los demás. • Acompañar al médico-director en el dispensario en la visita semanal que hace a los niños. • Visitar a todo niño que por primera vez se presente en el dispensario y llevar la ficha familiar correspondiente. • Visita domiciliaria a todo recién nacido de su distrito, informándose de ellos en el Registro Civil. • Invitar a los padres a que acudan al dispensario con su hijo. • Entregar hojas de propaganda sanitaria infantil.
Consulta de lactantes y Gotas de Leche	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir al niño cuando llega a la consulta y aislarlo si padece una enfermedad contagiosa. • Recoger su tarjeta con el nº de historia clínica, buscar en el fichero la historia y ordenarlas según vayan a entrar en la consulta médica. • Pesar y tomar la temperatura de cada niño y anotarlo en su historia clínica. • Sostener al niño durante la exploración médica. • Recibir las instrucciones del médico acerca del régimen alimenticio y medicamentoso del niño para explicarlo claramente a sus padres. • Hacer de intermediaria con la cocina dietética para el suministro el producto dietético ordenado por el médico. • Curas, inyecciones, etc.

Institución	Tareas de la enfermera
Asilos Maternales y casas cuna	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y sostener por todos los medios la lactancia materna. • Cuidar de la higiene individual del lactante y nodriza, baños, vestidos, etc. • Anotar diariamente en la gráfica la temperatura rectal del niño por la mañana y por la tarde. • Comprobar diariamente el peso del niño y confeccionar la gráfica correspondiente. • Observar al niño y descubrir precozmente los síntomas de enfermedades, principalmente vómitos y diarrea. • Aislar al niño febril en un box, hasta la visita del médico. • Educar a las madres en los principios elementales de puericultura. • Comunicar todas sus observaciones al médico en la visita y anotar las órdenes que el mismo le transmita.
Guarderías infantiles	<ul style="list-style-type: none"> • Similar a las anteriores instituciones: confección de fichas sanitarias, registrar curvas de peso, vigilar de la lactancia, etc.
Enfermera escolar	<ul style="list-style-type: none"> • En la escuela: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el estado de limpieza y salud de los alumnos, muy especialmente, la detección de parásitos de la cabeza y la ropa. - Descubrir y tratar lesiones de poca importancia de la piel y mucosas y señalar cuales deben derivarse al médico. - Tomar las medidas necesarias de aislamiento de aquellos niños que puedan padecer una enfermedad contagiosa. • En el consultorio: <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia al médico en las consultas. - Mantenimiento del fichero de los alumnos. - Registro de las medidas de antropometría: talla, peso y perímetro torácico • En el domicilio: <ul style="list-style-type: none"> - La enfermera escolar debe ser una enfermera social, especialmente en su trabajo en la lucha antituberculosa. - Detectar alumnos con estado general deficiente sin justificación e investigar su domicilio y condiciones de vida. - Informar si fuera necesario de la conveniencia de separar al niño de un medio familiar inadecuado. - Enseñar higiene en la escuela y en los domicilios de los alumnos si fuera necesario. - Investigar las ausencias injustificadas a la escuela. - Enlace entre la escuela y la familia del escolar.
Hospitales de niños	<ul style="list-style-type: none"> • Tareas según la sala.

Tabla 3: Elaboración propia a partir de Manual de la enfermera (Usandizaga, 1943)

Así pues, como se ha descrito, el perfil de puericultora de la Enfermera Visitadora, era uno de los muchos que estas profesionales podían adoptar. En cualquiera de estos trabajos, la visitadora tenía en común la labor de introducirse en el hogar de las familias, ser el enlace entre

éstas y los servicios médicos y recabar información sobre el estado de salud de la comunidad. Su trabajo era de educación para la salud y mejora de la cultura general, profilaxis, pero también consoladora y moral de forma que «animara a las clases humildes a luchar contra la morbimortalidad de sus hijos» (Soler, 1935). El trabajo de la enfermera puericultora visitadora comenzaba con la visita del niño al Dispensario de Higiene Infantil, consultorio o Escuela de puericultura, generalmente por las mañanas en donde era atendido por el médico y asistido por la enfermera visitadora puericultora. Por la tarde, ésta realizaba su trabajo de forma autónoma al acudir al hogar del niño. En la primera visita realizaba una inspección exhaustiva del domicilio, si tenía patios, cómo era la ventilación e iluminación y si incluía instalaciones higiénicas. Si era necesario, daba indicaciones para resolver los problemas higiénicos que detectaba. Continuaba su labor instruyendo a las madres en métodos de lactancia segura, formas de preparación en caso de que fuese artificial, sobre práctica de baño, lavado de ropa, sueño y condiciones de la cuna, horas de paseo, etc. Si se detectaban enfermos contagiosos en la casa, se enseñaban medidas profilácticas, formas de aislamiento de enfermos y medios de desinfección eficaces. En el caso de familiares con tuberculosis activa, tal y como se ha explicado anteriormente, la visitadora podía recomendar la separación del niño de la madre o padre tuberculoso. Tras la visita, la enfermera debía realizar un croquis de la vivienda y emitir juicio a la familia además de registrar los consejos dados para facilitar al médico, al cual estaba destinado este documento, los datos importantes de la vida familiar del niño. En las sucesivas visitas de la instructora, además de continuar con la labor de educación para la salud, debía registrar si la madre estaba siguiendo las indicaciones que el médico daba en consulta (Soler, 1935). El trabajo de la visitadora quedaba registrado en diversos documentos de la historia clínica del niño, con el resto de la información clínica, tal y como se puede observar en el grupo de imágenes del Anexo I en donde se muestra un ejemplo sobre la documentación utilizada.

En el ámbito rural la actuación de la enfermera visitadora fue especialmente valorada, más allá de las tareas técnicas clásicas y en donde su función como educadora se hizo más relevante. Su trabajo, a menudo con la población empobrecida y sin formación, consistía en ser la «consejera» de las mujeres con las que trabajaba y de las que había ganado la confianza tras introducirse en sus hogares. En un ambiente con un alto nivel de analfabetismo, las enfermeras realizaban la labor de educación sanitaria de manera directa y personal, dado que no eran efectivos ni panfletos ni cartillas sanitarias (Martín, Huertas, 1933).

Como se puede observar, el campo de actuación de las visitadoras era muy amplio, y se llegó a discutir si estas profesionales debían tener funciones generales, es decir, una misma visitadora ocuparse de todos estos ámbitos dentro de una comunidad reducida o ser

especialista, multiplicando el número de visitadoras en una misma zona más amplia. La tabla 4 expone los argumentos de una y otra tendencia:

	Servicio de instructoras generalizado	Servicio de instructoras especializado
Trabajo	Ahorro de tiempo en los traslados, se pueden hacer más visitas. Más facilidades para entrar en la familia. La instructora .se hace cargo de un distrito, así es más fácil conseguir la colaboración de los médicos de familia si tratan con una sola mujer.	Salvan más vidas porque dan mejor servicio. El trabajo se ejecuta mejor porque está acorde con los gustos de la enfermera. La educación a la familia es más fácil porque solo se discute un punto. Las campañas especiales tienen mejor resultado con especializadas. A los médicos les gusta tratar con instructoras especializadas.
Resultados	Se evitan contradicciones entre las distintas instructoras. Al variar el tipo de trabajo, no se hace monótono. Trabajar con una familia en su totalidad mejora los resultados. Es menos molesto solo una visita para todo. Se resuelven los problemas en secreto. Los problemas se resuelven a la vez.	Las instructoras trabajan mejor según sus intereses. El trabajo no es monótono si realmente «ama su labor». Las visitas no resultan molestas. La especialista cumple mejor las indicaciones del médico.
Resultado social	Al ser menor el distrito se conocerá mejor los problemas con más población beneficiada y mejora la cooperación con los servicios benéficos y sociales.	Las instructoras con formación generalista terminan por sentir más interés por alguna rama de su trabajo, así que acaban especializándose sin pretenderlo.

Tabla 4: Elaboración propia a partir de *Función de la instructora de Sanidad (del Campo, 1934)*.

A pesar de exponer la comparación, del Campo estaba claramente a favor de la formación y trabajo de las enfermeras generalizadas, apoyándose en el criterio de organizaciones internacionales:

Aún se discute, pero al parecer va ganando cada día más adeptos la organización generalizada, si el servicio de instructoras debe ser generalizado o especializado, sin tener presente que el Comité de Organización sanitaria municipal de la Asociación Norteamericana de Sanidad Pública, reunido en 1931, estimó que mejor generalizado, aconsejando que debe combinarse con la asistencia al enfermo, ya que la influencia que adquiere sobre la familia la instructora que haya ayudado en tiempos de sufrimiento, le hace conseguir mejores resultados en campañas educativas. (del Campo, 1934).

La versatilidad que se les exigía a las enfermeras visitadoras de comienzos del siglo XX quedó como impronta en las futuras enfermeras comunitarias y como rasgo de la profesión: más allá de las técnicas y cuidados directos, las enfermeras eran educadoras y consejeras, enlace con el resto de los recursos sanitarios y capaces de generar conocimiento a través de la investigación (Kerouac, Pepin y Ducharme, 1995).

d. Visibilidad profesional de las Enfermeras Visitadoras

Una cuestión que dificulta el reconocimiento de este colectivo fue precisamente su denominación. Si bien la denominación general fue «Visitadora Sanitaria», éste era un grupo heterogéneo de mujeres con distinta formación, ya que podían ser enfermeras tituladas, damas de la Cruz Roja o tituladas en las Escuelas Provinciales de Puericultura con un título validado por la sede nacional. En las fuentes secundarias consultadas, se refieren a estas enfermeras de diversas formas según el contexto: visitadoras puericultoras, enfermera visitadora, enfermeras puericultoras, visitadoras de tuberculosis, visitadoras de salud mental, etc. así como Instructora Sanitaria (Germán Bes, 2008), denominación que se utilizó en el Congreso Nacional de Sanidad de 1934. Antonio del Campo argumentaba así el cambio de denominación:

[...] la antigua enfermera visitadora, cuyo papel principal era el de cuidar a los enfermos, y más secundariamente el de prevenir enfermedades e inculcar hábitos higiénicos, se ha convertido en lo que pudiéramos denominar Instructora de Sanidad, que con sus visitas domiciliarias va sembrando de casa en casa la semilla de la higiene personal y familiar, que ha de incrementar el bienestar no sólo del individuo, sino de la sociedad a la que pertenece[...] (del Campo, 1934).

A pesar de estas diferencias dentro del mismo grupo profesional, el 25 de marzo de 1934 se constituyó la Asociación de Enfermeras Visitadoras en la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, y se eligió como presidenta a Mercedes Milá y como vicepresidenta a Aurora Más¹⁷ de entre las 94 enfermeras fundadoras (Lencina, 1934). En sus estatutos se definía a las Visitadoras Sanitarias como «aquellas Enfermeras cuyas actividades se desarrollan en el campo de la medicina preventiva»(La Visitadora Sanitaria, 1934). La asociación recién fundada tenía como fines «fomentar el estudio de las cuestiones que mejoren la salud pública, elevar el nivel de la profesión desarrollando una buena formación técnica, inculcar a las Enfermeras el espíritu de unión y cooperación, conseguir de los poderes públicos una legislación que permita el progreso del cuerpo y elevar el nivel cultural de las enfermeras» (La Visitadora Sanitaria, 1934). Dos meses después de su constitución, tuvo lugar la Asamblea de Enfermeras Visitadoras dentro del Primer Congreso Nacional de Sanidad. En este foro se hicieron una serie de reivindicaciones para la profesión entre las cuales destacan:

¹⁷ Tanto Milá como Más fueron Damas Enfermeras de la Cruz Roja tituladas en Madrid en 1920 y 1921 respectivamente, ambas estudiaron en Londres dos cursos, uno sobre enfermeras visitadoras y otro formador de profesoras y directoras de escuelas y hospitales en el Belford College. Posteriormente fueron becadas por la Fundación Rockefeller (Martínez Santos y Germán Bes, 2019).

- Se solicitaba la equiparación del sueldo para todas las Enfermeras Visitadoras de una misma categoría independientemente de la localidad en donde estuvieran destinadas.

- Se pedía reactivar la organización de la Escuela de Enfermeras Visitadoras para procurar una formación y preparación necesarias a estas profesionales.

- Se ponía de manifiesto la necesidad de la publicación de un Reglamento por el que debiera regirse el Cuerpo de Visitadoras Sanitarias y que para la redacción de este Reglamento se cuente con una representante del cuerpo.

- Se reclamaba una solución para la situación de aquellas Visitadoras que enfermaron en el ejercicio de su profesión y no podían desempeñarlo.

- Se pedía que no se permitiera ejercer el trabajo de Enfermera Visitadora sin el título correspondiente (Asamblea de Enfermeras Visitadoras y de Auxiliares Sanitarios celebrada con ocasión del Primer Congreso nacional de Sanidad, 1934).

- Se reclamaba que las plazas de instructoras sanitarias o inspectoras de servicios fueran provistas por oposición entre las enfermeras visitadoras de la Dirección General de Sanidad¹⁸.

(Segunda Asamblea de Enfermeras visitadoras, de Higiene rural, de Tuberculosis, de Puericultura y de Higiene Mental , 1934).

La Asociación publicó una revista trimestral de 1934 a 1935, con un total de 5 números¹⁹, «La Visitadora Sanitaria», en la que se daba información sobre las actividades de la propia asociación además de incluir artículos científicos y otros relacionados con la profesión enfermera. La publicación de esta revista resultaba fundamental en la reivindicación de un lugar dentro del corpus científico sanitario, puesto que demostraba que las visitadoras eran un grupo independiente, organizado y preocupado por difundir su trabajo. No obstante, al revisar los artículos de las revistas, se observa que, según muestra el gráfico 6, existe un desequilibrio entre el número de artículos escritos por médicos, que sí están firmados, los que están firmados por enfermeras y los que no están firmados, si bien el consejo de redacción de la misma lo componían visitadoras, por lo que es probable que muchos de los textos fueran escritos por ellas mismas:

¹⁸ De este punto se entiende que se denominaba «Instructora» a la visitadora que ocupaba un puesto específico, y no a todo el colectivo.

¹⁹ No se conoce bien la fecha exacta del cese de su publicación (Bernabeu-Mestre y Gascón-Pérez, 1999), pero son estos 5 únicos números los que se conservan, entre otras localizaciones en <http://hemerotecadigital.bne.es>

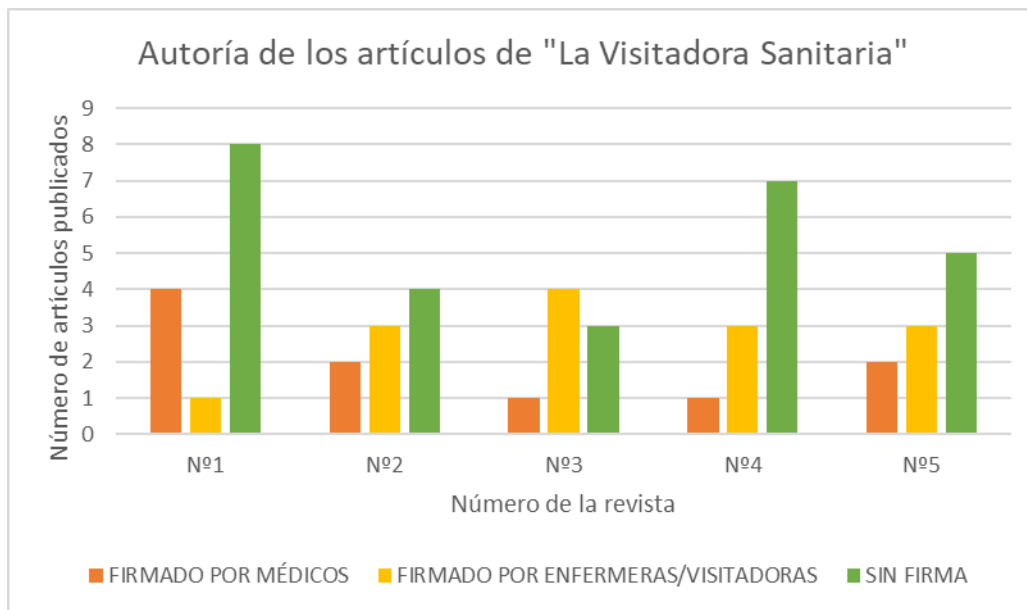


Gráfico 6: Elaboración propia a partir de los ejemplares de *La Visitadora Sanitaria* (1934-1935).

Al no conocer la firma de muchos de estos trabajos se invisibilizaba a las autoras y se perdía la oportunidad de reivindicar el trabajo en la asociación de estas mujeres. En cualquier caso, los artículos firmados por enfermeras tienen un carácter reivindicativo del propio colectivo, siempre sin salir del amparo de la clase médica. No hay artículos realmente descriptivos de las tareas de la visitadora en España narrado por ellas mismas, son los artículos firmados por médicos los que explican cuál era su trabajo.

No obstante, no fue la única revista en las que las visitadoras escribieron sobre su labor. En *Puericultura Española*, revista que se publicó mensualmente desde marzo de 1935 hasta julio de 1936, aparecieron varios artículos escritos y dedicados a difundir el trabajo de las visitadoras en España y en el extranjero. La enfermera Blanca Bermudo, que había sido una de las enfermeras becadas por la fundación Rockefeller, formó parte del comité de redacción desde enero de 1936²⁰. En estos artículos, a diferencia de los que ocurría en *La Visitadora Sanitaria*, las enfermeras escribían sobre su trabajo concreto, ya fuera en el ámbito español o poniendo como ejemplo la organización del trabajo de la visitadora en otros países. Otras enfermeras que publicaron en esta revista fueron Encarnación Soler, Teresa Moll, Ángeles Vázquez de Parda y Lena Brückmann.

Una señal de la importancia del grupo profesional de las Enfermeras visitadoras, fue el rechazo constante por parte de los practicantes esta nueva figura. Ya desde los años 20, los

²⁰ Para conocer más detalles biográficos de Blanca Bermudo: <http://hdl.handle.net/2429/81060> minuto -20: 53.

practicantes pedían la creación de una única profesión de Auxiliar médico y con la aparición de esta nueva profesión veían peligrar su trabajo sobre todo en áreas rurales y desfavorecidas (Ávila Olivares y Martín Barrigós, 2017). Los practicantes, con un importante sesgo de género, pedían que a las visitadoras se las sometiese a un mayor nivel de estudios y exigencia y que se delimitasen las funciones de cada cuerpo claramente:

Es necesario delimitar con claridad el campo de actividad de elementos tan diferentes; los primeros (practicantes) como únicos auxiliares del médico; los últimos (enfermeras), ciñéndose expresamente a las prácticas higiénicas, función social preventiva y cuidado personal del enfermo, pero sin permitirles la menor Intervención en el orden técnico.

(Romero, 1931).

En 1935 se había creado el cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria, pero, a pesar del nombre, la formación de los profesionales no se amplió y sus funciones se centraban en tareas auxiliares del médico y técnicas quirúrgicas. De esta forma, los practicantes seguían estando en desventaja frente a las enfermeras visitadoras, las cuales, además de llevar a cabo el cuidado de la población a su cargo, como era propio del paradigma de su profesión, tenían formación en Salud Pública y técnicas de investigación comunitaria y realizaban técnicas como auxiliares el médico. La reacción de los practicantes ante lo que consideraban una amenaza de su nicho profesional, fue atacar al cuerpo de Visitadoras por el hecho de ser mujeres, alegando impericia y falta de fuerza física para llevar a cabo ciertas tareas debido a su género, aun reconociendo que su propia formación adolecía de cuestiones fundamentales en materia comunitaria que sí cubría la de las Visitadoras y que daban respuesta a las necesidades sociosanitarias (Ávila Olivares y Martín Barrigós, 2017). Las diferencias entre ambos colectivos se zanjaron en 1953 con la unificación de enfermeras, practicantes y matronas en el título de ATS, al menos de forma general, porque las diferencias de formación entre ambos géneros siguieron presentes al diseñar currículos diferentes para los ATS femeninos y ATS masculinos que venía a continuar con la diferenciación de funciones, siendo las primeras más orientadas al cuidado y a las tareas consideradas femeninas y los segundos a cuestiones técnicas (Galiana Sánchez y Bernabeu Mestre, 2011)

iii. EL CONTEXTO VALENCIANO Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA ÚLTIMA DÉCADA DEL S. XIX Y PRIMER TERCIO DEL S. XX

La tasa de mortalidad infantil en la provincia de Valencia y su capital era ligeramente inferior a la del conjunto de España, tal y como se muestra en el gráfico 7. No obstante, el problema seguía siendo muy importante y era necesarias intervenciones sanitarias y sociales tal y como se iban implementando en otras zonas del país para intentar reducirlo.

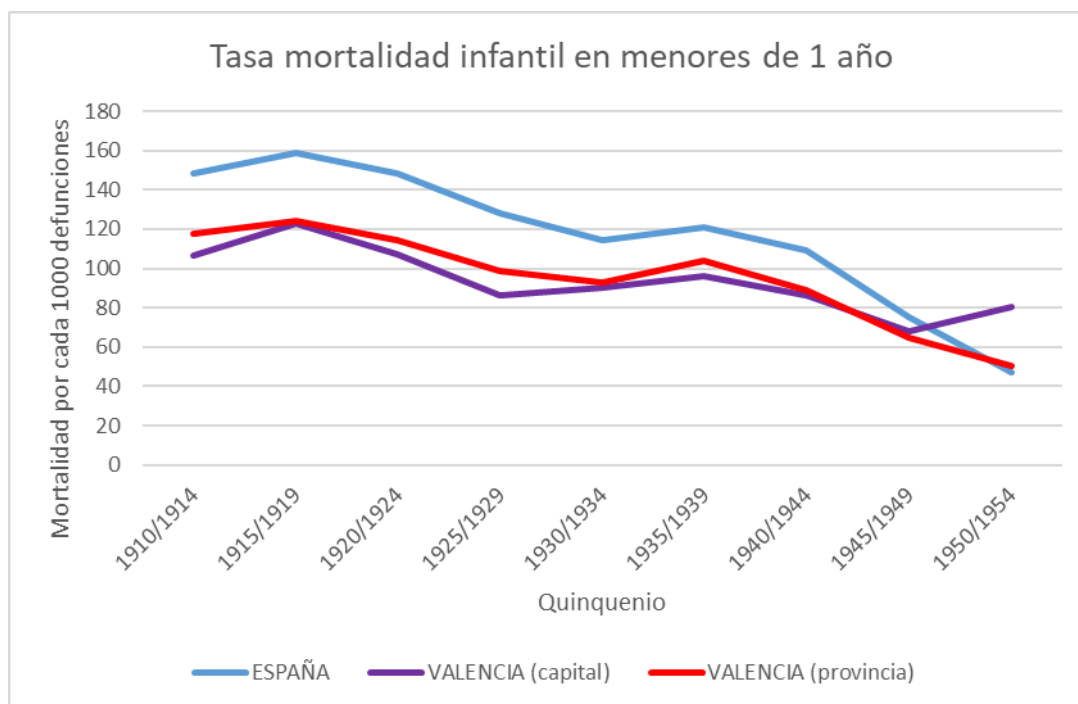


Gráfico 7: Comparación de tasas de mortalidad infantil en menores de 1 año en España, Valencia capital y Valencia provincia.

Fuente: elaboración propia a partir de Anuarios Estadísticos de España (1910-1954) y Estadísticas Históricas de España (Carreras y Tafunell, 2015).

En la lucha contra la mortalidad materno-infantil, tal como se ha podido observar en los puntos anteriores, existió una normativa a nivel estatal y unas instituciones de referencia habitualmente ubicadas en Madrid, como fue el Consultorio de Niños de esta ciudad o la Escuela Nacional de Puericultura. Sin embargo, la puesta en marcha de recursos similares a nivel local no fue homogéneo y dependió de las circunstancias de cada municipio. La enfermera Teresa Moll hizo una recopilación de instituciones dedicadas al cuidado infantil en la ciudad de Valencia en 1935, tal y como se muestra en el Anexo II. También en 1940 el doctor Jorge Comín elaboró un esquema de las interrelaciones existentes entre los diferentes recursos dedicados a la infancia (Anexo II), un diagrama que explicaba los circuitos a seguir por las distintas instituciones según la necesidad de los niños y las familias (Comín, 1940) y que muestra, no solo la cantidad

de recursos destinados a la puericultura, sino la relación que había entre ellos. Se puede observar la gran cantidad de centros dedicados a la puericultura, incluso redundantes, muchos de ellos de titularidad privada, como obras de beneficencia, otros dedicados a la asistencia médica infantil. Lo que no era tan habitual eran centros públicos dedicados a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En la ciudad de Valencia destacaron, por su impacto social y político el Asilo de Lactancia de la Fábrica de tabacos de Valencia, la Gota de leche y Consultorio infantil, la Escuela provincial de Puericultura de Valencia y Dispensarios de Higiene Infantil, instituciones en las que nos hemos detenido en mayor detalle, por la participación de enfermeras en ellas.

Existen trabajos que describen las instituciones y profesionales dedicadas a la protección a la infancia a nivel nacional en la época preconstitucional, pero las dedicadas a estas cuestiones en la ciudad de Valencia antes de la Guerra Civil son más escasos, aunque fundamentales para esta investigación. En lo referente al estudio de los servicios de Salud Pública en Valencia durante el periodo que en esta tesis se acota, destaca la tesis de Carmen Barona *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*, en el que se describe de forma pormenorizada el trabajo de estas instituciones y su evolución en el tiempo. Con respecto a las instituciones que se han investigado en esta tesis, destacan en lo referente al Asilo de Lactancia de la Fábrica de Tabacos de Valencia, los textos de M^a Jesus Teixidor y Teresa Hernández referidos al trabajo en esta fábrica desde finales del siglo XIX, de los que destaca, por tratar la cuestión de la necesidad de fundación del Asilo *El trabajo de la mujer en las labores del tabaco. La fábrica de València (1887 - 1914)*. Si bien no es un documento que trata concretamente sobre las actividades del Asilo, si explica el contexto social de las mujeres que lo hicieron posible. En lo referente al trabajo de la Gota de Leche de Valencia son de gran valor los textos de Rosa Ballester como *Personatges i espais de ciència: La gota de llet y El movimiento internacional de protección a la infancia y los contextos locales: Gotas de leche y el modelo alicantino*. También referido a la Gota de Leche de Alicante destaca el trabajo de Enrique Perdiguero y Josep Bernabeu *La Gota de Leche en Alicante (1925-1940)*, que a pesar de que se trata el caso de la Gota alicantina, son fundamentales para entender lo que pudo pasar en la ciudad de Valencia y marcar las líneas de investigación. Con respecto a la Escuela de Puericultura de Valencia, los trabajos que tratan el tema tratan la información de forma más fragmentada. No obstante, han sido documentos de referencia de nuevo el texto de Carmen Barona y el libro de Irene Palacio Lis *Mujeres ignorantes: madres culpables* que dedica un capítulo a la divulgación materno infantil en la República poniendo como ejemplo la Escuela de Puericultura. Con respecto al trabajo de las enfermeras visitadoras en Valencia, es interesante la tesis de José

Manuel Maceiras *Las actividades enfermeras y sociosanitarias de Sección Femenina: el ejemplo de la provincia de Valencia* porque a pesar de describir el trabajo de las visitadoras en la postguerra, tiempo que no aborda esta tesis, es un referente para conocer cuál fue el devenir de estas profesionales una vez acabó la guerra. No obstante, en esta investigación se ha abordado una cuestión concreta que no se ha tratado hasta el momento: el papel de la Enfermera Visitadora, desde su incorporación a las instituciones de forma discreta hasta la implantación de estas profesionales en las instituciones dedicadas a la protección de la salud materno infantil, concretando los espacios que ocupaban, las labores que desempeñaban y la importancia social que llegaron a consolidar en la época anterior a la dictadura.

iv. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

Tras la revisión de la literatura existente sobre el tema y la elaboración del estado de la cuestión, se ha observado una falta de información concreta del trabajo de las enfermeras en la lucha contra la mortalidad materno-infantil en la ciudad de Valencia. Si bien existen referencias al trabajo médico y de Salud Pública, el estudio y descripción del trabajo de la enfermera visitadora era escaso y sin referencias concretas a lo acontecido en la provincia y ciudad de Valencia. Se consideró la necesidad visibilizar la labor de las enfermeras visitadoras, pioneras de la enfermería comunitaria, estudiando su trabajo desde una perspectiva local: cómo se formaban, como trabajaban y qué impacto tuvieron en la sociedad valenciana hasta el comienzo de la Guerra Civil. Para ello, ha sido necesario realizar un análisis de la evolución de las instituciones e iniciativas dedicadas a la puericultura para poder entender el papel fundamental de la visitadora en esta labor, puesto que la figura de esta profesional viene precedida por cambios en la sociedad que reclamaban mejores servicios dedicados a salvaguardar el bienestar materno-infantil.

Además, también ha resultado de interés, tras constatar las referencias frecuentes en la literatura a la ignorancia y culpabilizarían de las madres, intentar comprender el modo en que las mujeres en general y las madres en particular recibieron las intervenciones sanitarias y las actividades de divulgación materno-infantil.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el papel desempeñado por las mujeres en la atención materno infantil en la Valencia del primer tercio del siglo XX, tanto en su rol de enfermeras puericultoras, como en su rol de mujeres receptoras de la asistencia sociosanitaria.

Objetivos específicos

1. Analizar la evolución de los cuidados en las instituciones dedicadas a la asistencia sociosanitaria a la madre y el niño en la provincia de Valencia desde finales del siglo XIX hasta la Guerra Civil Española.
2. Examinar el papel de las enfermeras, visitadoras e instructoras dentro de las instituciones dedicadas al cuidado materno infantil en Valencia.
3. Analizar la imagen pública de las enfermeras visitadoras.
4. Analizar el papel de las mujeres y madres receptoras de la acción sociosanitaria.
5. Poner de manifiesto la implicación de las mujeres, como profesionales y/o como madres en la lucha contra la mortalidad infantil.
6. Considerar la importancia del género en la interacción educativa y de promoción de la salud entre madres y enfermeras.
7. Exponer la contribución en el descenso de la mortalidad materna de enfermeras puericultoras y matronas.
8. Identificar el trabajo de Enfermeras Puericultoras y matronas dedicado a la promoción de la salud maternal como propio de estas disciplinas y distinto al de otros profesionales sanitarios.

IV METODOLOGÍA.

En función del objetivo general y de los objetivos específicos de nuestra investigación se ha realizado un estudio histórico estructurado en las siguientes etapas:

1. Contextualización histórica y elaboración de un estado de la cuestión sobre el tema.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos en una primera fase para hacer un estudio del estado de la cuestión y durante la investigación para componer el marco historiográfico de la misma:

- Dialnet
- Medline
- Web of Science
- Teseo
- TDX

El perfil de búsqueda centrado en los siguientes aspectos:

- Demografía y salud infantil en el primer tercio del siglo XX
- Respuesta sanitaria al problema de la mortalidad infantil
- Desarrollo de la enfermería comunitaria en España en el siglo XX

Las palabras claves utilizadas fueron:

- Enfermera
- Visitadora
- Instructora
- Género.
- Escuela & puericultura
- Salud & pública
- Mortalidad & infantil
- Mortalidad & materna
- Transición & demográfica
- Higienismo

Tras la búsqueda, se procedió a la recuperación de los documentos, a su selección, lectura y análisis.

2. Coordenadas teórico- metodológicas:

Las coordenadas teórico-metodológicas que enmarcan este estudio son: la historia local, la historia de las mujeres, la historia social y la historia de las profesiones.

Con respecto a *la historia local o microhistoria* se trata de una metodología que parte de una cuestión particular, específica, ubicada en un tiempo y espacio muy concreto y que permite un posterior ejercicio de inducción, en contraste con el paradigma clásico de descripción histórica con el objetivo de estudiar grandes acontecimientos regulares en el tiempo y observables (Man, 2012). En este trabajo se ha acotado el tiempo y el espacio de forma muy concreta para conocer las dinámicas sociales que envolvían a la figura de la Enfermera Visitadora y a otras figuras femeninas dedicadas al cuidado materno infantil. Si en otros trabajos se habían descrito las grandes instituciones y las líneas políticas en materia de salud pública, esta tesis centra su interés en lo que ocurrió en Valencia a comienzos del siglo XX con las profesionales que día a día trabajaban, estudiaban o eran subsidiarias de los servicios de protección materno-infantil, para conocer su realidad particular. Este interés está directamente relacionado con la siguiente coordenada: *la historia de las mujeres*. En general, el discurso histórico es androcéntrico, y si bien en las décadas de los 70 y 80 se intentó revertir esta tendencia, el resultado no fue exactamente la descripción de la historia de las mujeres, sino de mujeres que destacaban en su conjunto. Una metodología para evitar esto y hacer extensiva la descripción de la realidad cotidiana de las mujeres es la propuesta por G. Duby y que se ha utilizado en esta investigación: puesto que las mujeres, en general no han generado fuentes directas escritas, se ha descrito su historia a través de los discursos que se han escrito sobre ellas, siempre teniendo en cuenta que los discursos estaban elaborados por hombres que reproducen los tópicos de la época (Fuster García, 2009). Esta investigación coincide con estas premisas: existe información y trabajos previos que describen la vida personal y profesional de mujeres destacadas en el campo de la enfermería comunitaria, pero son escasos los documentos producidos por las enfermeras visitadoras que describan el trabajo diario en las instituciones de estas profesionales y menos documentación que pueda ser susceptible de ser tratada de forma cuantitativa y cualitativa que describa el trabajo real de estas profesionales. Por lo tanto, recurrir a textos primarios y coetáneos, pero no escritos por las propias mujeres en muchos de los casos, ha sido el método utilizado para completar el conocimiento de la labor de las enfermeras visitadoras de Valencia y de las mujeres con las que trabajaban.

La coordenada de historia social se centra en la sinergia entre los actores sociales que consiguieron llevar a cabo la obra de protección a la infancia durante el primer tercio del siglo

XX. A pesar de que estos actores actuasen aparentemente de manera aislada y con voluntad autónoma, las condiciones sociales en la que estaban inmersos condicionaba sus actos, y dejaban el camino marcado para futuras acciones (Cabrera y Santana, 2020). En este trabajo se ha buscado no solo los hitos históricos sucedidos en un lugar y tiempo concretos, sino que se ha investigado también la necesidad social de que estos sucesos tuvieran lugar y el impacto de los mismos.

Con respecto a la coordenada de historia del trabajo, especialmente del femenino, se pone el foco de atención en un aspecto social muy concreto, haciendo hincapié en la microhistoria (Garrido,2012). Esta investigación pone de relieve el impacto social de trabajos totalmente femeninos, como el de la enfermera visitadora, la importancia para el propio cuerpo profesional de esta condición tanto en su formación como desarrollo y la importancia tanto de la propia labor como del género de las trabajadoras al llevarla a cabo dentro de la comunidad.

Siguiendo estas líneas metodológicas se ha conseguido generar un discurso centrado en la figura de la enfermera visitadora no solo como profesional independiente e imprescindible en el ámbito de la salud comunitaria, sino también como mujer, rasgo fundamental en el desarrollo de la profesión, en un contexto muy concreto, el de la ciudad de Valencia de principios del siglo XX.

3. Definición del marco temporal y espacial.

El análisis del papel desempeñado por las mujeres en la atención maternoinfantil en la Valencia del primer tercio del siglo XX, tanto en su rol de enfermeras, visitadoras e instructoras del ámbito de la puericultura, como en su rol de mujeres receptoras de la asistencia sanitaria se ha abordado desde un marco espacial y temporal acotado.

La elección de la provincia de Valencia como ámbito de estudio se ha debido a que, si bien sí existen tratados sobre historia de la enfermería comunitaria y numerosos artículos referentes al devenir de estas profesionales a nivel nacional e internacional, no había una descripción concreta de su trabajo en la ciudad y provincia de Valencia, lugar que, según esta propia investigación, fue especialmente propicio en lo referente a la protección maternoinfantil. Tal y como se expone en los resultados, la implementación de recursos materiales y humanos destinados a la protección a madres y niños eran muy diferentes según en donde se llevaban a cabo, dependiendo de la voluntad política, de la de la clase médica y sobre todo de los recursos disponibles.

Por lo que se refiere al arco temporal, éste se extiende desde principios del siglo XX hasta el final de la Guerra Civil española. En la investigación se han contemplado las últimas décadas del siglo XIX por comenzar en este momento los cambios sociales y sanitarios que en el siguiente siglo afectarán a la profesión enfermera e impulsarán la creación de la figura de la enfermera comunitaria o visitadora en todas sus facetas. El límite superior se ha fijado en 1939/1940, ya que la dictadura franquista que se instauró tras la Guerra Civil española supuso una ruptura con muchas de las iniciativas impulsadas previamente en la época republicana, en el caso de las Visitadoras, no solo cambiaron su nombre, también su formación y sus funciones alejándose del objeto de estudio de esta investigación.

4. Localización y selección de las fuentes.

La metodología en este estudio se planteó desde un comienzo como la búsqueda y explotación de fuentes primarias de información en los archivos históricos de la provincia de Valencia y otros que pudieran albergar información sobre la actividad de las enfermeras visitadoras, y por extensión sobre las instituciones dedicadas a la puericultura en la provincia en el primer tercio del siglo XX. El resultado de esta búsqueda de fuentes primarias ha sido escaso en relación con las expectativas iniciales para las tres instituciones estudiadas en los trabajos publicados y para cualquier otra. Las razones de la falta de documentación de estas instituciones pueden ser varias según los profesionales de los archivos consultados, pero ninguna está verificada: desde la afectación de numerosos archivos en la Riada del 57 (que por ejemplo destruyó gran parte del archivo de Gobierno Civil), incendios o expurgos indiscriminados en la última etapa del franquismo.

Así pues, la investigación se ha centrado en la información derivada de fuentes alternativas:

- Material bibliográfico especializado: las publicaciones consultadas han sido fundamentalmente
 - *La Visitadora Sanitaria*
 - *Puericultura Española*
 - *Puericultura*
 - *Memoria de los Servicios sanitarios. 1933*
 - *Crónica médica*
 - *Escuela de Puericultura (folleto, 1966)*
 - *Coordinación de Servicios contra la Mortalidad infantil. Valencia*

- Material procedente de la Hemeroteca Histórica, de la Hemeroteca de la Biblioteca Nacional de España y de la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica

- Material audiovisual: «Valencia, protectora de la infancia» de Maximiliano Thous (1928)

Todo ello contextualizado con las fuentes secundarias sobre el estado de la cuestión, centrada en los puntos señalados previamente

De este material se ha rescatado la figura de la Enfermera visitadora puericultora de entre otras materias, para reconstruir su trabajo y su papel en la mejora de la salud materno-infantil en la ciudad y provincia de Valencia a comienzos del siglo XX y hasta el comienzo de la Guerra Civil.

En siguiente tabla se muestran los archivos y bibliotecas consultados con los resultados obtenidos, relativos a la investigación o que se consideran relevantes para futuras líneas de trabajo:

ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS	RESULTADO
Biblioteca Virtual de Prensa Histórica	– Artículos de prensa general local provincial y nacional.
Hemeroteca digital de la Biblioteca digital de España	– Artículos de prensa general local provincial y nacional. – Revistas especializadas (<i>Visitadora Sanitaria</i>).
Biblioteca Historicomédica "Vicent Peset Llorca"	– Fuentes bibliográficas de la materia y época estudiada: manuales, revistas especializadas y actas de congresos.
Filmoteca valenciana. Institut Valencià de cultura.	– Película restaurada «Valencia, protectora de la infancia» de Maxiliano Thous, 1928.
Arxiu del Regne de València	– Archivo del Dispensario Antituberculoso: expedientes desde 1945. – Archivo de delegación de trabajo: a partir de 1940. Apuntes sobre los gastos de transporte de las visitadoras.
Archivo Histórico de la Diputación de Valencia	– Cartas petición de ayudas para la apertura de la Escuela Provincial de Puericultura – Documentación sobre la subvención para la película «Valencia, protectora de la infancia» de Maximiliano Thous – Información detallada sobre la mortalidad materna e infantil (y del resto de especialidades), por salas y causas (según la fecha) en el Hospital Provincial (actual HGUUV).
Biblioteca Nicolau Primitiu	– Fotografía en Unión Radio de los médicos tras radiar las lecciones de puericultura – Bibliografía básica de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia
Archivo Histórico de la Ciudad de Valencia	– Menciones en los plenos del Ayuntamiento de los gastos de la Gota de leche y las casas de socorro. Sin continuidad. – Abundante material sin clasificar.

ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS	RESULTADOS
Archivo Histórico de la Universitat de València	– Listado de titulaciones Universitarias.
Archivo Histórico de la Comunitat Valenciana	– Documentación a partir de los años 70, sobre la Asociación de Amigos de la Escuela de puericultura – Documentación sobre la licitación de obras del edificio de la Escuela para convertirla en un centro de salud en 1985 – Documentación sobre el último periodo de la Escuela de Puericultura, reforma y transformación definitiva en centro de salud
Archivo de la Conselleria de Sanitat	– Sin resultados
Archivo de la Escuela Nacional de Sanidad Carlos III	– Registro de los profesionales que superaron los exámenes oficiales de la Escuelas Provinciales de Puericultura, a partir de 1940 – Actas de los exámenes para Enfermeras visitadoras y guardadoras de niños de 1935 y 1940. Información incompleta.
Archivo de la Administración General de Alcalá de Henares	• Sin resultados
Archivo del Ministerio de Sanidad	– Sin resultados
Archivo del Ministerio del Interior	– Sin resultados

Cuadro 5: Archivos consultados y resultados obtenidos (relacionados o no con la investigación)

5. Análisis de las fuentes.

Tras la lectura y revisión de las fuentes seleccionadas se elaboraron las fichas de trabajo. En términos generales, el procedimiento para la elaboración de las fichas consiste en establecer las categorías y subcategorías que emergen de los textos, extractando de cada fuente la correspondiente referencia a los conceptos de interés de la investigación y relacionándolos posteriormente con los conceptos teóricos y con los estudios previos. Puesto que la prensa popular ha sido una de las fuentes primarias fundamentales en la investigación, ha sido necesario tratar la información aquí contenida de forma singular. Si bien es una fuente primaria que permite conocer los acontecimientos de la época estudiada, es necesario matizarla para separar las informaciones objetivas, los hechos, de las opiniones, ambas válidas para hacer una reconstrucción de lo acontecido, siempre y cuando esta diferenciación se haga de una forma clara. Se ha tenido en cuenta en el estudio de la prensa el hecho de que ésta, en el siglo XIX y principios del XX, fue un arma propagandística considerable, por lo ha sido necesario tener

presente el posicionamiento editorial de los periódicos (Hernández, 2017). Como se puede observar en el apartado Fuentes de este texto, el arco temporal e ideológico de las publicaciones estudiadas es muy amplio, desde diarios católicos, hasta republicanos, anarquistas, abiertamente conservadores o liberales. En la lectura de periódicos coetáneos se ha podido observar la lucha ideológica entre ellos, al dar la misma noticia desde perspectivas completamente opuestas. Por ello, ha sido fundamental el contraste de estos textos entre ellos y entre éstos y otras fuentes.

Por otra parte, el estudio de las fuentes legislativas, especialmente la «Gaceta», ha aportado información valiosa sobre cómo las instituciones del estado aplicaban medidas de protección a la salud materno-infantil, se fundaban instituciones dedicadas a ello, se permitía la formación de nuevos profesionales y se convocaban plazas públicas para las distintas instituciones sociosanitarias.

El tratamiento de la información contenida en estas fuentes de origen dispar ha tenido que hacerse de forma sincrónica, comparando, para un mismo acontecimiento, todas ellas, y diferenciar qué información era la objetiva y cual suponía una opinión porque, aunque ambas vertientes de la información son interesantes, es necesario para la investigación separar unas de otras.

6. Elaboración y redacción de los artículos de investigación y otros resultados de investigación.

Se reproducen en el apartado de Resultados. En este sentido también se ha hecho una labor de divulgación de los resultados de la investigación a través de comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, tanto de Enfermería como de Medicina y de Ciencias Sociales, tal y como se refleja en el apartado Otros resultados de la investigación.

7. Elaboración de la memoria de tesis doctoral.

Se ha seguido el procedimiento de redacción requerido por la Universidad Jaume I que recoge los criterios y requisitos de redacción de una tesis doctoral (<https://www.uji.es/centres/escola-doctorat/tesis/avaluacio-format/>)

V. RESULTADOS

5.1 Primera Publicación:

Martínez-Zapata, R. y Galiana-Sánchez, M. E. (2019). Health Visitors' Contribution to Family Health in Early 20th Century Spain. In *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali* (pp. 25–36). Bologna, Italia: Forum.

Capítulo de libro: *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali* (ISBN-10: 8832831856), publicado tras el congreso homónimo el 24, 25 y 26 de octubre de 2018, organizado por *Società italiana di Demografia Storica (SIDeS)* en la Università di Bologna.

El libro está editado por Forum Edizioni, de Editrice Universitaria Udinese. Esta editorial está especializada en la publicación de trabajos de investigación, individual o colectiva, resultados de congresos e investigación docente.

LA FAMIGLIA TRA MUTAMENTI DEMOGRAFICI E SOCIALI

A CURA DI ALESSANDRA SAMOGGIA, FRANCESCO SCALONE

SIDeS

SOCIETÀ
ITALIANA DI
DEMOGRAFIA
STORICA



FORUM

Health Visitors' Contribution to Family Health in Early 20th Century Spain*

ROCÍO MARTÍNEZ-ZAPATA,
MARÍA EUGENIA GALIANA-SÁNCHEZ

BALMIS Research Group on Community Health and History of Science - University of Alicante

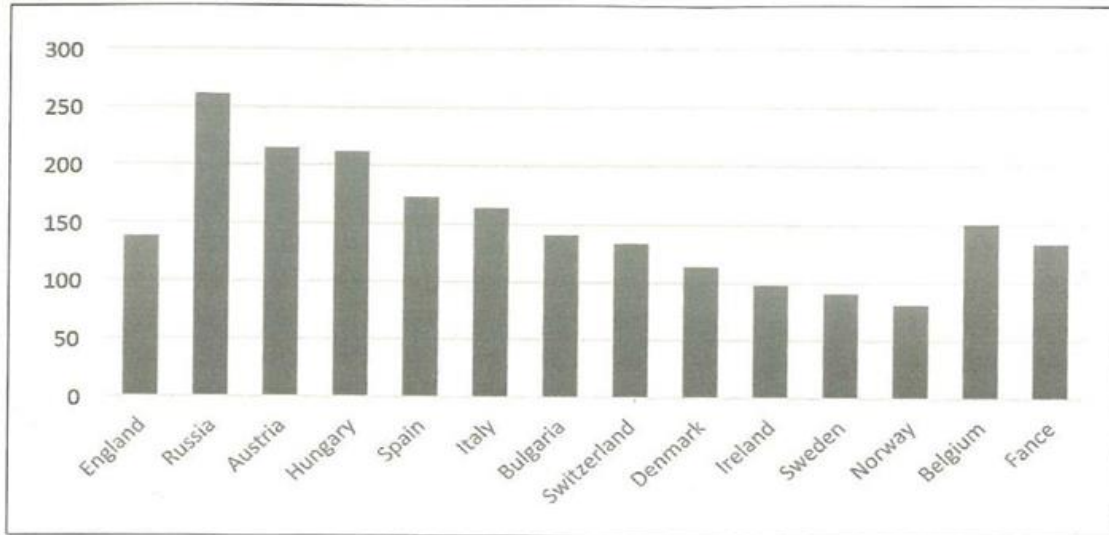
Introduction. In the early 20th century, the Spanish population endured very poor living conditions and health. The principal public health challenges were high rates of morbidity and mortality from infectious diseases and a very high infant mortality rate (fig. 1) (Barona, Bernabeu, Perdiguero 2005). Particularly during the inter-war period, this situation began to be seen as socially unacceptable because many of the causes and determinants were considered avoidable, such as the lack of hygiene, ignorance and poverty that beset families with the highest levels of morbidity and mortality (Pozzi, Fariñas 2016).

Socially unacceptable situations, seen as a series of circumstances symbolising social injustice, also had negative moral connotations and reflected conditions of extreme inequality such as the occupational exploitation of children or pregnant women, intolerable working conditions, poverty and infant mortality. These conditions and the working class's struggle for social rights contributed to the emergence of the regenerationism movement, which rapidly attracted the support of the public health movement (Campos, Martínez, Huertas 2000). Believing that social inequalities were at the root of disease, public health advocates urged the different political forces of the State to remedy this situation. Their moral hygiene discourse was based on the idea that public health measures and preventive actions had an important role to play in the regeneration of Spain due to their capacity to serve as a vehicle for social intervention.

The political will to improve the health of the population in general and of disadvantaged sections of society in particular spurred new legislation and initiatives, starting with the creation of the Social Reform Commission in 1883. This response to social issues was consolidated with the foundation of the Institute for Social Reforms in 1904 and the enactment of protective legislation such as the new Health Act of 1904 (Rodríguez-Ocaña, Martínez-Navarro 2008). At the turn of the century in Spain, work began on redesigning the health service, reflecting the State's grow-

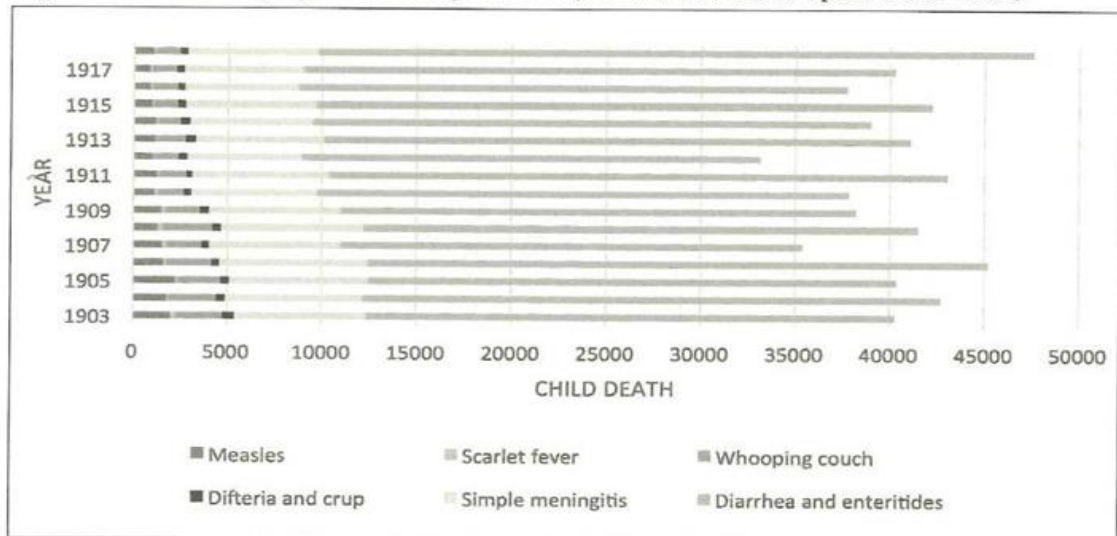
* This paper has been carried out within the framework of the project 'Past and present in the control of neglected poverty diseases: the historical example of Mediterranean Europe and the International Health Cooperation of Ministry of Industry, Economy and Competitiveness, HAR2017-82366-C2-2-P and the Thematic Network of Excellence: Network on Living Standards, Health, Nutrition and Inequality. XVIII-XXI centuries (NISALDes)' of the Ministry of Science, Innovation and Universities, RED2018-102413-T.

Fig. 1. *Infant mortality rate (per 1.000) in 1909*



Source: by the authors, from *The Salamanca infant mortality factsheet* (Prada 1934).

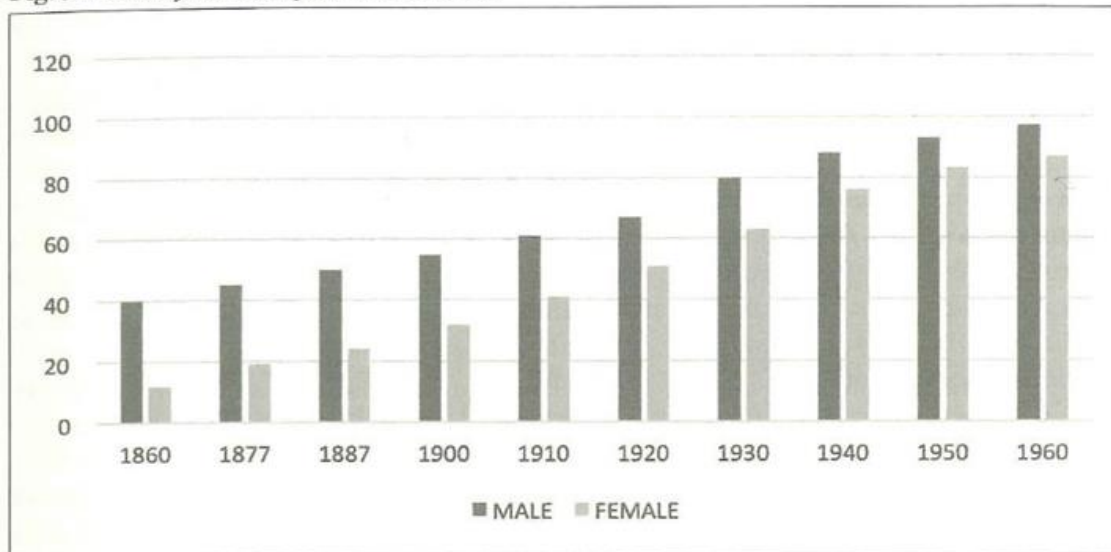
Fig. 2. *Main causes of infant mortality due to infectious diseases in Spain (1903-1919)*



Source: by the authors, from *Infant mortality and demography in Spain* (Navarro 1922).

ing involvement in matters relating to public health. In conjunction, these factors galvanised an institutional move towards modernisation, which reached its peak in the 1920s and 1930s and predominantly involved public health measures, especially during the Second Republic and in particular when the republican-socialist government was in office and Marcelino Pascua presided over the General Directorate of Health (Barona, Bernabeu-Mestre 2008). Public health reform was viewed as the

Fig. 3. Literacy rate in Spain (1860-1960)



Source: by the authors based on *Historical statistics in Spain* (Carreras, Tafunell 2015).

principal means to improve health and regenerate Spanish society, and families and hygiene in the family home were among the principal targets for health education and prevention actions.

Tuberculosis and trachoma, together with the various ailments of infectious origin, such as diarrhoea as seen in figure 2, responsible for infant mortality or malnutrition, were all considered diseases of the disadvantaged, due to their poverty. Disease was also thought to be the result of negligence and ignorance on the part of mothers responsible for family care; at the end of the 19th century there is an interest in instructing women so that they can better strengthen their functions as mother and wife (Palacios 2007). Figure 3 shows the increase in female literacy throughout the twentieth century.

Consequently, the institution of the family was considered the ideal target for health education actions and the best setting in which to instil the principles of infant health. Thus, the need was identified to train health professionals who could visit homes to instruct their occupants on basic hygiene and preventive measures. Health visitors were considered the ideal professionals to carry out this educational action due to their capacity to communicate with mothers and their close ties with the general population, among other reasons (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre 2011). The creation of the role of health visitor was also informed by other discourses such as eugenics, the fight against poverty, the successful application of social order measures and the nascent feminist movement (Kelly, Simonds 2003). In this respect, Spain presented some parallels with Britain, although health visitors appeared later and in a somewhat different form (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre 2011). In 1923, the first institution devoted to training health staff specialised in public health education was created, called the 'National School of Child Care'. There, nurses, doctors, midwives and other professionals

who worked with children and pregnant women gained theoretical and practical knowledge of health promotion and mortality prevention in these life stages. One year later, approval was granted for the creation of the 'National School of Health', with the goal of providing public health training for health professionals. The creation of a Health Visitors' School was also proposed, but construction was repeatedly postponed due to a lack of funding and the idea was eventually abandoned. However, there was such a need for well-trained nurses that short courses were organised to train staff interested in working in this field as quickly as possible (Bernabeu-Mestre, Gascón 1999). Health visitors rapidly became so indispensable in community work that nursing associations, public health doctors and the press at the time called for an increase in their numbers and an improvement in their working conditions.

«A properly trained health visitor is the key to all public health work. In order to succeed, it is essential to expand this fundamental area of health» (Martin, Huertas 1933).

Thus, the work of health visitors among families commenced. They were also called child care visitors, health educators or family instructors according to their field of work, but they all carried out home visits and provided a new form of family care in the health care context of the time.

Historiographic research on community nursing in Spain has mainly focused on elucidating the various areas of work. Some studies have analysed the home care provided by women in religious orders in the late 19th century, which helped improve socio-demographic indicators (Gallego 2009), while others have examined the distinction drawn between professional nursing care and medical practice (González-Canalejo 2007). Research on health visitors has explored their social function within health campaigns aimed at combating infectious diseases (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez 2011), their work in clinics and health centres (Clemente 2016) and their role in teaching the principles of child care (Bernabeu-Mestre, Trescastro-López, Galiana-Sánchez 2011), especially in the 1920s and 1930s. Other studies have examined the role of health instructors and rural educators, categories that emerged in the 1940s following the Spanish Civil War (Maceiras-Chans, Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre 2018). In this work, our objective is to shed light on the work carried out by Health Visitors in the field of community health, although on this occasion the work carried out in the family environment will be studied in greater depth. In this way, we intend to show the influence that the proximity with the members of the family unit, especially with the mothers could have in the improvement of the well-being of the families in the early 20th century.

Sources and methodologies. To conduct this research, we studied two publications from the period, focusing our analysis on testimonies referring to the work that health visitors carried out with families. One of these was the journal «Puericultura Española» (Spanish Child Care), launched in April 1935 by the Association of Paediatricians, which mainly published medical articles but also included some contributions from health visitors. The other was the professional journal «La Visitadora Sanitaria» (The Health Visitor), which was launched in

1934 following the creation of the Professional Association of Health Visitors on the 24th of April of the same year but had ceased publication by the end of 1935. This largely published articles by health visitors but also included contributions from public health doctors, which in many cases consisted of arguments in support of the work of nurses.

In addition to these two scientific publications, we conducted a literature search of the press. To this end, we searched the digitalised archives of the National Library Digital Newspaper Archive and the Historical Press Archive. Our review of the newsprint media sheds light on the regard in which health visitors were held outside the healthcare community.

Nursing work with families. The scientific journals, newspapers and popular press consulted depicted health visitors as doctors' assistants, albeit working in a new field with new professional functions. Nurses set out from clinics and entered homes to instil information on hygiene and gather information that they subsequently recorded in the clinic for use by the doctor. The Official State Gazette of the 31st of March 1933 indicated that: «Child health visitors shall give an account to the child health doctor of the social and health conditions of families and their homes, and shall instruct patients from previous consultations on how to ensure the best standard of hygiene in the home and comply with the doctor's health and medical recommendations».

In general, health visitors spent their mornings in the clinics to which they were attached, working in fields such as child health, tuberculosis control or rural health. Here, they carried out the tasks typical of a nurse and medical assistant, taking body measurements, administering vaccines, providing treatment and educating breastfeeding mothers. In the afternoons, they visited homes (Tercero 1934). Health visitors attached to child health clinics visited the homes of children who had attended the clinic that morning (Soler 1935), while those attached to hygiene or tuberculosis clinics visited the homes of patients who had been seen by the doctor, but also workplaces, factories, offices and the homes of relatives, acquaintances or colleagues who had been in contact with a potentially contagious patient in order to detect unhealthy premises and asymptomatic victims of the disease and convince them to attend the clinic for an examination¹. Health visitors went in search of patients with the goal of early identification before the disease had become advanced, was more difficult to cure and had possibly spread (Martín de Prado 1938).

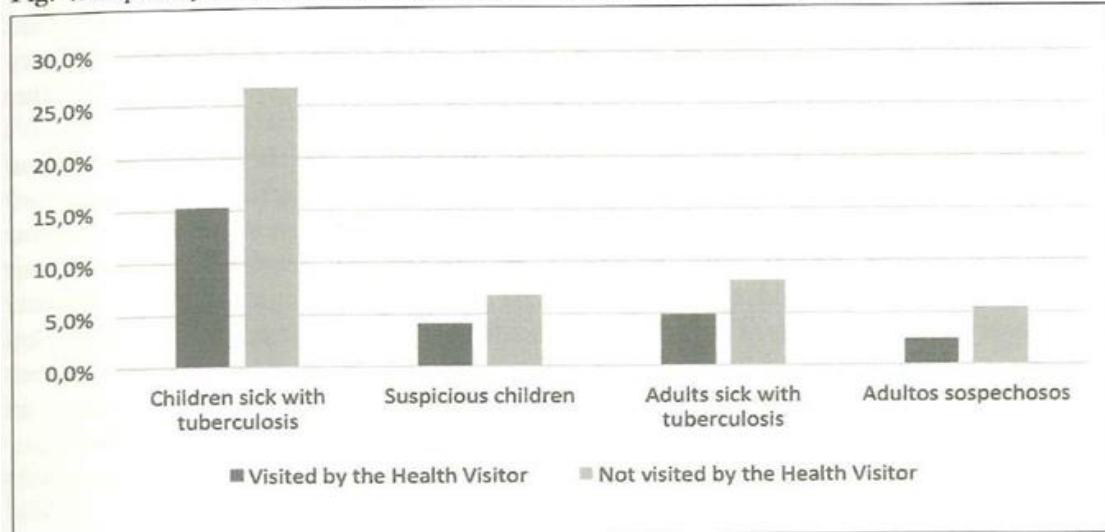
The work of health visitors did not target individuals as such, whether healthy or sick, but the family as a unit, since families could either carry disease or promote health. First and foremost, health visitors formed the link between the population and the clinic, the bridge between families and doctors. They were responsible for forging friendly relations and generating trust so that the population, generally poor and somewhat suspicious of the health services, would accept health advice and treatment from health workers. They were the doctor's ears and eyes beyond the clinic walls, and therefore, one of their fundamental missions was to question patients and their families in order to obtain data on disease and lifestyles. The

information they sought was not limited to the presence or absence of health; they were also required to perform and record a social assessment, obtaining data on family members' occupations and wages, the number and health status of people living in the home and their lifestyles. The aim was to detect risk practices in need of correction and identify potential new patients for referral to the clinic; relatives, neighbours and friends who might have a curable disease (Martín de Prado 1938). They also formed a link between professionals, in particular between teachers and doctors in the field of school health, since schools offered a site for early detection of disease and deficiencies in children (*Academia de estudios del niño* 1930; Lestache 1933).

In family homes, health visitors examined the entire house and drew a diagram of its layout which they later gave to the doctor together with their assessment, and these subsequently formed an essential part of the corresponding medical history. At the same time, health visitors – also termed family instructors on numerous occasions in the press – carried out health education because lack of knowledge was considered a key cause of sickness and death. They showed women who had recently given birth how to breastfeed, explained the advantages of breastfeeding over bottle feeding, and where the former was impossible due to illness, lack of milk or even maternal death, they taught essential hygiene practices for bottle feeding². When children were old enough to be weaned, they advised on suitable foods and how to prepare them in order to safeguard against the dreaded infant diarrhoea that often ended in death. As regards child hygiene, they instructed mothers on how and when to bathe their child and what clothes were suitable at each age, and advised on the need for outdoor walks, what cot to use and sleep routines. In addition to repeating the doctor's recommendations that families had received at the clinic, health visitors conducted a series of visits to check that they were complying correctly with the prescribed treatments and hygiene measures (Soler 1935).

One of the more difficult tasks performed by health visitors and mentioned in the sources consulted was that of recommending to the clinic that newborn infants or older, healthy children be separated from their mother if she or another family member had tuberculosis. Such children would be put into foster care with healthy families preferably living in the country, a practice called family relocation, or housed in dedicated institutions called child protection homes. In the case of infection with TB or another serious contagious disease, health visitors were responsible for assessing if the person concerned could be treated at home or whether it would be better to move the patient to a specialised institution to prevent the disease from spreading to the rest of the family and the community. Infected adults and children might be sent to hospital, a sanatorium or a labour colony (Martín de Prado 1938).

In general, the clinics and provincial Child Care Schools had very limited economic resources, but whenever possible, health visitors attempted to ensure that the poorest families received financial aid or material help in the form of cots, children's clothes, food, disinfectants and spittoons (in cases of TB). In cities such as Valencia, health visitors were responsible for coordinating with ladies' charity

Fig. 4. *Impact of health visitors on families at risk of TB in Asturias (Spain) in 1937*

Source: by the authors based on «CNT» (Albina 1937).

organisations to manage these donations (Soler 1935). These actions began in the 1940s and continued throughout the Franco regime, under the supervision of rural educators and social nurses. Due to the socio-political context of Francoism, such measures were accompanied at the time by elements of political and religious indoctrination (Maceiras-Chans, Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre 2018).

Another task carried out by health visitors was vaccination. Tuberculosis vaccination campaigns were announced in the popular press, which stressed the need to let health visitors enter the home³. One example of this is the figure 4, published in the CNT newspaper, which compared the prevalence of the disease in the vaccinated and non-vaccinated population through visits by health visitors.

This source highlighted the two-fold increase in infant mortality in families that did not receive visits from health visitors.

Another special and novel task at the time was related to mental health; health visitors were responsible for home monitoring of psychiatric patients. In these cases, besides writing the usual report on family health and social circumstances, health visitors monitored mental health patients once they had been discharged from hospital, instructed the patient's close circle on how to prevent relapses, ensured compliance with home treatment and persuaded the family if they considered that the circumstances warranted admission to an institution (Dominguez 1935).

Health visitors were also actively involved in the itinerant schools, where hygiene clinic staff travelled from the city out to villages and, with the help of the local mayor and teacher, gave lessons on hygiene. The entire village would be invited to a spacious venue such as a theatre, although preference was given to women with small children and the authorities, to hear talks on child care and basic hygiene measures given in simple language that the audience could understand. Afterwards, a film would be shown and to conclude, the first dose of the diphtheria vaccine

would be administered. On other occasions, the radio was used to disseminate health messages. A series of informative radio talks was organised to explain basic notions of hygiene and child nutrition using descriptive language targeting ordinary people, and to promote a culture of prevention among mothers (Bernabeu-Mestre, Trescastro-López, Galiana-Sánchez 2011).

The first prerequisite for exercising the profession of health visitor was to be a woman, since this was considered a guarantee that she would possess the necessary qualities to work in the community. In fact, preference was given to «women who displayed a markedly feminine character» (Palanca 1934); they should be «pleasing to the eye, neatly groomed, spotlessly clean, with well-manicured hands, a pleasant smell and voice and a silent tread». Furthermore, they were expected to abide by the gender roles assigned at the time, since «their psychological situation places them in the best position to treat and care for children because they know how to communicate with children in order to instil trust in professionals and facilitate the doctor's work» (Vázquez 1935). They were also required to be strong and healthy, in order to survive the hard work and long hours (Schwanzaeberg 1935). In addition, according to these roles, they should be loving, selfless, «prompted by kindness to make any sacrifice», disciplined, aware of their subordinate position, discrete and humble (it was repeatedly stressed that they should never contradict the doctor's orders or those of other male professionals) (Schwanzaeberg 1935), and they had to show «affection and tenderness that mitigates the pain of those who live in poverty and ignorance» (Albina 1937)⁴.

In addition to these «attributes of their sex», women who aspired to be good health visitors had to work as «missionaries for hygiene», and it was therefore necessary to show a selfless attitude towards work. They had to be intelligent, «possessing a strong general culture» as well as a «specialised culture», although being kind was considered more important, and a «vocation» and «love for their profession was essential» (Juarros 1921). Given the particular characteristics of a health visitor's work, primarily the fact that they worked autonomously in family homes providing an education in basic notions of hygiene, these women were expected to have «*strong powers of persuasion*» (Soler 1935), to be perceptive, observant and determined to solve problems quickly and to «inspire respect, trust and obedience». In order to persuade their patients to change their habits, attend the doctor's surgery or accept admission to an institution. Other desirable characteristics included patience, order, punctuality, a team spirit, gentleness, manual skill and dexterity and politeness. «Deep religious conviction» was also called for, a striking requirement given that health visitors did not belong to religious orders but formed part of a professional, fundamentally State-run body, and one which witnessed its greatest splendour during the Second Republic, when Spain was a secular State and health visitors were mainly State employees (Schwanzaeberg 1935)⁵.

The work of health visitors was considered essential to ensure public health; nonetheless, their numbers were insufficient. This was due to several problems, including low wages, the difficulties women encountered in access to work and the cultural level required of aspirants. Women who met the requirements did not always complete their studies or practice as nurses because of circumstances such as

marriage or motherhood, which often prompted them to abandon their careers. For example, between the academic years 1928 and 1934, 208 future nurses studied at the Provincial School of Child Care in Valencia, but only 65 passed the final examinations, of whom only 29 eventually obtained the official qualification (Inspección Provincial de Sanidad 1935). In addition, the limited State budget unquestionably prevented health, social and educational legislation from being implemented with the necessary resources. Health visitors received a very low salary considering the responsibility they assumed; consequently, the authorities constantly appealed to their altruism, vocation and charitable spirit. Not only was the salary of a health visitor working at a children's clinic or as a health educator lower than that of a nurse in a hospital setting, but they also had to pay for their own upkeep and meet their travelling expenses between homes or villages themselves (*Las enfermeras visitadoras* 1932).

The health visitors themselves found a partial solution. In line with the approach of the World Health Organisation, which in the 1940s championed the idea of health promoters, health visitors formed groups for young women in villages (Galiana-Sánchez 2017). As health promoters, they provided instruction on the basic concepts of hygiene, continuing the task of health education once nurses had left the area or in areas that were too large for these to cover (Loriga 1935). They subsequently remained present during the Franco dictatorship, renamed rural educators.

Conclusions. The public health work carried out by health visitors helped improve family health and well-being. They were best known and most highly valued for the work they carried out in the community through home visits, identifying hygiene needs and deficiencies in their patients' homes. Their work as transmitters of knowledge about hygiene helped forge the concept of community nursing and prevention, demonstrating the effectiveness of working with families to ensure healthy conditions instead of waiting for disease to strike. Health visitors entered the most intimate space of the population, the houses of those who normally belonged to the poorest social groups least accustomed to receiving free public services. Their work provided continuity in the home for the work begun in clinics, extending this to the family unit. They paid particular attention to the family environment, seeking the best organisation of physical space to achieve healthier homes. One of the main characteristics of their work was its social dimension, as they paid special attention to the most vulnerable families.

Their achievements demonstrated the urgent need for well-trained nurses in the field of health public, and although the Spanish Civil War marked an abrupt change of paradigm in health and well-being, the idea that nurses were a means to ensure health in the home persisted for decades, albeit with different ideological premises.

¹ A detailed description of the work of health visitors in the Rural Hygiene Clinic in Cáceres can be found in a local study by Luisa Clemente Fuentes (2016).

² On the child care and dietary advice provided by child care nurses, see Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez 2012.

³ Social nurses also continued to carry out vaccination campaigns in Spain throughout the 1940s, 1950s and 1960s (Maceiras-Chans, Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre 2017).

⁴ Due to the eminently feminine nature of the nursing profession, gender is an important question when analysing its professional contribution. Over time, the constraints of gender have deter-

mined the development of the profession, which has witnessed highs and lows. It has been shown that nurses have made a unique contribution to public health, but also that they have had to overcome obstacles and difficulties directly related to their status as women (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, Ballester-Añón 2014; Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre 2011).

⁵ A decade later, under Franco's rule, religion became a key element. Due to the socio-political context of the time, the work of nurses transcended purely health objectives to incorporate ideological and religious objectives as well (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, García-Paramio 2012).

References

- Academia de estudios del niño 1930, «La Libertad», 4.
- Albina 1937, *Labor social-sanitaria*, «CNT Órgano de La Confederación Regional de Asturias, León y Palencia», 6.
- J.L. Barona Vilar, J. Bernabeu-Mestre 2008, *La salud y el Estado: el movimiento sanitario internacional y la administración española (1951-1945)*, PUV, València.
- J.L. Barona Vilar, J. Bernabeu-Mestre, E. Pediguero 2005, *Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936)*, in J.L. Barona Vilar, C. Steven (eds.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, València, 63-82.
- J. Bernabeu-Mestre, M.E. Galiana-Sánchez 2011, *Salud comunitaria y acción social en el control epidemiológico del tracoma infantil, España (1932-1939)*, «Asclepio», 63, 2, 507-20.
- J. Bernabeu-Mestre, M.E. Galiana-Sánchez 2012, *Alimentación, enfermería y cultura: el antecedente histórico de las visitadoras puericultoras*, in M. Gracia (ed.), *Alimentación, Salud y Cultura: encuentros interdisciplinares, IX Coloquio REDAM*, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 459-478.
- J. Bernabeu-Mestre, E. Gascón Pérez 1999, *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*, Universitat d'Alacant / Universidad de Alicante, Servicio de Publicaciones, Alicante.
- J. Bernabeu-Mestre, E. Trescastro-López, M.E. Galiana-Sánchez 2011, *La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)*, «Salud Colectiva», 7 (Supl 1), S49-S60.
- R. Campos, J. Martínez Pérez, R. Huertas García-Alejo 2000, *Los ilegales de la naturaleza: medicina y regeneracionismo en la España de la Restauración, 1876-1923*, Editorial CSIC - CSIC Press, Madrid.
- A. Carreras, X. Tafunell 2015, *Estadísticas históricas de España*, F. BBVA Ed, Bilbao.
- L. Clemente 2016, *La sanidad pública en la provincia de Cáceres: creación de los primeros centros de salud en la España rural*, Institución Cultural el Brocense, Cáceres.
- A. Domínguez 1935, *El papel de la Visitadora Sanitaria en la Higiene Mental*, «La Visitadora Sanitaria», 5, 17.
- M.E. Galiana-Sánchez 2017, *The Role of International Organizations in the Development of Public Health Nursing, 1933-1974*, «Gesnerus», 74, 2, 188-204.
- M.E. Galiana-Sánchez, J. Bernabeu-Mestre 2011, *Género y desarrollo profesional. Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939*, «Feminismos», 18, 225-248.
- M.E. Galiana-Sánchez, J. Bernabeu-Mestre, R. Ballester-Añón 2014, *Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea*, «Áreas: Revista de Ciencias Sociales», 33, 123-136.
- M.E. Galiana-Sánchez, J. Bernabeu-Mestre, P. Garcia-Paramio 2012, *Nurses for a New Fatherland in Spain (1938-1942)*, «Women's History Magazine», 68, 33-41.
- G. Gallego-Caminero 2009, *El proceso de pro-*

- fesionalización sanitaria y la transición demográfica en Mallorca (1848-1932)*, Doctoral Thesis, Mallorca.
- C. González Canalejo 2007, *Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la cuestión social (1857-1930)*, «Dynamis», 27, 211-237.
- Inspección Provincial de Sanidad. Instituto provincial de Higiene 1935, *Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933*, Valencia.
- C. Juarros 1921, *Cómo se lucha contra la tuberculosis*, «El Defensor de Córdoba».
- A. Kelly, A. Symonds 2003, *The social construction of community nursing*, Palgrave MacMillan, Wales.
- Las enfermeras visitadoras* 1932, «El Sol», 6.
- G. Lestache 1933, *Al servicio del niño. La enfermera en la lucha contra la mortalidad infantil*, «EL Sol».
- A. Loriga 1935, *Una campaña social. sanitaria en Asturias*, «La Visitadora Sanitaria», 2.
- J.M. Maceiras-Chans, M.E. Galiana-Sánchez, J. Bernabeu-Mestre, 2017, *La Sección Femenina en las campañas de vacunación del primer franquismo: el caso de la provincia de Valencia, (1941-1958)*, «Recién», 5-23.
- M. Macciras-Chans, M.E. Galiana-Sánchez, J. Bernabeu-Mestre 2018, *Nursing and Social Control: The Health and Welfare Activities of the Women's Section of the Falange in the City of Valencia (1940-1977)*, «Enfermería Global», 49, 283-293.
- D. Martín, E. Huertas 1933, *La mortalidad infantil en el ambiente rural*, «Revista de Sanidad e Higiene Pública», 193, 470-485.
- M. Martín de Prado 1938, *Dispensario Antituberculoso: su misión*, «El Diario Palentino».
- E. Navarro 1922, *La mortalidad infantil y la demografía general en España : años 1859 a 1921*, Madrid.
- J.A. Palanca 1934, *La mujer en sanidad*, «La Visitadora Sanitaria», 1, 13.
- L. Pozzi, D.R. Fariñas 2016, *Infant and Child Mortality in the past*, «Annales de Démographie Historique», 129, 1, 55.
- J. Prada 1934, *Ficha de estudio de mortalidad infantil de Salamanca*.
- E. Rodríguez Ocaña, F. Martínez Navarro 2008, *Salud Pública en España: de la Edad Media al siglo XXI*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- A. Schwanzaeberg 1935, *La personalidad de la Enfermera*, «La Visitadora Sanitaria», 3.
- E. Soler 1935, *Labor a desarrollar por la Visitadora Puericultora*, «Puericultura Española», 3, 13.
- M. Tercero 1934, *Un dispensario modelo*, ABC, Sevilla.
- A. Vazquez 1935, *Las enfermeras sanitarias y la Odontología*, «La Visitadora Sanitaria», 3.

5.2 Segunda publicación.

Galiana-Sánchez, M., Martínez-Zapata, R. y Bernabeu-Mestre, J. (2020). Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality. Valencia before the health transition. In *Annales de démographie historique*, 139 (pp. 179–206). París.

Annales de démographie historique es una revista francesa especializada en demografía (siendo única en este campo en Francia) que amplía su campo de conocimiento hacia las ciencias sociales y ciencias de la salud. Esta revista se posicionó en 2021 en el cuartil 4 con un índice SJR de 0.13 en 2021.



Les femmes et les enfants d'abord

Protection et promotion
de la santé maternelle
et infantile

Belin: Publié avec le concours du
Centre National de la Recherche Scientifique

CHILD CARE NURSES AND THE FIGHT AGAINST MATERNAL AND CHILD MORBIDITY AND MORTALITY. VALENCIA BEFORE THE HEALTH TRANSITION

by María Eugenia GALIANA-SÁNCHEZ, Rocío MARTÍNEZ-ZAPATA,
and Josep BERNABEU-MESTRE

INTRODUCTION

In the late 19th and early 20th centuries, maternal and infant morbidity and mortality constituted one of the worst social and public health problems in Europe. Particularly during the inter-war period, this situation began to be viewed as socially unacceptable because many of the causes and determinants involved were considered avoidable, such as the poor hygiene, ignorance and poverty that beset families with the highest levels of morbidity and mortality (Pozzi, Fariñas, 2016).

The emergence of social medicine in the late 19th and early 20th centuries, based on State and international health organisation intervention, contributed to this perception that many health problems were socially intolerable and incompatible with the idea of progress. The effect of social medicine and public health was to improve standards of living by tempering the harshness of the capitalism that accompanied modernisation processes in Western societies (Bernabeu-Mestre, Perdiguero, Barona, 2007). Maternal and infant mortality was one of the problems that received most attention and several social policies

were devised to tackle it, including education, improvement of care, health monitoring, promotion of breastfeeding and healthy eating, infant health care and also a quest for new health technologies.

Within this conceptual framework, international agencies and organisations pledged their commitment to a healthcare model based on improving public health, which addressed working class demands for social improvement. This goal entailed training health professionals and attempting to provide satisfactory training and working conditions in order to tackle public health problems. Nurses were among the professional groups that aroused most interest among health institutions and agencies because they slotted perfectly into the new healthcare model proposed by public health and social medicine, particularly as regards combatting maternal and infant morbidity and mortality (Apple, 2018; Thomson, Keeking, 2012).

Thus, public health nursing in Europe underwent professionalisation in the last third of the 19th century and first decades of the 20th century, a period that also witnessed the creation of

public health authorities in Europe, the development of public health driven by the Rockefeller Foundation and the League of Nations and the coordination of a collective effort led by experts (Galiana-Sánchez, 2017; Barona, 2019).

Here, we present a Spanish case study and in particular, the example of the School of Child Care in Valencia and other healthcare mechanisms launched in the same city, such as the Infant Nursery (*Asilo de Lactancia*) and the Infant Milk Depot (*Gota de Leche*), highlighting the role played by child care nurses in the campaign against maternal and infant mortality and morbidity.

To perform the case study, we conducted an analysis of secondary sources such as the daily press of the time and the professional journals *Puericultura Española* (“Spanish child care”) and *Visitadora sanitaria* (“Health visitor”). This latter was intended for health visitors, who included child care nurses, and published scientific articles and opinion pieces written by members as well as publicising events of interest to nurses such as congresses, scholarships, public examinations and study trips abroad. We also analysed the 1933 report on provincial health services in Valencia (Instituto Provincial de Higiene, 1935), which details the work carried out by child care nurses from the School of Child Care in Valencia.

In order to contextualise the tasks and responsibilities assumed by child care nurses in Valencian institutions, we shall examine the social and public health framework within which a series

of health policies and initiatives were devised that sought to end socially unacceptable maternal and infant mortality. As in Europe as a whole, albeit somewhat later, in the first half of the 20th century Spain passed child protection laws and regulations, introduced social insurance schemes such as that for maternity, and witnessed professionalisation processes that in the case of nurses and midwives proved crucial in the fight against maternal and infant morbidity and mortality (Pérez Moreda, Reher, Sanz Gimeno, 2015, 376-379). We shall also analyse the health campaigns implemented to tackle the principal social determinants of poor health, paying particular attention to the role played by child care. Lastly, we shall present a case study of the city of Valencia and the work of nurses in institutions such as the Infant Nursery, the Infant Milk Depot and the School of Child Care.

SPAIN'S SOCIAL AND HEALTH FRAMEWORK AND THE FIRST STEPS TOWARDS THE PROFESSIONALISATION OF NURSING

Demographic, health and epidemiological indicators in early 20th century Spain reflect the country's pre-transitional stage and highlight its delay in modernising health care. Turn of the century Spain lagged far behind other Western European countries, and as was the case for Mediterranean Europe as a whole, the incidence of infant and child

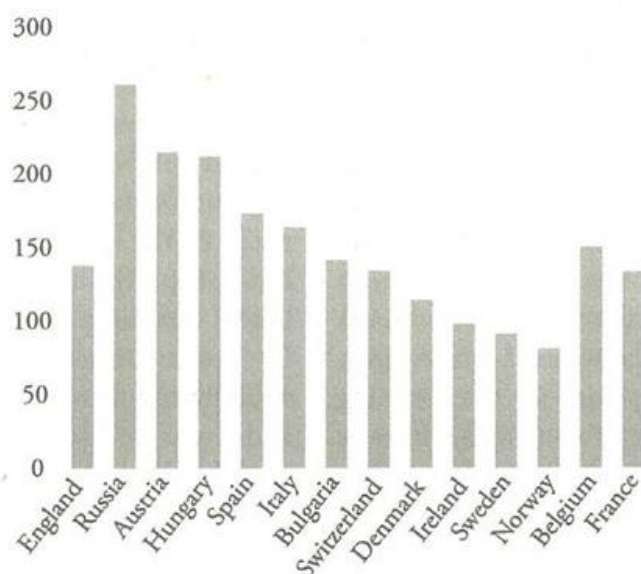
mortality in Spain was higher than in northwest Europe (Pozzi, Robles-González, 1997; Pérez Moreda, Reher, Sanz Gimeno, 2015, 164-165).

The demographic and epidemiological panorama in late 19th and early 20th century Spain was that of a traditional demographic structure with high rates of overall mortality, infant mortality (figure 1) and morbidity associated with the so-called social diseases (e.g. tuberculosis, cholera, syphilis, trachoma

and diphtheria). These already high levels of mortality were further compounded by recurrent epidemic crises that exacerbated the problem, such as the 19th century cholera, smallpox, measles and influenza epidemics. Up until the 1890s, approximately 50% of children died before the age of ten, and 80% of these deaths were caused by infectious diseases (Sanz Gimeno, Ramiro Fariñas, 2002).

However, the 1890s witnessed the

Fig. 1 Mortality rate of children under one year per 1000 live births in 1909



Source: by the authors, from the Salamanca infant mortality fact sheet (Prada, 1934).

beginnings of a decline in mortality and a slow but steady change in demography and health, in line with patterns and structures in other Western European countries (Blanes, 2007; Pérez Moreda, Reher, Sanz Gimeno, 2015). Despite lagging behind these countries, Spain nevertheless made significant advances, for example in the field of health legislation and child protection with the 1904 Law on Child Protection known as the Tolosa Latour Law, which to a large

extent was based on the 1874 Roussel Law in France (Ballester, 2016).

Nonetheless, as a consequence of social and political instability in Spain, such initiatives were delayed or never materialised (Álvarez, 2004). However, there was a widespread desire for modernisation in all areas, which in the health sector led to two important initiatives: numerous health campaigns aimed at combatting social diseases, and an outward-looking attitude embodied in

an agreement with the International Health Board of the Rockefeller Foundation that proved decisive for the development of public health and the provision of grants to train health professionals (Farley, 2004; Barona, Bernabeu-Mestre, 2008; Birn, Fee, 2013).

In 1931, the Spanish government signed an agreement with the Rockefeller Foundation aimed, among other objectives, at developing a postgraduate public health nursing programme abroad (Bernabeu-Mestre, Galiana, 2009). Prior to this, the Rockefeller Foundation had commissioned Frances Elisabeth Crowell, a nursing expert with the Foundation, to conduct an analysis of the status of nursing in Spain. Her findings were daunting: in general, nurse training was deficient at both theoretical and above all practical level, being essentially focused on surgery, with the exception of the training provided by the Provincial Institute of Public Health in Cáceres and the schools for health visitors. Crowell proposed a series of measures to improve nurse training, one of which was the provision of overseas training grants for a group of nurses who would subsequently join the teaching staff of the school for health visitors where future generations of nurses would receive their education. This proposal was implemented from 1931 to 1936, providing grants for 14 nurses to study for two years in the United States (Barona, Bernabeu-Mestre, 2008), because the role of expert in public health and nursing was essential as a

professional agent in the Rockefeller Foundation health action model.

Health visitors in general and child care nurses and midwives in particular became fundamental elements of the new public health model being developed in Spain in the first third of the 20th century. Their work was highly important precisely because, as elsewhere in Europe, it was aimed at directly tackling the social determinants of health. One example of this was the community-based work carried out in late 19th century rural Ireland, an impoverished and remote region with a very high rate of infant mortality. This was significantly reduced by employing trained nurses who lived in the community and worked autonomously (Breathnach, 2018). In the case of Spain, the lack of professionalisation of public health nursing posed a major obstacle. In Spain, nurses had always been strongly associated with hospital settings and it was not until 1920 that the first qualified health visitors, trained thanks to Red Cross programmes, began to appear in Spain, much later than in neighbouring countries (Galiana-Sánchez, 2019).

However, it was unquestionably the creation of the National School of Health within the framework of the agreements with the Rockefeller Foundation and its public health education project (Barona, 2015, 20; Barona, 2019, 101-149) and the National and Provincial Schools of Child Care (Barona, Bernabeu-Mestre, 2008; Colmenar, 2008; Bernabeu-Mestre, 2010) that contributed most to the

development of maternal and infant health care and the professionalisation of public health nursing in Spain. These two elements proved crucial in tackling challenges such as those posed by maternal and infant morbidity and mortality, as evidenced by the examples described below.

**THE DETERMINANTS OF
MATERNAL AND INFANT
MORBIDITY AND MORTALITY
AND THE ROLE OF CHILD CARE
AND HEALTH CAMPAIGNS**

“Without question, the most widely discussed problem in modern health is that of infant mortality; its deep roots are closely associated with other problems of a political, economic and social nature, endowing it with such a variety of facets that it necessarily constitutes a serious concern for any civilised nation (Martín, Huertas, 1933).”

The words cited above appeared in an article on infant mortality in rural areas published in 1933 in the “Journal of health and public health” (*Revista de sanidad e higiene pública*), issued by the Spanish Directorate-General for Health. They provide an ideal introduction to the conceptual and methodological framework of our analysis of the factors that determined the reduction in infant mortality and the role played by nurses in combatting maternal and infant morbidity and mortality.

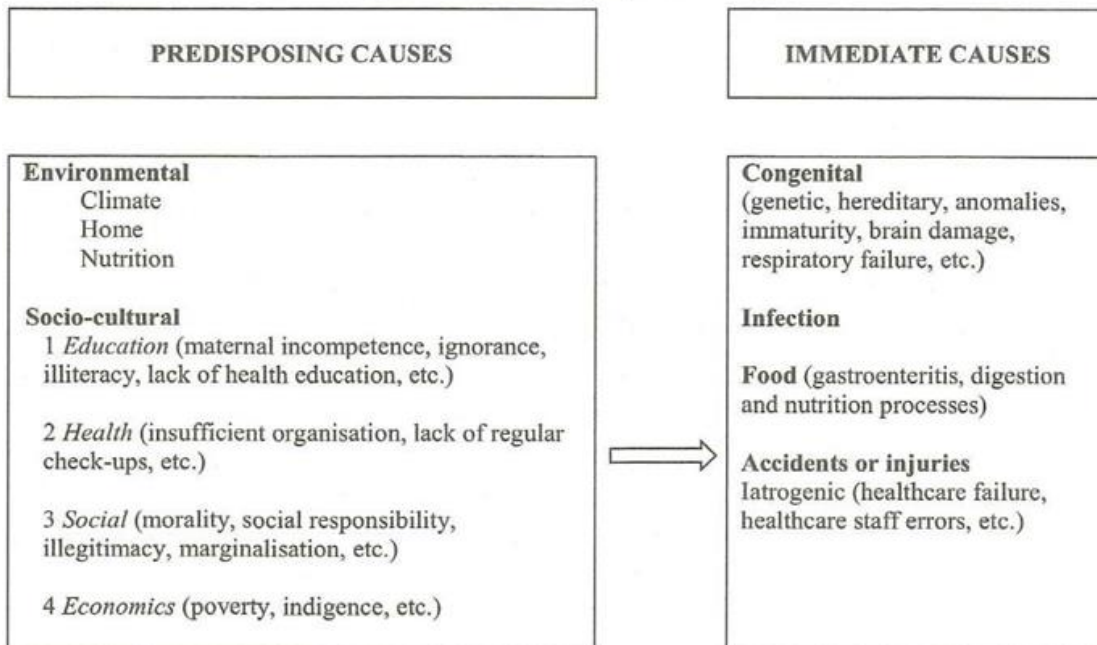
In general, this reduction was influenced by multiple factors acting in synergy, and numerous resources were

required to achieve the considerable reduction in infant mortality after 1930 (Ramiro Fariñas, Sanz Gimeno, 1999). Even so, it was not until the post-war 1940s that this trend became significant and irreversible (Echeverri-Dávila, 2001). According to Pérez Moreda, Reher and Sanz Gimeno (2015), economic growth in the early 20th century precipitated political, social and cultural changes that contributed to this reduction in mortality. One important factor within families was the downwards trend in Spain’s birth rate, making it possible to provide better care for existing children and increase their chances of survival. Another fundamental factor was State investment in health measures, especially health promotion and education. Prior to the widespread availability and use of curative therapies, health professionals devoted much of their time to providing a basic health education to the general public, and made a decisive contribution to health policies and scientific discoveries related to vaccines and antibiotics (Pérez Moreda, Reher, Sanz Gimeno, 2015). With respect to these latter medical advances, it should be noted that vaccines and antibiotics do not seem to have played a crucial role at first in this reduction in mortality because they were not discovered or made widely available until well into the 20th century, when infant mortality was already presenting a marked downwards trend. It is more probable that public health and hygiene measures, investment in health infrastructures and changes in the population’s health

behaviour were the factors responsible for initiating the reduction in infant mortality (Sanz Gimeno, Ramiro Fariñas, 2002). This change in the health paradigm is reflected in the differences between infant mortality rates in urban and rural areas. In the early 20th century, infant mortality was higher in cities because of unhealthy housing and poor living and working conditions. However, the increasing presence of hospitals and orphanages in the 1930s steadily reduced these rates, whereas infant mortality remained high in rural areas due to lack of these resources (Ramiro Fariñas, Sanz Gimeno, 1999).

Thus, the problem of infant mortality had to be addressed from various angles. The conceptual schemas of infant health experts in the mid-20th century included a wide diversity of factors that influenced infant mortality. When these experts analysed the factors involved in the high infant and child mortality rate, they found that in line with what the League of Nations Hygiene Committee had been arguing since its meeting in May 1926, it was necessary to look beyond immediate causes of death to analyse social, economic and hygiene determinants that could be contributory factors in order to determine if such deaths were avoidable and how they could be combatted (Bravo Frías, 1934) (fig. 2).

Fig. 2. *Determinants of infant mortality*



Source: Arbelo Curbelo, Arbelo López de Letona (1975, 385-387), cited by Bernabeu-Mestre et al. (2007).

The immediate causes were basically grouped into what was known as congenital risk, nutritional risk and infection risk, establishing classifications such as that by Debré (Arbelo Curbelo, 1954).

This distinguished three levels of infant mortality prevalence depending on which group of causes predominated: (a) very high and high prevalence, involving causes of mortality that were primarily

attributed to nutritional risk (especially diarrhoea and enteritis) (figure 3), followed by infection risk and thirdly congenital risk; (b) moderate prevalence, involving causes of mortality that were primarily attributed to infection risk, followed by nutritional risk and thirdly congenital risk; and (c) low prevalence, involving causes of mortality that were primarily attributed to congenital risk, followed by infection risk and thirdly nutritional risk.

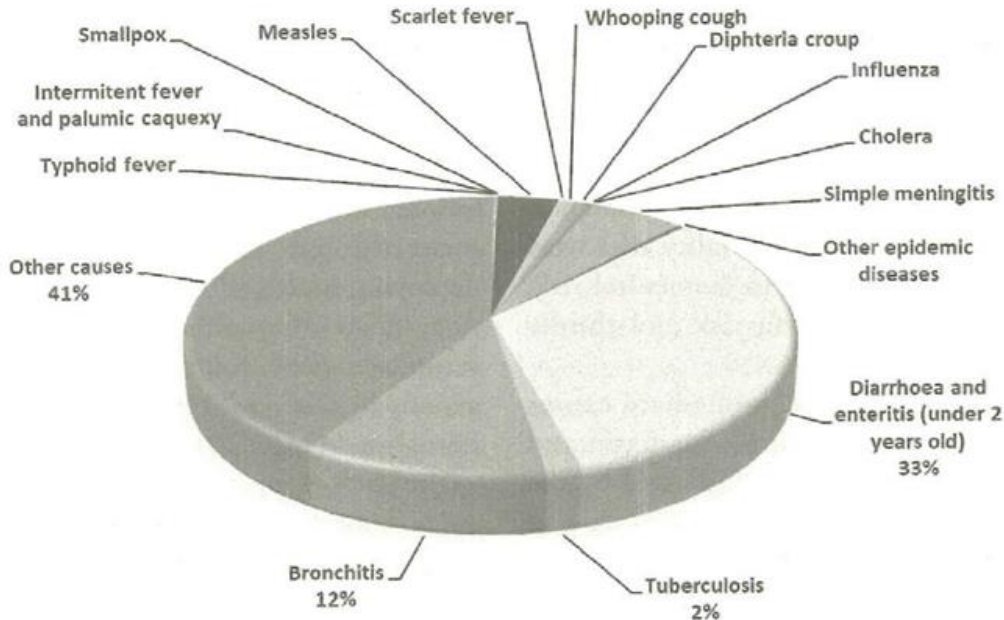
Underlying these immediate causes were the predisposing – or basic and structural – factors. As indicated by the secretary of the school of child care in Valencia (García-Brustenga, 1930), these included causes related to the separation of mothers and children (ranging from wet nurses to the problem of orphanages, children's homes, infant nurseries and hospitalisation of children); the withdrawal of breastfeeding and errors in weaning and complementary feeding; the influence of the social environment and living conditions (the mother's work, the father's occupation, the parents' cultural level, the family's economic status, housing, quantity and quality of food – particularly milk – and other risk factors, such as parental alcoholism); the influence of social care mechanisms, or rather their lack of influence insofar as they were unable to mitigate the effects of poverty and privation, unquestionably one of the major causes of infant mortality besides ignorance; the negative influence of diseases such as syphilis and tuberculosis, affecting gestation and early

infancy, respectively; and the influence of climate, especially as regards respiratory conditions.

In general, these factors could be summed up as ignorance and poverty. As indicated by the testimonies of contemporary authors, these factors “could be avoided in an appropriate social environment through the art of child care, deploying health education and promotion, infant information and scientifically formulated diets, according to the pathogenesis in each case” (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, 2012).

The demographic and health discourse concerning the high infant mortality rate in Spain and how to tackle and reduce it proposed health education and promotion targeting mothers in particular, providing comprehensive information on suitable foods and the time and form in which they should be given (Bernabeu-Mestre, Barona, Galiana-Sánchez, 2007; Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, 2012). However, as the health professionals themselves recognised, the task of educating mothers was highly complex since it entailed changing their attitudes and behaviours. Nevertheless, the increasing educational level of the population in general and of women in particular endowed them with the tools necessary to better understand the issues affecting child health and the instructions they received from professionals, enabling them to cast aside traditional beliefs and practices (Echeverri-Dávila, 2001). The basic instruction proposed for women also had another objective: to teach them how to be good mothers capable of rearing and educating future men who would

Fig. 3 *Specific mortality rate in children under 5 years in Spain in 1930*



Source: by the authors based on the 1930 statistical yearbook (INE, n. d.) and historical statistics of Spain (Carreras, Tafunell, 2005).

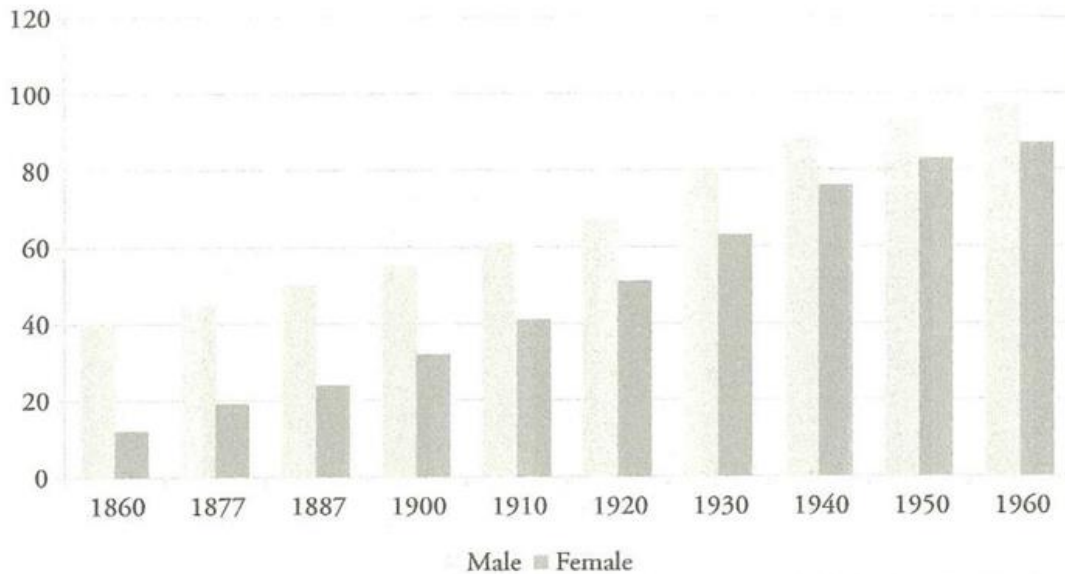
serve the nation. Thus, schools began to teach women to be mothers or mother-educators (Palacio, 2007; Carreño, Rabazas, 2010). As shown in figure 4, investment in education for both sexes had risen steadily since the late 19th century. Although the literacy rate remained higher among men than among women until the last quarter of the 20th century, the gap between both sexes narrowed over time.

When examining the decline in overall and especially infant and child mortality that accompanied demographic modernisation, the importance of factors such as the popularisation of scientific and medical knowledge, the spread of new child care practices and the adoption of hygiene practices based on modern bacteriology is

evidenced in sources such as the informative note on the health situation in Spain sent to the Rockefeller Foundation in 1919 (Bernabeu-Mestre, 1994): “In general, the public health conditions in Spain are very poor. Despite the healthy climate, the low population and the absence of industrial centres, the health and inspection systems are disorganised and the infant mortality rate is high [...] The biggest problem is poor child-rearing practices. The lives of many are lost each year due to maternal ignorance, superstition and neglect. Mothers do not know how to prepare suitable food or prevent contagion and infection.”

Besides the problems stemming from ignorance and unsuitable care that education was intended to combat, infants and

Fig. 4 Literacy rate in Spain

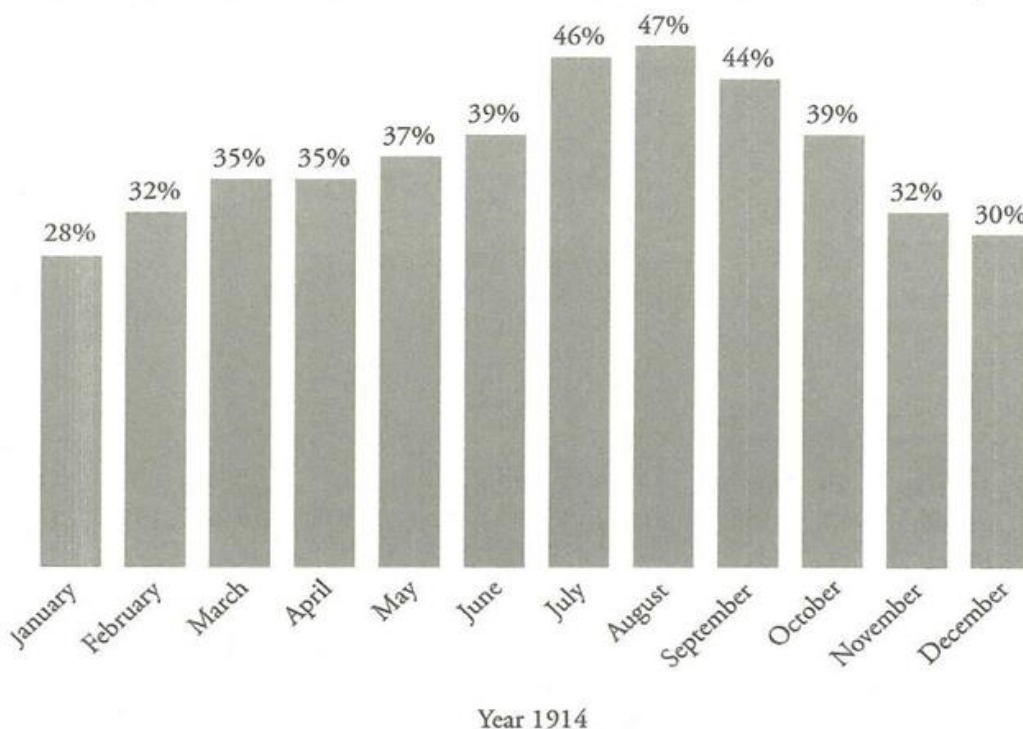


Source: by the authors based on historical statistics in Spain (Carreras, Tafunell, 2005).

children under two years of age were also afflicted by nutritional disorders caused by factors such as heat, flies and poor hygiene; in other words, causes of a social nature. The lack of drinking water, sanitation or paving played a major role in the spread of childhood diseases linked to parents' economic status, location, housing and access to quality food (Pérez Moreda, Reher, Sanz Gimeno, 2015). These parameters were considered so important that health visitors were expected to meticulously observe and record them for inclusion in the child's medical history. The highest number of deaths was usually recorded in the summer, when many of the risk factors noted above were heightened (figure 5). Mothers needed to be capable of recognising the benefits of appropriate care. Among the wide range of educational resources, "the spoken word" was especially important and effective. Standardised campaigns were complemented with

actions tailored to the particular circumstances and problems of each place (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, 2012). The principal vehicles employed to reach urban and rural populations with a poor or non-existent knowledge of hygiene were health posters and fact sheets, gramophone records, films and radio programmes. Using simple language, these were aimed at transmitting basic hygiene concepts to mothers. Simultaneously, an intensive campaign was conducted to combat detrimental customs in the field of food and child care (Bernabeu-Mestre, Trescastro, Galiana-Sánchez, 2011; Comelles, Riccò, Terrón, Perdiguero, 2017; Terrón, Comelles, Perdiguero, 2017). To ensure that the message on hygiene reached those areas furthest from the provincial capitals, so-called "itinerant colleges" consisting of healthcare staff from health clinics or schools of child care were sent to villages where, with the help of the local councils,

Fig. 5 Proportion of deaths of children under 5 years of age with respect to total deaths in Spain



Source: by the authors based on "Infant mortality and demography in Spain" (Navarro, 1922).

teachers and other authorities, they gave talks on hygiene and child care to which all residents were invited, and distributed health fact sheets and information leaflets (Pérez Moreno, 2013; García Redondo, 2017).

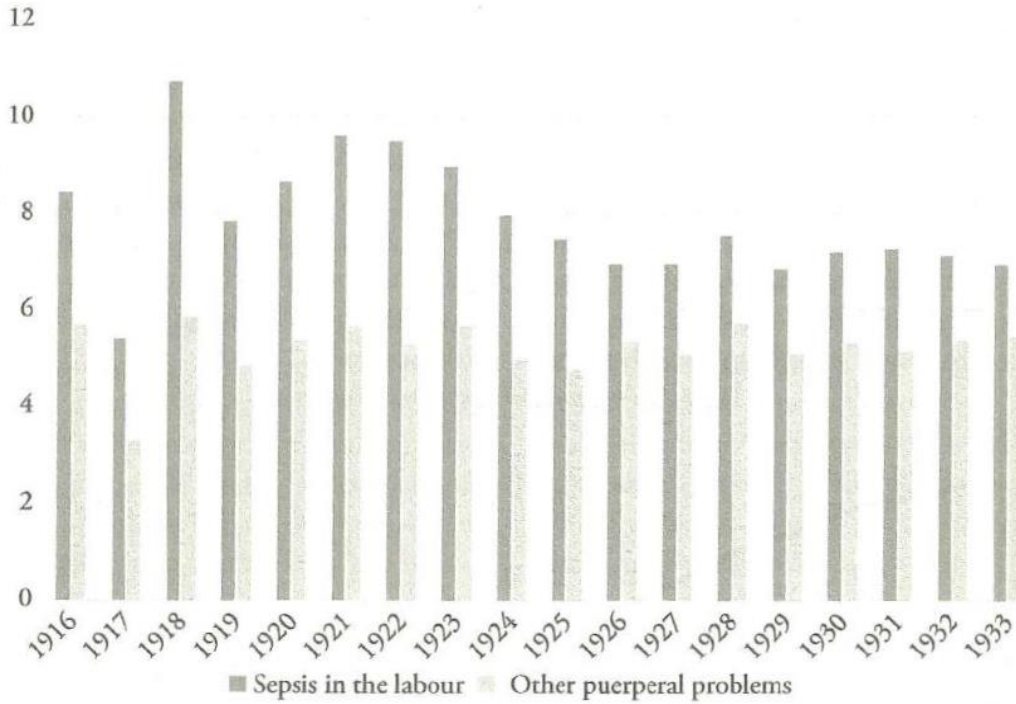
Meanwhile, congenital risk and maternal morbidity and mortality were tackled through actions carried out by nurses in collaboration with maternity, prenatal care and obstetric staff and by implementing eugenic policies (Bernabeu-Mestre, 2012). As can be seen in figure 6, complications in childbirth and the immediate postpartum period posed a higher risk to women's lives in the early 20th century than all other causes of death.

The increasing importance placed on maternal health in the first third of the 20th century is reflected in the legislation.

The Tolosa Latour Law of 1904 envisaged the creation of a national institute of maternity, which would include a school for nursemaids (Barona, 2004). Maternal and infant health was also promoted by local or regional entities such as the schools of child care, infant health clinics and infant milk depots, through the creation of specific sections (Perdiguero, Robles, 2004; Iruzubieta, Marín, 2018).

Obstetrics units, check-ups by midwives and child care health visitor services were launched to monitor pregnancies, detect high-risk pregnancies, monitor families' socio-economic status and deliver health education before and after childbirth. Health education was once again the most heavily promoted activity to improve hygiene practices in Spain. This was evidenced at the first

Fig. 6 Puerperal deaths per 1000 deaths of women in Spain



Source: by the authors based on statistical yearbooks (INE, n. d.).

national conference on health in 1934, convened to tackle the problem of organising health services (Bravo Frías, 1934), in which infant health education and promotion was considered as important as prophylaxis and preventive medicine. Other ideas included pre-marital appointments to perform prenuptial check-ups and provide education on eugenics and sexual health, and prenatal health clinics to provide future mothers with advice, an obstetric check-up and treatment for venereal diseases and tuberculosis. Maternal health care was extended to wet nurses, creating specific health monitoring units for them because they were considered responsible for transmitting diseases to the children they nursed as well as to their own children,

and they were sometimes even classified as slaves (Prada, 1934).

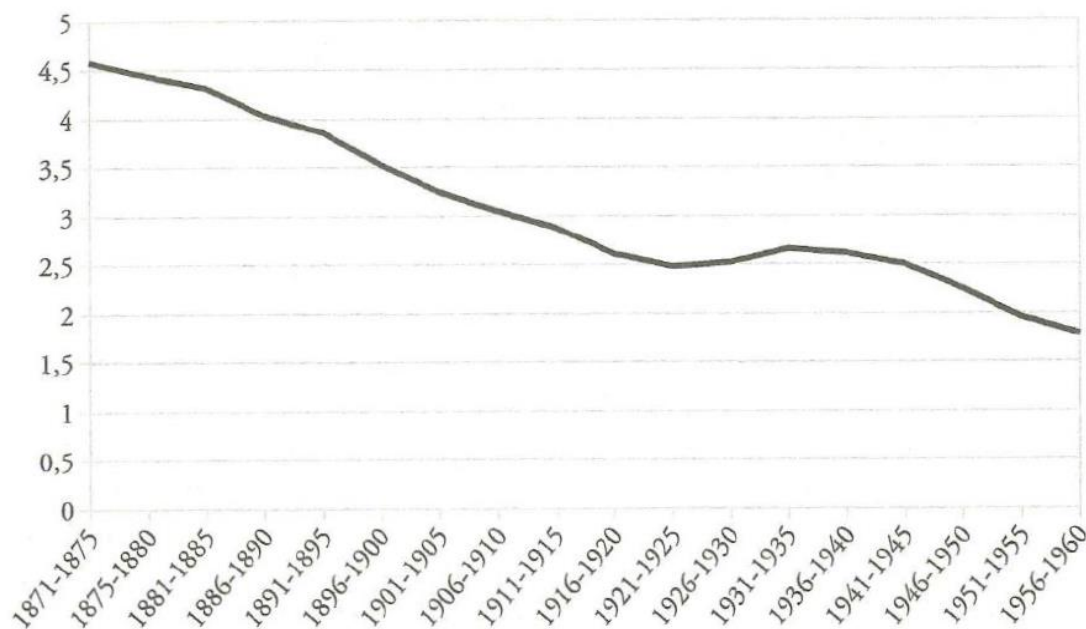
In addition, a growing awareness of the relationship between infant mortality and an excessive number of children prompted the idea that health clinics should provide information on contraceptive methods. The aim was “to provide unbiased information on the technical means available to practice birth control without any risk to health, bearing in mind that such advice could partially help avoid other, worse evils such as induced abortion” (Bravo Frías, 1934).

In the first half of the 19th century, leading medical authorities in Spain such as Gregorio Marañón (1887-1960) (Ballester, 2013), an important author of the Spanish eugenics movement, had highlighted the direct relationship

between number of children in a family and infant mortality based on statistics from the general hospital of Madrid. He concluded that after the birth of the fifth child, the likelihood of all the children surviving fell significantly, and that after the birth of the thirteenth child, no family retained all of its children. Marañón believed that this was because women gave birth to weak children who they were then unable to raise healthily

due to lack of resources, and that this was compounded by the State's failure to provide the means to maintain them: "If Spanish women gave birth to half the children they do at present, in one hundred years the Spanish population would double" (Ferráiz, Lafuente, 1999). Figure 7 shows the reduction in the number of children per woman from the late 19th century to the mid-20th century.

Fig. 7 Average number of children per woman



Source: by the authors based on historical statistics in Spain (Carreras, Tafunell, 2005).

Women needed to attain an optimal level of health in order to have healthy pregnancies and prevent congenital disorders in future children caused by diseases such as tuberculosis, syphilis or malnutrition. This argument gave rise to debate on whether working throughout pregnancy might trigger congenital disorders in children, and women's work was even likened to a plague due to the number of conditions specific to women that such work caused (Bernabeu-Mestre, 2012).

Although this discourse was supported by numerous medical authorities, there were also voices that tempered this stance. For example, while agreeing that women's sole work should be motherhood and household care, Carmen Fernandez-Gago, the author of a monograph on the consequences of women's work (1943) also maintained that socio-economic circumstances often rendered women's work necessary to supplement the wages of the head of the family,

although this did not free them from their inalienable duty of motherhood. In itself, work was not incompatible with bearing and raising healthy children, but the type of work and the hours women spent outside the home could be, given that when women returned home they still had to fulfil their family obligations, thus doubling their total work load. It was therefore necessary to "increase child care education among working women" and provide occupational guidance to ensure that work did not exert negative consequences on future maternity; for example, women should avoid work that involved heavy lifting that could deform bones or affect the pelvis, as well as tasks that could expose them to harmful or abortive substances such as lead, phosphorus or nicotine.

On the 1st of October, 1931, Spain introduced compulsory maternity insurance, that protected working mothers. The insurance was born out of the Maternity Protection Convention adopted by the International Labour Organization in Washington in 1919, and its ratification by Spain in 1922. Its creation was based on eugenic arguments (the fight against infant mortality and the increase in birth rates), medical arguments (the professionalisation of obstetrics and childcare, the education of mothers) and driven by a logic of social causality according to which the risks to which working mothers were subjected were due to circumstances beyond the control of the women themselves, for which they were not responsible. This idea of motherhood as a social function opened the way for proposals to extend insurance to workers'

wives. Thus, it took up a transitional provision, which announced its extension to self-employed women and workers' wives. It committed itself in the future to extend the insurance in this sense.

This initiative was aimed at ensuring medical care and mitigating the effects of continued work during the postpartum and breastfeeding period, enabling mothers to recover from childbirth, provide adequate child care and breastfeed. Workers and employers made monthly contributions to a savings, pensions or social security scheme which entitled women to an antenatal check-up by a physician or a midwife in the two months prior to childbirth. Subsequently, in the first six weeks after birth, they would receive special supervision by a health visitor, as established by art. 69 of the compulsory maternity insurance (*Seguro Obligatorio de Maternidad*):

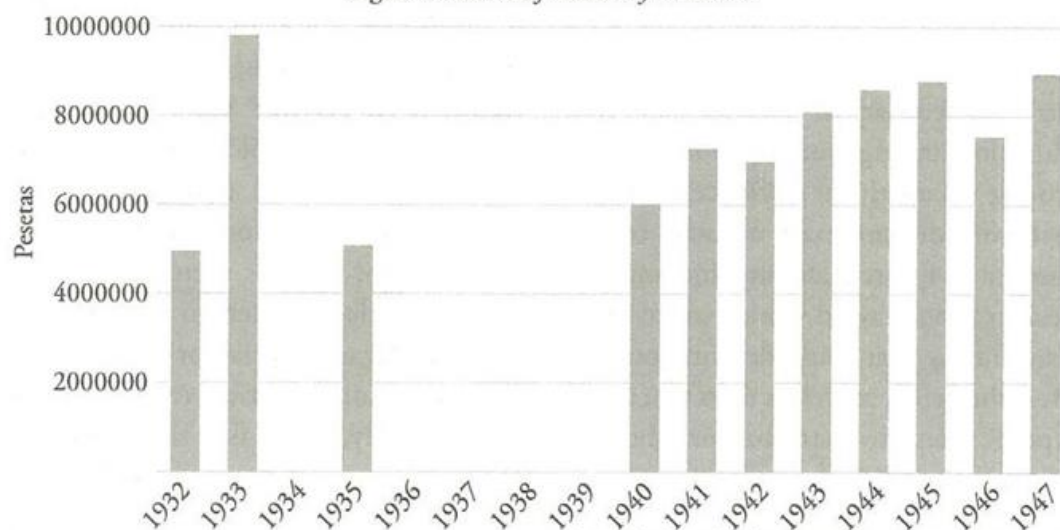
"Health visitors shall be responsible for supervising mother and child. Their work shall consist of advising mothers on hygiene and moral requirements and helping them to abandon customs dictated by ignorance and poverty, encouraging them to protect their infants during pregnancy and after childbirth alike, and to breastfeed them when the doctor does not consider this a danger to life or health. In sum, they shall provide guidance during the different stages in which the beneficiaries and their infants are covered by this insurance."

The service provided by health visitors was warmly welcomed by the general population, gaining them access to homes as companions or friends giving advice.

However, there was serious lack of staff to care for insured women, especially in rural areas. This insurance also provided for compulsory paid leave for six weeks after childbirth, and women received a maintenance allowance for “the days when, for the

good of the mother and the species, women must rest”, which consisted of five pesetas per week and per child for ten weeks (Laffón, 1933). Figure 8 shows that maternity insurance contributions remained fairly stable during the first years it was in force.

Fig. 8 Collection of maternity insurance



Source: by the authors based on statistical yearbooks (INE, n. d.).

As noted earlier, nurses were considered essential by many of the institutions and campaigns involved in the promotion of maternal and infant care. For example, after training in their speciality, child care nurses' work in health clinics contributed to research on living conditions, emphasising social and hygiene factors, and as child care professionals they served as mediators between popular culture and healthcare culture. As we shall see below, suitably trained child care nurses in Valencia served as a link between poor women and health institutions, providing these women with access to medical or welfare services, explaining hygiene measures at clinics and in the family home and reiterating medical advice in simple, familiar terms, creating an atmosphere of

trust that promoted compliance with new health practices.

NURSING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE IN VALENCIA IN THE LATE 19TH AND EARLY 20TH CENTURIES. THE INFANT NURSERY, THE INFANT MILK DEPOT AND THE SCHOOL OF CHILD CARE

In this section, we shall analyse three institutional settings in the city of Valencia where child care nurses played a prominent role: the “Infant Nursery” (*Asilo de Lactancia*), the “Infant Milk Depot” (*Gota de Leche*) and the “School of Child Care” in Valencia in the late 19th century and first three decades of the 20th century.

The aim of the Infant Nursery was to provide a safe place for women working in the various urban industries to leave their children while they were in the factories. In Valencia, the Infant Nursery provided for women working at the tobacco factory was especially important.

These women, who accounted for 4,000 workers in 1902, mainly drawn from around the port and the Vega (*Las provincias*, 1910), had previously formed a friendly society and had tried to rent or buy premises where they could leave their children, but without success due to lack of resources. Subsequently, an Infant Nursery was founded in 1871 (Teixidor, Hernández, 1998) thanks to a donation from the king, Amadeo de Saboya, who had visited the city in 1871 and according to newspaper reports of the time, had been dismayed to see the tobacco factory workers' children abandoned in the street while they worked. He donated 10,000 pesetas and the city council undertook to create an institution where the infants would be safe. The Infant Nursery was reopened in 1882 (Áncora, 1882) under the auspices of the municipal board (Ballester, n. d.) as a charitable organisation providing direct child care for 10 cents a day, delivered by four nuns from the Order of St. Francis of Mary Immaculate (Alcover, 1975). According to the press, in 1902 the Infant Nursery accommodated more than 100 children cared for by eight nuns (ECEBÉ, 1902). The Infant Nursery gained social prestige due to royal patronage and although it continued to experience major economic problems, it

was endowed with a children's clinic and an obstetrics clinic for mothers (*Las provincias*, 1910). A dining room was made available where the smallest children could be bottle-fed when the mothers could not breastfeed, and subsequently a meal service was created for all the children.

Over the course of the institution's long existence, a point came when the nuns' care proved insufficient and protest arose about incorrect treatment of the children by unqualified staff. As a result, in the late 1930s and coinciding with the first two years of the Provincial School of Child Care, the Infant Nursery was renamed and the municipal authorities prepared to "completely change the formulaic and utterly unscientific routine to which the infants are subjected, instead organising the children's time there in accordance with the principles of child care hygiene" (*La correspondencia*, 1930). The facilities were improved by providing an abundant supply of drinking water, heating in the children's bathroom, a bottle steriliser, a gas cooker and baby scales. In December of the same year, four qualified child care nurses were appointed for the nursery, responsible for 30 children, because employing unqualified people to run a nursery that was the responsibility of the council was considered deplorable.

The Infant Nursery underwent several evident stages in terms of the type of treatment the women workers' children received. At first, in the late 19th century, it merely aspired to provide a space to accommodate children during

the mothers' working day. Subsequently, the children were cared for by nuns with no specific training for this purpose, but services were expanded to provide food and a primary education. Towards the end, by the 1930s, several intakes of child care nurses had obtained their qualifications in the city and demands were raised for these to care for the children as a guarantee of quality of care.

The Infant Milk Depot was one of the first institutions to provide care in early infancy. The idea of such an institution initially emerged in late 19th century France, in principle as a local initiative, but it soon gained great popularity and spread throughout Europe (Ballester, 2016). The first Infant Milk Depot in France was the *Goutte de Lait* founded in Fécamp in 1898 with the primary objective of reducing infant mortality through instruction on infant feeding for mothers, promotion of breastfeeding, and where this was not feasible, the provision of treated milk to facilitate safe alternatives or mixed feeding (Rollet, 2004). In addition, these institutions measured the children's growth each week to monitor their progress (Perdiguero, Bernabeu-Mestre, 1999; Ballester, Perdiguero, 2000). Infant Milk Depots also became popular in Britain after 1899 and in Germany after 1902, where they were known as *Milchküchen*. In Spain, the first Infant Milk Depot opened its doors in 1903 in Barcelona (Muñoz-Pradas, 2016). In Valencia, the infant milk depot was a city council initiative, inaugurated on the 11th of December, 1910.

The Infant Milk Depot was opened in the street of Colón, on the former site of the women tobacco workers' infant nursery, when the tobacco factory was moved to a new location. As indicated in the newspaper *El pueblo. Diario republicano* of the 12th of December, 1910:

"The institution is intended to mitigate the deficiencies inherent to poverty-stricken mothers breastfeeding their children who because of poor nutrition have insufficient milk to feed them or whose milk does not meet the necessary conditions for good nutrition (*El pueblo*, 1910)."

As with all other Infant Milk Depots that emerged in Spain in the early 20th century, one of the aims of this institution was to advocate breastfeeding as the best form of nutrition, provided that the mother was capable and her milk was of sufficient quality. The goal was to dispense or sell (at very affordable prices) quality milk and infant food supplements in order to attract poor families, so that in addition to distributing food, their children's growth could be monitored and the mothers could receive health education (Ballester, 2016). Consequently, the Infant milk depot formed part of a larger centre called the Municipal Children's Clinic, which had a clinic for children and another to examine wet nurses in order to "test their milk, which is sometimes woefully deficient". In the early years, mothers had to pay 10 cents for each feed, but this fee was subsequently waived when the city council undertook to fund costs. At first, few mothers

attended – in the first two days of operation, only fourteen children attended each day and a total of five litres of milk was dispensed – but the popularity of the Infant Milk Depot rapidly increased so that within a month the situation had changed dramatically, as reflected in the press release published in *El pueblo*, on the 25th of January, 1911:

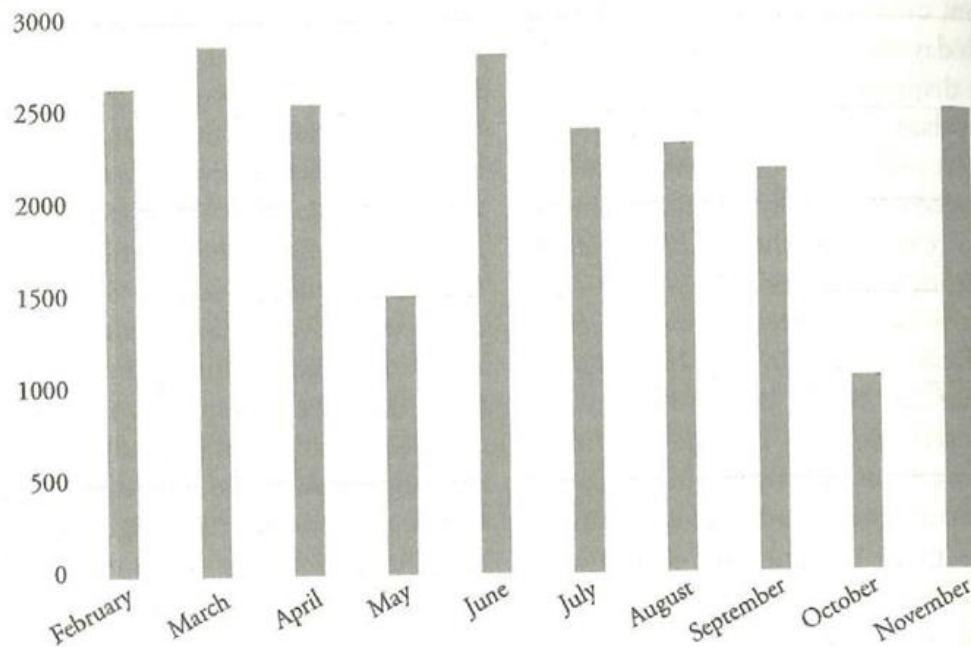
“It is not possible to provide regular medical services in the Infant Milk Depot due to the lack of human and material resources. In little more than five weeks of operation, the success of the centre has exceeded all expectations prior to its inauguration. 180 breast-feeding infants have been registered for child care and sterilised milk. This evidences the need for an Infant Milk Depot, the incalculable benefits to poor mothers and the wisdom of the council in creating this institution. [...] The physician in charge and his auxiliary work fifteen or sixteen hours a day, and are sorely pressed to meet demand due to lack of time, feeding bottles and another bottle steriliser. The centre opened with 500 bottles; bearing in mind that each sterilisation takes two to three hours and the physician barely has time to examine and weigh the children, it is evident that 500 bottles are not sufficient to dispense milk to the children with the necessary regularity nor can the staff endure the arduous task they carry out every day...”

Since its creation, the Infant Milk Depot was deployed as a political weapon by the various factions within the city council, due to its popularity among all segments of the population,

from the neediest who made use of this free service to the most privileged members of society. Together with the Infant Nursery, it was one of the institutions that benefited most from charitable events such as festivals (*La correspondencia de Valencia* 25.9.1931; *Las provincias* 2.2.1911) and raffles (*La correspondencia de Valencia* 8.7.1910) organised by Valencian high society to raise funds. Even so, throughout its existence there were numerous threats of closure, allegations of lack of resources and suspension of the milk supply due to lack of payment, which might explain the fluctuations in litres of milk dispensed over the year shown in figure 9. In the irregular evolution over the months, the problems of organizational continuity shown by the institution are evident. Despite these difficulties, and thanks to the hard work of its employees, especially Dr. Aguilar Jordán, its founder, the institution continued to grow and provide a service until finally being transformed into the Municipal Child Care Institute.

Another fundamental institution in the fight against infant mortality which was also decisive in the professionalisation of nursing in Spain was the National School of Child Care and the Provincial Schools of Child Care that began to be founded in 1923. Although the professionalization implies other elements, such as the incorporation to the institutions, or associations, among other factors, the Provincial Schools of Child Care had a relevant contribution. In the first decade of the 20th century, it became clear in Spain that there was a need to create centres to

Fig. 9 Liters of milk dispensed in 1913



Source: by the authors based on the municipal health bulletin of Valencia for the year 1913.

teach young women to become good mothers and housewives and provide specialised child care training for health professionals. As noted by R. Álvarez (2004), previous initiatives in other European countries were taken as an example, including the Institute of Child Care founded in Porchefontaine and the Institute of Child Care in the Paris faculty of medicine, in France, the Augusta Victoria Carlottenburg Institute of Child Care founded at the turn of the century in Germany and the Nipiology [neonatology] Institute founded by Ernesto Cacere in 1905 in Italy. It was this latter institution that the future Schools of Child Care in Spain most closely resembled, since it included an Infant Clinic, an Infant Milk Depot and a Maternity Care Unit. In addition, an important element of its work was health education, for which it had an itinerant college, and it provided a

maternity fund for mothers. These institutions were equipped with laboratories to analyse milk and conduct “biological and hygiene studies of infants” (Álvarez, 2004).

The Spanish National School of Child Care was founded along similar lines, but it quickly became evident that it could not meet staff training and health care needs for the entire country due to logistical and budgetary constraints. Consequently, on the 17th of November, 1925, approval was given for the creation of Provincial Schools of Child Care accountable to the National School located in Madrid. One of the first Provincial Schools was that in Valencia, which was approved on the 22nd of July, 1927, and opened on the 1st of March, 1928. The school had a dual mission: to provide training and to provide health care.

As regards training, the institution offered short courses for various groups involved in child care, including teachers (separated by sex, with each receiving different instruction), midwives, breastfeeding mothers, pregnant women, childminders and child care health visitors. In addition, it offered special courses on child care and school hygiene aimed at breastfeeding mothers, young women, newly-wed women and physicians. Nurses could enrol in two successive courses, after which they could sit official final year examinations to obtain

a qualification that would give them preference for work in public child care institutions. The Infant Health Clinic was another of the school's activities, and one in which nurses were involved in all areas. In the antenatal section, nurses were responsible for promoting the still little-known maternity insurance and registering the women who decided to take out the insurance. The data for 1933 (figure 10) indicate that this insurance promotion was a success in Valencia, with a steady increase in the numbers of those insured.

Fig. 10 *Maternal insurance in Valencia, 1933-34*



■ Census of associates on the 1st of the month

■ Registration in this month

Source: by the authors based on "Provincial report" of the Provincial Services for 1933 (Instituto Provincial de Higiene, 1935).

In this same section, the nurse assisted the physician as an auxiliary but also had an autonomous role in the education of future mothers, teaching them basic care. In the 1st, 2nd and 3rd infancy sections, nurses carried out technical tasks, such as measuring growth to detect "deviations from the norm" and

administering treatment (e.g. light therapy, hydrotherapy, vaccines), and also provided health education for mothers, including basic advice on how to boil milk to prevent the food-borne infections that caused so many deaths and how to prepare baby food. They also taught physical hygiene for children and

the need for baths and hand washing to prevent diseases.

An important part of the nurses' work in the infant health clinic where the School of Child Care staff worked was to detect sick children and decide whether to send them home again or refer them to a paediatric clinic. Nevertheless, it was repeatedly stressed that the clinic was intended for healthy rather than sick children, and considerable efforts were made to prevent infection between the two in the clinic facilities (Bravo Frías, 1934).

In the afternoons, the child care nurses performed their health visitor role, visiting the homes of the children they had seen in the clinic (Soler, 1935). On the first visit, often conducted after childbirth when the child had been registered with the clinic, the nurse would draw a sketch of the entire home indicating the layout of the rooms and their conditions (e.g. ventilation, damp, size). This document was kept in the child's medical history. During the visit, the nurse would also check that the mothers were following the recommendations and treatments prescribed by the physician that morning in the clinic, ensuring that they understood them and were able to put the advice into practice.

As regards education, the health visitors conducted a very intensive campaign in favour of breastfeeding as being cheaper and safer than bottle feeding. In the event that breastfeeding was not possible, the nurse gave the same instruction in the home as she did in the clinic on how to safely prepare infant food, be it milk, baby food or new food.

In the case of families – and especially breastfeeding mothers – infected with tuberculosis, the nurse could recommend to the clinic that the child be removed from the family home, at least temporarily, if she felt it presented a threat to the child's health, until the infection had been resolved. Such children would be put into foster care with healthy families preferably living in the country, or sent to dedicated institutions called child protection homes (Martín de Prado, 1938).

The nurse recorded this information and her detailed observations in the child's medical history for subsequent use by the physician, because she was expected to be "the physician's eyes and ears" outside the clinic and to serve as the link between families and the health services (Lestache, 1933). The nurse also served as a link with other child care professionals such as teachers, and with other institutions such as charities. For example, in Valencia, child care nurses worked with a local charitable organisation, the *Damas de Beneficencia*, to meet as far as possible the material needs of the most poverty-stricken families, to whom financial aid was provided when this was possible as well as material help such as cots, children's clothing, food and disinfectants for the home (Soler, 1935).

All these activities were carried out under the auspices of the School of Child Care and the Infant Health Clinic in the capital, but as was the case in other contexts such as the rural health clinics (Bernabeu-Mestre et al., 2007), there were initial difficulties in persuading mothers to attend the institution with their children and in ensuring that health

education in hygiene and child care reached the urban population. Therefore, campaigns were launched to promote and disseminate the precepts of hygiene and child care through radio talks, leaflets, posters, fact sheets and the itinerant child care college.

Via the radio talks, paediatric physicians gave expert advice using simple language to render it comprehensible to all social classes. They specifically targeted mothers, whom they repeatedly blamed for the poor health or death of their children, and encouraged prevention and the acceptance of “expert advice” (Bernabeu-Mestre et al., 2011). In the case of Valencia, the titles of several of these talks indicate the goals pursued and the plain language used: “Children and domestic animals”, “Language in mortality figures”, “Sunbathing”, “Teething and teething powders”, “Wet nursing”, “Children must be vaccinated”, “Walking for health with children”, “Don’t scare the children!” “Dummies: the children’s enemy”, “Don’t kiss the children”, and “The dangers of the street” (Instituto Provincial de Higiene, 1935).

In addition, the Provincial School of Child Care convened contests for posters exalting motherhood and infancy and published easy to understand infant health leaflets and fact sheets illustrated with photographs and drawings. As indicated in one of the reports: “School of Child Care publications have spread the fundamental basics of infant health throughout the capital and the province, and thanks to them – a bold but true assertion – the term and meaning of child

care is now familiar to Valencian mothers (Instituto Provincial de Higiene, 1935).”

Lastly, the “itinerant college” was a resource that gained widespread acceptance among the target population. It consisted of a delegation of physicians and nurses from the School of Child Care in Valencia who gave educational talks in villages in the province, organised in collaboration with local councils and often teachers. In general, the talks were organised as follows: a few days before the event, posters and flyers announcing the talk were distributed in order to arouse interest, and invitations might be sent to the mayor and other authorities and also to women with children or future mothers to ensure that these were able to attend since they formed the principal target audience. The talk was divided into two parts: the first consisted of a few short, simple presentations by physicians and teachers to introduce the topic of parenting and early childhood education. Then there was a break during which leaflets and fact sheets were distributed among the mothers to arouse their interest and “pave the way” for the physicians and local teachers to continue the work of education. The second part usually consisted of a film about infancy. At the end of the session, the nurses took advantage of the occasion to administer mass vaccinations against diphtheria. Between December 1929 and February 1934, the itinerant college of the Provincial School of Child Care in Valencia gave 35 talks in the capital and villages in the province (Instituto Provincial de Higiene, 1935).

CONCLUSIONS

Spain's high rate of infant mortality in the late 19th and early 20th centuries was viewed by the health authorities as a major national problem, echoing European ideas on child protection. Consequently, this period witnessed the emergence of protectionist and health education measures and increased investment in existing institutions such as nurseries and Infant Milk Depots. Public health policies and health education campaigns comprised a fundamental strategy to reduce infant mortality in Spain, although they were not the only measures and initiatives involved. They were accompanied by educational policies, which included female literacy, and coincided with a time of economic expansion.

As these initiatives emerged, it became necessary to train specialised child care professionals. It was to this end that the Schools of Child Care were created, which served a dual function of caring for healthy mothers and children and teaching maternal and infant care while also training specialised child care professionals to carry out the work involved. In the case of Valencia, the creation of the School of Child Care in 1928 and the emergence of qualified child care professionals helped change obsolete traditional ideas and influenced the approach of institutions such as the infant nursery. The latter changed its name and was endowed with qualified nursing staff who worked in collaboration with the Municipal Children's Clinic, to which the Infant Milk Depot belonged. An analysis of the

Research Project: "Past and present in the control of neglected poverty diseases. The historical example of Mediterranean Europe and the International health cooperation" of Ministry of Industry, Economy and Competitiveness, HAR2017-82366-C2-2-P.

history of these local institutions reveals the changes in social and health paradigms that occurred in maternal and infant health care in Spain.

In addition, an analysis of the professional work carried out by child care nurses in Valencian institutions indicates the extent to which child care nursing became institutionalised in Spain, in line with the rest of Europe, and the role played by these nurses in tackling many of the causes and factors involved in maternal and infant morbidity and mortality in Spain in general and Valencia in particular, taking into account the specific political, social and cultural characteristics of the region.

María Eugenia GALIANA-SÁNCHEZ
BALMIS Group of Research in Community Health and History of Science, University of Alicante. Research Group in Health, History and Society (SANHISOC). Network on Living Standards, Health, Nutrition and Inequality. XVIII-XXI centuries (NISALDes).
galiana@ua.es

Rocío MARTÍNEZ-ZAPATA
PhD Program in Nursing Sciences. University Jaume I. Castellón.
rmzapata@hotmail.com

Josep BERNABEU-MESTRE
BALMIS Group of Research in Community Health and History of Science, University of Alicante. Research Group in Health, History and Society (SANHISOC). Network on Living Standards, Health, Nutrition and Inequality. XVIII-XXI centuries (NISALDes).
josep.bernabeu@ua.es

NOTES

1. The Infant Milk Depot was installed in 1910 in the infant nursery (and probably shared the space for some time) when the latter was transferred to a new building erected in the neighbourhood of Real for a regional exhibition and the tobacco factory was moved to this new area of the city.
2. Between 1902 and 1912, 34 clinics or Infant Milk Depots were opened throughout Spain, the majority in provincial capitals, some of which had more than one institution of this nature. By way of comparison, in 1915, Germany already had 782 Infant Milk Depots (Rodríguez-Ocaña et al., 1985). In Spain, child care nurses began to form part of the team of workers in the Infant Milk Depots after 1926 (Ballester, 2016).
3. Other Provincial Schools of Child Care which opened over the course of the 20th century included those in Gijón (Chamizo, 1999), Seville, Bilbao, Valladolid, Zaragoza, Malaga and Barcelona (Villaga-Elizaga, 2017).
4. Between 1928 and 1934, 208 health visitor students were enrolled in the Provincial School of Child Care in Valencia, of whom 65 passed their final year examinations but only 29 obtained the official qualification (Instituto Provincial de Higiene, 1935).
5. The Infant Health Clinic in Valencia was created in May 1933, and was run by the School of Child Care, which was also responsible for the coordinated services to combat infant mortality created in 1934 (Varo, 1966).

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

- ALCOVER SERRES, E. (1975), *Historia de la Congregación de Religiosas Terciarias Franciscanas de la Inmaculada*, Valencia.
- ÁLVAREZ, R. (2004), "La búsqueda de un modelo institucional de protección a la infancia: Institutos, guarderías y hogares infantiles. España 1900-1940", 155-193, in *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del s. XX*.
- ÁNCORA (1882), "Inauguración asilo de lactancia", *El Áncora*, 4/8/1882, 728.
- APPLE, R. D. (2018), "Women's mission among Women. Unacknowledged origins of public health nursing", *Nursing history review*, 26, 55-67.
- ARBELO CURBELO, A. (1954), "La mortalidad postneonatal en España (Fallecidos de 1 a 11 meses), 1941-1950", *Al servicio de España y del niño español*, vol. 195, Madrid, Dirección General de Sanidad.
- ARBELO CURBELO, A., and ARBELO LÓPEZ DE LETONA, A. (1975), *Demografía sanitaria infantil*, Madrid, Dirección General de Sanidad.
- BALLESTER, R. (n. d.), "Personatges i espais de ciència. La gota de llet", retrieved on October 29, 2018, <https://www.uv.es/uvweb/unidad-cultural-cientifica-innovacion-catedra-divulgacion-ciencia/es/personatges-espais-ciencia/personatges-espais-ciencia-gota-llet-1286000825169/Entrevista.html?id=1285991741951>
- BALLESTER, R. (2013), "La infancia en el esquema marañoniano de las edades de la vida del hombre", *Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*, 189 (759).
- BALLESTER, R. (2016), "El movimiento internacional de protección a la infancia y los contextos locales: gotas de leche y el modelo alicantino. Revisión historiográfica", 38-47, in *Algunas notas sobre la historia de la pediatría en Valencia. Cuadernos de historia de la pediatría española*, 11, Madrid, Asociación Española de Pediatría

- BALLESTER, R., PERDIGUERO, E. (2000), "Los estudios sobre crecimiento humano como instrumento de medida de la salud de los niños españoles (1900-1950)", *Áreas, revista de ciencias sociales*, 20, 161-170.
- BARONA, J. L. (2004), "El Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad (1904-1914). Su ideología social y sanitaria", 119-154, in Enrique Perdiguero Gil (ed.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del s. XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- BARONA, J. L. (2015), "The Rockefeller Foundation, public health and international diplomacy, 1920-1945", *Studies for the Society for the Social History of Medicine*, 31, 189-191.
- BARONA, J. L. (2019), *Health policies in interwar Europe. A transnational perspective*, Oxon, Routledge.
- BARONA, J. L., BERNABEU-MESTRE, J. (2008), *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Universitat de València.
- BARONA VILAR, J. L., BERNABEU-MESTRE, J., and GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. (2014), "La urban penalty y el deterioro de la salud nutricional de la población. La respuesta higiénico-sanitaria", *Revista de historia social*, 80 (3), 59-76
- BERNABEU-MESTRE, J. (1994), "El papel de la escuela nacional de sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934", *Revista de sanidad e higiene pública*, "Ejemplar dedicado a: II Encuentro Marcelino Pascua: Junio 1992. La Epidemiología En El Desarrollo de La Salud Pública Española", 68, 65-89.
- BERNABEU-MESTRE, J. (2010), "La Escuela Nacional de Sanidad", *Eidón*, 32, 74-80.
- BERNABEU-MESTRE, J. (2012), "La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortalité et la mortalité néonatale précoce. Réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1936", *Annales de démographie historique*, 123, 181-204.
- BERNABEU-MESTRE, J., PERDIGUERO, E., and BARONA, J. L. (2007), "Determinanti della mortalità infantile e transizione sanitaria. Una riflessione a partire dall'esperienza spagnola", 175-193, in M. Breschi and L. Pozzi (eds.), *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Udine, Forum.
- BERNABEU-MESTRE, J., and GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. (2009), "Enfermería y exilio. El caso de las visitadoras sanitarias", *Métode*, 61, 72-77.
- BERNABEU-MESTRE, J., TRESCASTRO, E., and GALIANA, M. E. (2011), "La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)", *Salud Colectiva*, 7, 49-60.
- BLASCO HERRANZ, I. (2016), "Género y reforma social en España en torno a la elaboración del Seguro Obligatorio de Maternidad (1915-1929)", *Ayer*, 102, 23-45.
- BIRN, A. E., and FEE, E. (2013), "The Rockefeller foundation and the international health agenda", *The lancet*, 381, 1618-1619.
- BLANES, A. (2007), "La transición epidemiológica en España", in *La mortalidad en la España del siglo XX*, Universitat Autònoma de Barcelona.
- BRAVO FRÍAS, J. (1934), "Organización de los Servicios de Higiene Infantil", in *Primer congreso nacional de sanidad*. Madrid.
- BREATHNACH, C. (2018), "The triumph of proximity. The impact of district nursing

- schemes in 1890s' rural Ireland", *Nursing history review*, 26 (1), 68-82.
- COLMENAR, M. del C. (2008), "Maternología y educación en la España del siglo XX. La Escuela Nacional de Puericultura", 271-282, in Victor Juan (ed.), *Museos pedagógicos. La memoria recuperada: Museo Pedagógico de Aragón*, Huesca.
- COMELLES, J. M., RICCÒ, I., TERRÓN, A., and PERDIGUERO, E. (2017), "Health education and medical anthropology in Europe. The cases of Italy and Spain", *Salud colectiva*, 13 (2), 171-198.
- CARREÑO, M., RABAZAS, T. (2010), "Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de economía doméstica", *Revista complutense de educación*, 21 (1), 55-72.
- CARRERAS, A., and TAFUNELL, X. (ed.) (2005), *Estadísticas históricas de España*, Bilbao, Fundación BBVA, 2nd edition.
- ECEBÉ (1902), "El Asilo de Lactancia", *Las provincias. Diario de Valencia*, September 19, 2.
- EACHEVERRI-DÁVILA, B. (2001), "La protección de la infancia. La educación de las madres en la posguerra española", *VII congreso Español de sociología*, 117-138.
- EL PUEBLO (1910), "Consultorio Municipal de Niños. La Gota de Leche en Valencia", *El pueblo. Diario republicano de Valencia*, December 12.
- EL PUEBLO (1911), *El pueblo. Diario republicano de Valencia*, January 25.
- FARLEY, J. (2004), *To cast out disease. A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press.
- FERNÁNDEZ-GAGO, C. (1943), *El trabajo femenino en las distintas profesiones*, Madrid, Ministerio de la Gobernación.
- FERRÁIZ, A., and LAFUENTE, E. (1999), "El pensamiento eugénico de Marañón", *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 2, 133-148.
- GARCÍA BRUSTENGA, A. (1930), "Temas cumbres de puericultura. El magno problema de la mortalidad infantil", *Puericultura*, 10, 161-166.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. (2017), "The role of international organisations in the development of public health nursing", *Gesnerus, Swiss journal of the history of medicine and sciences*, 74 (2), 188-204.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. (2019), "History of public health nursing in Spain and the international context", *European journal for nursing history and ethics*, 1, 124-141.
- GALIANA-SÁNCHEZ, M. E., BERNABEU-MESTRE, J. (2012), "Alimentación, enfermería y cultura. El antecedente histórico de las visitadoras puericultoras", 459-478, in Mabel Gracia Arnaiz (ed.), *Alimentación, salud y cultura. Encuentros interdisciplinarios*, Tarragona, Publicacions URV.
- GARCÍA REDONDO, E. (2017), "La expresión de las cátedras ambulantes 'Francisco Franco' en Castilla y León. Una recreación de las misiones culturales dirigidas por y para las mujeres", *Historia de la educación*, 36, 343-364.
- INE (n. d.), *Anuarios estadísticos*, retrieved from: <https://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?ntp=25687#>
- INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE (1935), *Memoria de los servicios sanitarios provinciales*, 1933, Valencia, Inspección General de Sanidad.
- IRUZUBIETA, J., MARÍN, MB (2018), "Beneficencia social gota de leche y casa de socorro", 119-140, in E. Raya (ed.), *Ciencia y esencia en la práctica del trabajo social*, Valencia, Tirant Humanidades.
- LA CORRESPONDENCIA (1910), "Diario de Noticias", *La correspondencia de Valencia*, July 8.

- LA CORRESPONDENCIA (1930), "Una nota oficiosa", *La correspondencia de Valencia*, July 22.
- LA CORRESPONDENCIA (1931), *La Correspondencia de Valencia*, September 25.
- LAFFÓN, M. (1933), "Significación del seguro de maternidad en la puericultura española", *Revista de sanidad e higiene pública*, 502-514.
- LAS PROVINCIAS (1911), *Las provincias. Diario de Valencia*, February 2.
- LAS PROVINCIAS (1910), *Ayuntamiento de Valencia. Diario de Valencia*, December 1.
- LESTACHE, G. (1933), "Al servicio del niño. La enfermera en la lucha contra la mortalidad infantil", *El Sol*, March 25.
- MARTIN, D., and HUERTAS, E. (1933), "La mortalidad infantil en el ambiente rural", *Revista de sanidad e higiene pública*, 193, 470-485.
- MARTÍN DE PRADO, M. (1938), "Dispensario Antituberculoso. Su misión", *El diario Palentino*, July 4.
- MUÑOZ PRADAS, Francisco (2016), "La implantación de las gotas de leche en España (1902-1935). Un estudio a partir de la prensa histórica", *Asclepio*, 68 (1).
- NAVARRO, E. (1922), *La mortalidad infantil y la demografía general en España. Años 1859 a 1921*, Madrid.
- PALACIOS, I. (2007), "Mujeres aleccionando a mujeres. Discursos sobre la maternidad en el siglo XIX", *Historia de la educación. Revista interuniversitaria*, 26, 111-142.
- PERDIGUERO, E., and BERNABEU-MESTRE, J. (1999), "La Gota de Leche en Alicante (1925-1940)", 191-310, in *Beneficència i sanitat en els municipis valencians (1813-1942)*, Alcoi, Seminari d'estudis sobre la ciència.
- PERDIGUERO, E., ROBLES, E. (2004), "La protección a la infancia y la Sociedad española de Higiene", in E. Perdiguero (ed.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, 93-120, Valencia, Seminari d'estudis sobre la ciència.
- PÉREZ MOREDA, V., REHER, D. S., and SANZ GIMENO, A. (2015), *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*, Madrid, Marcial Pons.
- PÉREZ MORENO, H. M. (2013), "Educación y asistencia social de una escuela errante durante el franquismo en España", *Revista de educación social*, 17, 1-16.
- POZZI, L. and ROBLES-GONZÁLEZ, E. (1997), "La mortalidad infantil en los años de la transición. Una reflexión desde las experiencias italiana y española", *Revista de demografía histórica*, 15 (1), 165-200.
- POZZI, L., and FARIÑAS, D. R. (2016), "Infant and child mortality in the past", *Annales de démographie historique*, 129 (1), 55.
- PRADA, J. (1934), *Ficha de estudio de mortalidad infantil de Salamanca. Para uso de los centros primarios de higiene rural y enfermeras del instituto de puericultura*, Salamanca, Inspección Provincial de Sanidad.
- RAMIRO FARIÑAS, D., and SANZ GIMENO, A. (1999), "Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860-1990", *Boletín de la ADEH*, XVII (1), 49-88.
- RODRÍGUEZ-OCAÑA, E., ORTIZ GÓMEZ, T., and GARCÍA-DUARTE ROS, O. (1985), "Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España", *JANO. Medicina y humanidades*, 29, 1066-1072.
- ROLLET, C. (2004), "La protection de l'enfance en France. Entre traditions et modernité (1874-1945)", 29-53, in E. Perdiguero

- (ed.), *Salvad al niño, estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'estudis sobre la ciència.
- SANZ GIMENO, A., and RAMIRO FARIÑAS, D. (2002), "La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte", *Cuadernos de historia contemporánea*, 24, 151-188.
- SEGURO OBLIGATORIO DE MATERNIDAD (1930), *Instituto Nacional de Previsión*, Madrid.
- SOLER, E. (1935), "Labor a desarrollar por la Visitadora Puericultora", *Puericultura Española*, 3, 13.
- TEIXIDOR, M., and HERNÁNDEZ, T. (1998), "El trabajo de la mujer en las labores el tabaco. La fábrica de Valencia (1887-1914)", *Cuadernos de geografía*, 64, 339-354.
- TERRÓN, A, COMELLES, J. M., PERDIGUERO, Gil E. (2017), "Schools and health education in Spain during the dictatorship of General Franco (1939-1975)", *History of education review*, 46 (2), 208-223.
- THOMSON, M., and KEEKING, A. (2012), "Nurses' role in the prevention of infant mortality in 1884-1925. Health disparities then and now", *J. Pediatr. Nurs.*, 27 (5), 471-478.
- VARO, R. (1966), "La Escuela de Puericultura y la Sanidad provincial", 5-6, in *La Escuela Provincial de Puericultura de Valencia*, Valencia.

SUMMARY

Public health was a major problem in late 19th century Spain, and maternal and infant morbidity and mortality presented very high rates. At the turn of the century, health care began to undergo a transformation as a series of health policies and initiatives were proposed to end the socially unacceptable blight of maternal and infant mortality. Thus, child protection laws and regulations were enacted, maternity insurance was introduced and professionalisation processes occurred which in the case of nurses and midwives proved fundamental in

improving social and health indicators. Here, we report the results of a case study of the city of Valencia and the role played by nurses in institutions such as the infant nursery, the infant milk depot and the school of child care. Our analysis indicates the extent to which child care nursing became institutionalised in Spain, in line with the rest of Europe, and the role played by these nurses in tackling many of the causes and factors involved in maternal and infant morbidity and mortality in Spain in general and Valencia in particular.

RÉSUMÉ

La santé publique était un problème majeur dans l'Espagne de la fin du XIX^e siècle : la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles présentaient des taux très élevés. Au tournant du siècle, les soins de santé ont commencé à se transformer, une série de politiques et d'initiatives sanitaires ayant été proposées pour mettre fin au fléau socialement inacceptable de la mortalité maternelle et infantile. Ainsi, des lois et des règlements sur la protection de l'enfance ont été adoptés, l'assurance maternité a été introduite et des processus de professionnalisation se sont développés, ce qui, dans le cas des infirmières et des sages-femmes, s'est avéré

fondamental pour améliorer les indicateurs sociaux et sanitaires. L'article présente ici les résultats d'une étude de cas sur la ville de Valence et le rôle joué par les infirmières dans des institutions telles que la crèche, la goutte de lait et l'école de puériculture. L'analyse montre dans quelle mesure les soins infirmiers aux enfants se sont institutionnalisés en Espagne comme dans le reste de l'Europe, et souligne le rôle joué par ces infirmières dans la lutte contre la multitude de causes et de facteurs impliqués dans la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles en Espagne en général et à Valence en particulier.

5.3 Tercera publicación.

**Galiana-Sánchez, María Eugenia; Martínez-Zapata, Rocío (2022)
“Enseñando a ser madres: la educación de mujer a mujer en la Valencia
del primer tercio del siglo XX”, *Asclepio*, 74 (2): p614.
<https://doi.org/10.3989/asclepio.2022.27>**

Asclepio (ISSN: 0210-4466) es una revista editada por el CSIC dedicada a la divulgación de la Historia de la Ciencia desde 1948. En 2021, en la categoría de Historia y Filosofía de la Ciencia se situó según el SJR en el Q3 con un índice de 0.14 y para la misma categoría en Journal Citation Indicator, en el Q4 (94/104) y un índice SCI de 0.16. Esta revista está indexada en Web of Science, Scopus y DOAJ.



ASCLEPIO

Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia

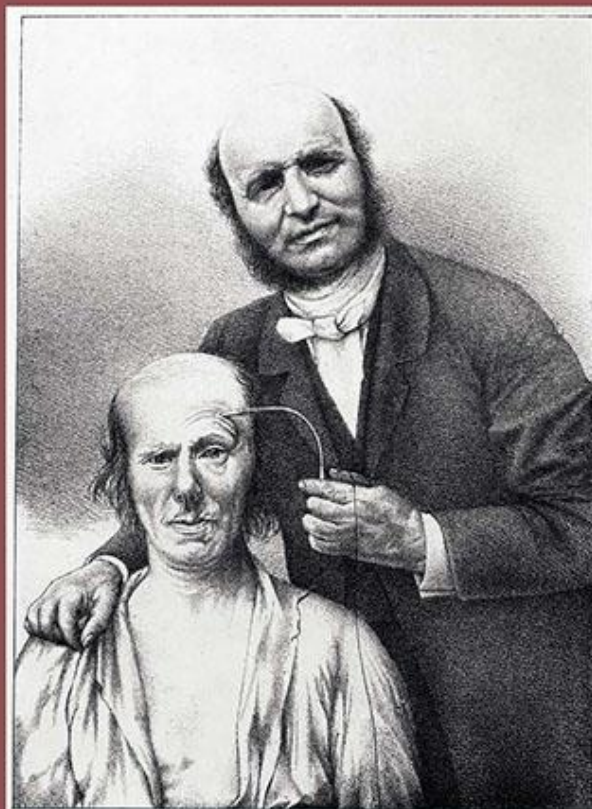
Volumen LXXIV

Nº 2

julio-diciembre 2022

Madrid (España)

ISSN-L: 0210-4466



 **CSIC**
INSTITUTO DE HISTORIA

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

DOSSIER

ENSEÑANDO A SER MADRES: LA EDUCACIÓN DE MUJER A MUJER EN LA VALENCIA DEL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

María Eugenia Galiana-Sánchez

Grupo Balmis de Investigación de Historia de la Ciencia

Universidad de Alicante

Email: galiana@ua.es

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6977-7692>

Rocío Martínez-Zapata

Programa de doctorado en Ciencias de la Enfermería, Universidad Jaume I

Email: r.martinezzapata@edu.gva.es

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9787-0170>

Recibido: 9 febrero 2022; Aceptado: 8 julio 2022

Cómo citar este artículo/Citation: Galiana-Sánchez, María Eugenia; Martínez-Zapata, Rocío (2022) "Enseñando a ser madres: la educación de mujer a mujer en la Valencia del primer tercio del siglo XX", *Asclepio*, 74 (2): p614. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2022.27>

RESUMEN: A comienzos del siglo XX, las altas cifras de morbi-mortalidad infantil generaron una preocupación creciente del movimiento Higienista, que articuló una respuesta sanitaria compleja, que combinó, entre otras medidas, la puesta en marcha de nuevas instituciones dedicadas a la puericultura y la utilización de nuevas estrategias como la educación para la salud y la divulgación sanitaria. En este contexto, las madres, consideradas causa y solución del problema, fueron el objetivo de dichas estrategias sanitarias dirigidas a mejorar las prácticas de los cuidados infantiles. Las profesionales femeninas próximas a las madres y a los niños, sobre todo maestras y enfermeras, se convirtieron en agentes de promoción de la salud, involucrando a las mujeres en las mejoras de la salud familiar. En la presente investigación, se presenta el estudio de caso de Valencia, como ejemplo de la emergencia de una acción profesional femenina que, a pesar de su visibilidad limitada, fue clave en la mejora de la salud infantil.

PALABRAS CLAVE: Educación para la salud; puericultura; maternología; enfermería; Valencia.

TEACHING TO BE MOTHERS: EDUCATION FROM WOMEN TO WOMAN IN VALENCIA IN THE FIRST THIRD OF THE 20TH CENTURY

ABSTRACT: At the beginning of the 20th century, high infant morbidity and mortality rates generated a growing concern in the hygienist movement, which articulated a complex health response that combined, among other measures, the implementation of new institutions dedicated to child care and the use of new strategies such as health education and health promotion. In this context, mothers, seen as both the cause and the solution to the problem, were the target of such health strategies aimed at improving childcare practices. Female professionals close to mothers and children, especially teachers and nurses, became agents of health promotion, involving women in family health improvements. In this research, the case study of Valencia is presented as an example of the emergence of a female professional action that, despite its limited visibility, was key in the improvement of child health.

KEY WORDS: Education for Health; Childcare; Maternology; Nursing; Valencia.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX y principios del XX la mortalidad infantil en España era una de las más altas de Europa: en 1904 se situaba en torno al 173‰ y en 1934 aún se mantenía en el 118 ‰ (Gómez Redondo, 1985, 1992; Pérez Moreda, Reher, Sanz, 2015). La elevada mortalidad era agravada de forma recurrente por crisis epidémicas de patologías como la viruela o el sarampión, que eran especialmente letales en la población de menor edad. A finales del siglo XIX, la mitad de los niños morían antes de cumplir los 10 años y el 80% de estas muertes eran de origen infeccioso (Bernabeu-Mestre, 1994; Sanz y Ramiro, 2002; Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, 2006; Pérez Moreda, Reher, Sanz, 2015).

Esta situación era socialmente insostenible, tanto por el sufrimiento que generaba en las familias, como por constituir un problema nacional, dado que estas muertes contribuían a la ruina económica del país y a la denominada "degeneración de la raza" (Campos, Martínez, Huertas, 2001; Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002). Fue a partir de la década de 1930 cuando la mortalidad infantil y juvenil comenzó a descender de forma continua, tendencia interrumpida por la guerra civil entre 1936 y 1939, tras la cual se retomó la tendencia decreciente, incluso en plena postguerra (Ramiro Fariñas y Sanz Gimeno, 1999; Barona, Bernabeu-Mestre, 2008). Esta caída de la mortalidad fue debida a múltiples factores: fueron determinantes los avances en los tratamientos médicos, como los antibióticos o la generalización del uso de las vacunas, aunque también contribuyeron, en gran medida, la inversión estatal en los sistemas sanitarios de salud pública y los cambios sociales, culturales y familiares (Pérez-Moreda, Reher, y Sanz-Gimeno, 2015; Bernabeu-Mestre, Perdiguero-Gil, Barona, 2007).

Las respuestas institucionales que se pusieron en marcha para paliar este problema siguieron las premisas de la medicina social (Ballester, Balaguer, 1995; Rodríguez Ocaña, 2002) y las directrices de los organismos sanitarios internacionales que se concretaron en la puesta en marcha de campañas sanitarias y en la creación de infraestructuras sociosanitarias, como los centros de higiene y dispensarios (Barona, Bernabeu-Mestre, 2008). Desde estos centros, conformados por equipos interdisciplinarios de profesionales sanitarios, se desarrollaron nuevas estrategias de intervención, como el control y aislamiento de casos, el saneamiento del medio y la puesta en marcha de iniciativas de divulgación de los preceptos higiénicos, especialmente entre la población con menos recursos¹. En el caso de la mortalidad infantil, los esfuerzos se focalizaron en instruir a las mujeres y madres que, en opinión de los higienistas, no tenían

conocimientos ni mostraban la suficiente responsabilidad en la crianza de sus hijos, ya que se consideraba que el instinto maternal no era suficiente para salvarlos (Colmenar, 2008, 2009; Bernabeu-Mestre, 2002; Bernabeu-Mestre, Trescastro-López, Galiana-Sánchez, 2011; Rodríguez Ocaña, 1999). Esta supuesta falta de interés por el bienestar de sus hijos que se atribuía a las madres, se agudizaba en el caso de aquellas que trabajaban fuera del hogar. Las mujeres trabajadoras fueron diana de las críticas dentro del discurso del catolicismo social, que consideraba, que el trabajo femenino remunerado ponía en peligro la vida familiar, al desviar la atención de la mujer de sus deberes familiares y maternales y hacía peligrar, por extensión, el orden social. Si bien se entendía que las pésimas condiciones de trabajo de los obreros, con largas jornadas laborales y sueldos paupérrimos, eran un problema, se señalaba como origen de la miseria el no poder contar con un hogar acogedor al acabar el trabajo. Desde estas premisas, se consideró que esta situación empeoraba cuando la mujer también trabajaba, lo que contribuía a la desintegración de la familia (Blasco Herranz, 2008). Sin embargo, estas mujeres accedían a sus empleos por necesidad, su sueldo era la mitad que el de los hombres, y sus jornadas laborales de más de diez horas (Lendoiro Salvador, 2018). Sin tener en cuenta estas circunstancias económicas y sociales, a las madres se les atribuía impericia e irresponsabilidad y eran acusadas directamente de la muerte de los niños, por lo que la educación maternológica tuvo como principal objetivo dotar de entidad científica al cuidado maternal (Palacio Lis, 2003a, Bernabeu-Mestre, 2012).

Si bien fue el colectivo médico el impulsor del movimiento higienista, desde sus orígenes la Higiene fue entendida con un enfoque multidisciplinar y hubo de contar con otros profesionales para llevar a cabo su misión divulgadora. Las enfermeras, al igual que sucedió en el contexto internacional (Galiana-Sánchez, 2017), se consideraron agentes clave en las instituciones dedicadas a la puericultura no solo por su formación profesional, sino también por el hecho de ser mujeres. Las enfermeras, además de su género, contaban con una formación sanitaria y humanista y eran capaces de entablar relaciones más cercanas y de confianza con las madres (Bernabeu-Mestre, Trescastro, y Galiana, 2011). De esta forma nos encontramos con una situación en la que las políticas sanitarias eran diseñadas por hombres y el discurso higienista era originado por médicos, con un tono paternalista hacia las mujeres que consideraban ignorantes e incapaces de criar a sus hijos sanos (Palacio Lis, 2003a), pero con la necesidad de contar con profesionales femeninos capaces de entablar relaciones de confianza y llevar esta información de forma eficaz a las madres. Por ello, se invirtió una gran cantidad de

recursos para formar a visitadoras puericultoras que pudieran acercar la cultura sanitaria hasta los hogares familiares. Su implicación se vio acompañada de una gran predisposición por parte de la población femenina, que se involucró en el seguimiento de los preceptos higiénicos y participó activamente en las campañas sanitarias, actos institucionales y otras actividades dedicadas a la maternología tal y como atestiguan publicaciones

profesionales y comunes de la época según se muestra más adelante.

Existen investigaciones previas que se han centrado en esclarecer las características de la educación maternológica dirigida a las mujeres teniendo en cuenta la influencia del género, sobre todo en lo concerniente al enfoque paternalista de la Higiene (Palacio Lis, 2003b).

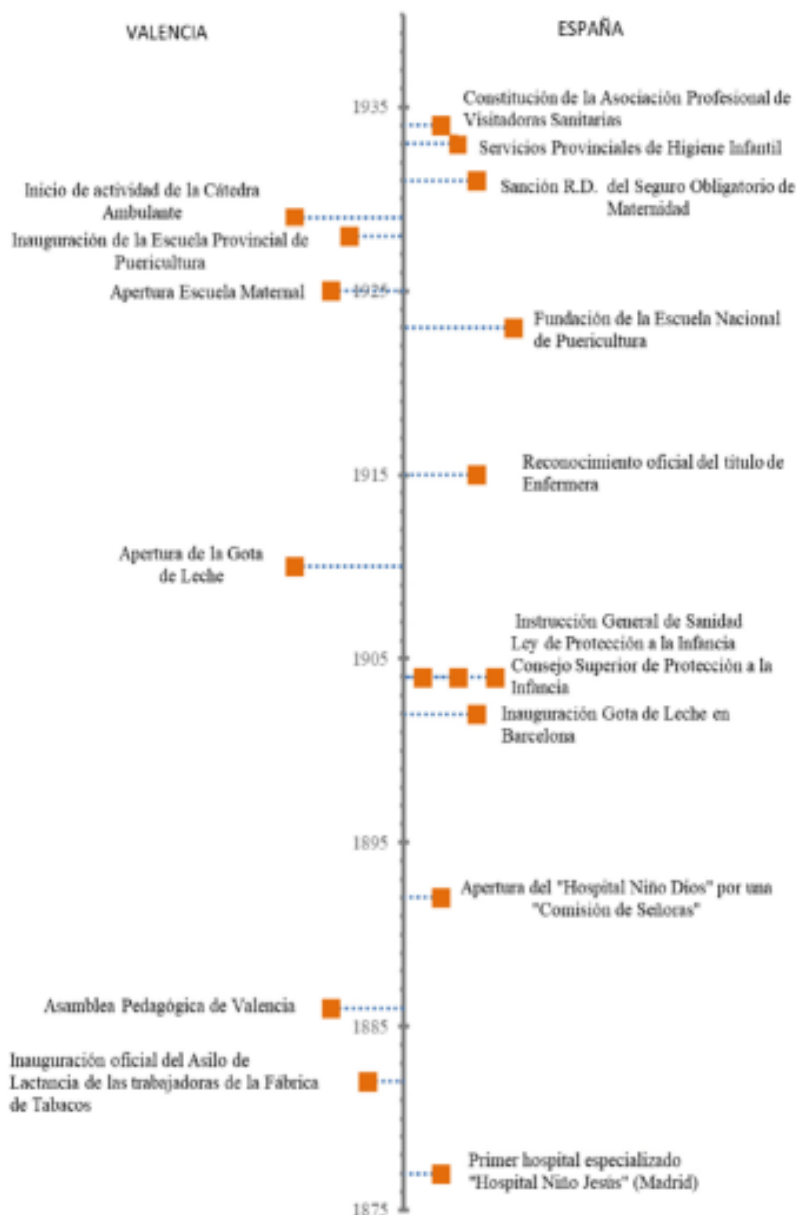


Figura 1: Cronograma de los recursos dedicados a la protección a la infancia y educación maternológica. Fuente: elaboración propia.

De igual modo, desde las investigaciones centradas en los antecedentes históricos de la enfermería se ha puesto de manifiesto la participación de las enfermeras en las campañas sanitarias y la importancia del enfoque de proximidad de las enfermeras con la población (Galiana Sánchez y Bernabeu Mestre, 2011; Breathnach, 2018).

En este trabajo se profundiza en una línea de investigación ya iniciada consistente en indagar cómo las mujeres fueron ganando protagonismo en la lucha contra la mortalidad infantil y la divulgación higiénica a comienzos del siglo XX⁴. Además, en esta ocasión, se ha puesto el foco también en la gran receptividad e implicación en estas acciones de divulgación por parte de la población femenina: madres, jóvenes y niñas. Partiendo de estos planteamientos, a través del ejemplo de la ciudad de Valencia, pionera en muchas medidas de protección a la infancia que se pusieron en marcha en España desde finales del siglo XIX, analizaremos las estrategias de divulgación sanitaria y de mejora de las condiciones de vida de las familias en distintos contextos y dispositivos sanitarios.

Para poder llevar a cabo la investigación, se han consultado dos tipos de documentos: por una parte, los artículos pertenecientes a revistas científicas y de divulgación, dirigidas a un público profesional, *La Visitadora Sanitaria*, *El Boletín del Instituto Provincial de Higiene de la Provincia de Valencia*⁴, *la Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933*, *La Revista Valenciana de Ciencias Médicas y Crónica Médica*. Estas publicaciones aportan una valiosa información sobre el trabajo desarrollado en las instituciones dedicadas a la puericultura. No obstante, la información que aportan sobre Valencia es limitada, por lo que para conocer cuáles eran las particularidades de la ciudad en relación con los cuidados a la infancia, se ha recurrido a la consulta de la prensa común a través de la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica⁴, durante el periodo comprendido entre 1900 y 1940. Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del uso de la prensa como fuente historiográfica⁵, puede considerarse que estos artículos son un reflejo de la información que llegaba a la población sobre las actuaciones de las autoridades en materia de puericultura y divulgación sanitaria.

EL ASILO DE LACTANCIA DE LA FÁBRICA DE TABACOS DE VALENCIA

Tal como puede observarse en el cronograma de la figura 1, el Asilo de Lactancia de la Fábrica de Tabacos de Valencia, se fundó, a iniciativa de la Hermandad de Trabajadoras, a finales del siglo XIX, para dar cobijo a los hijos de las cigarreras, pero con el tiempo y el desarrollo

de otras instituciones dedicadas al cuidado de la infancia, derivó en una institución de crianza⁶.

En la época de su fundación, el Asilo de la Fábrica de Tabacos de Valencia empleaba alrededor de 3400 mujeres, la gran mayoría como operarias que trabajaban alrededor de doce horas diarias y cuyo sueldo dependía de la producción, sin derecho a jubilación, seguro de enfermedad o ayudas familiares por defunción. Por ello, a mediados del siglo XIX, en distintas fábricas de tabacos de España aparecieron Hermandades organizadas por las propias trabajadoras para dar solución a estos problemas (Teixidor y Hernández, 1998). Una de sus primeras necesidades fue contar con un local donde las empleadas pudieran dejar a sus hijos mientras ellas trabajaban. Hasta aquel momento, las madres obreras se veían obligadas a tener a sus hijos lactantes junto a ellas en una cuna durante su jornada laboral o, en el caso de niños más mayores, tenían que dejarlos al cuidado de mujeres o niñas a las puertas de la fábrica. Sin embargo, la Hermandad no podía hacer frente al gasto que ello suponía⁷ y no fue hasta 1871, durante la visita a la fábrica del Rey Amadeo de Saboya, cuando las propias trabajadoras expusieron el problema al monarca, que aportó un cuantioso donativo para fundar la institución. En un primer momento, las instalaciones del Asilo se reducían a un almacén cedido por el Ayuntamiento cercano a la fábrica, donde las cigarreras dejaban a sus hijos y donde acudían para alimentarlos. Finalmente, en 1882 se inauguró el edificio del Asilo de Lactancia frente a la Fábrica de Tabacos, totalmente equipado y con la asistencia de 8 monjas franciscanas para el cuidado de los niños, que en 1902 eran alrededor de 100. De esta forma, las cigarreras dejaban su puesto puntualmente, para amamantar a sus hijos en el Asilo y volvían a su trabajo. Con el tiempo, dada la importancia social del Asilo y la cantidad de mujeres y niños a los que prestaba servicio, se dotó a la institución de un dispensario gratuito para niños enfermos⁸ y más tarde se abrió una consulta de toxicología para las madres⁹. El origen de esta institución informa sobre las dificultades de las mujeres trabajadoras para conciliar su vida laboral con el cuidado de sus hijos y sobre cómo fue posible la creación de este servicio gracias a su preocupación e iniciativa. Cuando, en 1914, la Fábrica de Tabacos se trasladó a las afueras de la ciudad, se construyó un nuevo Asilo de Lactancia junto a la fábrica, más amplio y con mejores instalaciones (Teixidor y Hernández, 1998). El cuidado de los niños siguió en manos de las religiosas hasta los años 30, cuando se llevaron a cabo cambios decisivos con la intención de "dignificar el cuidado infantil". Estos cambios supusieron el cambio de nombre de Asilo por el de Guardalactantes, la mejora de las instalaciones y la asignación de cuatro enfermeras puericultoras

encargadas del cuidado de 30 niños, poniendo así fin al cuidado no cualificado¹⁰.

LA GOTA DE LECHE Y EL CONSULTORIO DE NIÑOS

Los establecimientos conocidos como "Gota de Leche" suministraban leche esterilizada a las madres gratuitamente o con precios muy económicos. Las "Gotas de leche" en España tuvieron como precedente la experiencia de Francia, en La Vallette, cuya Gota de Leche fue fundada en 1890. La iniciativa francesa se extendió rápidamente por el país y por el resto de Europa, y fue en Barcelona, en 1902, donde se inauguró la primera institución de estas características en España¹¹. El objetivo de las Gotas de Leche era triple: supervisar el crecimiento y desarrollo de la población infantil, educar a las madres en los preceptos higiénicos y facilitar suplementos alimenticios en caso necesario. Pero ante todo era fundamental el fomento de la lactancia materna y el control de la lactancia mercenaria (Ballester, 2016)

La Gota de leche de la ciudad de Valencia se inauguró el 11 de diciembre de 1910, gracias al empeño del Dr. Aguilar Jordán. Las instalaciones, que formaban parte del Consultorio Municipal de niños¹², contaban además, con una Policlínica infantil y servicio de reconocimiento de nodrizas¹³. No obstante, la fundación de la Gota de Leche se había gestado años atrás. En 1903, el propio Dr. Aguilar publicó un artículo en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* demandando este servicio en la ciudad, tal y como se había hecho en otras ciudades europeas. El Dr. Aguilar reclamaba, además, la creación de un consultorio de niños de pecho junto a la Gota, puesto que, si bien había que proporcionar leche adaptada, segura y suficiente a los niños, también era necesario realizar una tarea de educación a las madres mostrándoles el beneficio de la lactancia natural (Aguilar, 1903). Siguiendo con el discurso higienista habitual, el Dr. Aguilar señalaba a las madres como posibles causantes de daño a sus hijos, muchas veces por irresponsabilidad, pero también por egoísmo o soberbia y denunciaba que el abandono de la lactancia natural era debido muchas veces a causas injustificables, como las falsas creencias de las mujeres de posición acomodada que renunciaban a amamantar a sus hijos por temor a deformar sus cuerpos, o la poca

profesionalidad del médico o la comadrona que no insistía a la madre para seguir lactando. Esta situación, que desembocaba en la lactancia mercenaria, era debida, en opinión de Aguilar, a la ignorancia de unos y de otros¹⁴. La percepción por parte de los profesionales del descuido o egoísmo de las madres, contrasta con la preocupación e interés de las madres por la salud de sus hijos que denota el gran número de visitas al consultorio tal como se observa en la Cuadro 1:

En el consultorio se atendía a niños pobres menores de siete años y niños de pecho sanos pero cuyas madres consideraban que su leche no era suficiente para alimentarlos. Se les hacía un reconocimiento físico, tanto a los que acudían por primera vez, como a los que venían a visitas de seguimiento (Perrón, 1911). La sección de Gota de leche suministraba leche analizada y esterilizada con un coste inicial de 10 céntimos de peseta al día¹⁵, pero pronto el Ayuntamiento de la ciudad asumió los costes de la leche siendo el servicio gratuito para aquellas mujeres que demostraban su situación de pobreza. No obstante, los servicios tanto de la Gota como del Consultorio estaban abiertos a todos los estratos de la sociedad, cobrándose 5 pesetas por todos los servicios a las familias pudientes que acudían buscando leche de calidad para sus hijos¹⁶. Otra de las secciones era la de "Reconocimiento de nodrizas y Análisis de leche" y tenía como objetivo primordial garantizar una adecuada lactancia mercenaria. Se ocupaba también de evitar fraudes, expidiendo certificados de aptitud para las nodrizas que se ofrecían a familias o a agencias dedicadas a su colocación¹⁷. A estas mujeres se les hacía una completa exploración física para detectar enfermedades que podrían transmitirse al lactante. El análisis de la leche también se hacía a las madres que acudían a por leche segura para sus hijos, de este modo se comprobaba su calidad y cantidad y se valoraba la necesidad de suplementarla con leche de vaca. En ambos casos, la leche se analizaba en el laboratorio del propio consultorio y se registraban los resultados (Alcobert, 1911). Otra actividad programada desde el Consultorio fueron las conferencias semanales sobre higiene infantil a las madres por parte del Dr. Aguilar¹⁸. Si bien no se han encontrado más referencias al respecto, sí se publicaron en la prensa los "Consejos a las madres" redactados por

Niños enfermos atendidos	Visitas médico-quirúrgicas	Niños atendidos en la Gota de Leche	Raciones de leche servida	Reconocimiento de nodrizas y análisis de leche
8669	34882	678	52.662	366

Cuadro 1: Actividad del Consultorio de Niños y Gota de Leche en 1912. Fuente: elaboración propia a partir de "Hable claro una vez" El Diario de Valencia, 29 de septiembre de 1912.

él mismo¹⁹. En ellos se insistía en la preferencia de la lactancia natural a la artificial, la necesidad de higiene del lactante, la obligación de vacunar al niño, así como indicaciones básicas del destete y la alimentación de transición para evitar trastornos digestivos²⁰.

ESCUELA MATERNAL DEL GRUPO CERVANTES

Desde finales del siglo XIX en España se reivindicó de forma pública la necesidad de que las mujeres tuvieran acceso a una educación básica similar a la de los hombres. En la asamblea Pedagógica celebrada en Valencia en 1886, se instaba a reformar los planes de estudio de las niñas que priorizaban la enseñanza de tareas domésticas tales como la costura y aumentar los contenidos prácticos como la higiene (Ballester, 1998). Las escuelas maternas daban respuesta, en parte, a esta necesidad: por una parte, educaban a las niñas en las tareas de crianza y por otra eran un lugar seguro donde las obreras podían dejar a sus hijos de entre dos y seis años durante su jornada laboral, niños que serían objeto de cuidados de las alumnas.

Las escuelas maternas aparecieron en España a partir del Real Decreto publicado en la *Gaceta* del 3 de junio de 1922 que planteaba su creación, ubicándolas preferentemente en las Escuelas Nacionales como sección de las mismas. Se aconsejaba que los niños permanecieran el mayor tiempo posible en la escuela, estableciendo un horario de siete de la mañana a siete de la tarde, por lo que la institución debía contar con salas de custodia, cantina, ropero escolar y prácticas de enseñanza para poder atenderlos. Las mujeres que desearan matricularse en la Escuela Maternal como alumnas, debían cumplir varios requisitos: ser española, tener al menos doce años cumplidos y tener cursada la primera enseñanza elemental para poder seguir el programa²¹.

El 22 de septiembre de 1922 se publicaba en los diarios de la ciudad de Valencia la apertura de las inscripciones a la Escuela Maternal²² en el edificio del Grupo Escolar Cervantes, organizada y dirigida por la pedagoga Natividad Domínguez²³. Finalmente, la escuela maternal se puso en marcha en marzo de 1925, dando servicio a cuarenta niños de entre dos y seis años. Las alumnas aprendían, con los propios niños a los que se custodiaba, a preparar alimentos, confeccionar ropa, los beneficios del sueño, el paseo y el baño y otros principios de higiene. El profesorado estaba formado por maestras voluntarias encargadas de la docencia relacionada con el cuidado general del niño, mientras que el área de higiene era dirigida por el Dr. Luis Valencia Negro²⁴, futuro cofundador de la Escuela Provincial de Puericultura. Esta instrucción buscaba "liberar sus almas [de las

alumnas] de la ignorancia y señalaban su nuevo papel como madres acorde con los nuevos parámetros de la Higiene que todas deben saber criar a los hijos, no solo con amor, sino también científicamente"²⁵. La escuela expedía un certificado a las alumnas que garantizaba su profesionalidad como guardadoras de niños si en un futuro querían dedicarse a ello.

En 1927 la Escuela Nacional de Puericultura autorizaba la fundación de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia que se ubicaría en el propio local de la escuela maternal Grupo Cervantes, aunque ambas instituciones eran independientes una de otra²⁶. No obstante, la escuela maternal, con el tiempo, se dedicó fundamentalmente a la guarda de niños a modo de escuela infantil, y no tanto a la de formación de futuras madres²⁷. En 1931 la Junta de protección de la infancia creó, en la misma escuela maternal, una cantina escolar para el periodo de vacaciones que acogería a 50 niños de familias modestas, donde se les ofrecía tres comidas al día²⁸. Así mismo se planificó la instalación de una guardería infantil y guardalactantes en los mismos locales con una capacidad de 200 niños²⁹. Esta progresión hacia nuevas funciones denota un trasvase de las competencias formativas hacia la Escuela de Puericultura.

LA ESCUELA PROVINCIAL DE PUERICULTURA DE VALENCIA

A partir de la publicación de la Instrucción General de Sanidad de 1904 se desarrollaron instituciones como La Escuela Nacional de Puericultura (Galiana-Sánchez, 2021). En la misma real orden de 23 de mayo de 1923 por la que se creó la institución, se explicaba que la intención de las autoridades era haber creado el "Instituto Nacional de Puericultura", pero, por falta de fondos, se creaba a cambio la "Escuela Nacional de Puericultura y Laboratorio de Investigaciones". Se señalaba que este centro debía trabajar conjuntamente con aquellos organismos dedicados a la lucha contra la mortalidad infantil que ya funcionaban, así como con las instituciones sanitarias oficiales. El Reglamento de la Escuela Nacional de Puericultura, publicado en enero de 1926, daba la posibilidad de abrir Escuelas Provinciales de Puericultura, siempre y cuando los recursos económicos lo permitieran. Estas sucursales dependían de la Escuela Nacional, que expedía los títulos y las inspeccionaba anualmente para renovar la autorización de impartición de enseñanzas oficiales (Bernabeu-Mestre y Gascón-Pérez, 1999).

En la *Gaceta* del 6 de agosto de 1927 se autorizó, previo informe del director de la Escuela Nacional de Puericultura, la apertura de la Escuela Provincial de Puericultura en Valencia en los locales de la Escuela

Maternal³⁰ del Grupo Escolar Cervantes, con el visto bueno de su directora³¹. En este mismo documento se indicaba que ambas instituciones podían compartir espacio, pero debían respetar sus competencias. Los encargados de poner en marcha este proyecto fueron los doctores Dámaso Rodrigo Pérez, Luis Valencia Negro y Alejandro García Brustenga. La apertura de la Escuela no fue inmediata, primero fue necesario encontrar financiación, tarea complicada, puesto que las autoridades eran reticentes a mantener otro proyecto más dedicado a la infancia, dada la existencia de establecimientos centrados ya en ello en la ciudad (Barona Vilar, 2002). Por ello, los promotores llevaron a cabo eventos de carácter social para dar a conocer la futura Escuela y recabar apoyos, como fue el caso del té de honor que se celebró en el Lyon d'Or al que se convocó a todas las matronas de la ciudad, junto a médicos dedicados a la infancia, para explicarles en qué iba a consistir su obra de puericultura y conseguir su adhesión al proyecto³². Este acontecimiento, es indicativo de la consideración profesional de este colectivo femenino que según la prensa *"respondió de modo brillante y entusiasta"*³³, siendo el primero al que se presentaban las actividades previstas en la Escuela y del que necesitaba colaboración e interés para que el proyecto fuera un éxito³⁴. Con el mismo fin propagandístico, los diarios populares publicaron noticias relacionadas con la futura institución. Con respecto a las enfermeras visitadoras, se podía leer:

*"La Escuela de Puericultura de Valencia formará a un cuerpo de enfermeras visitadoras para niños, [...] Las enfermeras visitadoras serán elementos valiosísimos en esta cruzada contra la incultura y la ignorancia, evitando los daños que por éstas sufren los niños de cualquier sexo, edad y posición social."*³⁵

Finalmente, el 7 de marzo de 1928 comenzó el curso³⁶. La Escuela permaneció en las instalaciones del grupo Cervantes hasta junio de 1933, momento en que trasladó su sede a la calle Dr. Simarro, compartiendo espacios y trabajo con el Instituto Provincial de Higiene³⁷ y el Dispensario de Higiene Infantil. Así, la organización de los servicios de puericultura quedaba adscrita a los Institutos Provinciales de Higiene (Barona Vilar, 2002).

La Escuela Provincial de Puericultura prestaba un doble servicio: por un lado, era un centro formador de personal especializado y por otro, atendía a la población infantil y a sus familias desde un punto de vista preventivo y de educación para la salud (Bernabeu-Mestre y Gascón-Pérez, 1999, Galiana-Sánchez, 2021).

La vertiente formativa se reflejó en el Proyecto de Reglamento de la Escuela del 31 de mayo de 1928, donde se especificaban sus funciones docentes. Se indicaba que

debía formar a maestros, enfermeras visitadoras para niños, instruir a las mujeres con una instrucción elemental sobre el cuidado de los niños, hacer de nexo de unión entre las instituciones dedicadas a la protección del niño, contribuir a la formación de estadísticas nacionales en temas referentes a la Puericultura y hacer divulgación de los preceptos de higiene entre las madres de las clases populares y las niñas de las escuelas nacionales.

La Escuela se dividía en las secciones de Puericultura uterina, de higiene de primera y segunda infancia, de higiene de la tercera infancia y de enseñanza especial de enfermeras-visitadoras y niñas tituladas y laboratorio. Los estudiantes de Medicina, Maestros y Maestras Nacionales, bachilleres, alumnos de los últimos a grados de las escuelas nacionales o particulares y mujeres con instrucción elemental que aspirasen al título de niñas tituladas, podían también asistir a las clases³⁸. El 31 de marzo de 1937, se aprobó el Reglamento definitivo de la Escuela por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, pero con variaciones con respecto al Proyecto inicial. En esta última revisión, se otorgaba un peso mayor a la formación de las enfermeras y se concretaba que en la Escuela se ofrecerían las enseñanzas de Enfermera Visitadora, Matrona Puericultora y Guardadora de niños. Además, se ofertarían los cursillos especiales para médicos o estudiantes de medicina, maestros, maestras, alumnas de Magisterio, de las escuelas, madres, jóvenes, recién casadas obreras y organizaciones profesionales.

Las alumnas que optaban a cursar las enseñanzas de Enfermera Visitadora de niños debían estar en posesión del título de Bachiller o Maestra Nacional, aunque también podían acceder a los cursos tras realizar una prueba de nivel de conocimientos generales, aritmética básica, geografía e Historia. Según los resultados, se las dividía en dos grupos: aquellas con mejores resultados que acudían al cursillo para obtener el título de enfermera visitadora y, el resto, que podían seguir las lecciones para Guardadoras de Niños³⁹.

De este modo, en 1928, la Escuela de Puericultura comenzó su trabajo docente con un cursillo de "orientación" dirigido a maestros y maestras, matronas que querían formarse en puericultura, y a aquellas jóvenes que querían estudiar para obtener el título de Enfermera Visitadora de Niños o Niñas. A partir de septiembre, ya se organizaron los estudios por cursos completos, a los que se sumarían más adelante cursillos para médicos y estudiantes de medicina. Los docentes fueron el Dr. Juan Bosch y la ayudante de sección la Dra. Dolores Vilar Gallego, la única mujer en el cuadro de Profesorado de la Escuela en la primera plantilla docente. Se impartían clases teóricas por la mañana y, por las tardes, las estu-

diantes realizaban visitas a los domicilios para informar a la Escuela de las condiciones higiénicas de las mismas. No obstante, seguir estos cursillos no garantizaba la obtención directa del título de Enfermera Visitadora de niños, la candidata debía pasar primero por un examen final para demostrar su aptitud, y después, examinarse de nuevo ante un tribunal para acreditar su título. La figura 2 muestra que no todas las alumnas matriculadas conseguían culminar el proceso: entre 1928 y 1934 asistieron a los dos cursillos 72 alumnas, de las cuales aprobaron los exámenes de aptitud 65 y obtuvieron el título oficial solo 29 de ellas⁴². El Reglamento Oficial de la Escuela endurecía más los requisitos para conseguir el título: para poder presentarse a los exámenes, las aspirantes debían acreditar estancias de 90 días o 600 horas en servicios de Puericultura⁴³. Aquellas que finalmente titulaban, tenían prioridad en la obtención de una plaza en instituciones del Estado, provincia, municipio u otras instituciones dedicadas a la puericultura⁴².

Las fuentes consultadas no hacen referencia al problema de la escasa titulación de sus alumnas, si bien las dificultades con las que se encontraban para conseguir el reconocimiento oficial y posteriormente ejercer, podían tener diversas causas. Por una parte, la percepción social del trabajo de las mujeres en general. Si bien es cierto que las profesiones como enfermeras, maestras, puericultoras o trabajadoras domésticas eran mejor toleradas por considerarse una extensión de sus funciones naturales, éste era valorado como secundario al del hombre y era habitual abandonarlo tras el matrimonio (Vázquez de Prada, 2005). A pesar de la incipiente

legislación proteccionista, socialmente había una gran presión por relegarlas al trabajo dentro del hogar, como madres y esposas. Igualmente, aunque era habitual que las mujeres con menos recursos económicos, además de encargarse de "sus labores" trabajasen de forma asalariada, esto no era socialmente aceptado en aquellas de mayor estatus social (Nuño Gómez, 2008). Las mujeres que tenían posibilidad de estudiar en la Escuela de Puericultura debían ser de familias más o menos acomodadas, puesto que se les exigía para ingresar una instrucción básica, podían pagar las tasas de la Escuela y permitirse no trabajar mientras estudiaban, por lo que al casarse es posible que abandonasen su carrera profesional incluso antes de comenzar.

Con respecto a la divulgación de los preceptos maternológicos a la población, se convocaron dos cursillos dedicados a Madres Lactantes y otro a Señoritas y Recién casadas. En ambos casos el temario se centraba en la lactancia materna, la lactancia artificial segura, el destete, así como la importancia de las vacunaciones y el tratamiento casero de algunos problemas comunes del niño, como la fiebre o los vómitos. Aquellas madres que, una vez acabado el cursillo, eran capaces de recitar la cartilla que se les daba como temario, eran recompensadas con diez pesetas.

En su vertiente asistencial, la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia ofrecía una cartera muy amplia de servicios, donde las Enfermeras puericultoras tenían un papel destacado en la mayoría de estas áreas. Estos servicios se dividían en las secciones de Higiene prena-

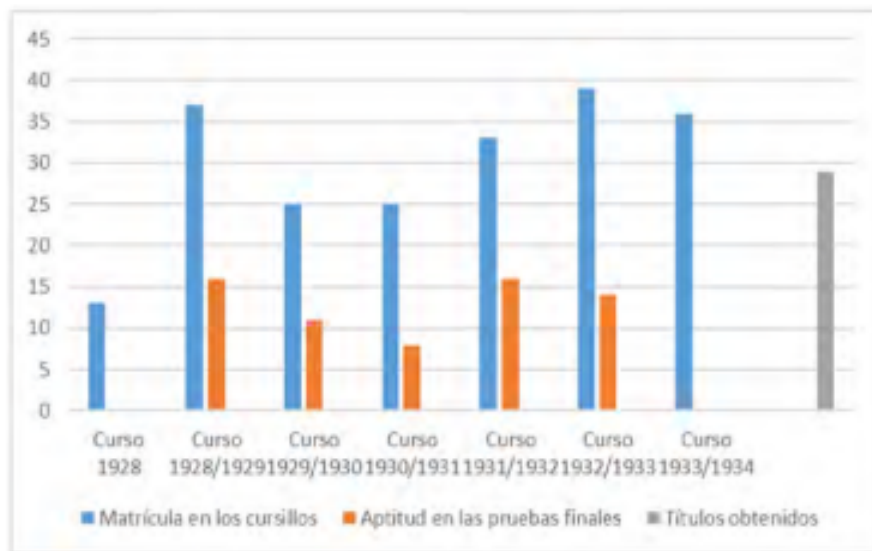


Figura 2: Comparación entre estudiantes matriculadas y enfermeras tituladas en la EPPV de 1928 a 1934. Fuente: realización propia a partir de Inspección Provincial de Sanidad. (1935). Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933. Valencia.

tal, Higiene de primera y segunda infancia, Vigilancia higiénica de nodrizas, Higiene escolar y tercera infancia, Profilaxis, Higiene ocular, Higiene dental, Helioterapia y Laboratorio de dietética⁴³. En el servicio de higiene prenatal, la enfermera tenía un papel de auxiliar del tocólogo, tanto en las técnicas propias de la especialidad como en la educación eugenésica a la futura madre. También se ocupaba de una importante función de promoción e inscripción a la Mutualidad Maternal a aquellas mujeres interesadas en asegurarse. La Mutualidad Maternal suponía, para las mujeres casadas, previo pago de pequeñas cantidades de dinero, disfrutar de forma gratuita de las visitas tocológicas necesarias durante el embarazo, la asistencia gratuita en el dispensario de Higiene Infantil y una paga de 5 pesetas durante los primeros veinte días el puerperio⁴⁴ para que la madre pudiera alimentarse convenientemente. Según la prensa, desde noviembre del año 1929⁴⁵, la Escuela de Puericultura ya intentó poner en marcha la Mutualidad como parte de sus servicios, abriendo las primeras inscripciones en ese mismo mes para mutualistas y "protectoras"⁴⁶. Las denominadas "protectoras" gestionaban la Mutualidad a través de una Junta de gobierno independiente integrada por "mujeres valencianas que sienten vivamente esta clase de problemas y que han ofrecido su entusiasta colaboración a esta especial obra de protección de la mujer embarazada"⁴⁷.

En el servicio de primera y segunda infancia, la enfermera, además de tareas clínicas, antropometrías, registro de datos, etc., llevaba a cabo una importante función de educadora para la salud, como era la promoción de la lactancia materna: las madres acudían a diario con sus hijos lactantes, se les pesaba y bañaba a la vez que se instruía en el cuidado del niño⁴⁸. La enfermera enseñaba a las madres las técnicas de alimentación alternativa cuando la materna no era posible, la forma más segura de llevar a cabo la transición a alimentos distintos a la leche, así como métodos de preparación y conservación de alimentos⁴⁹. También instruían a las madres nóveles en temas de higiene del sueño, técnicas de baño y vestido de recién nacidos. La Escuela se ofrecía a dictaminar gratuitamente sobre las condiciones de salud de la nodriza y la cantidad y calidad de la leche, así como a ponerle en contacto con familias que necesitasen de sus servicios a cambio de un salario justo y era la enfermera visitadora, la encargada de investigar y calificar el estado social de las familias que solicitaban el servicio de las nodrizas y redactaban informes al respecto⁵⁰.

La enfermera puericultora era considerada la profesional indicada para conseguir cambios en los hábitos de los pacientes que asistían a la clínica. Concretamente, en el ámbito de la odontoestomatología, se reclamaba

personal bien entrenado en las intervenciones de este campo:

"La Enfermera, por su condición psicológica, está en mejores condiciones para el tratamiento y cuidado de los niños, pues sabe mejor llegar a ellos para infundirles confianza hacia el profesional y facilitar la labor del mismo." (Vazquez, 1935).

Las vacunaciones, fueron actividades fundamentales del dispensario, donde se administraban las dosis de las vacunas antivariólica, antidiftérica, antitífica y antituberculosa. La escuela debía hacer un gran esfuerzo propagandístico para animar a las madres a vacunar a los hijos a base de charlas, artículos en prensa o incentivos. Las vacunas se podían administrar en la propia escuela, a domicilio a partir de campañas organizadas o aprovechando actos como la cátedra ambulante⁵¹.

Como se mencionó anteriormente, estas actividades se llevaban a cabo por las mañanas en la Escuela de Puericultura o Dispensario de Higiene Infantil, pero por la tarde, las Enfermeras Puericultoras ejercían de Visitadoras en los hogares. En este contexto se reforzaban las enseñanzas de la consulta, se ampliaban recomendaciones, se resolvían los problemas higiénicos y se inspeccionaba exhaustivamente el hogar, la calidad de la ventilación del mismo, si disponía de patios, la iluminación y las instalaciones eléctricas, para después hacer un croquis que se incluía en la historia del niño. De esta forma, se recababa información de la familia, tanto de la salud de sus miembros como de los recursos materiales de los que disponían (Soler, 1935).

Otro tipo de actividades que llevó a cabo la escuela de Puericultura fueron las tareas de propaganda. Al abundante material de difusión en forma de folletos, cartillas de higiene infantil y carteles, se unían actividades de divulgación como la "Cátedra ambulante de Puericultura", cuyo objetivo era llevar los preceptos de la higiene infantil al ámbito rural. Durante el evento se repartían folletos, impresos y cartillas, el personal de la Escuela daba charlas temáticas sobre temas higiénicos, y finalmente se proyectaba una película. En ocasiones se aprovechaba para llevar a cabo una vacunación colectiva de la población infantil asistente. Entre diciembre de 1929 y febrero de 1934, la Escuela realizó 35 actos de estas características en pueblos de la provincia de Valencia y en alguna ocasión en la misma capital⁵², como la realizada en el distrito del Puerto en mayo de 1930 o la que se llevó a cabo en el teatro Apolo de la capital para dar a conocer el funcionamiento de la cátedra a aquellas señoritas que acababan sus estudios de puericultura en la Escuela y a la que asistieron las autoridades de la

ciudad, además de las madres lactantes que acudían asiduamente a las clases de puericultura⁵³.

Otro medio de difusión del mensaje higienista fue la organización de eventos a los que acudía la población masivamente, como eran las jornadas "*Un día de lucha contra la mortalidad infantil*" que se celebraron en 1932 y 1933 promovidas por la Inspección Provincial de Sanidad (Barona Vilar, 2002). Para el primer evento, la Escuela de Puericultura preparó la radiodifusión de varias charlas que más tarde se grabarían en discos gramofónicos⁵⁴. Las conferencias radifónicas fueron un recurso divulgativo muy útil, con la que se podía llegar a una masa importante de población, con un mensaje sencillo y exento de tecnicismos (Bernabeu- Mestre et al., 2011). En la jornada se repartió propaganda, y subsidios en metálico a las madres asistentes, y la Mutualidad Maternal obsequió a las mutualistas con estuches de aseo⁵⁵. En el número 77 del *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, se alababa el trabajo de estas madres, como mujeres y como ciudadanas ejemplares, por haber seguido las enseñanzas de la Escuela y haber sacado adelante a todos sus hijos. Destacaban entre ellas nueve mujeres, con treinta hijos en total, a las que se consideraba el mejor ejemplo, por haber asistido al centro desde su fundación en 1928, haber cumplido con las visitas periódicas de sus hijos, y haberlos criado con salud⁵⁶.

CONCLUSIONES

A lo largo del texto se ha expuesto como la lucha contra la mortalidad infantil de la España del cambio de siglo, implicó la creación de instituciones públicas de atención a la infancia que, bajo los parámetros de la Higiene y con el foco puesto en las estrategias profilácticas y divulgativas, contribuyeron al descenso de la mortalidad de los niños.

La ciudad de Valencia es un ejemplo de la importancia del papel silente desarrollado por las mujeres, como profesionales sanitarias o de la enseñanza, o bien como receptoras de la asistencia. Los dispositivos sanitarios valencianos en los que se implementaron estos enfoques, evolucionaron progresivamente desde un mero servicio de guardería hasta ser elementos clave en las medidas de salud pública. La asistencia materno-infantil se articuló en un modelo bidireccional con una marcada presencia femenina. Por un lado, se reconoció el papel de las madres como agentes principales para llevar los preceptos de higiene al seno familiar y, por otro, se dio protagonismo a las profesionales divulgadoras sanitarias, dedicadas al cuidado de los niños desde la Escuela Maternal o la Escuela de Puericultura.

El discurso higienista, en términos generales, culpabilizaba a las madres de la mortalidad infantil, atribuida a enfermedades infecciosas que ellas no sabían impedir, detectar o remediar, debido, según los higienistas, a su ignorancia y dejadez. Junto a la denuncia de la situación de miseria y pobreza en la que nacían, crecían y en muchas ocasiones morían los niños, se señalaba a las madres, especialmente las trabajadoras, como las culpables de la situación, como se ha podido plasmar los ejemplos analizados. Las cigarreras "abandonaban" a sus hijos en las calles para ir a trabajar, las escuelas maternas se fundaron para que las madres trabajadoras dejaran al cuidado de otras mujeres a sus hijos y en la Escuela de Puericultura era necesario formar y premiar a las madres que no sabían criar a sus hijos. Las madres eran consideradas sujetos pasivos y necesitados de protección, doblemente estigmatizadas, por ser mujeres y pobres. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto que, cuando se les ofrecían recursos públicos y gratuitos, éstas acudían masivamente, sobrepasando ampliamente las previsiones, lo que muestra el interés y preocupación por la salud de sus hijos.

Las maestras y, sobre todo, las enfermeras puericultoras participaron de forma activa en las actividades de educación para la salud, llevando los preceptos higiénicos a los hogares familiares. Estas últimas, a través de las visitas domiciliarias pudieron desplegar las estrategias de divulgación que, aunque basadas en los preceptos científicos, fueron modificadas para desarrollar un enfoque sanitario cercano y que muestra el valor intrínseco de los cuidados prestados por las mujeres.

También debe resaltarse el importante papel como grupo de presión que desarrollaron algunos grupos de mujeres de estratos sociales más altos que acudían para apoyar y publicitar las instituciones benéficas, o el papel consultor asumido por las matronas. De igual modo, resulta relevante la presencia de mujeres no solo en el trabajo "de primera línea" de la acción divulgadora, sino también en puestos de coordinación y dirección como es el caso de la pedagoga Natividad Domínguez, directora de la Escuela Maternal del grupo Cervantes, o de la Dra. Dolores Vilar Gallego como docente de la Escuela de Puericultura.

En los casos expuestos se puede observar cómo las distintas formas en que las mujeres se implicaron en la lucha contra la mortalidad infantil está relacionada con su posición social: las mujeres pobres y obreras aprovecharon del mejor modo posible las oportunidades que se pusieron a su alcance para atender a sus hijos, las mujeres profesionales, como las enfermeras visitadoras, con un nivel educativo considerable y un

reconocimiento profesional limitado se dedicaron a la divulgación sanitaria, y por último las mujeres de estatus social más alto desde una posición de maternidad social, apoyaron económica y públicamente a estas instituciones. Esclarecer sus aportaciones, desde los diferentes espacios sociales, resulta necesario para aportar luz a los esfuerzos conjuntos de las mujeres, ya que, tradicionalmente, la atención historiográfica y social ha recaído en figuras masculinas, lo que supone una mirada parcial a los logros conjuntos de la sociedad en la mejora de la salud infantil.

NOTAS

- 1 Sobre la protección a la infancia en la España y en la Europa mediterránea de principios del siglo XX es de obligada lectura la obra coordinada por de Perdiguero-Gil, *Salvad al niño, Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX* (2004).
- 2 En esta línea de investigación, además del trabajo de revisión (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, Ballester Añón, 2014), se integran los estudios dedicados a las enfermeras puericultoras (Galiana-Sánchez; Martínez-Zapata; Bernabeu-Mestre, 2020; Martínez-Zapata, Galiana-Sánchez, 2019), a la figura de la Agente de Economía Doméstica (Tormo-Santamaría, Galiana-Sánchez, Trescastro-López, Bernabeu-Mestre, 2019) y a las Divulgadoras Rurales, (Maceiras-Chans, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2018).
- 3 Esta publicación se denominó *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, desde 1927 a 1929, fecha en que cambió de nombre a *Boletín del Instituto Provincial de Higiene de la Provincia de Valencia*.
- 4 Biblioteca Virtual de Prensa Histórica: disponible en <https://prensahistorica.mcu.es/es/inicio/inicio.do>
- 5 Ver Hernández Ramos, 2017.
- 6 Sobre la puesta en marcha de instituciones de protección a la infancia, resulta de interés el trabajo de Álvarez (2004)
- 7 ECEBÉ: "El Asilo de Lactancia", *Las Provincias: Diario de Valencia*, 19 de septiembre de 1902.
- 8 *La Correspondencia de Valencia*, 18 de diciembre de 1906.
- 9 "Ayuntamiento de Valencia. Sesión", *Las Provincias: Diario de Valencia*, 1 de diciembre de 1910.
- 10 "Una nota oficiosa", *La Correspondencia de Valencia*, 22 de julio de 1930.
- 11 Sobre el origen y la contribución de estos establecimientos a la salud infantil, se pueden consultar el trabajo de Muñoz Pradas, 2021, pp. 83-111, Rodríguez Ocaña, 2021, pp.66-82 y Rodríguez Ocaña, Ortiz, García, 1985, pp. 1066-1072, Perdiguero Gil, Bernabeu Mestre, 1999 o Chamizo, 1999.
- 12 En 1927 el centro pasó a denominarse Instituto Municipal de Puericultura coincidiendo con el traslado de las dependencias a la Glorieta.
- 13 "Consultorio Municipal de niños. La Gota de Leche en Valencia" *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, 12 de diciembre de 1910.
- 14 Joaquín AGUILAR: "La leche de la madre pertenece a su hijo", *Las Provincias: Diario de Valencia* 19 de junio de 1921.
- 15 "El Consultorio de niños", *Las Provincias: Diario de Valencia*, 12 de diciembre de 1910.

AGRADECIMIENTOS

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto: «Pasado y presente en el control de las enfermedades de la pobreza desatendidas: el ejemplo histórico de la Europa Mediterránea y la Cooperación Sanitaria Internacional» (HAR2017-82366-C2-2-P) y de la Red NISALdes: «Niveles de vida, salud, nutrición y desigualdad. Siglos XVIII-XXI» (PHA-HIS. RED2018-102413-T). A Josep Bernabeu-Mestre por su lectura crítica y las sugerencias de mejora del texto.

- 16 "Consultorio municipal de niños." *La Correspondencia de Valencia*, 7 de septiembre de 1912.
- 17 El certificado de idoneidad de la nodriza era un documento obligado para ejercer la lactancia mercenaria en Valencia regulado por las Ordenanzas municipales ("Consultorio municipal de niños," 1912).
- 18 "Consultorio Municipal de niños. La Gota de Leche en Valencia" *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, 12 de diciembre de 1910
- 19 Estos artículos breves recogían los contenidos educativos que se transmitían a las madres, y ponen de manifiesto la importancia que se otorgó a las estrategias educativas de educación para la salud en este contexto. Ver Perdiguero-Gil (2008) y Comelles y Perdiguero-Gil (2017).
- 20 Joaquín AGUILAR: "A las madres", *Las Provincias: diario de Valencia*, 25 de agosto de 1921
- 21 Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Real Orden del 3 de junio de 1922.
- 22 "Cultura", *La Correspondencia de Valencia*, 21 de septiembre de 1922.
- 23 Natividad Domínguez de Atalaya (Madrid, 1888 – Valencia, 1932) fue maestra de gran influencia a comienzos del siglo XX y directora del grupo escolar Cervantes de Valencia en donde implantó la metodología Montessori (Aguiló, 2010).
- 24 Adelaida GARCÍA: "Escolares", *Las Provincias: diario de Valencia*, 25 de septiembre de 1925.
- 25 "La Escuela Maternal de Valencia", *Las Provincias: diario de Valencia*, 26 de abril de 1925.
- 26 Gaceta Nº 218, del 6 de agosto de 1927, Madrid.
- 27 Salvador ARTIGA: "Escuela Provincial de Puericultura", *Las Provincias: Diario de Valencia*, 23 de mayo de 1931.
- 28 "La Junta de Protección a la Infancia", *La Correspondencia de Valencia*, 8 de julio de 1931
- 29 "Obras de asistencia social", *Las Provincias: Diario de Valencia*, 24 de septiembre de 1931.
- 30 "Gaceta de Madrid" nº 218, del 6 de agosto de 1927, p. 789.
- 31 "Escuela provincial de Puericultura de Valencia" *La Correspondencia de Valenciana*, 26 de noviembre de 1927.
- 32 "Matronas valencianas y la Escuela de Puericultura", *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, 24 de noviembre 1927.
- 33 "Té en honor de las matronas valencianas", *Las Provincias: Diario de Valencia*, p. 4, 21 de noviembre de 1927
- 34 Sobre el papel de las matronas como grupo consultor y de presión se recomienda Ruiz Berdún, Dolores (2022), "De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo XX", *Revista de Historia y Memoria de la*

- Educación, 15, pp. 63-98, si bien este texto hace referencia a un período más tardío, posterior a la guerra civil española.
- 35 "Escuela provincial de Puericultura ...".
- 36 S.t., *Las Provincias*, 7 de marzo de 1928.
- 37 "Los nuevos locales de la Escuela de Puericultura" *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, 73, (1933), p.4.
- 38 "Proyecto de Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia", *Boletín Sanitario de La Provincia de Valencia*, 12 (1928), pp. 4-11.
- 39 Tras el ingreso en el grupo de estudios para Visitadoras, se organizó un curso de ampliación de estudios sobre cultura general y asistencia domiciliaria, que consistía en "corrección, entusiasmo y alegría, o intuición de la labor social de la enfermera visitadora desde los puntos de vista local y universal", entre otros. ("Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933" Inspección Provincial de Sanidad, 1935, Valencia).
- 40 "Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933...".
- 41 Gaceta de la República, nº 90, 31 de marzo de 1937, pp. 1451-1453.
- 42 "Proyecto de Reglamento de la Escuela Provincial..."
- 43 "Proyecto de Reglamento de la Escuela Provincial..."
- 44 ÁGUEDA: "¡Aprended, jóvenes madres!", *La Hora*, 9 de octubre de 1937.
- 45 A nivel nacional, el Seguro Obligatorio de Maternidad, con prestaciones más amplias, se reguló por Real Decreto del 24 de marzo de 1929, pero no fue sancionado hasta septiembre de 1931, cuando comenzó a ser de obligado cumplimiento.
- 46 "A las mujeres valencianas", *La Correspondencia de Valencia*, 26 de noviembre de 1929.
- 47 "La Mutualidad Maternal", *La Correspondencia de Valencia*, 16 de noviembre de 1929. El texto se refiere a cinco damas de la alta sociedad de la ciudad, a la cabeza de las cuales se encontraba la condesa de Cáceres.
- 48 ÁGUEDA: "¡Aprended, jóvenes..."
- 49 CROZAT: "Del ambiente, visitadoras del hogar", *Nuestros Hogares*, 5 (1934), p.7
- 50 "La organización de un utilísimos servicio médico-social", *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, 24 de febrero de 1929.
- 51 *La Correspondencia*, 25 de noviembre de 1932
- 52 Memoria de los servicios sanitarios...
- 53 *La Correspondencia de Valencia*, 28 de mayo de 1931
- 54 "Memoria de los servicios sanitarios..."
- 55 "La Escuela de Puericultura y el Día de Lucha contra la mortalidad infantil" *La Correspondencia de Valencia*, 19 de octubre de 1932.
- 56 "Una jornada social sanitaria", *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, 77 (1933), pp. 2-11.
- Barona Vilar, Josep Lluís; Bernabeu Mestre, Josep (2008), *La salud y el Estado: el movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Universitat de València, Servei de Publicacions.
- Bernabeu-Mestre, Josep (1994), "Problèmes de santé et causes de décès infantiles en Espagne, 1900-1935", *Annales de Démographie Historique*, pp. 61-77.
- Bernabeu-Mestre, Josep (2002), "Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950", *Revista de Demografía Histórica*, 20, (1), pp. 123-144, [en línea], disponible en: <https://www.adeh.org/revista/2002,%201/Bernabeu%20Mestre%20p.123-144.pdf> , [consultado el 30/10/2021]
- Bernabeu-Mestre, Josep (2012), "La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortalité et la mortalité néonatale précoce : réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1963", *Annales de démographie historique*, 123, pp. 181-204.
- Bernabeu- Mestre, Josep; Perdiguero-Gil, Enrique; Barona Vilar, Josep Lluís (2007), "Determinanti della mortalità infantile e transizione sanitaria. Una riflessione a partire dall'esperienza spagnola". En: Breschi, Marco; Pazzi, Lucia (coords.), *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Udine, Forum.
- Bernabeu- Mestre, Josep; Trescastro-López, Eva M^a; Galiana Sánchez, María Eugenia (2011), "La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)". *Salud Colectiva*, 7, pp. 49- 60, [en línea], disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20317/1/Bernabeu_Trescastro_Galiana_Divulgacion_radiofonica.pdf , [consultado el 01/10/2021]
- Bernabeu- Mestre, Josep; Gascón Pérez, M^a Encarnación (1999), *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante.

- Blasco Herranz, Inmaculada (2008), "Mujeres y cuestión social en el catolicismo social español: los significados de la obrera", *Arenal. Revista de Historia de Las Mujeres*, 15(2), pp. 237-268, [en línea], doi: <https://doi.org/10.30827/arenal.v15i2.3032>
- Breathnach, Ciara (2018), "The triumph of proximity: The impact of district nursing schemes in 1890s' rural Ireland", *Nursing History Review*, 26(1), pp. 68-82, [en línea], doi: 10.1891/1062-8061.26.68
- Campos Marín, Ricardo, Martínez Pérez, José, Huertas García-Alejo, Rafael (2001), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC.
- Chamizo, Carmen (1999), *La gota de leche y la Escuela de enfermeras*, Gijón, Instituto de puericultura de Gijón.
- Comelles, Josep Maria y Perdiguer Gil, Enrique (coords.) (2017), *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Tarragona, Publicacions URV.
- Colmenar Orzaes, Carmen (2008), "Maternología y educación en la España del siglo XX: la Escuela Nacional de Puericultura". En: Juan, Víctor (coord.), *Museos pedagógicos. La memoria recuperada*, Huesca, Museo Pedagógico de Aragón, pp. 271-282.
- Colmenar Orzaes, Carmen (2009), "La institucionalización de la maternología en España durante la segunda república y el franquismo", *Historia de la educación*, 28, pp. 161-183, [en línea], disponible en: <https://revistas.usal.es/index.php/0212-0267/article/view/10266/10699>, [consultado el 01/10/2021].
- Galiana-Sánchez, María Eugenia (2021), "Enfermería y salud pública en España en el primer tercio del siglo XX". En: Otero, Luis Enrique (coord.), *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata, pp. 178-196.
- Galiana-Sánchez, María Eugenia (2017), "The role of International Organizations in the development of Public Health Nursing, 1933-1974", *Gesnerus*, 74, pp. 188-204, [en línea], doi:10.24894/Gesn-en.2017.74009
- Galiana-Sánchez, María Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep (2006), "El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX", *Asclepio*, 58(2), 139-164, [en línea], doi: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2006.v58.i2.12>
- Galiana-Sánchez, María Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep (2011), "Género y desarrollo profesional: Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939", *Feminismo/s: Revista Del Instituto de Investigación de Estudios de Género de La Universidad de Alicante*, (18), pp.225-248, [en línea], doi: 10.14198/fem.2011.18.12
- Galiana-Sánchez, María Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep; Ballester Añón, Rosa (2014), "Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea", *Áreas*, 33, pp. 123 - 136, [en línea], disponible en: <https://revistas.um.es/areas/article/view/216081> [consultado el 04/10/2021].
- Galiana-Sánchez, María Eugenia; Martínez Zapata, Rocío; Bernabeu-Mestre, Josep (2020), "Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality Valencia before the health transition", *Annales de Démographie Historique*, 139 (1), pp. 179 - 206, [en línea], doi: <https://doi.org/10.3917/adh.139.0179>
- Gómez Redondo, Rosa (1985), "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid 1900-1970", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 32 (85), pp. 101-139.
- Hernández Ramos, Pablo (2017), "Consideración teórica sobre la prensa como fuente historiográfica", *Historia y comunicación social*, 22(2), pp. 465-477, [en línea], doi: <https://doi.org/10.5209/HICS.57855>
- Lendoiro Salvador, José (2018), "Feminismo católico (solidario y reformista): sindicalismo femenino católico valenciano (1912-1936) y Manuel Pérez Arnal", *Aportes: Revista de Historia Contemporánea*, 33 (97), pp. 45-92, [en línea], disponible en: <https://revistaaportes.com/index.php/aportes/article/view/367> [consultado el 04/10/2021].
- Maceiras-Chans, José Manuel; Galiana-Sánchez, María Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep (2018), "Las actividades socio-sanitarias de las divulgadoras rurales de la Sección Femenina de Falange en la Comarca de la Ribera, 1940-1958". En: Ferragud Domingo, Carmel (ed.), *Biografies mèdiques, sanitat municipal, educació sanitària i epidèmies en la Ribera del Xúquer durant el segle XX*, València, Publicacions de la Universitat de València.
- Martínez-Zapata, Rocío; Galiana-Sánchez, María Eugenia (2019), "Health visitor's contribution to family health in early 20th Century in Spain". En: Somoggia, Alessandra; Scalone, Francesco (coords.), *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali*, Bologna, Forum, pp. 25-35.
- Muñoz Pradas, Francisco (2021), "Las gotas de leche en España (1903-1934): la difusión de una innovación sanitaria". En: Luis Enrique Otero Carvajal y Santiago de Miguel Salanova (eds.), *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata, pp. 83-111.
- Nuño Gómez, Laura (2008), *La incorporación de las mujeres al espacio público y la ruptura parcial de la división sexual del trabajo: el tratamiento de la conciliación de la vida familiar y laboral y sus consecuencias en la igualdad de género*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Palacio Lis, Irene (2003a), "Consejos a las Madres: autoridad, ciencia e ideología en la construcción social de la función materna. Una mirada al pasado", *Sarmiento. Anuario Galego de Historia Da Educación*, 7, pp. 61-79, [en línea], disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/7779> [consultado el 21/11/2021].
- Palacio Lis, Irene (2003b), *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Valencia, Universitat de València, Ed.
- Perdiguer Gil, Enrique (2004), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- Perdiguer Gil, Enrique (2008), "La salud a través de los medios: propaganda sanitaria institucional en la España de los años veinte y treinta del siglo XX", *Mètode: Revista de Difusió de La Investigació de La Universitat de València*, 59, pp.60-69, [en línea], disponible en: <https://metode.es/revistas-metode/monograficos/la-salud-a-traves-de-los-medios.html> [consultado el 21/11/2021].
- Perdiguer Gil, Enrique; Bernabeu-Mestre, Josep (1999), "La Gota de Leche en Alicante (1925-1940)". En: Beneito Lloris, Angel; Blay Meseguer, Francesc Xavier; Lloret Pastor, Joan (eds.),

- Beneficència i sanitat en els municipis valencians: (1813-1942)*, Alcoi, Seminari d'estudis sobre la Ciència.
- Pérez Moreda, Vicente; Reher, David Sven; Sanz Gimeno, Alberto (2015), *La conquista de la salud: Mortalidad y modernización en la España contemporánea*, Madrid, Marcial Po.
- Perrón (1911), "La Gota de Leche en Valencia", *Crónica Médica*, 23, pp. 107-108.
- Ramiro Fariñas, Diego; Sanz Gimeno, Alberto (1999), "Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860-1990", *Boletín de La ADEH*, XVII (1), pp. 49-88, [en línea], disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/11174/1/241750.pdf> [consultado el 17/09/2021]
- Rodríguez Ocaña, Esteban (1999), "La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España", *Historia Contemporánea*, 18, pp. 19-52, [en línea], disponible en: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/20464/ERO_Construcci%3bn%20salud%20infantil_1999.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consultado el 15/09/2021].
- Rodríguez Ocaña, Esteban (2021), "La salud infantil como objetivo en España (1900-1936)". En: Otero Carvajal, Luis Enrique; de Miguel Salanova, Santiago (eds.), *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata, pp.66-82.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (2002), "La medicina como instrumento social", *Trabajo social y salud*, 43, pp. 19-38.
- Rodríguez Ocaña, Esteban; Ortiz, Teresa; García, Olga (1985), "Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España", *JANO: Medicina y Humanidades*, 24, pp 1066-1072.
- Ruiz Berdún, Dolores (2022), "De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo XX", *Revista de Historia y Memoria de la Educación*, 15, pp. 63-98, [en línea], doi: 10.5944/hme.15.2022.30597
- Sanz Gimeno, Alberto; Ramiro Fariñas, Diego (2002), "La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960: Un análisis de las causas de muerte", *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24, pp. 151-188, [en línea], disponible <https://revistas.ucm.es/index.php/CHCO/article/view/CHCO0202110151A> [consultado el 03/09/2021]
- Soler, Encarnación (1935), "Labor a desarrollar por la Visitadora Puericultora", *Puericultura Española*, 3, p.13.
- Teixidor de Otto, M^a Jesús; Hernández Soriano, Teresa (1998), "El trabajo de la mujer en las labores del tabaco. La fábrica de València (1887 - 1914)", *Cuadernos de Geografía* 64, pp.339-354.
- Tormo-Santamaría, María; Galiana Sánchez, María Eugenia; Trescastro-López, Eva M^a; Bernabeu-Mestre, Josep (2019), "Género y Acción Sociosanitaria: Las Agentes de Economía Doméstica del Servicio de Extensión Agraria (1960-1974)". En: Perras Gallo, María Isabel; Mariño Gutiérrez, Lourdes; Caballero Martínez, María Victoria (coords.), *Salud, Enfermedad y Medicina en el Franquismo, Madrid*, Los Libros de la Catarata, pp. 236 - 261.
- Vázquez, Ángel, (1935), "Las enfermeras sanitarias y la Odontología", *La Visitadora Sanitaria*, 3 pp. 1-2.
- Vázquez de Prada, Mercedes (2005), "Para una historia de la familia española en el siglo XX", *Memoria y Civilización. Anuario de Historia*, 8, pp. 115-170.

VI. OTROS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

a. Difusión en congresos y reuniones científicas nacionales e internacionales.

Junto con los artículos presentados como resultados en esta tesis, se han llevado a cabo las siguientes ponencias y comunicaciones:

- 1º. Congreso de la Società italiana di Demografia Storica: *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali*, organizada por el Dipartimento di Scienze Statistiche de la Università di Bologna celebrado en Bolonia del 24 al 26 de octubre de 2018, ponente con la comunicación ***The contribution of the visitor nurse to the familiar health in the first decades of the 20th century in Spain***, presentada por M^ª Eugenia Galiana Sánchez y Rocío Martínez. De esta comunicación derivó el capítulo de libro presentado como resultado en el apartado 7.1 de esta tesis.
- 2º. The 3rd European Society for Historical Demography Conference, celebrada en Pécs, (Hungría) del 26 al 27 de junio de 2019, con la comunicación ***Child care nurses and the fight against maternal-child morbidity and mortality in Spain: The Valencian case during the pre-transitional period*** presentada por María Eugenia Galiana Sánchez, Rocío Martínez Zapata y Josep Bernabeu Mestre. De esta comunicación derivó el artículo presentado como resultado en el apartado 7.2 de esta tesis.
- 3º. XII Congreso de la Asociación Demográfica Histórica: *Demografía e historia de la Catástrofe al riesgo global*, organizado por la ADEH del 4 al 7 de septiembre de 2019 en Porto. Ponente con la comunicación ***Los cuidados a la infancia en la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia (1928-1939)***, presentado por Rocío Martínez Zapata y M^ªEugenia Galiana Sánchez.
- 4º. European Social Science History Conference, celebrado en Leiden del 18 al 21 de marzo de 2020 en Leiden, del 24 al 26 de marzo de 2021, con la comunicación ***Past and present in the definition, diagnosis and classification of maternal deaths***, presentado por M^ªEugenia Galiana Sánchez, Rocío Martínez Zapata y Josep Bernabeu-Mestre
- 5º. XVII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería, celebrado del 6 al 8 de octubre de 2021 en Tenerife, con la comunicación ***Enfermeras y madres: mujeres implicadas e invisibles en la mejora de la salud infantil en la primera mitad del s. XX en Valencia***, presentado por Rocío Martínez Zapata, M^ª Eugenia Galiana

Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre De esta comunicación derivó un capítulo de libro (actualmente en proceso de impresión) presentado en el siguiente apartado.

6º.XVII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería, celebrado del 6 al 8 de octubre de 2021 en Tenerife, con la comunicación ***La contribución de las matronas y enfermeras visitadoras al descenso de la mortalidad materna en España***, presentado por M^a Eugenia Galiana Sánchez, Rocío Martínez Zapata y Josep Bernabeu-Mestre. De esta comunicación derivó un capítulo de libro (actualmente en proceso de impresión) presentado en el siguiente apartado.

7º.XVIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, celebrado el 15, 16 y 17 de junio de 2022 en Valencia, ponente en la comunicación ***Pasado y presente de la mortalidad materna en España: impacto demográfico y epidemiológico y situación actual***, presentada por Josep Bernabeu-Mestre, M^a Eugenia Galiana Sánchez y Rocío Martínez Zapata y. De esta comunicación derivó un capítulo de libro presentado en el siguiente apartado.

b. Capítulos de libro

Aquí se reflejan los capítulos de libros de actas derivados de varios congresos en los que se ha participado

1. Martínez Zapata, R., Galiana-Sánchez, M. E. y Bernabeu-Mestre, J. (2021). Enfermeras y madres: mujeres implicadas e invisibles en la mejora de la salud infantil en la primera mitad del s. XX en Valencia. En *XVII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería*. Tenerife.

ENFERMERAS Y MADRES: MUJERES IMPLICADAS Y SILENCIADAS EN LA MEJORA DE LA SALUD INFANTIL EN LA PRIMERA MITAD DEL S. XX. EN VALENCIA

Rocío Martínez Zapata: Enfermera, profesora FP Procedimientos Sanitarios y Asistenciales

martinez_roczap@gva.es

María Eugenia Galiana Sánchez, Profesora Titular de Enfermería Comunitaria de la Universidad de Alicante, Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia, Cuidados en Salud y Alimentación, galiana@ua.es

Josep Bernabeu Mestre, Catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia, Cuidados en Salud y Alimentación, josep.bernabeu@ua.es

Resumen: La morbimortalidad infantil comenzó a percibirse como un problema de máxima importancia a finales del siglo XIX en España. El movimiento higienista analizó las causas y propuso soluciones fundamentadas en medidas de salud pública y divulgación sanitaria a la población. En la literatura científica era habitual acusar a las madres de ser las culpables de las muertes de sus propios hijos debido a su ignorancia y falta de interés por el bienestar de sus familias. No obstante, al estudiar el caso concreto de la ciudad de Valencia en la primera mitad del siglo XX, recabando información de las actuaciones de promoción de la salud infantil y prevención de la mortalidad en menores, se observa un interés y participación de las mujeres por el cuidado de la infancia, como madres o como profesionales que dan otra visión de su implicación en la causa.

Enfermeiras e mães: mulheres envolvidas e silenciadas na melhoria da saúde das crianças na primeira metade do século xx na Valência

Resumo: A morbidade e mortalidade infantil começou a ser percebida como um problema de máxima importância no final do século XIX em Espanha. O movimento higienista analisou as causas e propôs soluções baseadas em medidas de saúde pública e educação sanitária para a população. Na literatura científica era comum acusar as mães de serem culpadas pela morte dos seus próprios filhos devido à sua ignorância e falta de interesse no bem-estar das suas famílias. No entanto, ao estudar o caso específico da cidade de Valência na primeira metade do século XX, recolhendo informações sobre ações para promover a saúde infantil e prevenir a mortalidade infantil, podemos observar o interesse e participação das mulheres nos cuidados infantis, tanto como mães como como profissionais, o que dá uma visão diferente do seu envolvimento na causa.

Nurses and mothers: women involved and silenced in the improvement of children's health in the first half of the 20th century in Valencia

Summary: Infant morbidity and mortality began to be perceived as a problem of maximum importance at the end of the 19th century in Spain. The hygienist movement analysed the causes and proposed solutions based on public health measures and health education for the population. In the scientific literature it was common to accuse mothers of being to blame for the deaths of their own children due to their ignorance and lack of interest in the welfare of their families. However, on studying the specific case of the city of Valencia in the first half of the 20th century, by gathering information on actions to promote child health and prevent child mortality, we can observe women's interest and participation in child care, both as mothers and as professionals, which gives a different view of their involvement in the cause.

INTRODUCCIÓN

Hasta mediados del siglo XX, la alta morbi-mortalidad infantil fue un fenómeno común en todos los países desarrollados. En España, a finales del siglo XIX, la mitad de los niños morían antes de cumplir los 10 años,

en su gran mayoría debido a enfermedades infecciosas (Sanz, Fariñas, 2002). La preocupación por la salud infantil no se limitaba al ámbito familiar, donde las muertes infantiles suponían un drama que se asumía con resignación, sino que expertos nacionales e internacionales veían en estas muertes pérdidas económicas, productivas, demográficas y un riesgo de degeneración de la raza (Rodríguez-Ocaña, 1985). De este modo, se pasó de una concepción del niño como trabajador, propio de la época industrial, a la del niño al que había que proteger y se deja de pensar en la mortalidad infantil como algo irremediable para comenzar a hablar de muertes evitables (Ballester, Balaguer, 1995). Las madres fueron señaladas como las culpables de las muertes de sus hijos debido a su desconocimiento, por lo que era necesario corregir aquellos errores en el cuidado y atención de los niños que daban lugar a enfermedades infecciosas prevenibles (Bernabeu, 2002) siempre bajo la tutela médica dado que, si bien el fin vital de la mujer era la gestación, parto y crianza, su ignorancia e irresponsabilidad la hacía incapaz de hacerlo convenientemente si no se le mostraba cómo (Palacio, 2003).

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es mostrar una alternativa al discurso higienista en el que se acusaba a las mujeres de ser las culpables de la muerte y enfermedad de sus propios hijos, explorando de forma concreta la respuesta de las mujeres de la ciudad de Valencia de comienzos del siglo XX ante la aparición de distintas instituciones dedicadas a la salud infantil.

METODOLOGÍA

La metodología ha consistido en la búsqueda sistemática de información referente a las principales instituciones dedicadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad infantil en la ciudad de Valencia de la primera mitad del siglo XX en la prensa generalista, y su análisis posterior, para comprobar cuál fue su aceptación, concretamente por parte de las mujeres. Posteriormente se ha contrastado esta información con el discurso higienista generalizado sobre la implicación de las mujeres en la salud/enfermedad de los niños en sus distintos roles, ya fuera como madres, como estudiantes para ejercer como Enfermera visitadora o como profesionales de esta disciplina.

FUENTES

Las fuentes consultadas tienen dos naturalezas distintas: por una parte, están las publicaciones científicas, dirigidas al público profesional como eran los colectivos de enfermeras y médicos: *Puericultura española*, *El Boletín del Instituto Provincial de Higiene de la Provincia de Valencia*, *Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933* y *La Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, en donde ha abundante información sobre las estrategias que se marcaban para combatir la morbimortalidad infantil. No obstante, para conocer los pormenores de las actuaciones concretas, su aceptación e implicación de la ciudadanía en ellos, ha sido fundamental la consulta de la prensa generalista; en donde se han encontrado numerosas referencias al impacto que las instituciones dedicadas a la puericultura tenían en la sociedad valenciana de principios del siglo XX. Por último, señalar una fuente fundamental: la película *Valencia, protectora de la infancia* de 1928, realizada por Maximiliano Thous en 1928 para ilustrar en la «Quincena Internacional de Protección y Acción Social», que se celebró en París en julio de este mismo año, los recursos que Valencia invertía en la protección a la infancia (Institut valencià de cultura, 2010), ya que muestra en imágenes a los protagonistas cotidianos de las distintas instituciones dedicadas al cuidado del niño.

RESULTADOS

Se ha podido observar que, en tres de las instituciones dedicadas a la Puericultura en Valencia desde finales del siglo XIX, el interés de las mujeres por las cuestiones relacionadas con la salud infantil era masivo, a pesar de la idea extendida de su despreocupación por estas cuestiones.

La primera institución, el Asilo de Lactancia de la fábrica de Tabacos de Valencia, tenía como objetivo guardar a los hijos de las operarias de la fábrica¹ durante la jornada laboral, los cuales, antes de contar con este recurso y según denuncian en diarios de la época, pasaban las horas en la calle a la puerta de la fábrica expuestos a peligros y a la climatología adversa, al cuidado de niñas apenas más mayores que ellos (Áncora, 1882). El Asilo de Lactancia se inauguró en el 4 de agosto de 1882 tras muchos años de reivindicaciones por parte de las obreras. Éstas, organizadas en Hermandad, intentaron en los años 70 del siglo XIX reunir el dinero suficiente para, al menos, conseguir un local donde guarecer a las criaturas, sin éxito, dado el escaso poder económico con el que contaba. Fueron estas mujeres las que, aprovechando la visita del monarca Amadeo de Saboya en 1871+ que consiguieron de éste una sustanciosa donación para su construcción. El Ayuntamiento tardó 11 años en construir el Asilo de lactancia junto a la Fábrica de Tabacos, tiempo en que el apenas se cedieron espacios ni personal para garantizar el bienestar de los niños, pero una vez inaugurado en un acto multitudinario, con las personalidades de la ciudad, fue ganando de manera paulatina nuevos servicios. En un principio, eran las propias madres las que costeaban el mantenimiento del Asilo, con una cuota de 10 céntimos de peseta diarios, pero el Ayuntamiento asumió los gastos de la institución a los que se sumaban donativos particulares. En un primer momento el Asilo contaba con ocho monjas franciscanas para el cuidado de más de 100 niños, aunque los lactantes eran atendidos por sus madres que tenían permiso para amamantarlos, darles el biberón o ayudar a comer a los más mayores (Ecebé, 1902) . En 1906 el Ayuntamiento autorizó a instalar en el propio Asilo un *Consultorio médico destinado a las enfermedades de niños* (“La Corresp. Val.,” 1906) y en 1910 un tocólogo municipal pasaba consulta en el Asilo (“Las Provincias,” 1910) . Cuando la Fábrica de Tabacos se trasladó a las afueras de la ciudad, se construyó a la vez un edificio dedicado al Asilo de Lactancia, aprovechando la Exposición Regional celebrada en Valencia en 1910, aunque las madres no pudieron trasladarse a éste por deficiencias en la construcción. No obstante, este nuevo emplazamiento era más amplio, disponía de cocina y agua potable, se aumentó el personal religioso a diez cuidadoras y se estableció una escuela dirigida por las propias monjas a las que acudían, además de los hijos de las cigarreras, muchos niños y niñas de barrio (“Las Provincias” 1915). El Asilo debió de ser un lugar popular y propicio para la divulgación de los preceptos higiénicos: en 1919, el Dr. Brustenga, impulsor de la futura Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, dio una charla ante las madres y autoridades sobre los errores en la crianza (“La correspondencia” 1919). La institución comenzó a conocerse como *Guardalactantes de las cigarreras de la Fábrica de Tabacos* en 1928 y el Ayuntamiento, después de denuncias de trato poco apropiado a los niños, decide modernizar definitivamente la institución, no solo a nivel material, sino también “Cambiar totalmente el régimen a que están sometidos los lactantes, totalmente rutinario y anticientífico, organizando la vida de los niños durante su permanencia allí con arreglo a las normas de higiene de la puericultura” (“Una nota oficiosa,” 1930), lo cual incluía la asignación de cuatro enfermeras para el cuidado de 30 niños, porque consideraban que no se podía consentir la atención de los niños por personal no cualificado siendo responsabilidad de Ayuntamiento (“Las Provincias” 1930).

Las siguientes instituciones estudiadas son la Gota de Leche y Consultorio de Niños de la ciudad de Valencia. La Gota de leche tenía un triple objetivo controlar el crecimiento de la población infantil y detectar precozmente la enfermedad, educar a las madres en los preceptos higiénicos y facilitar suplementos alimenticios en caso

¹ En el s. XIX, llegaron a trabajar en la Fábrica de Tabacos de Valencia 3400 mujeres, provenientes de barrios humildes de la ciudad, cuyas jornadas laborales eran de 12 horas, sin seguro médico ni de jubilación, y un sueldo acorde a la producción (Teixidor, Hernández, 1998).

necesario, pero ante todo, fomentar la lactancia materna y el control de la lactancia mercenaria (Ballester, 2016), además de suministrar leche esterilizada gratuitamente o a precios muy económicos cuando así lo aconsejaba la situación de la madre y el lactante. Su fundación en Valencia fue promovida por el Dr. Aguilar Jordán, dada su importancia para conseguir disminuir la mortalidad infantil, tal y como se había hecho en otras ciudades europeas. Del mismo modo reclamaba la creación de un consultorio de niños de pecho junto a la Gota, para realizar una tarea de educación a las madres mostrándoles el beneficio de la lactancia natural (Aguilar, 1903). El Dr. Aguilar denunciaba así el abandono de la lactancia natural debido muchas veces a la comodidad de la madre o la soberbia de ésta, que rechazaba amamantar a sus hijos por miedo a que el cuerpo se deformase junto con la dejadez del médico responsable o la comadrona que no insistían lo suficiente en la importancia de la lactancia natural (Aguilar, 1921). Finalmente, la Gota de leche de la ciudad de Valencia se inauguró el 11 de diciembre de 1910, como parte del Consultorio Municipal de niños, con una Policlínica infantil y servicio de reconocimiento de nodrizas (“El Consultorio de niños,” 1910), con un éxito de convocatoria que sobrepasó con creces las expectativas; si en los dos primeros días de apertura solo fueron atendidos catorce niños cada día y dispensados 15 litros de leche (“La Gota de Leche,” 1910), cinco meses después el servicio se veía desbordado. Si bien la descripción de las actuaciones de las madres en la Gota de Leche y el Consultorio de niños son constantes en la prensa especializada y general (alabándolas o criticándolas), no se ha encontrado referencia escrita alguna a la presencia de mujeres profesionales que trabajasen en estas instituciones. Sin embargo, en la película “Valencia, protectora de la infancia” se puede apreciar que, al menos en 1928 sí prestaban servicio al menos 3 mujeres realizando trabajos administrativos y atendiendo directamente a los niños en consulta (Thous, 1928 , minuto 9’52’’).

La última institución que se ha analizado es la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, inaugurada el 8 de marzo de 1928 cuya función era doble: por un lado, era un centro formador de personal especializado y por otro, atendía a la población infantil y a sus familias desde un punto de vista preventivo y de educación para la salud (Bernabeu, Gascón, 1999) y en ambos aspectos, las mujeres tuvieron un protagonismo destacado. En su vertiente divulgativa, la Escuela organizaba cursillos sobre la crianza dirigido a un público femenino diverso, por un lado, los cursillos teórico-prácticos dedicados a *Madres Lactantes* y otro a las *Señoritas y Recién casadas*. En ambos casos el temario se centraba principalmente en tratar problemas de higiene y sobre todo alimentarios del lactante, el fomento de la lactancia materna, la lactancia artificial segura, el destete, así como la importancia de las vacunaciones y el tratamiento casero de algunos problemas comunes del niño (“Actuaciones de la Escuela de Puericultura,” 1932). Las convocatorias de los cursillos fueron un éxito, por lo que los ponentes tuvieron que organizar turnos, ya que el aforo de estos eventos era de unas 300 mujeres, las cuales eran alabadas por el interés que mostraban al dejar sus quehaceres cotidianos para acudir para instruirse (“La actuación social de la Escuela de Puericultura” 1932). Por otro lado, la Escuela impartía cursos de especialización en Puericultura para médicos, maestras y maestros, así como cursos de formación para Enfermeras puericultoras y Guardadoras de niños. La convocatoria para los cursos de Enfermera tuvo tan buena acogida que incluso hubo que hacerse un examen de selección, siendo las candidatas con mejores resultados las que accedían a estos estudios y el resto, podían acceder a la formación como niñeras. Esta afluencia es significativa, porque un requisito para acceder a estos estudios era tener, al menos, el título de Bachiller y una vez aceptadas en el curso, debían hacer frente a clases teóricas y también prácticas, atendiendo a la población infantil que acudía a las diferentes secciones de la escuela, y una vez acabados los dos años de formación, era necesario superar varios exámenes antes de obtener el título oficial de Visitadora. Además, una vez obtenido el título, las condiciones laborales de las Enfermeras Visitadoras eran considerablemente peores que las de las

enfermeras sanitarias del ámbito hospitalario, con un sueldo muy escaso, con el que la profesional debía cubrir sus necesidades e incluso el desplazamiento a los domicilios de las familias a las que visitaba (Martínez, Galiana, 2019). En su vertiente asistencial, la Escuela se dividía en las secciones de Higiene prenatal, Higiene de primera y segunda infancia, Vigilancia higiénica de nodrizas, Higiene escolar y tercera Infancia, Profilaxis, Higiene ocular, Higiene dental, Helioterapia y Laboratorio de dietética. Las madres acudían con sus hijos sanos a las distintas secciones de la Escuela en donde eran censados, examinados y se les aplicaba tratamiento profiláctico si era necesario, al mismo tiempo que las madres recibían consejos sobre crianza. Las enfermeras se encontraban presentes en todas las secciones de la Escuela, tanto como personal de apoyo al médico, como en labores propias, como en la promoción del seguro maternal o la educación para la salud (Inspección Provincial de Sanidad, 1935), y una vez acabado este trabajo matinal, por la tarde su labor consistía en ir a los domicilios de las mujeres cuyos hijos habían atendido en la Escuela, donde volvían a insistir en las enseñanzas y prescripciones que se había indicado a la madre en la consulta, resolver los problemas higiénicos que se presentaban e inspeccionar exhaustivamente el hogar, de forma que se recababa información de la familia, tanto de la salud de sus miembros como de los recursos materiales de los que disponían (Soler, 1935). La enfermera era el enlace entre la población y los servicios sanitarios, aportando conocimientos expertos de una forma cercana y sencilla tras establecer relaciones de confianza (Bernabeu, Trescastro, Galiana, 2011). Las enfermeras participaban en tareas de divulgación como parte del personal de las *Cátedras ambulantes*, eventos que se llevaban a cabo en zonas rurales que consistían en charlas sobre higiene y crianza, la proyección de una película cinematográfica y en muchas ocasiones, la vacunación de la población infantil asistente. En estos actos, era habitual que fueran las mujeres con sus hijos las más interesadas y que se priorizase su asistencia (Inspección Provincial de Sanidad, 1935), lo que indicaría que las mujeres de las zonas rurales se interesaban vivamente por las cuestiones relacionadas con la salud de sus hijos cuando los recursos estaban a su alcance.

CONCLUSIONES

A pesar de la idea extendida de que las mujeres no prestaban suficiente atención a la salud de sus hijos, al revisar la prensa local de la ciudad de Valencia, se observa que esto no fue así al menos de forma generalizada. Las madres sí acudían de forma masiva a aquellas instituciones dedicadas a la pediatría y puericultura gratuitas que se les ofrecía y así como a actos de divulgación sanitaria a las que eran convocadas. Por otro lado, el papel de las mujeres en la Escuela de Puericultura, como estudiantes y como enfermeras, hizo que la profesión se popularizase y se hiciera imprescindible dentro de los recursos dedicados a la puericultura.

BIBLIOGRAFÍA

"Actuaciones de la Escuela de Puericultura". *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*. 58. Marzo 1932. pp.6 -7.

Aguilar Jordán, Joaquín: "La Gota de leche en valencia". *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 5. Año 1903. pp. 379–382.

Aguilar Jordán, Joaquín: "La leche de la madre pertenece a su hijo". *Las Provincias*. 19 de junio de 1921
"Inauguración asilo de lactancia". *El Áncora* 4 de agosto de 1882, p.3.

Ballester, Rosa y Balaguer, Emilio: "La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España". *Dynamis* n°15, 1995. pp.177–192.

Ballester, Rosa: *El movimiento internacional de protección a la infancia y los contextos locales: gotas de leche y el modelo alicantino. Revisión Historiográfica*. En *Cuadernos de historia de la pediatría en Valencia* 11, *Comité de Historia*. Asociación Española de Pediatría. Marzo 2016. pp. 38–47.

Bernabeu- Mestre, Josep y Gascón Pérez, M^ªEncarnación: *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante.1999.

Bernabeu-Mestre, Josep, Trescastro, Eva y Galiana, M^ªEugenia: "La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)". *Salud Colectiva*, 7. 2011. pp.49-60

Bernabeu-Mestre, Josep: "Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950". *Revista de Demografía Histórica*, XX(I). 2002. pp.123-143

Ecebé: "El Asilo de Lactancia". *Las Provincias: Diario de Valencia*. 19 de septiembre de 1902

"El Consultorio de niños". *Las Provincias: Diario de Valencia*. 12 de diciembre de 1910. p. 2.

Eugenia Galiana, M^ªEugenia y Bernabeu-Mestre, Josep: "El problema sanitario de España: Saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX". *Asclepio*, 58. Diciembre 2006. pp. 139–164.

Gómez, P: "A las madres". *Las Provincias: Diario de Valencia*. 7 de agosto de 1921. p. 3.

"Hable claro una vez". *El Diario de Valencia*, 29 de septiembre de 1912.p. 2.

Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933. Inspección Provincial de Sanidad. Valencia. 1935

Institut valencià de cultura. *Valencia, protectora de la infancia*. Disponible en <http://www.restauracionesfilmoteca.com/cine-valenciano/no-ficcion/valencia-protectora-de-la-infancia/>

"La actuación social de la Escuela de Puericultura. Conferencias para las madres lactantes". (1932). *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, 59. Abril 1932. pp. 6–8.

La Correspondencia de Valencia, 18 de diciembre de 1906. p. 3.

"La Gota de Leche". *La Correspondencia de Valencia*. 14 de diciembre de 1910. p. 4.

Martínez Zapata, Rocío y Galiana Sánchez M^ª Eugenia: *Health visitor's contribution to family health in early 20th Century in Spain*. En *La famiglia tra mutamenti demografici e sociali*. Italiana di D. Storica (Ed.). Bolonia. 2019. pp. 25–35.

Las Provincias: Diario de Valencia.15 de diciembre de 1910.

Las Provincias: Diario de Valencia. 15 de diciembre de 1919.

La Correspondencia de Valencia. 15 de julio de 1919.

Las Provincias: Diario de Valencia. 17 de diciembre de 1930

"Noticias". *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*.25 de enero de 1911.

Palacio Lis, Irene: "Consejos a las Madres": autoridad, ciencia e ideología en la construcción social de la función materna. Una mirada al pasado. *Sarmiento*. 2003. pp. 61-79

Rodríguez Ocaña, Esteban: *Aspectos sociales de la Pediatría española anteriores a la Guerra Civil 1936-39*. En *La Ciencia Moderna y El Nuevo Mundo*. C.S.I.C Madrid. 1985. pp. 443-459.

Sanz Gimeno, Alberto y Ramiro Fariñas, Diego: "La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960: Un análisis de las causas de muerte". *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24. Enero 2002. pp.151–188.

Soler, Encarnación: "Labor a desarrollar por la Visitadora Puericultora". *Puericultura Española*, 3. 1935

Teixidor, M^ª Jesús y Hernández, Teresa: "El trabajo de la mujer en las labores del tabaco. La fábrica de Valencia (1887 - 1914)". *Cuadernos de Geografía*.1998. pp.339-354.

Thous, Maximiliano: *Valencia, protectora de la infancia*. 1938 Disponible en: <http://www.restauracionesfilmoteca.com/cine-valenciano/no-ficcion/valencia-protectora-de-la-infancia/>

"Una nota oficiosa". *La Correspondencia de Valencia*. 22 de julio de 1930.

2. Galiana-Sánchez, M. E., Martínez Zapata, R. y Bernabeu-Mestre, J. (2021). La contribución de las matronas al descenso de la mortalidad materna en España. In *XVII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería*. Tenerife.

LA CONTRIBUCIÓN DE LAS MATRONAS AL DESCENSO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ESPAÑA

María Eugenia Galiana Sánchez, Profesora Titular de Enfermería Comunitaria de la Universidad de Alicante, Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia, Cuidados en Salud y Alimentación, galiana@ua.es

Rocio Martínez Zapata: Enfermera, profesora FP Procedimientos Sanitarios y Asistenciales
martinez_roczap@uva.es

Josep Bernabeu Mestre, Catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia, Cuidados en Salud y Alimentación, josep.bernabeu@ua.es

Resumen: A lo largo del siglo XIX y XX los países europeo-occidentales, lograron superar las altas tasas de mortalidad materna, poniendo el foco en las condiciones de vida de las mujeres y en los mecanismos de atención al parto. Se analizan los datos de mortalidad materna en España a lo largo del siglo XX y se describe el desarrollo de los servicios de Maternología, así como la creación de acciones específicas como los seguros de protección a la maternidad. Posteriormente se detalla el desarrollo normativo y procesos de socialización de matronas y visitadoras sanitarias. Como fuentes se han utilizado Series Históricas y Anuarios del Instituto Nacional de Estadística. También monografías de la Serie "Al servicio de España y del niño español" y del Instituto Nacional de Previsión. La evolución de la mortalidad materna es coherente con la transición demográfica y epidemiológica en España. La formación temprana de matronas y visitadoras pudo contribuir a su descenso.

The contribution of midwives and visiting nurses to the decline in maternal mortality in Spain.

Summary: Throughout the 19th and 20th centuries, Western European countries managed to overcome the high rates of maternal mortality by focusing on the living conditions of women and on the mechanisms of childbirth care. The data on maternal mortality in Spain throughout the 20th century are analysed and the development of maternity services is described, as well as the creation of specific actions such as maternity protection insurance. Subsequently, the normative development and socialisation processes of midwives and health visitors are detailed. Historical Series and Yearbooks of the National Institute of Statistics have been used as sources. Also monographs from the series "Al servicio de España y del niño español" and from the Instituto Nacional de Previsión. The evolution of maternal mortality is consistent with the demographic and epidemiological transition in Spain. The early training of midwives and health visitors may have contributed to its decline.

A contribuição das parteiras e enfermeiras visitantes para o declínio da mortalidade materna em Espanha

Resumo: Ao longo dos séculos XIX e XX, os países da Europa Ocidental conseguiram superar as elevadas taxas de mortalidade materna, concentrando-se nas condições de vida das mulheres e nos mecanismos de assistência ao parto. Os dados sobre a mortalidade materna em Espanha ao longo do século XX são analisados e é descrito o desenvolvimento dos serviços de maternidade, bem como a criação de acções específicas, tais como o seguro de protecção à maternidade. Subsequentemente, os processos normativos de desenvolvimento e socialização das parteiras e dos visitantes de saúde são detalhados. Séries Históricas e Anuários do Instituto Nacional de Estatística têm sido utilizados como fontes. Também monografias da série "Al servicio de España y del niño español" e do Instituto Nacional de Previsión. A evolução da mortalidade materna é consistente com a transição demográfica e epidemiológica em Espanha. A formação precoce de parteiras e visitantes de saúde pode ter contribuído para o seu declínio.

Introducción

A lo largo del siglo XIX y XX, los países europeo-occidentales, lograron superar las altas tasas de mortalidad materna, poniendo el foco en sus determinantes y mejorando las condiciones de vida de las mujeres y los mecanismos de atención al parto (Loudon, 2000). En este trabajo se analiza el descenso de la mortalidad materna en España y los factores implicados. Para ello, se muestran, en primer lugar, los datos de mortalidad materna en la primera mitad del siglo XX. Posteriormente, se describen los factores que pudieron influir en su descenso, como el desarrollo de los servicios de Maternología, la creación de los seguros de protección a la maternidad y el desarrollo normativo y profesionalización de las matronas y visitadoras sanitarias.

Distribución demográfica y epidemiológica de la mortalidad materna en España

A pesar del probable infraregistro (Moroder, 1941), las estadísticas consultadas muestran que los casos de mortalidad materna en España iniciaron un descenso progresivo a partir de la década de 1920, sólo interrumpido por la gripe de 1918 y la guerra civil española (figura 1).

Figura 1



Fuente: Elaboración propia a partir de Series históricas del INE y Estadísticas históricas de España. S. XIX- XX

España se situaba por debajo de la media en las estadísticas de la Sociedad de Naciones en 1936, 3,4 muertes por 1.000 nacidos frente a las 4,4 que mostraba la media de países de los que se disponía de datos (Moroder, 1941)

Al analizar las causas de la mortalidad materna nos encontramos con la dificultad en la variación de los criterios de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que se han ido modificando a lo largo del tiempo hacia una mayor especificación. A pesar de estas limitaciones, en 1936 ya se había reducido las infecciones puerperales al 50%, y en 1946 suponían el 33%. Al reducirse las causas infecciosas, van adquiriendo peso otras causas como la hemorragia, placenta previa u otras circunstancias no especificadas durante el alumbramiento.

Detrás de estas causas se señalaban como elementos más importantes los siguientes (Moroder, 1941):

1. Las prácticas de atención al parto, especialmente las intervenciones operatorias innecesarias responsables de la mayor parte de las muertes y lesiones. En concreto se mencionaba "la prisa del tocólogo por terminar pronto y marcharse", "la falta de competencia en la especialidad", el "furor operatorio" y "el deseo de ganar más dinero".
2. Los factores que contribuían a la infección puerperal: manipulación vaginal (por este motivo eran muchos los partidarios de la comadrona en vez del médico para asistir los partos normales), intervenciones excesivas,

intervenciones sin asepsia, lavados y relaciones sexuales al final del embarazo, foco séptico en la vulva o vagina antes del parto sin tratar y la presencia de portadores entre el personal que asistía a los partos.

En cuanto a si eran más frecuentes las septicemias en medio hospitalario que en los domicilios, en general la tendencia estaba a favor de la asistencia domiciliaria.

Factores que contribuyeron al descenso de la mortalidad materna

El descenso de la mortalidad materna estuvo ligado a los factores que hicieron descender la mortalidad general que, como es conocido, tienen una explicación multicausal (Pérez-Moreda, Reber, Sanz-Gimeno, 2015). De igual modo, la disminución de la mortalidad materna es también paralela al descenso de la propia natalidad (Carreras, Tafunell, 2015) (figura 2)

Figura 2



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas históricas de España siglos XIX y XX (Nicolau, 2005)

Además de estas cuestiones, en nuestra investigación, observamos tres elementos que contribuyeron al descenso de la mortalidad materna en España: el desarrollo de los Servicios de Maternología, la creación del Seguro Obligatorio de Maternidad, y el temprano desarrollo normativo y profesionalización de los cuerpos sanitarios de atención al parto.

Los Servicios de Maternología

Los Servicios de Maternología, se estructuraron en España en torno al Instituto Nacional de Maternología y Puericultura que se inauguró en Madrid en 1926 con el nombre de Escuela Nacional de Puericultura. Dicho Servicio tenía como objetivo fundamental disminuir en lo posible las causas de mortalidad por el embarazo y el parto y la mortalidad neonatal. Para ello se planteaba, como consideración previa, la necesidad de conocer la magnitud del problema y las circunstancias en las que se producían las muertes, a través de registros adecuados, como la ficha de defunción materna, que se cumplimentaba a partir de la información facilitada por los familiares de la fallecida. El Servicio se articuló en torno a dos mecanismos (Moroder, 1941):

1. Reconocimiento y vigilancia de las embarazadas, que se desarrollaba en las visitas de seguimiento programadas, donde se hacían también recomendaciones higiénico—dietéticas y se informaba a las mujeres de los signos de alarma.
2. Organización adecuada de asistencia al parto, tanto en domicilio como en las maternidades. Dado que la estructura hospitalaria en España era incipiente, predominaban los domiciliarios. Ante la imposibilidad de contar con tocólogos preparados y que consintieran ser remunerados modestamente, los higienistas consideraban que era preferible que lo hiciesen las comadronas. Los médicos generales no estaban preparados

y además por su contacto frecuente con otros enfermos podían ser causa de contagio. La situación idónea era la formación de equipos de comadronas que estuvieran asistidas por algún tocólogo en caso de ser necesaria su intervención y con un hospital de referencia para el caso de partos complicados.

El Seguro Obligatorio de Maternidad

Implantado en 1931, tenía los siguientes objetivos:

- a) *Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto [...]*
- b) *Garantizarle los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo antes y después del parto,*
- c) *Fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia.*

Las aseguradas obtenían:

- 1. *La asistencia de comadrona o médico y de farmacia en el parto [...] y periodos de gestación y puerperio.*
- 2. *Una indemnización durante el descanso, que será obligatorio durante las seis semanas posteriores al parto. [...]*
- 3. *La utilización gratuita de las Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia [...]*

(Instituto Nacional de Previsión, 1934)

La protección de la mujer trabajadora tenía como objetivo final la protección de la salud de sus hijos y el fomento de la natalidad, evitando dejar al recién nacido para ir a trabajar. No obstante, el discurso general optaba por el cese del trabajo de la mujer casada para dedicarse a la crianza (Fernández-Gago, 1943). A pesar de la insistencia de las autoridades sanitarias y religiosas, la tasa de actividad femenina, como pueden observar, aumentó de forma constante a partir de los años 50, siempre por debajo de la masculina, mientras la natalidad disminuía.

Figura 3



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas históricas de España siglos XIX y XX (Nicolau, 2005)

Desarrollo normativo y socialización de las matronas

La primera enseñanza reglada de las matronas en España se remonta a 1790. Fue a finales del siglo XIX cuando se consolidó, desde el punto de vista normativo, la situación de las matronas como profesionales auxiliares de la

medicina (Salazar et al., 2008). En lo relativo a su inserción laboral, la incorporación de las matronas a puestos en el funcionamiento público fue algo más tardía, aunque ejercían su actividad profesional de forma privada; por ejemplo, en ciudades como Barcelona o Madrid, publicitaban sus servicios en la prensa diaria (Ruiz-Berdún, 2016). Las matronas tenían asignadas las siguientes funciones: asistencia a los partos normales, auxiliar a los médicos-tocólogos en los partos distócicos, asistencia benéfica a las púerperas, y por último proporcionar la certificación correspondiente y asegurar la inscripción del recién nacido en el registro civil. En los casos complicados, los obstetras y las matronas formaban equipo a la hora de atender a las pacientes y no era raro que los tocólogos contasen con una o varias matronas de confianza para recurrir a ellas en casos de necesidad. En estas ocasiones, era el tocólogo el que realizaba las maniobras obstétricas, y la matrona la que solía quedarse vigilando y cuidando de la paciente cuando esto era necesario.

Figura 4. Partos asistidos por el Seguro de Maternidad (1931-19329



Fuente: Informe sobre el seguro de Maternidad en el primer año de funcionamiento, pp 36 – 37, Instituto Nacional de previsión, 1933.

Las Matronas desarrollaron también su actividad profesional en las Mutualidades de Asistencia Médico-Farmacéutica, en la Beneficencia Municipal y en la Sección Femenina Auxiliar del Cuerpo de Prisiones. Fueron pioneras a la hora de constituir asociaciones profesionales exclusivamente femeninas en España. Así, en junio de 1895, se constituyó el Colegio de Profesoras Titulares en Partos de Madrid cuyo objetivo era aunar esfuerzos y conseguir mejoras laborales para la clase. En la **figura 5** se observa el incremento progresivo de la emisión de títulos de matronas, practicantes y enfermeras.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuarios estadísticos de 1950, 1951 y 1954 (INE)

Conclusiones

La evolución de la mortalidad materna que se observa en este estudio es coherente con la transición demográfica y epidemiológica en España, que supuso una reducción significativa de las tasas de mortalidad en todos los grupos de población. (Ramiro Fariñas, Sanz Gimeno, 1999).

Existe una dificultad manifiesta a la hora de analizar la mortalidad materna y es la dificultad por conocer la magnitud real del problema por las deficiencias de los sistemas de registro y las modificaciones en la clasificación de las causas de muerte. La variabilidad del registro de las causas no fue un problema exclusivo de la mortalidad materna. Las expresiones diagnósticas dependen de varios factores, como la difusión de conocimientos científico-médicos, la aplicación de diferentes criterios diagnósticos, la evolución de las nomenclaturas y clasificaciones, o los cambios en la consideración social de determinados grupos, como es el caso de las mujeres y madres. (Bernabeu-Mestre, Ramiro, 2003)

Se podría concluir que en España el descenso de la mortalidad materna pudo estar relacionado con la creación de dispositivos y programas de atención a las madres, la creación del Seguro obligatorio de maternidad y la formación universitaria experta temprana de las matronas. La actitud de las matronas, todas ellas mujeres y con un planteamiento más paciente y menos intervencionista frente al fenómeno del parto, discurrió paralela al espíritu de modernización sanitaria de la república, lo que pudo influir en el descenso de la mortalidad materna.

Referencias bibliográficas:

- Bernabeu-Mestre, José, Ramiro Fariñas, Diego, Sanz Gimeno, Alberto y Robles-González, Elena: "El análisis histórico de la mortalidad por causas". *Revista de Demografía Histórica*. 2003. pp.167-193.
- Carreras, Albert y Tafunell, Xavier: *Estadísticas históricas de España*. Ed. Fundación BBVA. 2015. Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2006_estadisticas_historicas.pdf
- Fernández Gago, Carmen: *El trabajo femenino en las distintas profesiones*. Al servicio de España y del niño español. Ed. Ministerio de la Gobernación. Madrid. 1943.
- Seguro Obligatorio de Maternidad*. Instituto Nacional de Previsión. Madrid. 1934.
- Loudon, Irvine: "Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today". *American Journal of Clinical Nutrition*, 72. Julio 2000. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.1.241s> 2000
- Nicolau, Roser: *Población, salud y actividad*. En *Estadísticas históricas de España*. Siglos XIX y XX. pp. 77-154. Ed. Fundación BBVA. Bilbao. 2005
- Pérez Moreda, Vicente., Reher, David-Sven, y Sanz-Gimeno, Alberto: *La conquista de la salud: Mortalidad y modernización en la España contemporánea*. Ed. Marcial Po. Madrid. 2015.
- Ruiz Berdún, Dolores y Gomis Ramos, Alberto: *Compromiso social y género: la historia de las matronas en España en la Segunda República, la guerra civil y la autarquía*. Ed. Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Concejalía de Mujer. 2016
- Salazar Agulló, Modesta, Bernabeu-Mestre, Josep, Martínez Marco, Emilio y Ramos Salas, Encarnación: "Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo". *Matronas Profesión*, 9(4). 2008. pp. 28-33.

3. Galiana Sánchez, M. E., Bernabeu Mestre, J., y Martínez Zapata, R. (2022). Pasado y presente de la mortalidad materna en España: impacto demográfico y epidemiológico y situación actual. In *Ciencia, Medicina y Ley. XVIII Congreso de la SEHM* (pp. 115–120). Valencia.

PASADO Y PRESENTE DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ESPAÑA: IMPACTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO Y SITUACIÓN ACTUAL

MARÍA EUGENIA GALIANA-SÁNCHEZ¹, JOSEP BERNABEU-MESTRE²
y ROCÍO MARTÍNEZ ZAPATA³

¹Grupo Balmís, Grupo SANHISOC, IUIEG; galiana@ua.es

²Grupo Balmís, grupo SANHISOC; josep.bernabeu@ua.es

³Universitat Jaume I; rmzapata@hotmail.com

A lo largo del siglo XX y XXI la mortalidad materna se ha reducido a nivel mundial, aunque continúa siendo un asunto prioritario en los países en desarrollo. Las muertes maternas han disminuido casi el 50 % desde 1990, sin embargo, dicho progreso ha sido lento y desigual. Alrededor del 99% de las muertes maternas se producen en los países en desarrollo (7, 15).

En la primera década del siglo XXI, el 73% de las muertes maternas en el mundo se produjeron por causas directas como la hemorragia, la septicemia o el aborto (1, 16). La alta proporción de muertes maternas por causas evitables muestra el difícil acceso a la atención materna básica y la necesidad de reflexionar sobre las políticas de salud y los programas de atención a la mujer.

En el pasado, los países europeo-occidentales lograron superar las altas tasas de mortalidad materna, poniendo el foco en sus determinantes e implementando mejoras en las condiciones de vida de las mujeres y en los mecanismos de atención al parto. Conocer estas experiencias permitiría enfocar la reflexión sobre la reducción de estas cifras en la actualidad (6).

Desde el enfoque de la historia aplicada, existen algunas investigaciones que, partiendo del estudio de la evolución de la mortalidad materna a lo largo del siglo XIX y XX, han analizado los determinantes de su descenso en países industrializados (3). Otros trabajos

se han centrado en la importancia de factores como la clase social, el estado nutricional, o la atención prestada en el parto (6).

En este trabajo, partiendo del estudio historiográfico de la mortalidad materna en España, se analiza su impacto demográfico y epidemiológico a lo largo del siglo XX y su abordaje por los responsables sanitarios, profesionales y científicos. Además, se propone una reflexión sobre la formulación de las políticas y estrategias sanitarias introducidas en el pasado y también en la actualidad para reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo.

DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ESPAÑA

A pesar del probable infrarregistro (8), las estadísticas consultadas muestran que los casos de mortalidad materna en España iniciaron un descenso progresivo a partir de la década de 1920, sólo interrumpido por la gripe de 1918 y la guerra civil española (figura 1).

Figura 1.



Fuente: Elaboración propia a partir de Series históricas del INE y Estadísticas históricas de España. S. XIX-XX.

España se situaba por debajo de la media en las estadísticas de la Sociedad de Naciones en 1936, 3,4 muertes por 1.000 nacidos frente a las 4,4 que mostraba la media de países de los que se disponía de datos (8).

Al analizar las causas de la mortalidad materna nos encontramos con la dificultad en la variación de los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que se han ido modificando a lo largo del tiempo hacia una mayor especificación. A pesar de estas limitaciones, en 1936 ya se había reducido las infecciones puerperales al 50%, y en 1946 suponían el 33% del total de las muertes maternas. Al reducirse las causas infecciosas, fueron adquiriendo peso otras causas como la hemorragia o placenta previa.

FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL DESCENSO DE LA MORTALIDAD MATERNA

El descenso de la mortalidad materna estuvo ligado a los factores que hicieron descender la mortalidad general que, como es conocido, tienen una explicación multicausal (10). De igual modo, la disminución de la mortalidad materna es también paralela al descenso de la propia natalidad (2) (figura 2).

Figura 2.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas históricas de España siglos XIX y XX (9).

Además de estas cuestiones, en nuestra investigación, observamos tres elementos que contribuyeron al descenso de la mortalidad materna en España: el desarrollo de los Servicios de Maternología, la creación del Seguro Obligatorio de Maternidad, y el temprano desarrollo normativo y profesionalización de los cuerpos sanitarios de atención al parto.

Los Servicios de Maternología

Los Servicios de Maternología se estructuraron en España en torno al Instituto Nacional de Maternología y Puericultura que se inauguró en Madrid en 1926 con el nombre de Escuela Nacional de Puericultura. Dicho Servicio tenía como objetivo fundamental disminuir las causas de mortalidad por el embarazo y el parto y la mortalidad neonatal. Para ello se planteaba, como consideración previa, la necesidad de conocer la magnitud del problema y las circunstancias en las que se producían las muertes, a través de registros adecuados, como la ficha de defunción materna, que se cumplimentaba a partir de la información facilitada por los familiares de la fallecida. El Servicio se ocupó del reconocimiento y vigilancia de las embarazadas y de la organización adecuada de asistencia al parto.

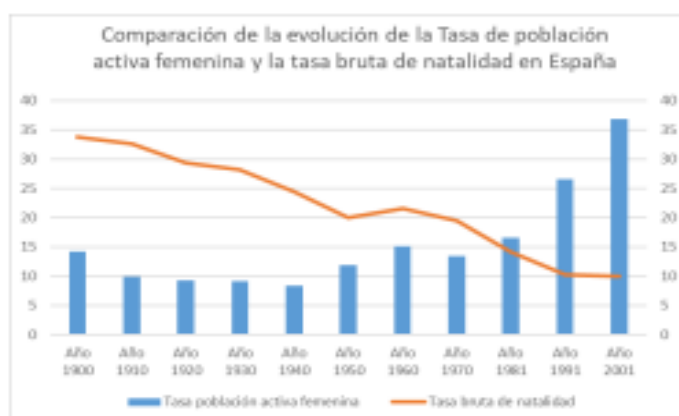
El Seguro Obligatorio de Maternidad

Implantado en 1931, tenía los siguientes objetivos (5):

- a) Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto [...]
- b) Garantizarle los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo antes y después del parto,
- c) Fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia.

La protección de la mujer trabajadora tenía como objetivo final la protección de la salud de sus hijos. No obstante, el discurso general, con un fuerte componente ideológico y sesgo de género, optaba por el cese del trabajo de la mujer casada para dedicarse a la crianza (4). A pesar de ello, la tasa de actividad femenina aumentó de forma constante a partir de los años 50, siempre por debajo de la masculina, mientras la natalidad disminuía.

Figura 3.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas históricas de España siglos XIX y XX (9).

Desarrollo normativo y socialización de las matronas

La primera enseñanza reglada de las matronas en España se remonta a 1790. Fue a finales del siglo XIX cuando se consolidó, desde el punto de vista normativo, la situación de las matronas como profesionales auxiliares de la medicina (13). En lo relativo a su inserción laboral, la incorporación de las matronas a puestos en el funcionariado público fue algo más tardía, aunque ejercían su actividad profesional de forma privada (12). Las matronas tenían asignadas las siguientes funciones: asistencia a los partos normales, auxiliar a los médicos-tocólogos en los partos distócicos, asistencia benéfica a las púerperas, y asegurar la inscripción del recién nacido en el registro civil. En los casos complicados, los obstetras y las matronas formaban equipo y no era raro que los tocólogos contasen con una o varias matronas de confianza.

Las matronas desarrollaron también su actividad profesional en las Mutualidades de Asistencia Médico-Farmacéutica, en la Beneficencia Municipal y en la Sección Femenina Auxiliar del Cuerpo de Prisiones. Fueron pioneras a la hora de constituir asociaciones profesionales exclusivamente femeninas en España. Así, en junio de 1895, se constituyó el Colegio de Profesoras Titulares en Partos de Madrid, cuyo objetivo era aunar esfuerzos y conseguir mejoras laborales.

CONCLUSIONES

La evolución de la mortalidad materna es coherente con la transición demográfica y epidemiológica en España, que supuso una reducción significativa de las tasas de mortalidad en todos los grupos de población (11).

Es difícil analizar la mortalidad materna por las deficiencias de los sistemas de registro y las modificaciones en la clasificación de las causas de muerte. La variabilidad de las expresiones diagnósticas depende de varios factores, como la difusión de conocimientos científico-médicos, la evolución de las nomenclaturas y clasificaciones, o los cambios en la consideración social de determinados grupos, como es el caso de las mujeres (1).

En España el descenso de la mortalidad materna pudo estar relacionado con la creación de infraestructuras sanitarias, la creación del Seguro Obligatorio de Maternidad y la formación experta temprana de las matronas, todas ellas mujeres y con un planteamiento más paciente y menos intervencionista frente al fenómeno del parto.

En la actualidad existen tanto iniciativas institucionales como promovidas por organizaciones no formales para reducir la mortalidad materna. Estas iniciativas continúan poniendo el foco de acción en aspectos terapéuticos, promoviendo la disponibilidad de fármacos, sangre o cirugía. Completar estas acciones con una mirada a las causas del problema, estableciendo formación de calidad para las matronas en los países afectados y mejorando las condiciones de vida de las mujeres, sería imprescindible para plantear soluciones sostenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernabeu-Mestre, Josep, Ramiro Fariñas, Diego, Sanz-Gimeno, Alberto; Robles-González, Elena (2003). El análisis histórico de la mortalidad por causas. *Revista de Demografía Histórica*, 167-193.
2. Carreras, Albert; Tafunell, Xavier (2015). Estadísticas históricas de España. (F. BBVA, Ed.). Retrieved from https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2006_estadisticas_historicas.pdf
3. De Brouwere, Vicent; Tonglet, René; Van Lerberghe, Wim (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West?. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (10), 771-782.

4. Fernandez-Gago, Carmen (1943), El trabajo femenino en las distintas profesiones. (Ministerio de la Gobernación), Madrid: Al servicio del España y del niño español.
5. Instituto Nacional de Previsión. Seguro Obligatorio de Maternidad (1934). Madrid, España: Instituto Nacional de Previsión.
6. Loudon, Irvine (2000), Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today, *American Journal of Clinical Nutrition*, 72 (1).
7. Menendez, Clara y Lucas, Anna (2014), Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad, Barcelona, ISGlobal.
8. Moroder, Juan (1941), Teoría y práctica de la Sanidad Pública, Barcelona, Salvat.
9. Nicolau, Roser (2005), Población, salud y actividad. En: Carreras, Albert; Tafunell, Xavier, eds. *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX y XX*. Bilbao, Fundación BBVA, pp. 77-154.
10. Pérez-Moreda, Vicente; Reher, David-Sven; Sanz-Gimeno, Alberto (2015), La conquista de la salud: Mortalidad y modernización en la España contemporánea, Madrid, Marcial Pons.
11. Ramiro Fariñas, Diego; Sanz Gimeno, Alberto (1999), Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860-1990. *Boletín de La ADEH*, XVII (1), 49-88.
12. Ruiz-Berdún, Dolores (2013), La primera enseñanza reglada de las matronas en España: el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid, *Iluil*, 36, (78), 387-410.
13. Salazar Agulló, Modesta, Bernabeu-Mestre, Josep, Martínez Marco, Emilio; Ramos-Salas, Encarna (2008), Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. *Matronas profesión*, 9 (4).
14. Say, Lale; Chou, Doris; Gemmill, Alison; Tunçalp, Özge; Moller, Ann-Beth; Daniels, Jane; Gülmezoglu, A. Metin; Temmerman, Marleen; Alkema, Leontine (2014), Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis, *The Lancet*, (2)- e323-e333.
15. WHO (2019), Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, Geneva, WHO.
16. WHO (2019), Maternal Mortality, Evidence brief, WHO/RHR/19.20, Geneva.

VII. DISCUSIÓN

Ante las altísimas cifras de mortalidad materno-infantil, debidas en gran medida a enfermedades infecciosas y prevenibles, inasumibles a nivel particular de las familias y a nivel socioeconómico por los estados, los poderes públicos de Valencia, a imagen de otras experiencias en diversas ciudades españolas y europeas, pusieron en marcha campañas de salud pública y educación para la salud dirigidas a la ciudadanía.

El caso de la ciudad de Valencia muestra como los cuidados materno-infantiles fueron evolucionando durante las tres primeras décadas del siglo XX. Si a comienzos de siglo consistían básicamente en la habilitación de un edificio para guardar niños y asistencia sanitaria básica, según se fue avanzando en los planteamientos científicos y en políticas sanitarias interesadas en la divulgación sanitaria, las instituciones se modernizaron y se adaptaron a los nuevos enfoques. En este contexto, la sociedad se hizo más exigente con respecto a los servicios que se prestaban y los profesionales sanitarios y educativos tuvieron que reorganizarse y especializarse para responder a estas demandas, incluso creando nuevas profesiones reconocidas oficialmente, como fue el caso de las Guardadoras de niños tituladas y las Visitadoras Puericultoras.

En el primer tercio del siglo XX en la ciudad de Valencia, las instituciones dedicadas al cuidado del niño, tanto de carácter público como de carácter privado eran muy numerosas y poco coordinadas entre sí. Teresa Moll, instructora de Sanidad del Dispensario de Higiene y Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, escribió un artículo en 1935 en la revista *Puericultura española* donde recogía estos recursos tal y como se muestra en el Anexo I. Conseguir esta red de asistencia comunitaria a la infancia, centrada en la prevención de la enfermedad y la educación para la salud a las familias, fundamentalmente a las madres, fue un proceso lento y, en general, con importantes déficits para prestar una atención de calidad.

Las instituciones de atención materno infantil no hospitalarias que más relevancia alcanzaron, a tenor de la documentación estudiada, ya sea por su volumen y por la información que aportan fueron, por orden de fundación, el Asilo de Lactancia de las cigarreras de la fábrica de Trabajos de Valencia, la Gota de leche y Consultorio Infantil y por último la Escuela Provincial de Puericultura. En estos centros se prestaba atención a la salud infantil y de forma directa o indirecta se daba servicio sanitario y social gratuito también a las madres.

El Asilo de Lactancia de la Fábrica de Tabacos de Valencia fue una de las primeras instituciones dedicadas al cuidado de la infancia (aparte de hospicios y hospitales) en la ciudad. Se inauguró a finales del s. XIX, y si bien, en un principio, su función era dar cobijo a los hijos de las trabajadoras de esta fábrica, con el tiempo, gracias a las reivindicaciones de las trabajadoras y en la importancia social que adquirió, se convirtió en un referente del cuidado infantil en la

ciudad y el comienzo de la preocupación por la puericultura más allá de los asilos de huérfanos u hospitales infantiles. La Fábrica de tabacos de Valencia empleaba a mediados del siglo XIX a 3400 mujeres (frente a 50 hombres), de entre 14 y 90 años en jornadas de doce horas, y no fue hasta 1919 que se estableció la jornada de ocho horas. La empresa no proporcionaba a las trabajadoras ningún apoyo social, sino que eran las Hermandades las proveedoras de asistencia médica, ayudas familiares por fallecimiento, fondos de socorro y jubilación, a partir de las aportaciones que las propias cigarreras ingresaban y, más tarde, fueron las Cajas de Auxilios las que ejercieron esta función. El Asilo de Lactancia de la fábrica de Valencia fue uno de los inaugurados en España en estas industrias, dada la gran cantidad de mano de obra femenina empleada en ellos y la importancia que se comenzaba a dar a la atención de los hijos de mujeres obreras (Teixidor y Hernández, 1998). En prensa común de la época, se explica que las cigarreras habían intentado organizarse para conseguir los medios económicos necesarios para encontrar un lugar seguro donde dejar a sus hijos mientras ellas trabajaban, sin resultado. Particularmente, el Asilo de Valencia se fundó por el empeño de sus trabajadoras: la Hermandad de esta ciudad ya había intentado encontrar un establecimiento donde resguardar a los hijos de las operarias durante la jornada laboral sin éxito, debido a los escasos recursos con los que contaban. Fue en 1871, durante una visita a la ciudad del monarca Amadeo de Saboya cuando, tras recibirlo en la fábrica de tabacos, las propias trabajadoras le suplicaron al rey una ayuda económica para conseguir este lugar para el recogimiento de sus hijos. Según las crónicas, el monarca se apiadó de los pobres niños a los que se dejaba a las puertas de la fábrica a la intemperie y donó una cantidad importante de dinero para construir un asilo de Lactancia similar al que ya existía en Madrid (Ecebé, 1902).

Considerando, que el rey don Amadeo de Saboya inspirado a su paso por nuestra hermosa ciudad, en sus nobles sentimientos, para evitar el espectáculo conmovedor que presentaban aquellos alrededores, inundados de centenares de criaturas, mandó construir y facilitó los fondos necesarios para levantar un edificio con el filantrópico objeto de albergar los hijos de aquellas infelices operarias durante su trabajo a imitación de lo que hizo en Madrid con los hijos de las lavanderas que hoy bendicen los beneficios inmensos que han reportado como la medida del caritativo corazón de aquel rey.

(Alcover Serres, 1975)

La donación real fue objeto de disputas políticas, acusaciones de robo y de fraude en el Ayuntamiento de Valencia, de tal forma que, a pesar de que se compró mobiliario para el asilo,

el primer recinto que se cedió a las trabajadoras fue un antiguo almacén municipal de herramientas.

El primer edificio del Asilo de Lactancia no se inauguró hasta el 1 de agosto de 1882, enfrente de la fábrica de tabacos y construido expresamente para con el fin de albergar a los niños con comodidad, que en ese momento rondaban el centenar y estaban al cuidado de monjas franciscanas, tal y como muestra la imagen del Anexo IV (Áncora, 1882). Si bien el edificio e instalaciones debían ser mantenidos por la Fábrica de tabacos, el Ayuntamiento sustentaba a base de subvenciones a las religiosas y debía hacerse cargo del mobiliario y otras necesidades de los niños, con fondos municipales y con donaciones que se hacían a la institución. Desde su fundación el Asilo fue objeto de reconocimiento social, lugar de visita de personalidades, ejemplo de la preocupación de la ciudad por los niños y receptora de donativos importantes, etc. aunque no siempre esto redundaba en el bienestar infantil, sino que se utilizaba como propaganda política (El pueblo, 1906). No obstante, la atención que se le prestaba hizo que se dotara de nuevos servicios más allá del de la guarda de los niños. En 1906 el Ayuntamiento autorizó la instalación de un consultorio médico destinado a enfermedades infantiles en el propio Asilo (La Corresp. Val., 1906)²¹. Cuando la Fábrica de Tabacos se trasladó al Pla del Real coincidiendo con La Exposición Regional de Valencia de 1909, también se trasladó el Asilo a unas nuevas instalaciones (Anexo V) enfrente de la nueva fábrica²², edificio al que se trasladaron en 1914 (Ayuntamiento, 1914). A partir de 1915, la labor del Asilo se amplió, las hermanas franciscanas, que en ese momento ya eran diez, atendían a un grupo muy numeroso de hijos de cigarreras, pero también abrieron una escuela para niños «*no de pecho*» al que acudían niños de la barriada (Anexo 4). El Asilo se convirtió también en uno de los primeros lugares de la ciudad donde se dieron charlas divulgativas sobre higiene infantil, como la que ofreció el Dr. García Brustenga en 1919 sobre el cuidado del lactante y los errores de crianza, en valenciano, para que las cigarreras le entendiesen bien y mientras éstas trabajaban (Por los niños, 1919). A pesar del apoyo social de esta institución y de haber sido un referente en el cuidado de los niños durante las dos primeras décadas del siglo XX en Valencia, a partir de los años 30 y coincidiendo con la apertura de nuevas instituciones dedicadas a la puericultura, nuevos profesionales dedicados a ellos y la sensibilización de las autoridades por la salud infantil se fueron poniendo

²¹ La puesta en marcha de este consultorio se demoró durante años, y a pesar de que un primer momento iba a instalarse en el propio Asilo, finalmente lo que se puso en marcha fue el Consultorio de Niños en las instalaciones que el Asilo ocupó hasta que se trasladaron a las nuevas instalaciones en el Pla del Real (Consultorio Municipal de niños. La Gota de Leche en Valencia, 1910)

²² Actualmente la Fábrica de Tabacos es sede del Ayuntamiento de Valencia y el edificio del Asilo de Lactancia es propiedad de la Universitat de València y alberga un balneario urbano.

de relieve las carencias de este centro.²³ Si bien en 1922 se autorizó a abrir una escuela de primera enseñanza en el asilo dirigido por las mismas religiosas que se habían hecho cargo hasta ese momento de los niños (Escolares, 1922), en 1930 se denunciaba en el Ayuntamiento que el trato de los niños por parte de las religiosas no era correcto (Una inspección, 1930). Tras la inspección oportuna, el Ayuntamiento decidió, no solo mejorar las instalaciones para garantizar la salubridad de las mismas (toma de agua corriente, calefactor de agua, esterilizador de biberones etc.), sino que cambió el nombre de Asilo por «Guardalactantes Amadeo de Saboya». También fue necesario también *«Cambiar totalmente el régimen a que están sometidos los lactantes, totalmente rutinario y anticientífico, organizando la vida de los niños durante su permanencia allí con arreglo a las normas de higiene de la puericultura»*. Además, se nombró como director al Dr. Luis Valencia Negro, director en este ese momento del Instituto Municipal de Puericultura, con la misión de reorganizarlo, autorizándolo a emplear enfermeras puericultoras (Una nota oficiosa, 1930). De esta forma, el Asilo de Lactancia pasó a funcionar como otros guardalactantes que se habían abierto en la ciudad en la última década en distintas barriadas de la ciudad. Las religiosas siguieron haciéndose cargo de la escuela hasta 1936, momento en que la congregación entregó el recinto y todo lo que contenía al Ayuntamiento. Su función docente se reanudó tras la guerra (Alcover Serres, 1975), pero no consta que la función de Asilo, como lugar en donde las cigarreras amamantaban a sus hijos, se retomara.

Con respecto a la atención a la salud materna, las iniciativas fueron probablemente más escasas, pero a partir de 1910, el Ayuntamiento nombró en Comisión de servicios a uno de los tocólogos de la sección de Beneficencia y Sanidad a pasar consulta en el mismo Asilo (El Pueblo, 1910).

El avance en el concepto en las necesidades del cuidado infantil y de la custodia de los hijos de las obreras evolucionó desde estas instituciones que funcionaban como mero asilo a centros con garantías educativas y sanitarias, de este modo, los guardalactantes municipales que se fundaron en la ciudad de Valencia en los años 30 ya contaban con personal laico y formado, como es el caso de las enfermeras puericultoras. Este cambio fue importante en varios aspectos: por una parte, el cuidado de los hijos de las obreras pasa a ser responsabilidad municipal, puesto que el personal que se contrataba era laico, ya no dependía de la caridad de

²³ El concepto de cuidado infantil en la ciudad fue cambiando según se abrían nuevas instituciones dedicadas a ello, como fueron en 1925 la Escuela Maternal del grupo Cervantes o en 1928 la Escuela Provincial de Puericultura, que instó a las autoridades a ofrecer un servicio público de puericultura más allá de lo que los guardalactantes clásicos ofrecían, apoyados en principios científicos y con personal cualificado (La Correspondencia de Valencia, 1930), (El pueblo, diario republicano, 1931).

la orden religiosa y por otra parte, se reconocía la necesidad de contratar personal especializado.²⁴

Las referencias de la prensa común a esta institución son de tres tipos. Por una parte, están los artículos referidos a las visitas y donativos de personajes de la alta sociedad al Asilo, como acto caritativo, siendo este centro un punto recurrente en las visitas ilustres a la ciudad. Por otra, parte están los artículos referentes a los problemas económicos de Asilo, por falta de personal, material, de infraestructura e incluso con acusaciones constantes de robo o desviación de fondos de la institución a manos privadas, que se mantuvo durante décadas, ejemplos de ello:

El Sr. Gonzalo Julián dijo que habiendo D. Amadeo de Saboya entregado una fuerte cantidad para la construcción de un asilo de lactantes para hijos de las cigarreras, por qué no se cumplió el deseo de aquel príncipe, aliviándose a las infelices en cuyo proyecto se hizo la donación. El señor presidente le contestó que no tenía en aquel momento datos oficiales sobre el particular, y se reservaba el contestar al Sr. Gonzalo Julián oportunamente.

(La Unión Católica, 1879)

Sería muy oportuno que en la sesión municipal que se celebrará esta tarde se presente una proposición encaminada a averiguar el paradero de un legado de 50.000 pesetas que doña Desamparados Idaix destinó al Asilo de lactancia. Se asegura que ni estos miles de pesetas ni otros muchos destinados a asilos y a los trabajadores de la fábrica de la indicada señora ha llegado a su destino. Esperamos que la Corporación Municipal averiguará cuanto haya sobre este asunto y evitará asó que miles de duros que la testadora destinó a inválidos asilados y centros benéficos se evaporen entre las manos de cuatro particulares.

(Noticias, 1906)

Por último, se encuentran los dedicados a las actividades que allí se llevaban a cabo. Con esta información se puede entender que no fue fácil su puesta en marcha y su mantenimiento, a pesar de la utilización como publicidad política y social que se hacía con el mismo. Debe destacarse que la voluntad de las mujeres en tener este centro de crianza para sus hijos fue

²⁴ Un ejemplo de la exigencia de personal cualificado en los numerosos guardalactantes que se fundaron en la primera mitad de la década de los 30 en Valencia es el de la barriada de Sagunto, en donde el Dr. Brustenga demandaba que se contratase a dos maestras puericultoras para la enseñanza de párvulos, cuatro enfermeras visitadoras, una celadora, un servicio de limpieza, y las hermanas de la Caridad se encargarían del comedor (Un guardalactantes y una cantina escolar para la barriada de Sagunto, 1931).

constante, lo que permitió conseguir mejoras a través de los años y sirvió como ensayo de los modernos centros de cuidado infantil y divulgación sanitaria para las madres en la ciudad.

La siguiente institución estudiada ha sido la Gota de Leche y consultorio de niños de la ciudad de Valencia. Las Gotas de Leche aparecieron en España a partir de 1902, la primera la de Barcelona y los Consultorios a partir de 1904 siendo pionero el abierto en Madrid (Rodríguez Ocaña, Ortiz, y García, 1985). Con respecto a las Gotas de Leche, en España se llegaron a contabilizar, desde comienzos de siglo hasta el comienzo de la Guerra Civil, 90 instituciones de este tipo, por tanto, no solo estaban en capitales de provincia, sino también en numerosas ciudades de más de 10.000 habitantes (Muñoz, 2017). Estos centros tenían como misión el reparto de leche tratada (Anexo VI), esterilizada y segura destinada a la alimentación de lactantes, el seguimiento antropométrico de los niños para controlar su correcto desarrollo y la divulgación sanitaria en temas de higiene y alimentación dirigido a las madres (Ballester, 2016). La apertura de la Gota de Leche en Valencia fue relativamente tardía, ya que comenzó su actividad junto al Consultorio de niños, en 1910. La iniciativa venía de años atrás, pues el Dr. Agustín Aguilar instó desde 1903 a las autoridades para que accediesen a su creación, ya que estaba comprobado los beneficios para la salud infantil de estos centros (Aguilar, 1903). Finalmente el Consultorio Municipal de Niños se inauguró el 11 de diciembre de 1910, en las instalaciones en donde se había ubicado el Asilo de lactancia²⁵, y se organizó en tres secciones: la Gota de Leche, la Policlínica de niños y la sección de Reconocimientos de nodrizas (Consultorio Municipal de niños, 1910). En el consultorio se atendía a niños pobres lactantes y hasta siete años, siempre que estuvieran sanos, cuyas madres consideraban que su leche no era suficiente para alimentarlos o no era de buena calidad, y se les hacía un reconocimiento médico que incluía antropometría (Perrón, 1911). Si bien el comienzo de la institución fue discreto, en poco tiempo se vio desbordada por la cantidad de mujeres que acudían a por leche para sus hijos (Anexo VII). A pesar de que esta institución dependía del Ayuntamiento y éste debía asegurar el suministro de leche, personal y materiales al centro, esto no siempre fue así, por lo que la asistencia a los niños de la ciudad se resintió más de una vez por la falta de recursos económicos y materiales allí destinados (Noticias, 1911). La Gota de Leche repartía biberones de forma gratuita o muy barata a las mujeres que lo solicitaban, una vez valorada y aprobada su solicitud, pero el objetivo inicial era atraerlas al centro para convencerlas de la conveniencia de mantener la lactancia

²⁵ Si bien en la prensa no se aclara la cuestión, se entiende que, durante un tiempo, y hasta que el Asilo de Lactancia se trasladó a las nuevas dependencias, ambas instituciones compartieron espacios.

maternal. En palabras del propio Aguilar Jordán «la madre que no da el pecho a su hijo, no es digna de tal nombre» (Aguilar, 1921).

Por lo que respecta a la atención a la salud materna, la Gota de leche y Consultorio ofrecían servicios dirigidos realmente al bienestar infantil: análisis de leche materna, para garantizar que la madre era capaz de producir leche suficiente y de calidad para sus hijos, y así no abandonar la lactancia materna y el reconocimiento a nodrizas (La Correspondencia, 1910):

En lo que al reconocimiento de nodrizas se refiere, hay que advertir que es obligatorio, y así lo prescriben las Ordenanzas municipales, no consintiendo que ninguna mujer pueda contratarse como nodriza si no posee el certificado de aptitud correspondiente, castigándose con multas a los contravectores [...]. El reconocimiento de nodrizas se presta con arreglo a todas las condiciones y exigencias de la Ciencia, de forma tal, que constituye una verdadera garantía para la salud de los niños. La nodriza es reconocida escrupulosamente; la leche es analizada en cantidad y calidad, y, por último, a las nodrizas se les expide un certificado de aptitud si reúnen las condiciones necesarias, así como se certifica de las condiciones que reúne su leche.

(La Correspondencia, 1912).

Así pues, la atención a las mujeres se limitaba a aquellas actividades que repercutían directamente en la salud de los niños, y no como una asistencia directa y dirigida a mejorar la salud materna.

Tal y como ocurrió con el Asilo, la Gota y Consultorio se convirtieron en un arma política utilizada por unos para ejemplo del compromiso de la ciudad con el bienestar de los niños pobres y por otros como argumento de la mala gestión de esta institución dependiente del ayuntamiento. Lo cierto es que, a pesar del éxito de convocatoria de la Gota, los recursos destinados a ésta debieron ser escasos y peligró en varias ocasiones su continuidad por impagos a proveedores por parte del ayuntamiento. Si bien se dotó al centro con personal, siendo en 1911 de tres médicos, uno por sección, y dos practicantes (Consultorio Municipal de niños, 1911). Una cuestión que no ha podido localizarse en prensa ni en otros documentos escritos, es la participación de mujeres profesionales en la Gota como muestra la imagen del Anexo VIII en la que aparece personal femenino, ya fueran enfermeras, médicas o estudiantes. No se ha encontrado la fecha exacta del cierre de esta institución, pero a pesar de estas dificultades, las

denuncias de precariedad, el cambio de ubicación²⁶ y otras adversidades, la Gota de Leche sobrevivió, al menos, hasta 1940, compartiendo la tarea de distribución de leche y productos de alimentación infantil en plena posguerra con el Auxilio Social, el servicio benéfico de coordinación, la Inclusa y la sala de niños del Hospital provincial, así como algunas entidades particulares (Comín, 1940).

La fundación y devenir de la Gota de Leche en Valencia es muy similar a la de otras en ciudades españolas en el primer tercio del siglo XX. Un ejemplo bien documentado fue la Gota de Leche de Alicante, tal y como se describe en el trabajo de Enrique Perdiguero y Josep Bernabeu. Fundada quince años después que la de Valencia, pero que describe un éxito similar entre las clases populares alicantinas y un problema crónico de suministro y financiación, con una dependencia constante de la caridad (Perdiguero Gil y Bernabeu Mestre, 1999). Se han estudiado Gotas de Leche en todo el territorio español con un patrón similar a estas dos ciudades: la Gota de Leche de Santiago de Compostela, que comenzó a demandarse por parte de médicos ilustres de la ciudad desde 1904, pero no abrió sus puertas hasta 1926, con similares problemas logísticos, económicos y políticos descritos para las otras instituciones homólogas (Manresa, Ponte y Pascual, 2020). Las mismas dificultades se describen para la puesta en funcionamiento de la Gota de Leche de Toledo, de forma muy temprana, en 1906, del mismo modo que en las anteriores instituciones, en donde la voluntad de que la ciudad contara con este recurso de puericultura partió de la clase médica, pero su apertura supuso una lucha constante contra los retrasos y falta de presupuesto y su mantenimiento deficiente, sin partidas presupuestarias dedicadas específicamente a ello (Dios-Aguado et al, 2022). Así pues, se puede ver que aquellas Gotas de las que se ha podido extraer información tiene una historia similar: un comienzo dificultoso, a pesar de los esfuerzos generalmente de la clase médica preocupada por la salud infantil de la ciudad, un compromiso por la clase política tibio, más próximo a la propaganda política y un mantenimiento incierto durante el tiempo que permanecieron abiertas. Además, las Gotas supusieron el acceso a otros servicios sanitarios como los Consultorios o Instituto de Higiene que se asociaron a ellas con el trascurso del tiempo y la evolución de los servicios de puericultura. Hay poca información del papel jugado por las usuarias de estos centros, mujeres de clase muy humilde que acudían a estos centros en busca de leche segura para alimentar a sus hijos, puesto que era uno de los pocos recursos gratuitos que en general se ofrecían.

²⁶ En 1915, el Consultorio de niños se trasladó a la Glorieta, donde antes se había ubicado una Casa de Socorro el pueblo (Las Provincias 1915).

Si la institución anterior era fundamentalmente asistencial y dirigida a la mejora de la salud infantil, aun introduciendo la educación sanitaria en las consultas, desde comienzos el siglo XX surgieron en Valencia dos instituciones muy relacionadas entre ellas, dedicadas a la educación maternológica y de puericultura, donde la función de la mujer como receptora de servicios y también como profesional, ganó protagonismo. Por una parte, se fundaron *comedores o cantinas maternas*, en donde se suministraba alimentos a las mujeres embarazadas o lactantes a cambio de asistir a cursillos sobre alimentación y otros cuidados infantiles y ser concienciadas de la importancia de no abandonar a los hijos (Palacio Lis, 2003b)

Los comedores de madres pobres lactantes, donde durante los meses de lactancia las madres obreras reciben diariamente alimentación adecuada, tonificante reparadora y propia para aumentar la leche y dotarla de inmejorables condiciones alimenticias, para que sea verdaderamente nutritiva al niño, lo desarrolle completamente, con normalidad, con pleno vigor [...].

(Diario de Valencia, 1917)

Por otra parte, con unos objetivos muy distintos, más dirigidos a la guarda de los niños y la educación de futuras madres y niñeras, a partir de 1922, en España se fundan las Escuelas Maternas. La de Valencia abrió sus puertas en 1925, en el Grupo Escolar Cervantes, como centro en el que las mujeres trabajadoras del barrio podían dejar a sus hijos durante su jornada laboral. En este centro también se enseñaba a las jóvenes que querían aprender a cuidar de niños, no solo para saber ser madres, sino también para conseguir el título de niñeras profesionales. Era un centro dirigido por la maestra y pedagoga Natividad Domínguez²⁷, en donde se enseñaba a las alumnas del último curso nociones básicas del cuidado de niños. Es decir, mujeres enseñaban a mujeres técnicas de crianza (con técnicas pedagógicas modernas, como la de Montessori), juego, alimentación, vestido, etc. cuyos sujetos de aprendizaje eran los niños de las obreras que allí se cuidaban (La Escuela Maternal de Valencia, 1925). Se trataba pues de una institución de gran influencia en la ciudad, cuyas docentes eran maestras públicas, con una doble labor: guardaban a los hijos de las obreras en un lugar seguro, bien alimentados y recibiendo una educación desde la más temprana edad, y, además, otras mujeres, ya fueran alumnas del colegio o externas podían aprender técnicas de crianza modernas, amparadas en la

²⁷ María Natividad Domínguez Atalaya (1888- 1932), Maestra, pedagoga y publicista. En 1908 fue nombrada maestra en Valencia y en 1910 accedió al cargo de directora del Grupo Escolar Cervantes de esta ciudad. Escribió la «página pedagógica» del diario Las Provincias y en 1926 fue una de las trece mujeres que participaron en la Asamblea Nacional en la dictadura de Primo de Rivera, por haber destacado en su tarea en el ámbito educativo y social (Tavera, sf).

ciencia para atender a sus futuros hijos o para convertirse en niñeras profesionales. Solo había una parte del temario que impartía un hombre, la dedicada a la higiene, a cargo del Dr. Valencia Negro (García, 1925), cuestión importante, puesto que fue uno de los médicos implicados en la apertura, dos años después y en estas mismas instalaciones de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia.

La apertura de esta última institución se hizo con el compromiso de ambos centros de mantener su propia identidad e independencia. La Escuela Provincial de Puericultura fue autorizada el 8 de agosto de 1927 y se inauguró oficialmente el 8 de marzo de 1928 (Las Provincias 1928) ubicándose en un primer momento en los locales de la Escuela Maternal del Grupo Escolar Cervantes (La Correspondencia de Valencia, 1927). Los impulsores el proyecto fueron los doctores Dámaso Rodrigo Pérez, Luis Valencia Negro y Alejandro García Brustenga (Barona Vilar, 2002). La apertura de la Escuela se demoró un tiempo puesto que era necesario recaudar fondos para ponerla en marcha. El dinero necesario debía provenir mayoritariamente de organismos públicos, si bien estos se mostraron reticentes a destinar otra partida presupuestaria a una nueva institución dedicada a la puericultura. Antes de abrir sus puertas, se impulsó una campaña de propaganda muy activa en los periódicos de la ciudad anunciando los propósitos de la Escuela tanto para recaudar donaciones para su apertura, como para reclamar la atención de aquellas jóvenes interesadas en estudiar allí:

La Escuela Provincial de Valencia formará a un cuerpo de enfermeras visitadoras para niños, reclutándolas entre aquellas jóvenes que posean títulos de bachiller, maestra nacional o matrona, previa preparatoria instrucción, inculcándoles aquellas saludables enseñanzas necesarias para desempeñar tan difícil como simpática misión. Las enfermeras visitadoras serán elementos valiosísimos en esta cruzada contra la incultura y la ignorancia, evitando los daños que por éstas sufren los niños de cualquier sexo, edad y posición social. Las enfermeras visitadoras, nuevas embajadoras de la higiene infantil, llevarán la influencia que sus elementales conocimientos sobre tan importante materia, a las mansiones de los aristócratas, a las casucas de los menesterosos, a las habitaciones de los artesanos, actuando con cariñosa persuasión, con marcado interés, con plena consciencia de su patriótica misión, conquistando a las madres con practica de los razonados consejos que por encargo de la escuela deben saber transmitir y ejecutar.

(Escuela provincial de Puericultura de Valencia, 1927)

La Escuela permaneció en las instalaciones el grupo escolar hasta febrero de 1933, momento en que se trasladó a las dependencias del Instituto Provincial de Higiene de Valencia,

facilitando la coordinación entre servicios de preventivos al coincidir en el mismo espacio la administración de la Inspección Provincial de Sanidad, los dispensarios antivenéreo, antirrábico y antituberculoso y los laboratorios químico y bacteriológico del Instituto de Higiene (Barona Vilar, 2002). El 30 de marzo de este mismo año se anunció, por parte de la Dirección General de Sanidad, la creación de 50 dispensarios provinciales de Higiene Infantil en España cuyas funciones coincidían, en parte, con las competencias de las Escuelas Provinciales de Puericultura ya creadas y competían también por el reparto de recursos. Por ello se optó por unir ambos servicios de lucha contra la mortalidad infantil de los Institutos de Higiene como «*Escuela-Dispensario de Puericultura*» (García Brustenga, 1933). De esta forma la institución quedaba dividida en dos secciones: por una parte la Escuela de Puericultura propiamente dicha como «*centro técnico de enseñanza para profesionales*», y por otra parte era «*un centro de divulgación y de lucha contra la mortalidad infantil*», es decir, un «*Dispensario de Higiene Infantil*» (Inspección Provincial de Sanidad, 1935). Con esta doble vertiente, a la vez que se atendía a niños y madres en las consultas, se formaba al personal puericultor.

La Escuela de Puericultura de Valencia, a su vez se dividía en las siguientes secciones:

- *Enseñanzas de Eugenesia y Puericultura intrauterina, para médicos y matronas*
- *Enseñanzas de Higiene de primera y segunda infancia, para médicos, maestras, Enfermeras y Guardadoras de niños*
- *Enseñanzas de Higiene escolar, para médicos, Maestros y Maestras*
- *Laboratorio de dietética*
- *Laboratorio de análisis químico- biológicos*

(García Brustenga, 1933)

Los cursos que se organizaban, tal y como indicaban las directrices de la Escuela Nacional de Puericultura y el Reglamento de la institución provincial, eran de tres tipos: cursos destinados a profesionales que deseaban especializarse en puericultura, cursos para formar a nuevas profesionales puericultoras y, por último, estaban los cursillos dedicados a la divulgación. Los profesionales que podían ampliar sus conocimientos en Puericultura eran maestras y maestros, matronas y médicos. Las maestras recibían lecciones teóricas y prácticas de Higiene de primera y segunda infancia, Higiene escolar, Higiene Ocular e Higiene Dental. En el caso de los maestros, las clases eran las mismas excepto las de Higiene de primera y segunda infancia de las que estaban exentos. Las matronas recibían lecciones de Puericultura intrauterina, cuyas prácticas se realizaban con las embarazadas que acudían a la Escuela para seguir el plan de vigilancia del embarazo, e Higiene de Primera infancia. Las prácticas correspondientes a estas clases se

llevaban a cabo con las mujeres que acudían a la Escuela para llevar el plan de vigilancia de su embarazo. Las prácticas de Primera Infancia, se hacían con los niños del servicio de madres lactantes (García Brustenga, 1934). Las mujeres que optaban a cursar las enseñanzas de Enfermera Visitadora de niños debían estar en posesión del título de Bachiller o Maestra Nacional pero, si no era así, podían acceder a los cursos tras realizar una prueba de nivel de conocimientos generales, aritmética básica, geografía, historia, etc.²⁸ Según los resultados, se les dividía en un grupo que efectivamente podía asistir al cursillo para obtener el título de Enfermera Visitadora y aquellas que podían seguir las lecciones para Guardadoras de Niños²⁹.

La Escuela de Puericultura comenzó su trabajo en su vertiente docente con un cursillo titulado de Orientación, con una duración de cuatro meses, de marzo a junio de 1928, dirigido a maestras, matronas que querían formarse en puericultura, y a aquellas jóvenes que querían estudiar para obtener el título de Enfermera Visitadora de Niños o Niñeras. A partir de septiembre, ya se organizaron los estudios por cursos completos, a los que se sumarían más adelante cursillos para médicos y estudiantes de medicina. El primer programa que se propuso para las enseñanzas de las Enfermeras visitadoras de niños en 1928, recién inaugurada la Escuela, se articulaba en cuatro partes, tal y como se muestra en la tabla 6:

PARTE	MATERIA	CONTENIDO
1ª	Puericultura y Maternología	Causas de la mortalidad infantil perinatal, puericultura prenatal, eugenesia y puericultura del nacimiento y los quince primeros días del lactante.
2ª	Primera infancia	Introducción de fisiología, nociones de psicología y educación de la primera infancia y nociones de patología y profilaxis, el temario se centraba en la alimentación del niño: lactancia natural, artificial y mixta, destete, tratamiento higiénico de la leche y trastornos de la alimentación
3ª	Segunda y Tercera infancia	Higiene escolar, enfermedades transmisibles
	Profilaxis e higiene mental	Métodos de profilaxis, higiene mental del niño y el papel del Médico y las Visitadoras de Niños

²⁸ Algunas de estas preguntas eran: *¿qué es un tenedor? ¿Cuántos milímetros tiene un decímetro? ¿Cuántos habitantes tiene Valencia? ¿Conoce usted algún museo célebre?*, etc. (Inspección Provincial de Sanidad, 1935).

²⁹ Tras el ingreso en el grupo de estudios para Visitadoras, se organizó un curso de ampliación de estudios de 14 días a cargo del maestro puericultor M. Thous Llorens para ampliar su cultura general, en el que se incluían materias como lenguaje y escritura, cálculo, líneas y espacios, organización, y asistencia domiciliaria, que trataba los puntos de corrección, entusiasmo y alegría, o intuición de la labor social de la enfermera visitadora desde los puntos de vista local y universal, entre otros (Inspección Provincial de Sanidad, 1935).

4ª	Lucha contra la mortalidad infantil	Legislación protectora de la mujer-madres en España y otros países y a la obra social al niño y la madre embarazada
----	-------------------------------------	---

Tabla 6: elaboración propia a partir de Materias del curso para la obtención del título de Enfermera Visitadora (Inspección Provincial de Sanidad, 1928).

Las lecciones teóricas se complementaban con dos clases prácticas semanales. Más adelante, el programa de Enseñanzas para Enfermeras Visitadoras se organizó en dos cursillos consecutivos de cuatro meses cada uno (Proyecto de Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, 1928), con 31 lecciones en total, cuyos docentes eran el profesor de sección el Dr. Juan Bosch Marín y la ayudante de sección la Dra. Dolores Vilar Gallego (Anexo IX). Se impartían clases teóricas dos tardes a la semana durante una hora y las prácticas tres días de 10 a 12 de la mañana donde las estudiantes interactuaban con las madres y los niños que acudían a los cursos dirigidos a éstos. Por las tardes, las estudiantes realizaban visitas a los domicilios de esas madres para informar a la Escuela de las condiciones higiénicas de las mismas (Inspección Provincial de Sanidad, 1935). El examen de aptitud para obtener finalmente el título se realizaba ante un tribunal constituido por profesores de la escuela y consistía en la resolución de un caso práctico que las candidatas debían resolver en dos horas y posteriormente defender públicamente. Ejemplo de ello se muestra en el Anexo X. donde se transcribe el acta de tres de estos exámenes.

También se ofrecían cursillos de perfeccionamiento para Maestras, Enfermeras Visitadoras y Niñeras tituladas, , que constaban de las siguientes de 10 lecciones teórico-prácticas (Anexo XI) y los cursos dirigidos a médicos, versaban sobre dos temáticas, Puericultura en general e Higiene escolar, y el objetivo era dotar de conocimientos sobre puericultura a aquellos médicos generalistas que ejercían su función en el medio rural (Barona Vilar, 2002). El programa de los cursillos de Puericultura organizados era fundamentalmente teórico, pero contemplaba visitas a centros de puericultura de la ciudad Los cursillos para médicos dedicados a la Higiene escolar constaban de 14 lecciones con un temario más concreto orientado a niños de la 2ª y 3ª infancia y se comprobaba su aprovechamiento con un examen final (Anexo XII).

Los cursos dirigidos a la población femenina tenían temarios variados según el estado civil de las mismas: para jóvenes, casadas o madres lactantes, y se intentaba que las asistentes pasaran de un cursillo a otro según cambiase su situación. En el caso del Cursillo gratuito para señoritas y recién casadas, constaba de 10 lecciones teóricas que se combinaban con sesiones prácticas y visitas a instituciones dedicadas a la infancia (Anexos XIII y XIV)

En el caso de los cursos para madres lactantes, organizados a modo de conferencias, éstos no eran tan extensos, tal y como se muestra en el Anexo XV se impartían dos días a la semana, teniendo en cuenta que estas mujeres tenían que dejar sus obligaciones laborales y su trabajo en el domicilio para acudir a ellas. Era habitual también, que, atendiendo al origen humilde de estas mujeres, se ofrecieran regalos y premios por acudir a la escuela. Estos regalos que consistían en alimentos, estuches de aseo o ropa que solían ser donados por empresarios o particulares a cambio de publicidad de su obra caritativa eran, habituales (Las Provincias, 1928) (La Correspondencia de Valencia, 1930) (El Pueblo, 1931) (La Correspondencia, 1932), así como los pagos en metálico³⁰ por demostrar que eran buenas madres. Los regalos y el dinero en metálico que se ofrecía a estas madres era la forma de animarlas a acercarse a la Escuela y garantizar su permanencia en ella mientras durasen los cursillos, además de premiar el esfuerzo de memorizar la cartilla que se les entregaba, dado que probablemente muchas de estas personas no sabrían leer el documento con la información sobre Higiene. La documentación de prensa popular que ha llegado sobre la entrega de estos regalos es abundante, puesto que muchos de estos premios se hacían públicos, se homenajeara a estas mujeres y poniéndolas como ejemplo de buenas madres (Anexo XVI). Así pues, estos premios en metálico o especie tenían la función de atraer y mantener a las mujeres en las lecciones teórico- prácticas durante unas semanas (Conferencias para las madres lactantes, 1932) y por otro lado tenía una función de propaganda, para mostrar a otras madres los beneficios para sus hijos y para sus familias el hecho de acudir a estas enseñanzas. Estos cursillos o lecciones, tuvieron un gran éxito de convocatoria, ya que a ellas asistían las madres que ya eran habituales en otros servicios de la Escuela de Puericultura, por lo que la audiencia era de unas 300 madres a las que organizaron por grupos para asegurar que aprovechaban las prácticas que se incluían en las lecciones. Para facilitar el seguimiento de las lecciones, se repartía gratuitamente entre las mujeres una *Cartilla de Higiene Infantil* que se repartía como parte de la propaganda de la escuela con preceptos básicos de crianza y se premiaba con 10 pesetas a aquellas que lo recitaban de memoria (Anexo XVI) (Concurso de madres lactantes, 1933).

³⁰ Los premios a las madres por demostrar su dedicación a sus hijos también fue una práctica llevada a cabo previamente, como es el premio a la crianza de 50 pesetas y 25 pesetas de la Gota de Leche (Diario de Valencia, 1914) así como la entrega de subsidios puntuales a madres necesitadas (Las Provincias, 1931).

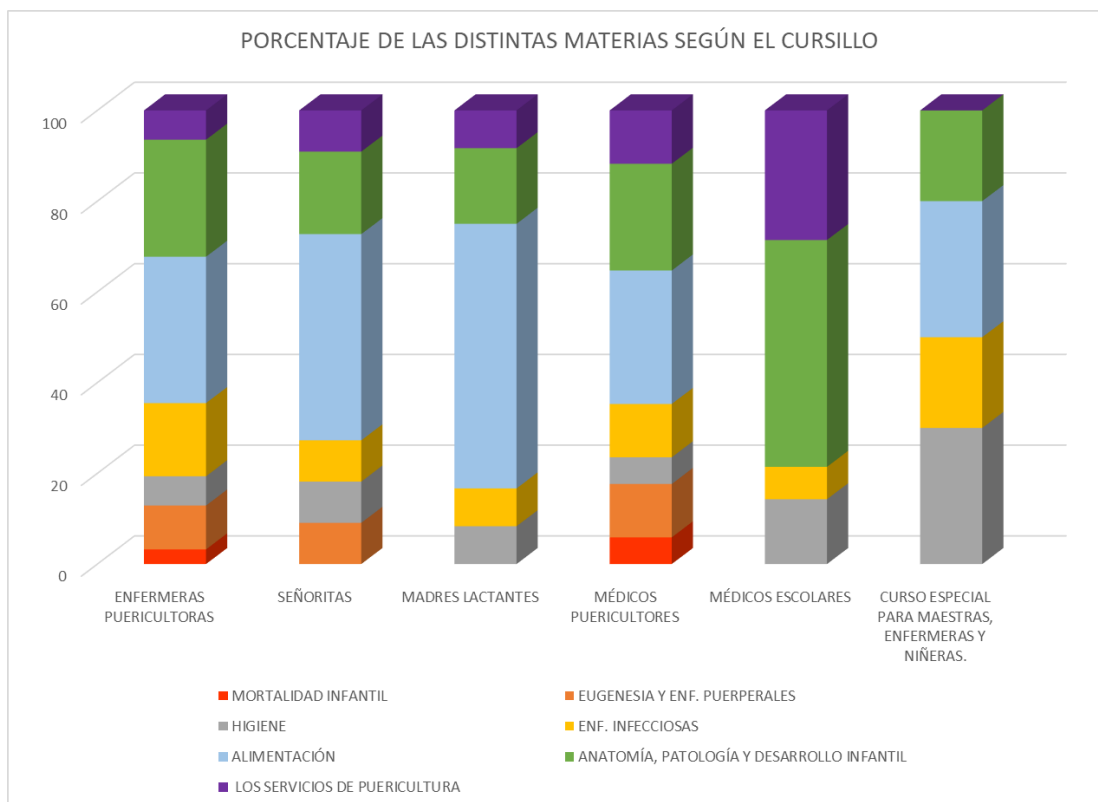


Gráfico 8: Porcentaje de las distintas materias en los cursos de formación de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria de los servicios sanitarios provinciales, 1933.

Tal y como se muestra en el gráfico 8, el peso que se le daban a las diversas materias en los cursillos dependía de la audiencia a la que iban dirigidos, sin embargo, los temas recurrentes eran: la alimentación, la higiene y la prevención de enfermedades infecciosas, aunque para ello dedicasen tiempo a estudiar nociones de anatomía y fisiopatología en distintitos niveles de complejidad, incidiendo de esta forma en aquellos problemas implicados de forma directa en la morbi-mortalidad infantil. En el caso del cursillo dirigido a señoritas y recién casadas, las lecciones se centraban en temas de alimentación, aunque también se hacía incidencia en mostrar a las futuras madres nociones de eugenesia, anatomopatología del recién nacido y cuidados básicos del mismo. Cuando el curso estaba orientado a madres lactantes, los temas puerperales desaparecían y se le daba protagonismo a la alimentación, ya fuera en la etapa lactante, en todas sus variedades, como en las posteriores. En el curso para preparar a las enfermeras puericultoras, se observa que el peso del temario volvía a recaer en temas de alimentación, pero también se procuraba una formación básica en anatómo-patología infantil, técnicas de cuidados básicos y recogida de información. En el cursillo de perfeccionamiento para maestras, enfermeras y niñeras ya tituladas, las lecciones versaban fundamentalmente en la higiene y la alimentación, así como las infecciones infantiles, cómo detectarlas y tratarlas de

forma sencilla. Con respecto a los médicos, el cursillo dedicado a puericultores reparte su interés entre temas de alimentación y anatomo-patología y desarrollo infantil, dedicando también varias lecciones a las enfermedades infecciosas entre otros, mientras que el curso dedicado a médicos escolares centra su atención en las particularidades físicas, de desarrollo y patologías propias de la infancia, y da mayor peso que en el anterior temario a las cuestiones de higiene y conocimiento de los servicios de Puericultura existentes. Si bien en ninguno de ellos parece que la cuestión de la higiene sea el principal, es de suponer que fuera un tema transversal, tratado igualmente en las lecciones dedicadas a la alimentación como en aquellas que versaban sobre enfermedades infecciosas. La cuestión de la detección y prevención de las enfermedades infecciosas en la infancia aparece en todos los temarios, y se hacía hincapié en la necesidad de vacunación de las distintas patologías.

Es destacable la absoluta autoridad del médico y el enfoque paternalista y subordinado de la maternidad, que se queda patente en la primera conferencia para las madres lactantes de 1932 (Anexo XV):

Qué es la Puericultura. La Escuela de Puericultura, las madres y los niños. Propósitos de estas conferencias. Líneas generales de conducta para que sea eficaz esta labor. Los pechos de la madre pertenecen a su hijo. A casi totalidad de las madres pueden criar al pecho a sus hijos, Los peligros de una actuación impremeditada. Únicamente el medico opinará sobre esta magna opinión.
(Conferencias para las madres lactantes, 1932).

Este discurso relegaba a las madres a meros instrumentos para garantizar la crianza de hijos sanos, no habían variado con respecto a las premisas del Dr. Aguilar de comienzos de siglo. No dejaban ninguna duda de quién tenía la autoridad en materia de crianza, el médico. En esta lección se expresaba la idea de la irresponsabilidad de las madres al retirar la lactancia por motivos injustificados y trasladaba la decisión de mantener la lactancia materna hacia el médico, sin contar con la decisión de la mujer, puesto que carece de conocimiento y voluntad suficiente.

Tres de estos cursillos ofrecían también prácticas o visitas a centros dedicados a la infancia, aunque tal y como se muestra en la tabla 7, dependía del interés de estas visitas para ilustrar el temario o el tiempo que se dedicaba a ello:

SESIÓN	Cursillo gratuito para señoritas y recién casadas	Visitas Cursillo de Puericultura para médicos	Visitas del cursillos Higiene escolar para médicos
1	Visita a la Escuela de Puericultura y Escuela Maternal	Escuela de Puericultura	
2	Visita a la Maternidad. Visita a la Inclusa y salas de niños enfermos del Hospital y facultad de Medicina.	Guardalactantes de la Fábrica de Tabacos	
3	Visita al Guarda-lactantes de la Fábrica de Tabacos al Instituto Municipal de Puericultura (Gota de Leche y consultorio de niños)		Escuela Maternal del Grupo Cervantes y Guardería Infantil de la barriada de Quarte.
4	Prácticas de vestido y baño del niño de pecho.	Guardería infantil de la barriada de Sagunto	Instituto Valenciano de Sordomudos y Ciegos
5	Prácticas de higiene de la boca	Instituto Municipal de Puericultura	Escuela-Reforma de Burjasot y explicación de una de sus aulas de la 6ª lección teórica.
6	Visita a la Casa de la Beneficencia y a la Casa de la Misericordia		
7	Prácticas de higiene de los ojos	Inclusa del Hospital Provincial	
8	Prácticas de peso y talla del niño de pecho.		
9	Prácticas de laboratorio (análisis de leche)		Escuelas de Sueca y Carlet
10	Visita a la guardería de la barriada de Sagunto.	Casa Beneficencia	Instituto Escuela
11	Visita al Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa	Dispensario antituberculoso	Escuela de Artesanos
12	Visita a la Escuela de Reforma de Burjasot.		
13	Prácticas de alimentación del niño.	Escuela reforma de Burjasot	
14	Clausura con asistencia de Autoridades		

Tabla 7: elaboración propia a partir de Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933.

Como ya se ha explicado anteriormente, a partir de 1933 a la Escuela de Puericultura de Valencia se le asignó la misión de dar servicio como un Dispensario de Higiene Infantil, en donde los niños sanos eran atendidos por profesionales y por estudiantes. Los servicios del Dispensario eran:

- Servicio de Higiene prenatal para embarazadas
- Servicio de Higiene de primera y segunda infancia: vigilancia de niños sanos y enseñanza de maternología. Vigilancia de nodrizas.

- Servicio de Higiene escolar: reconocimiento, fichado y vigilancia de los niños de las escuelas. Higiene dental, higiene ocular y otorrinolaringología.
- Servicio de Profilaxis: vacunaciones contra la tuberculosis, viruela, difteria y tifoidea (Inspección Provincial de Sanidad, 1933).

Así pues, la Escuela de Puericultura también atendía a algunas necesidades de salud de las madres a través de su sección de Higiene prenatal, en donde se vigilaba el embarazo y se realizaban los análisis necesarios para ello en el propio laboratorio y por otra parte la Escuela contaba con la sección de Mutualidad maternal, anterior al Seguro Maternal Obligatorio, donde las enfermeras visitadoras inscribían a mujeres trabajadoras recién casadas que pagaban una pequeña cantidad de dinero mensual para que, en el momento de quedar embarazadas pudieran disfrutar de ventajas como asistencia médica y de matronas, asistencia gratuita en el Dispensario de Higiene Infantil y una paga de 5 pesetas diarias durante los primeros veinte días el puerperio (Águeda, 1937). La Escuela de Puericultura de Valencia puso en marcha este seguro al menos dos años antes de que se hiciera extensivo por ley en el resto de España en 1931, abriendo las inscripciones en marzo de 1929 (A las mujeres valencianas, 1929). Esta cuestión es relevante, pues muestra las primeras iniciativas de protección a las madres que se consolidarían décadas después. El Seguro de Maternidad, además del respaldo económico a la puerpera y del descanso obligatorio para disfrutarlo, aseguraba la vigilancia del embarazo y parto por parte de una matrona y de un médico si era necesario, la dispensación farmacéutica, y la atención postparto de una visitadora.

Con respecto a la función de divulgación y propaganda, las actividades fueron variadas según a la población a la que iba dirigida. La actividad de divulgación que destacaba en la Escuela de Puericultura de Valencia era la Cátedra ambulante cuyo objetivo era difundir los principios de higiene infantil por los barrios periféricos de la ciudad de Valencia y por el resto de la provincia:

El arte de criar a los niños se desconoce en la mayoría de las poblaciones. Por eso, educar a la masa femenina rural en esos menesteres tan elevados es la misión de esas Cátedras ambulantes.

(García-Brustenga, 1930a)

Para ello, la Escuela de Puericultura debía ponerse en contacto con los Ayuntamientos para ofrecer la posibilidad de celebrar un acto de divulgación en sus municipios. Una vez el ayuntamiento de la localidad aceptaba ser sede de una sesión de la Cátedra, se le solicitaba un espacio amplio para llevarla a cabo, como teatros o cines. Días antes del evento, la Escuela enviaba al municipio documentación publicitaria: folletos anunciando el acto y carteles sobre

Higiene Infantil para llamar la atención del público. En las sesiones se daba prioridad a la asistencia de madres y jóvenes, pero se invitaba expresamente al alcalde y otras autoridades para implicarlas en la causa. Habitualmente, el acto se dividía en dos partes: en la primera maestros y médicos daban charlas sobre crianza y educación de los niños, en ocasiones acompañado de proyecciones y en la segunda, a la que dejaban asistir a los niños, se proyectaba una película de carácter infantil. En el intermedio se repartían Cartillas e Higiene Infantil, folletos divulgativos y otros impresos con información a las madres. Además, aprovechando el acto y la congregación de población, se unían el personal médico y las enfermeras de la Escuela y el municipio para llevar a cabo vacunaciones colectivas contra la difteria a los niños de entre uno y tres años (Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, 1934).

La Escuela también participó en eventos multitudinarios en los que participaban como eran las jornadas «Un día de lucha contra la mortalidad infantil» que se celebraron en 1932 y 1933 promovidas por la Inspección Provincial de Sanidad otras instituciones de protección de la infancia (Barona Vilar, 2002): la Diputación Provincial, la Junta de Protección de Menores, el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa, la Federación de Colonias Escolares, etc. En estas jornadas se combinaban distintos métodos de propaganda: lecciones sobre puericultura radiadas, distribución de folletos con los derechos del niño y cartillas de higiene, entregas de premios a las madres lactantes, etc. tal y como muestra el Anexo XVII (Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia, 1933).

También aprovecharon fiestas populares para llevar a cabo su campaña de divulgación, como por ejemplo, la festividad de los Reyes Magos: el cinco de enero de 1930, en las dependencias de la Escuela se impartió la conferencia Los buenos y los malos juguetes, de la mano del maestro Thous Llorens, que trataba sobre el tipo de juguete que se debía regalar a los niños, aquellos no bélicos y exentos de peligro, al final de la cual se repartieron entre las madres lactantes que acudían habitualmente a las clases gratuitas de Higiene infantil estuches de aseo y juguetes para sus hijos (La fiesta de Reyes y la Escuela de Puericultura, 1930). Tal fue el éxito, que el año siguiente en las mismas fechas, la Escuela de Puericultura inauguró una caseta para exhibir unos juguetes que se consideran adecuados y otros que no, dirigida por dos enfermeras de niños de esta institución que facilitaban los detalles pertinentes a los visitantes y ofrecía un pequeño folleto sobre ello (Una caseta en la feria, 1931).

El trabajo en equipo e integrado de los profesionales de la Escuela unida a una campaña intensa de publicidad entre la población a la que iban destinado sus servicios fueron probablemente las claves el éxito de esta institución. Las estudiantes de los cursos de

puericultura eran las mismas enfermeras que atendían a los niños y familias en la consulta y en el domicilio y los médicos docentes eran los encargados de la propaganda y divulgación a la población. Había cercanía y comunicación constante y fluida entre médico - enfermera puericultora- familia (madre) que hacía muy presente a la institución en la comunidad y generó una gran confianza en sus profesionales, incluidas las enfermeras puericultoras, profesionales desconocidas hasta el momento pero que fueron capaces de entrar en la comunidad para llevar los preceptos de higiene y promoción de la salud hasta el mismo núcleo del hogar. Lamentablemente, esta dinámica de trabajo se fue diluyendo durante la dictadura hasta perderse.

La Escuela Provincial de Puericultura de Valencia continuó su tarea y debió hacerlo incluso una vez comenzada la Guerra Civil, puesto que hay registros de los exámenes que se realizaron en 1940 para el acceso al título de Enfermera Puericultora que para las estudiantes que habían asistido a los cursillos en el año anterior ³¹. No obstante, a partir de este año la Escuela cambió sus objetivos. Para comenzar, se decidió que no se ofertaría el curso de visitadoras de 1940-1941 porque ya había suficientes enfermeras puericultoras sin destino. A cambio se ofreció un cursillo de perfeccionamiento para las ya tituladas. Por otra parte, se decidió limitar las funciones de la institución a la formación de visitadoras y guardadoras. De esta forma, se eliminaba la formación de médicos, maestros y maestras, y a la labor de divulgación de conocimientos de higiene infantil, centrándose en la divulgación en las escuelas y rechazando las campañas de divulgación radiada. El dispensario, por su parte continuó de forma independiente de la Escuela con las tareas de vigilancia de la salud. Las Enfermeras Visitadoras tenían su lugar de trabajo en el dispensario de Higiene Infantil las cuales eran las encargadas de, diariamente, visitar a los recién nacidos en su distrito y acudir al domicilio del niño, junto a *«una cumplidora del servicio social de la Escuela de Puericultura»* para cumplimentar la información sanitaria y social del ambiente en donde vivía y denunciar, si era necesario, las irregularidades encontradas o la negativa de las familias a atenderlas. Además de las tareas de vigilancia y administrativas, la enfermera visitadora seguía cumpliendo con su trabajo de divulgación de preceptos sanitarios hasta el mismo hogar de los niños, creando un ambiente amable de confianza (Comín, 1940). En 1940, bajo la dirección del Dr. Comín³², se añadió a la Escuela la

³¹ Esta documentación se encuentra en la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, departamento de Secretaría de Cursos, consistente en la copia el examen propuesto ese año y los nombres de las candidatas aprobadas.

³² El Dr. Jorge Comín Vilar fue director de la Escuela de Puericultura de Valencia desde 1934, momento que también se hizo cargo de la Coordinación de los Servicios de Lucha contra la Mortalidad Infantil, hasta su muerte en 1956 (Selfa, 1966)

sección de Cocina dietética y el Fichero Central. En 1956, asumió la dirección de la escuela el Dr. Selfa, el cual impulsó la creación del Centro de Prematuros y Lactantes (de Arana Amurrio, 2016). En 1966, la Escuela se trasladó a un nuevo edificio, en la calle Micer Mascó y se añadieron el servicio de Rehidratación y la Clínica de lactantes y de Psicología infantil (Jefatura Provincial de Sanidad, 1966).

La información sobre las actividades que se llevaron a cabo en la Escuela en los siguientes años es escasa, pero al parecer, se centraron en su labor formadora de profesionales y en la atención a la clínica de lactantes. Tampoco se ha encontrado constancia exacta el momento de su cierre, pero sí que a partir de 1985, el centro en donde se encontraba la Escuela se transformó en un centro de salud y parte del personal que allí había trabajado fue transferido como personal de la Conselleria de Sanitat³³.

Según esta información, tras la Guerra Civil la Escuela fue transformando su filosofía de trabajo. Si bien el fundamento y el objetivo principal seguía siendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad infantil, pudiera ser que por el descenso constante de la morbimortalidad infantil y los cambios en los factores de riesgo que la propiciaban hicieron que la actividad de la institución fuera variando, cambios que se unieron a la influencia omnipresente del régimen franquista en todas las instituciones públicas que rompió de forma rotunda con todas aquellas iniciativas que recordaran a la época republicana. Con respecto a la Escuela de Puericultura, el trabajo en equipo médico-visitadora-familia, dejó de ser el núcleo de su labor y la oferta sociosanitaria del centro pasó de forma continuada a través de los años hacia otra más medicalizada, centrada en la enfermedad con una compartimentación de labores más marcada y más alejada de la salud pública. La formación continuada de profesionales se abandonó, y la tarea se redujo a la formación de enfermeras puericultoras, que realmente se formaban como auxiliares. En sus últimos años de existencia de la Escuela las estudiantes se dedicaban a labores puramente asistenciales y administrativas en la clínica de neonatología en la que se había convertido en los años 70³⁴, perdiendo completamente la esencia de la Escuela de Puericultura y de las profesionales formadas en ella, puesto que el nicho laboral de la Salud Comunitaria, hacía décadas que había sido vetada para las Enfermeras Visitadoras.

³³ Nóminas y Plantilla Escuela Puericultura de Valencia. 1985. Arxiu Històric de la Comunitat Valenciana, 8/1541-1

³⁴ Esta información se ha obtenido de sendas entrevistas a antiguas estudiantes de la Escuela de Puericultura de Valencia en los años 70, Amparo Gázquez y Empar Pérís. Ambas ejercieron como auxiliares de enfermería gracias al título obtenido en esta institución y posteriormente la primera obtuvo el acceso a los estudios de ATS y la segunda accedió a los estudios de Magisterio.

VIII. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha analizado el papel desempeñado por las mujeres en la atención materno-infantil en la Valencia del primer tercio del siglo XX, tanto en su rol de enfermeras, visitadoras e instructoras del ámbito de la puericultura, como en su rol de mujeres receptoras de la asistencia sanitaria. Del análisis realizado, se extraen las siguientes conclusiones, que emanan de los objetivos propuestos para la investigación:

Objetivo 1: Analizar la evolución de los cuidados en las instituciones dedicadas a la asistencia sociosanitaria a la madre y el niño en la provincia de Valencia desde finales del siglo XIX hasta la Guerra Civil Española.

Objetivo 2: Examinar el papel de las enfermeras, visitadoras e instructoras dentro de las instituciones dedicadas al cuidado materno infantil en Valencia.

- Durante las primeras tres décadas del siglo XX, se observa el cambio de las instituciones dedicadas a la infancia, que partían de una atención meramente de asilo o guardería infantil hasta conseguir servicios asistenciales y educativos gracias a la presión de grupos influyentes. Del mismo modo, se ha comprobado el aumento progresivo del interés de la salud maternal, puesto que, si bien al comienzo de siglo esta era una cuestión secundaria pero necesaria para lograr mejorar la salud infantil, según avanzó el siglo, las mujeres obtuvieron atención sociosanitaria dirigida a ellas concretamente.
- A comienzos del siglo XX, el contexto sociosanitario y científico, así como las variables sociales, de género y clase, conformaron un escenario que permitió a las enfermeras puericultoras iniciar la configuración de un rol profesional complejo que constituye el inicio de la enfermería familiar y comunitaria. Dicho rol permitió que se fueran incorporando progresivamente competencias hasta ese momento inéditas. Se pueden mencionar como más relevantes las siguientes:
 - La enfermera visitadora fue la profesional encargada de llevar a cabo el análisis de la situación de salud de la población, recogiendo información desde el interior de los hogares sobre la situación de las familias, especialmente cuando se trataba de familias con niños. El juicio sobre el estado de salud de las familias no se apoyaba únicamente en datos objetivos y descriptivos, sino que la enfermera, aportaba un análisis basado en su criterio profesional.
 - Las enfermeras visitadoras recibían formación, titulaban y trabajaban en instituciones públicas, poniendo en valor la necesidad de una asistencia a la salud

materno-infantil pública, gratuita y alejándose de este modo de la asistencia sanitaria benéfica.

- La enfermera visitadora se consolidó como transmisora de conocimiento sanitario a la población general, especialmente la menos instruida, a través de diferentes iniciativas de divulgación sanitaria en distintos contextos sociales.
- La enfermera visitadora era el enlace entre las familias y el sistema sanitario, siendo la encargada de informar a éstas sobre los recursos existentes según su necesidad y al médico sobre el estilo de vida familiar.
- La enfermera visitadora consiguió una gran autonomía en su trabajo, dada la naturaleza de éste, enclavado en el medio comunitario, en el hogar familiar de las personas con las que trataba.
- En la ciudad de Valencia hubo una evolución en la concepción del cuidado materno-infantil que se puede observar en las instituciones estudiada. Mientras que el Asilo de lactancia abrió sus puertas como mera guardería para los hijos de las obreras de tabaco, veinte años después se fundó la Gota de leche y Consultorio de niños para atender las necesidades nutricionales y de salud más inmediatas de los lactantes de la ciudad. Finalmente, en 1928, se inauguró la Escuela Provincial de Puericultura que, no solo se dedicaba a la prevención de las enfermedades infantiles y la educación para la salud de las madres, sino que formaba a los profesionales, como las Visitadoras, para llevar a cabo su labor.
- El colectivo médico impulsor de la Escuela de Puericultura de Valencia era consciente de la necesidad de formar a Enfermeras Puericultoras bien entrenadas para atender tanto a los niños como a sus familias, especialmente a las madres. Esta formación debía centrarse en la divulgación sanitaria y la prevención de la enfermedad, y no tanto en el tratamiento concreto de patologías, tal y como muestra el temario de los cursos dirigidos a las futuras profesionales o los de perfeccionamiento.
- La Escuela de Provincial de Puericultura obtuvo un éxito notable en su función docente en sus convocatorias para formar a Enfermeras Puericultoras, despertando el interés de mujeres previamente formadas para seguir su plan de especialización, si bien el interés por titular como Enfermera Visitadora fue más escaso.
- Las enfermeras puericultoras formadas en la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia participaron en las actividades de divulgación y propaganda sanitaria que

la institución planteó: cátedra ambulante, vacunaciones, jornadas de lucha contra la mortalidad infantil, ferias, etc. así como en tareas asistenciales dentro del Dispensario de Higiene unido a la propia Escuela en 1933.

- La aparición de Enfermeras puericultoras tituladas hizo que se reivindicase su figura en instituciones que hasta entonces habían empleado a trabajadoras sin formación específica, como ocurrió en el Asilo de Lactancia, alegando la necesidad de contar con profesionales bien formados científicamente para el cuidado de los niños
- El conflicto surgido de los practicantes contra las enfermeras puericultoras se puede considerar un signo de la relevancia social y profesional que éstas últimas estaban adquiriendo. El grupo profesional de practicantes alegaban que las visitadoras no podían hacer parte de las tareas que se les habían asignado por ser mujeres, pero se ha comprobado que el ser mujer era una condición imprescindible para ejercer de visitadora, su formación estaba orientada específicamente a su trabajo comunitario y que ningún otro profesional estaba cualificado como ellas para ejercerlo.

Objetivo 3: Analizar la imagen pública de las enfermeras visitadoras

- La figura de la enfermera visitadora estaba ligada a los ideales de feminidad de la época, principios del siglo XX, puesto que era indispensable que fuera mujer y tuviese las habilidades propias de una madre: vocación, paciencia y habilidad y firmeza inculcar los conocimientos sanitarios para trabajar con una población a la que se le trataba de forma paternalista desde la clase médica.

Objetivo 4: Analizar el papel de las mujeres y madres receptoras de la acción sanitaria

Objetivo 5: Poner de manifiesto la implicación de las mujeres, como profesionales y/o como madres en la lucha contra la mortalidad infantil.

- A pesar de que se culpabilizó a las mujeres de forma generalizada de ser las responsables de la elevada mortalidad infantil, ya fuera por la falta de pericia o interés en el cuidado de sus hijos, o por ser difusoras de prácticas sanitarias domésticas erróneas, se ha podido comprobar que el interés de éstas por aprender nociones de cuidado infantil, ya fuera como madres, futuras madres o futuras profesionales fue muy importante. Cuando se

ofrecía a las mujeres recursos de cuidado infantil cercanos y económicos, éstas los aprovechaban y difundían al resto de mujeres de la comunidad.

- Las estudiantes de la Escuela de Puericultura ejercieron su labor de visitadoras desde su fundación y continuaron con ello tras la Guerra Civil. No obstante, hasta 1935, solo consta una Instructora Sanitaria asignada al Dispensario de Higiene de Valencia, Teresa Moll, lo que da a entender que había un déficit de contrataciones de profesionales por parte de las instituciones públicas.

Objetivo 6: Considerar la importancia del género en la interacción educativa y de promoción de la salud entre madres y enfermeras.

- Se consideraba que las enfermeras visitadoras que, al ser mujeres, inspirasen confianza a las madres de familia de modo que los mensajes sanitarios fueran mejor recibidos y la recogida de información de la familia fuera más fluida, completa y fidedigna.

Objetivo 7: Exponer la contribución en el descenso de la mortalidad materna de enfermeras puericultoras y matronas.

- Las enfermeras puericultoras y matronas fueron dos cuerpos profesionales clave en la lucha contra la mortalidad materna, por ello se las incluyó como personal necesario en el caso de las visitadoras en consultorios de higiene prenatal y perinatal de los Institutos de Higiene, y en el caso de las matronas se legisló para que todos los municipios tuviesen el servicio de una de estas profesionales y así llegar a toda la población femenina que lo necesitase.

Objetivo 8: Identificar el trabajo de Enfermeras Puericultoras y matronas dedicado a la promoción de la salud maternal como propio de estas disciplinas y distinto al de otros profesionales sanitarios

- Las enfermeras visitadoras puericultoras y matronas fueron personal sanitario especializado que atendía de forma directa a las mujeres en los momentos de parto y postparto, no solo en las necesidades físicas de madres e hijos en estos momentos, sino como transmisoras de conocimientos sanitarios fundamentales para su autocuidado y cuidado de la familia.

- Las enfermeras visitadoras tenían tareas propias, que solo ejercían ellas y lo hacían de manera autónoma. Éstas estaban bien definidas con respecto a la atención a la mujer embarazada y madre. Su trabajo consistía fundamentalmente en la vigilancia de la salud prenatal y puerperal, tanto en las instituciones dedicadas a su cuidado, como en los hogares de las familias de los niños, a cuyas madres asesoraban en materia de higiene, alimentación y recursos sociales.
- Ambas profesionales, enfermeras visitadoras y matronas tuvieron un papel destacado dentro de la cartera de servicios del Seguro Obligatorio de Maternidad, con atribuciones laborales bien definidas y reconocidas por su importancia en el cuidado maternal y difícilmente sustituibles por otros profesionales sanitarios. En Valencia se creó este servicio tres años antes que se hiciese extensivo al resto del estado, como medida necesaria para el cuidado de las madres trabajadoras.

IX. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La limitación fundamental en esta investigación ha sido la escasez de fuentes primarias derivadas de la actividad asistencial de los centros dedicados a la puericultura tanto en su vertiente asistencial como docente. Si bien las instituciones dedicadas al cuidado de la infancia en Valencia que se citan en este trabajo tuvieron un impacto importante en la ciudad, tal y como demuestra el número de artículos dedicados a ellas en la prensa popular, hay una escasez generalizada de documentación primaria de las actividades de estos centros a pesar de que todos ellos dieron servicio durante décadas. En las fuentes primarias disponibles, publicaciones científicas y prensa popular se ha podido constatar que debió existir abundante documentación clínica, sobre todo en el Dispensario de Higiene Infantil de Valencia, mucha de ésta generada por las visitadoras. Sin embargo, tras la consulta de archivos municipales, provinciales, autonómicos y estatales, como se recoge en la tabla 5 del apartado de Metodología, y la entrevista en la mayoría de éstos con las y los archiveras encargados de la clasificación y conservación, se constata que la documentación ha sido destruida, extraviada (es decir, hay constancia de que existió, pero no se encuentra el archivo en cuestión) o permanece sin clasificar y por lo tanto no es posible acceder a la misma.

A pesar de esta importante limitación, las fuentes consultadas han permitido llegar a conclusiones sólidas sobre el trabajo llevado a cabo en estas instituciones. No obstante, es necesario señalar dificultades por visibilizar el trabajo de las mujeres en general y de las enfermeras en particular en el periodo estudiado derivada de su situación de subordinación en la sociedad, su escasa alfabetización y su consiguiente escaso rastro documental. Una fuente fundamental para reconocer la importancia y el volumen del trabajo y la implicación de las mujeres en el cuidado materno-infantil en Valencia ha sido la película «Valencia, protectora de la infancia» de M. Thous de 1928, en donde se observa tanto usuarias de los establecimientos como a las trabajadoras o estudiantes de los mismos en acción.

Debe tenerse en consideración las limitaciones inherentes al uso de la prensa general como fuente histórica. Se ha detectado que la prensa ensalzaba de forma efusiva el trabajo femenino en puericultura, aunque esto se hacía de forma paternalista y secundaria al papel masculino. Para paliar esta limitación, la lectura de la documentación proveniente de la prensa ha tenido que hacerse de forma crítica y contrastada con la documentación científica y fuentes secundarias coetáneas.

X. FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO

Las futuras líneas de investigación que se proponen son las siguientes:

- **Seguir profundizando en la localización de Fuentes primarias de las instituciones dedicadas a la Puericultura en la provincia de Valencia:** Como se ha explicado en el apartado *Limitaciones de la investigación*, la falta de resultados en la búsqueda de la documentación generada por estas instituciones ha sido un problema a la hora de ahondar en el trabajo de las enfermeras visitadoras de forma cualitativa y, sobre todo, cuantitativa. No obstante, cabe la posibilidad de que esa documentación o parte de ella se ponga a disposición del investigador en un futuro, en el caso de que aún exista, cuestión que desde los archivos no han dejado cerrada.

- **Ampliación del arco temporal del estudio sobre las Enfermeras Puericultoras de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia:** la Escuela de Puericultura de Valencia estuvo en funcionamiento de 1928 a 1984. En este trabajo se ha estudiado su primera etapa, previa a la Guerra Civil. No obstante, y a pesar de la falta de documentación, sería posible investigar la actividad de la institución durante estas décadas, los cambios en el tipo de formación que allí se impartía, volumen de estudiantes e impacto social de la institución a través de los años. Para esta investigación se proponen dos fuentes primarias que sí están disponibles:

- Archivo de la *Secretaría de cursos*, Escuela Nacional de Sanidad, (Madrid). En esta localización se custodia el listado de los titulados de todas las especialidades en todas las escuelas de puericultura provinciales desde 1940 aproximadamente (según disciplina y escuela).

- Entrevistas a alumnas de la Escuela de Puericultura en sus últimos años de actividad.

- **Continuar con la línea iniciada del análisis de las iniciativas de lucha contra la mortalidad materna:** en la presente investigación se ha observado que la lucha contra la mortalidad materna fue un tema transversal e incluso secundario al intento por reducir la mortalidad infantil, cuestión que suponía la primera preocupación de las autoridades sanitarias. Sería interesante ahondar en la evolución de las estrategias de protección a la materna a lo largo del tiempo, II República, dictadura franquista y democracia, haciendo una comparación entre las llevadas a cabo en distintos territorios de España y el impacto sociosanitario de las mismas.

- **Estudios locales de estrategias de salud materno-infantil:** a lo largo de la presente investigación se ha constatado que, a pesar de una abundante legislación nacional en material de protección materno-infantil de principios del siglo XX, la puesta en marcha de

estrategias efectivas de protección de esta población vulnerable surgía de la voluntad y el esfuerzo de las corporaciones locales. Es interesante el estudio de estas medidas de protección adoptadas, especialmente la inclusión de una enfermera de cercanía en la población y su impacto sobre la mortalidad maternoinfantil en estas comunidades concretas.

- **Influencia de las enfermeras visitadoras exiliadas** como consecuencia de la Guerra Civil española: qué papel tuvieron en la asistencia a refugiados españoles y posteriormente cuál fue su impacto en los países receptores como profesionales especializadas en cuidados a nivel comunitario

XI. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

- Agulló, C. (2010). *Natividad Domínguez Atalaya*. Diccionari biogràfic de dones, (2010). Recuperado de <https://dbd.vives.org/bio.php?id=873>.
- Alcover Serres, E. (1975). *Historia de la Congregación de Religiosas Terciarias Franciscanas de la Inmaculada*. Valencia, España.
- Álvarez, R. (2004), La búsqueda de un modelo institucional de protección a la infancia: Institutos, guarderías y hogares infantiles. España 1900-1940. En Perdiguero Gil, E. (comp.) *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos el s. XX* (155–193). Valencia, España: Seminari d'estidís sobre la Ciència.
- Apple, R. D. (2018). Womn's mision among Women, Unacknowledge origins of public health nursing. *Nursing history review*, (26), 55-67.
- Arbelo Cubelo, A. (1954). *La mortalidad postneonatal en España (Fallecidos de 1 a 11 meses), 1941-1950. Al Servicio de España y del niño español*. Madrid, España: Dirección General de Sanidad.
- Arbelo Curbelo, A. y Arbelo López de Letona, A. (1975). *Demografía sanitaria infantil*. Madrid, España: Dirección General de Sanidad.
- de Arana Amurrio, J. I. (2016). Los inicios de la atención a los "más pequeños". El doctor José Selfa y el Instituto de Prematuros de Valencia. *Cuadernos Historia de La Pediatría Española*, (11), 32–37.
- Ávila Olivares, J. A. y Martín Barrigós, J. (2017). *Practicantes vs. Enfermeras*. Valencia, España: CECOVA
- Ballester, R. (1998). La salud infantil y su protección en la sociedad española de finales del siglo XIX. *El Médico*, (683), 72-78
- Ballester, R. (2013). La infancia en el esquema marañoniano de las edades de la vida del hombre. *Arbor: Ciencia, Pensamiento y Cultura*, (18), 759.
- Ballester, R. (2016). El movimiento internacional de protección a la infancia y los contextos locales: gotas de leche y el modelo alicantino. Revisión Historiográfica. *Cuadernos de historia de la pediatría en Valencia*, (11), 38–47.
- Ballester, R. *Personatges i espais de ciència: La gota de llet*. Valencia, España: Instituto interuniversitario López Piñero. Recuperado el 29 de octubre de 2018, de <https://www.uv.es/uvweb/unidad-cultura-cientifica-innovacion-catedra-divulgacion->

[ciencia/es/personatges-espais-ciencia/personatges-espais-ciencia-gota-llet-1286000825169/Entrevista.html?id=1285991741951](https://ciencia.es/personatges-espais-ciencia/personatges-espais-ciencia-gota-llet-1286000825169/Entrevista.html?id=1285991741951)

- 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, pp. 177-192.
- Ballester, R. y Perdiguero Gil, E. (2000). Los estudios sobre crecimiento humano como instrumento de medida de la salud de los niños españoles (1900-1950). *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (20), 161–170.
- Barona, C. (2002). *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854 -1936)*, (tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España.
- Barona, J. L. (2004). El Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad (1904-1914). Su ideología social y sanitaria. En Perdiguero Gil, E. (comp.) *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos el s. XX* (pp. 119–154). Valencia, España: Seminari d'estidís sobre la Ciència.
- Barona, J. L. (2015). The Rockefeller Foundation, public health and international diplomacy, 1920-1945. *Studies for the Society for the Social History of Medicine* (31), 189-191.
- Barona, J. L. (2019). *Health policies in interwar Europe. A transnational perspective*. Oxon, R.U.: Routledge
- Barona, J.L. y Bernabeu-Mestre, J. (2008) *La salud y el Estado: el movimiento sanitario internacional y la administración española (1851- 1945)*. Valencia, España: PUV.
- Barona, J. L., Bernabeu-Mestre, J. y Galiana -Sánchez, M.E. (2008). La urban penalti y el deterioro de la salud nutricional de la población. La respuesta higiénico -sanitaria. *Revista de historia social* ,80 (2), 59-76.
- Barona, J. L., Bernabeu-Mestre, J. y Perdiguero, E. (2005). Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936). En Barona, J.L. y Steven, C. (Ed.) *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)* (pp. 63–82). València, España: PUV.
- Bernabeu-Mestre, J. (1994). El papel de la escuela nacional de sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924 - 1934. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, (68),65–89.
- Bernabeu-Mestre, J. (1994). Problèmes de santé et causes de décès infantiles en Espagne, 1900-1935. *Annales de Démographie Historique*, (1), 61-77.

- Bernabeu-Mestre, J. (2002). Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. *Revista de Demografía Histórica*, 20, (1), pp. 123-144.
- Bernabeu-Mestre, J. (2002). Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de salud en la infancia durante la España contemporánea. *Revista de Demografía Histórica*, 20(2), 147–162.
- Bernabeu-Mestre, J. (2010). La Escuela Nacional de Sanidad. *Eidon*, (32), 74–80.
- Bernabeu Mestre, J. (2012). La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce: réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1936. *Annales de Démographie Historique*, 1(123), 181–204.
- Bernabeu Mestre, J. y Gascón Pérez, M.E. (1995). El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis*, (15), 151–176.
- Bernabeu Mestre, J., y Gascón-Pérez, M.E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Bernabeu-Mestre, J., Ramiro Fariñas, D., Sanz-Gimeno, A., y Robles-González, E. (2003). El análisis histórico de la mortalidad por causas. *Revista de Demografía Histórica* (21), 167–193.
- Bernabeu Mestre, J., Perdiguero Gil, E. y Barona, J. L. (2007). Determinanti della mortalità infantile e transizione sanitaria. Una riflessione a partire dall'esperienza spagnola. En M. Breschi, M. y Pozzi, L. (Eds.), *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900* (pp. 175-193). Udine, Italia: Forim
- Bernabeu Mestre, J. y Galiana-Sánchez, M. E. (2009). Enfermería y exilio El caso de las visitadoras sanitarias. *Mètode*, (60), 72–77. Recuperado de :<https://metode.cat/revistes-metode/monografics/infermeria-i-exili.html>
- Bernabeu Mestre, J. y Galiana-Sánchez, M. E. (2011). Salud comunitaria y acción social en el control epidemiológico del tracoma infantil (1932-1939). *Asclepio. Revista de Historia de La Medicina y de La Ciencia*, (2), 507–520.
- Bernabeu Mestre, J., Trescastro, E., y Galiana, M. E. (2011). La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935). *Salud Colectiva*, (7), S49–S60.

- Blasco Herranz, I. (2008). Mujeres y cuestión social en el catolicismo social español: los significados de la obrera. *Arenal. Revista de Historia de Las Mujeres*, 15(2), 237–268.
- Blasco Herranz, I. (2016). Género y reforma social en España: en torno a la elaboración del Seguro Obligatorio de Maternidad (1915-1929). *Ayer*, 102 (2), 23-45.
- Birn, A. y Fee, E. (2013). The Rockefeller foundation and the international health agenda. *The Lancet*, (381), 1618-1619.
- Blanes Llorens, A. (2007). *La transición epidemiológica en España*. En *La mortalidad en la España del siglo XX* (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Breathnach, C. (2018). The triumph of proximity: The impact of district nursing schemes in 1890s' rural Ireland. *Nursing History Review*, 26(1), 68–82.
- Buhler-Wilkerson, K. (2003). *No place like home: a History of Nursing and Home Care in the United States*. Estados Unidos, Johns Hopkins University Press.
- Cabrera Acosta, M., y Santana Acuña, A. (2006). De la historia social a la historia de lo social. *Ayer*, 2006(62), 165–192.
- Campos Marín, R., Martínez Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2001). *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y regeneracionismo en la España de la Restauración (1879-1923)*. Madrid, España: CSIC.
- Carreras, A. y Tafunell, X. (2015). *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX y XX*. Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Carreño, M., y Rabazas, T. (2010). Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de Economía doméstica. *Revista Complutense de Educación*, 21(1), 55-72.
- Chamizo, C. (1999). *La gota de leche y la Escuela de enfermeras*. Gijón, España: Instituto de puericultura de Gijón.
- Clemente, L. (2016) *La sanidad pública en la provincia de Cáceres: creación de los primeros centros de salud en la España Rural*. Cáceres, España: Institución Cultural Brocese.
- Colmenar, M. C. (2008). Maternología y educación en la España del siglo XX la Escuela Nacional de Puericultura. En Juan, V. *Museos pedagógicos: la memoria recuperada: Museo Pedagógico de Aragón* (pp. 271–282). Huesca, España: Publicaciones del Museo Pedagógico de Aragón.

- Colmenar, C. (2009). *La institucionalización de la maternología en España durante la segunda república y el franquismo. Historia de la educación*, (28), 161-183.
- Comelles, J.M., Rico, I., Terrón, A. y Perdiguero Gil, E. (2007). Health education and medical anthropology in Europe: the cases of Italy and Spain. *Salud colectiva*, 21(1), 171-198.
- Comelles, J. M. y Perdiguero Gil, E. (coords.). (2017). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona, España: Publicacions URV.
- CSIC. (2010). *Cien años de la creación de los primeros centros de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas*. Recuperado de: <http://www.jae2010.csic.es/historia.php>
- Dios-Aguado, M., Aparecida Peters, Á., de Almeida Peres, M. A., Pina Queirós, P. J., y Gómez-Cantarino, S. (2022). La Institución de la Gota de Leche en la provincia de Toledo (1906-1966). *Cultura de Los Cuidados*, 25(62), 121–137. Recuperado de: <https://ucc.idm.oclc.org/login?URL=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=156926845&site=ehost-live>
- Echeverri Dávila, B. (2001). La protección de la infancia: La educación de las madres en la posguerra española. *VII Congreso Español de Sociología*, 117–138.
- Farley, J. (2004). *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford, R.U.: Oxford University Press.
- Ferráiz, A., y Lafuente, E. (1999). El pensamiento eugénico de Marañón. *Asclepio. Revista de Historia de La Medicina y de La Ciencia*, 51(2),133–148.
- Fuster García, F. (2009). La historia de las mujeres en la historiografía española: propuestas metodológicas desde la Historia Medieval. *Edad Media: revista de historia*, 10, 247-273.
- Galiana-Sánchez, M. E. (2017). The Role of International Organizations in the Development of Public Health Nursing ,1933 -1974. *Gesnerus, Swiss journal of the history of medicine and sciences*, 74 (2), 188–204.
- Galiana-Sánchez, M. E. (2019). Historia de la enfermería de salud pública en España y el contexto internacional. *European Journal for Nursing History and Ethics*, (1), 124-141.
- Galiana-Sánchez, M. E. (2021). Enfermería y salud pública en España en el primer tercio del siglo XX". En: Otero, L. E. (coord.), *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, (pp. 178–196). Madrid, España: Los libros de la Catarata.

- Galiana-Sánchez, M. E. y Bernabeu-Mestre, J. (2006). El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio*, 58(2), 139-164.
- Galiana Sánchez, M. E. y Bernabeu Mestre, J. (2011). Género y desarrollo profesional: Las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939. *Feminismo /s: Revista Del Instituto de Investigación de Estudios de Género de La Universidad de Alicante*, (18), 225–248.
- Galiana-Sánchez, M.E. y Bernabeu-Mestre, J. (2012). Alimentación, enfermería y cultura: el antecedente histórico de las visitadoras puericultoras. En Gracia, M. (Ed.) *Alimentación, Salud y Cultura: encuentros interdisciplinares*. (pp. 459–478). Tarragona, España: Publicacions de la Universitat Rovira y Virgili.
- Galiana-Sánchez, M.E., Bernabeu-Mestre, J. y García Parmio, P. (2012). Nurses for a New Fatherland in Spain (1938-1942). *Women's History Magazine* (68), 33-41
- Galiana- Sánchez, M. E., Bernabeu- Mestre, J. y Ballester Añón, R. (2014). Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudios de casos en la sanidad española contemporánea. *AREAS. Revista Inetrnacional de Ciencias Sociales*, (33), 123-136.
- Galiana-Sánchez, M. E, Martínez Zapata, R. y Bernabeu-Mestre, J. (2020). Child care nurses and the fight against maternal and child morbidity and mortality Valencia before the health transition. *Annales de Démographie Historique*, 139(1), 179 - 206.
- Gallego Caminero, G. (2009). *El proceso de profesionalización sanitaria y la transición demográfica en Mallorca (1848-1932)* (tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Mallorca, España.
- García Redondo, E. (2017). La expresión de las cátedras ambulantes «Francisco Franco» en Castilla y León. Una recreación de las misiones culturales dirigidas por y para las mujeres. *Historia De La Educación*, (36), 343–364.
- Garrido, C. del M. (2012). La historia del trabajo y el género. Contexto historiográfico, aportes y perspectivas en América Latina y Colombia. *Historia 2.0*, 2(4), 20–29.
- Gascón, E., Galiana, M. E., y Bernabeu, J. (2002). La acción social de las visitadoras e instructoras sanitarias. *Trabajo social y salud*, (43), 149–176.
- Germán Bes, C. (2008). Historia de la Enfermería Comunitaria I. De enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias. *Temperamentvm*, 4(8). Recuperado de <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php>

- Gómez Redondo, R. (1985). El descenso de la mortalidad infantil en Madrid 1900-1970. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 32(85), pp. 101–139.
- Gómez Robles, J. y Domingo Pozo, M. (1999). Historia de la enfermería de salud pública en España. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (5), 20–28.
- González-Canalejos, C. (2007). Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la cuestión social (1957-1930). *Dynamis* (27), 211-237.
- Hernández Ramos, P. (2017). Consideración teórica sobre la prensa como fuente historiográfica. *Historia y comunicación social*, 22(2), 465-477.
- Iruzubieta, J. y Marín M.B. (2018). Beneficencia social, gota de leche y casa de socorro. En Raya, E. (Ed.), *Ciencia y esencia en la práctica del trabajo social*. Valencia, España: Tirant Humanidades.
- Kelly, A. y Ymonds, A. (2003) *The social construction of community nursing*. Gales, R.U.: MacMillan.
- Kerouac, S., Pepin, J., y Ducharme, F. (1995). *El pensamiento enfermero*. (Masson, Ed.). Barcelona.
- Lendoiro Salvador, J. (2018). Feminismo católico (solidario y reformista): sindicalismo femenino católico valenciano (1912-1936) y Manuel Pérez Arnal. *Aportes: Revista de Historia Contemporánea*, 33 (97), 45–92.
- Maceiras Chans, J. M., Galiana-Sánchez, M. E., y Bernabeu-Mestre, J. (2017). La Sección Femenina en las campañas de vacunación del primer franquismo: El caso de la provincia de Valencia 1941-1958. *Revista Científica de Enfermería*, (13), 5-23.
- Maceiras Chans, J. M., Galiana-Sánchez, M. E., y Bernabeu-Mestre, J. (2018). Nursing and social control: the health and welfare activities of Women's Section of Falange in the city of Valencia (1940- 1977). *Enfermería Global*, (49), 283-293.
- Maceiras-Chans, J. M., Galiana-Sánchez, M. E. y Bernabeu-Mestre, J. (2018). Las actividades socio-sanitarias de las divulgadoras rurales de la Sección Femenina de Falange en la Comarca de la Ribera, 1940-1958. En: Ferragud, C. (ed.), *Biografies mèdiques, sanitat municipal, educació sanitària i epidèmies en la Ribera del Xúquer durant el segle XX*. València, España: Publicacions de la Universitat de València.

- Man, R (2013). La microhistoria como referente teórico-metodológico. Un recorrido por sus vertientes y debates conceptuales. *Historia actual online*, 30, 167-173. DOI: <https://doi.org/10.36132/hao.v0i30.822>
- Manresa López, M.C., Ponte Hernando F.J., Pascual Bueno, J. (2020). La institución de la Gota de Leche en Santiago de Compostela (1904-1980). *Cuadernos de Estudios Gallegos*, 133, 319-350. DOI: <https://doi.org/10.3989/ceg.2020.133.11>
- Martínez Santos, Y. y Germán Bes, C. (2019). Las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española y la Fundación Rockefeller. *Temperamentvm*, 15, e12570. Recuperado a partir de <http://ciberindex.com/c/t/e12570>
- Martínez Zapata, R. (2013). *Las enfermeras en la Guerra Civil española. Una profesión oscilante entre la maternidad moral y la maternidad social* (Trabajo fin de máster) Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Martínez Zapata, R. y Galiana Sánchez, M. E. (2019). Health visitor's contribution to family health in early 20th Century in Spain. En: Somoggia, A. y Scalone, F. (coords.), *La famiglia tra mutamenti demografici e social* (pp. 25–35). Bolonia, Italia: Forum.
- Mas Espejo, M. (2015). *El Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española: formación y contribución a la labor cuidadora y social* (tesis doctoral). Universitat d'Alacant, Alicante, España.
- Mirón González, R. (2020). La enfermería en el exilio republicano español de 1939 a Francia: Una aproximación para su estudio. *Dynamis*, 40(1), 49–65. <https://doi.org/10.30827/DYNAMIS.V40I1.15658>
- Muñoz, F. (2016). La implantación de las gotas de leche en España (1902-1935): un estudio a partir de la prensa histórica. *Asclepio* 68(1), 131.
- Muñoz, F. (2021). Las gotas de leche en España (1903-1934): la difusión de una innovación sanitaria". En Otero, L.E. y Miguel S. (eds.), *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, (pp. 83-111). Madrid, España: Los libros de la Catarata.
- Nuño Gómez, L. (2008). *La incorporación de las mujeres al espacio público y la ruptura parcial de la división sexual del trabajo: el tratamiento de la conciliación de la vida familiar y laboral y sus consecuencias en la igualdad de género*, (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

- Palacio Lis, I. (2003a). "Consejos a las Madres": autoridad, ciencia e ideología en la construcción social de la función materna. Una mirada al pasado. *Sarmiento. Anuario Galego de Historia Da Educación*, (7), 61-80.
- Palacio Lis, I. (2003b). *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Valencia, España: Universitat de Valencia.
- Palacio Lis, I. (2007). Mujeres aleccionando a mujeres. discursos sobre la maternidad en el siglo xix. *Historia de La Educación. Revista Interuniversitaria*, (26), 111–142.
- Perdiguer Gil, E. (1993). Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. *Revista de Demografía Histórica*, 11(3), 65–88.
- Perdiguer Gil, E. (2008). La salud a través de los medios: propaganda sanitaria institucional en la España de los años veinte y treinta del siglo XX. *Mètode: Revista de Difusió de La Investigació de La Universitat de València*, (59) 60–69.
- Perdiguer Gil, E. y Bernabeu Mestre, J. (1999). La Gota de Leche de Alicante (1925-1940). En Benito, A., Blay, F. y Lloret, J. (coords.) *Beneficencia i Sanitat en els municipis valencians (1813.1942)*. Alcoi, España: Seminaris d'Estudis sobre la Ciència.
- Perdiguer Gil, E., y Robles, E. (2004). La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene. En Perdiguer Gil (Comp.) *Salvad al niño, estudios sobre la protección de la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX* (pp. 93–120). Valencia, España: Seminaris d'Estudis sobre la Ciència.
- Pérez-Moreda, V., Reher, D.S., y Sanz-Gimeno, A. (2015). *La conquista de la salud: Mortalidad y modernización en la España contemporánea*. Madrid, España: Marcial Po.
- Pérez Moreno, H.M. (2013). Educación y asistencia social de una escuela errante durante el franquismo en España. *RES : Revista de Educación Social*, (17), 1-16.
- Pozzi, L., y Robles González, E. (1997). La mortalidad infantil en los años de la transición. Una reflexión desde las experiencias italiana y española. *Revista de Demografía Histórica*, 15(1), 165–200.
- Pozzi, L. y Ramiro Fariñas, D. (2016). Infant and Child Mortality in the past. *Annales de Demographie Historique*, 1 (129), 55-75.

- Pujadas, J. M. (2012). Reforma sanitaria y movimiento puericultor en la lucha contra la mortalidad infantil en la ciudad de Mallorca (siglos XIX y XX). *Asclepio. Revista de Historia de La Medicina y de La Ciencia*, 64(1), 97–120.
- Ramiro Fariñas, D. y Sanz Gimeno, A. (1999). Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860-1990. *Boletín de La ADEH*, XVII (1), 49–88.
- Ramos, M.D. (2021). Concepción Arenal diseña el futuro: humanismo, reformismo social y feminismo en el siglo XIX. *Baetica. Estudios Historia Moderna y Contemporánea*, 41, 267-294
- Rodríguez Ocaña, E. (1998). La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Historia Contemporánea*, (18), 19–52.
- Rodríguez Ocaña, E. (2000). La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España. *Revista Española de Salud Pública*, (74), 27–34.
- Rodríguez Ocaña, E. (2002). La medicina como instrumento social. *Trabajo social y salud*, (43) 19-38
- Rodríguez Ocaña, E. (2021). La salud infantil como objetivo en España (1900-1936)". En Otero, L. E. y Miguel, S. (Eds.). *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, (pp. 66-82). Madrid, España: Los libros de la Catarata.
- Rodríguez Ocaña, E., Ortiz, T., y García, O. (1985). Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España. *JANO: Medicina y Humanidades*, (29), 1066-1072.
- Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F. (2008). *Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada, España: Escuela andaluza de Salud Pública.
- Rodríguez Ocaña, E. y Perdiguero, E. (2006). Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(2), 303-324
- Rollet, C. (2004), La protection de l'enfance en France. Entre traditions et modernité (1874-1945). En Perdiguero- Gil (Comp.) *Salvad al niño, estudios sobre la protección de la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX* (pp. 93–120). Valencia, España: Seminaris d'Estudis sobre la Ciència.
- Ruíz Berdún, D. (2013), La primera enseñanza reglada de las matronas en España: el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid, *Iluil*, 36, (78), 387-410.

- Ruiz Berdún, D. (2022), De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo XX. *Revista de Historia y Memoria de la Educación*, (15) 63-98.
- Salas Iglesias, P. M. (2012). *El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Salazar Aguiló, M., Bernabeu Mestre, J., Martínez Marco, E., y Ramos Salas, E. (2008). Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. *La colección*, 9(4).
- Santos Sancristán, M. (2008). Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918). *IX Congreso Internacional de La Asociación Española de Historia Económica* (Murcia), 1–15. Recuperado de: [http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los inicios de la protección infancia.pdf](http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20protecci3n%20infancia.pdf).
- Sanz Gimeno, A. (1995). Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932). *Reis*, (1), 129–154.
- Sanz Gimeno, A. y Ramiro Fariñas, D. (1997). Estructuras internas de la mortalidad de la infancia (0-4 años) en la España del siglo XX. *Política y Sociedad* (26), 125-142
- Sanz Gimeno, A., y Ramiro Fariñas, D. (2002). La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960: Un análisis de las causas de muerte. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, (24)151-188.
- Siles González J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería (Edición Digital)*, 24–25. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_25-31.php> Consultado el 2 de junio de 2022.
- Siles González, J. (2009). La influencia de Concepción Arenal en la enfermería española: un estudio desde la perspectiva de la historia cultural y el modelo estructural dialéctico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 1(2), 154–169.
- Tavera, Susana (S.F.). María Natividad Domínguez Atalaya, Real Academia de Historia. Recuperado de <https://dbe.rah.es/biografias/116865/maria-natividad-dominguez-atalaya>
- Teixidor, M. J., y Hernández, T. (1998). El trabajo de la mujer en las labores del tabaco. La fábrica de València (1887 - 1914). *Cuadernos de Geografía*, (64), 339-354.

- Terrón, A., Comelles, J.M., Perdiguer Gil, E. (2007). Schools and health education in Spain during the dictatorship of General Franco (1939- 1975). *History of education review*, 46 (2), 208-223.
- Thomson, M. y Keeking, A. (2012). Nurse's role in prevention of infant mortality in 1884-1925. Health disparities then and now. *J Pediatr Nurs.* ,27(5), 471-478
- Tormo Santamaría, M., Galiana Sánchez, M. E., Trescastro López, E. M. y Bernabeu-Mestre, J. (2019). Género y Acción Sociosanitaria: Las Agentes de Economía Doméstica del Servicio de Extensión Agraria (1960-1974). En: Porras, M. I., Mariño, L. y Caballeo, M. V. (Coords.) *Salud, Enfermedad y Medicina en el Franquismo* (pp. 236-261). Madrid, España: Los Libros de la Catarata.
- Usandizaga, M. (1943). *Manual de la enfermera*. San Sebastián, España: Internacional.
- Vázquez de Prada, M. (2005). Para una historia de la familia española en el siglo XX. *Memoria y Civilización. Anuario de Historia*, (8) 115–170.

FUENTES

Publicaciones científicas

- Aguilar, J. (1903). La "Gota de leche" en Valencia. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, (5), 379–382.
- Alcobert (1911). La Gota de Leche en Valencia. *Crónica Médica*, (23), 154–155.
- Asamblea de Enfermeras Visitadoras y de Auxiliares Sanitarios celebrada con ocasión del Primer Congreso nacional de Sanidad. (1934). *La Visitadora Sanitaria*, (1), 19–22.
- Una jornada social sanitaria (1933). Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia, (77), 2–11.
- Bravo Frías, J. (1934). Organización de los Servicios de Higiene Infantil. *Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid.
- Comín, J. (1940). *Coordinación servicios de lucha contra mortalidad infantil*. Valencia, España: Jefatura Provincial de Sanidad.
- del Campo, A. (1933). Cualidades mínimas de las enfermeras visitadoras y objetivos de su trabajo. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, (8), 65–67.
- del Campo, A. (1934). Función social de la instructora de Sanidad. *Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid.
- I Cursillo de Higiene Escolar. (1934). En *Memoria de Los Servicios Provinciales de Higiene. Año 1933*, 104–105.
- Cuestionario de enseñanzas para Enfermeras-Visitadoras de Niños. (1928). *Boletín Sanitario de La Provincia de Valencia*, (17), 12–13.
- Domínguez, A. (1935). El papel de la Visitadora Sanitaria en la Higiene Mental. *La Visitadora Sanitaria* (5), 17.
- Enseñanzas de Puericultura para Maestras, Enfermeras Visitadoras y Niñeras tituladas. (1932). *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, (59), 8.
- Escuela Provincial de Puericultura de Valencia. (1934). *Puericultura*, (14), 65–75.
- Estatutos de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias de España. (1934). *La Visitadora Sanitaria*, (1), 16–10.

- Fernández Gago, C. (1943). *El trabajo femenino en las distintas profesiones. Al servicio de España y del niño español*. Madrid, España: Ministerio de la Gobernación.
- García Brustenga, A. (1930). El rendimiento social de las Cátedras Ambulantes de Puericultura. *Puericultura*, (10), 67–69.
- García Brustenga, A. (1930). Temas cumbres de puericultura. El magno problema de la mortalidad infantil. *Puericultura*, (10) 161–166.
- García-Brustenga, A. (1933). La enseñanza y aplicación de la Higiene Infantil. Dispensarios y Escuela de Puericultura. *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, (78), 3–6.
- García Brustenga, A. (1934). Escuela Provincial de Puericultura de Valencia. *Puericultura*, 14(161), 65–75.
- García Brustenga, A. (1935). Los médicos Puericultores en contra de las Escuelas de Puericultura. *Puericultura*, 15(180), 177–181.
- García del Diestro, J. (1936). La enseñanza de la Puericultura en España. *Puericultura*, (14), 186–187.
- González Barrios, N. (1930). *Organización y reglamentación del cuerpo e institución de enfermeras visitadoras y acción cultural de las mismas*. Madrid, España: Sociedad.
- Instituto Nacional de Previsión. (1931). *Seguro de Maternidad. Convenio con la Federación española de Colegios oficiales de Matronas*. Madrid.
- Juderías, C. (1935). La fundadora de la visita domiciliaria en España. *La Visitadora Sanitaria*, 6, 6–13.
- La Escuela Provincial de Puericultura Valencia. (1966). Valencia, España: Jefatura Provincial de Sanidad.
- La actuación social de la Escuela de Puericultura. Conferencias para las madres lactantes. (1932). *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, (59), 6–8.
- Laffón, M. (1933). Significación del seguro de maternidad en la puericultura española. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 502–514.
- Lencina, J. (1934). Acta de constitución de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias. *La Visitadora Sanitaria*, (1), 3–5.

- La Enfermera-Visitadora Pro-Higiene Pública*. (1923). Liga de las Asociaciones de la Cruz Roja. Ginebra.
- Los cursillos especiales gratuitos para señoritas y recién casadas. (1932). *Boletín El Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, (58), 6–7.
- Los cursillos especiales para Médicos de la Escuela de Puericultura. (1933). *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, (77), 19–22.
- Loriga, A. (1935). Una campaña social. sanitaria en Asturias. *La Visitadora Sanitaria*, (3) 13-19
- Los nuevos locales de la Escuela de Puericultura. (1933). *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, 73, p.4.
- Martin, D. y Huertas, E. (1933). La mortalidad infantil en el ambiente rural. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, (193), 470–485.
- Memoria de los servicios sanitarios provinciales 1933. Valencia. (1935). *Inspección Provincial de Sanidad*. Valencia, España.
- Navarro, E. (1922). *La mortalidad infantil y la demografía general en España: años 1859 a 1921*. Madrid, España.
- Orensanz, J., Freijanes, J., Pardo, J., y Bravo Frías, J. (1934). Organización de los Servicios de Higiene Infantil. En *Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid, España.
- Palanca, J.A. (1934). La mujer en sanidad. *La Visitadora Sanitaria*, (1), 13-14.
- Perrón, J. (1911). La Gota de Leche en Valencia. *Crónica Médica*, (23), 107–108.
- Prada, J. (1934). *Ficha de estudio de mortalidad infantil de Salamanca*. Salamanca, España.
- Segunda Asamblea de Enfermeras visitadoras, de Higiene rural, de Tuberculosis, de Puericultura y de Higiene Mental. (1934). *Primer Congreso Nacional de Sanidad* (4), 130–131.
- Programa I y II Cursillo de Puericultura especiales para médicos. (1935). *Memoria de Los Servicios Provinciales de Higiene. Año 1933*, (pp.105-106) Inspección Provincial de Sanidad. Valencia, España.
- Programa de enseñanzas para Enfermeras Visitadoras. (1935). *Memoria de Los Servicios Provinciales de Higiene. Año 1933*, (pp. 95–96) Inspección Provincial de Sanidad. Valencia, España.
- Proyecto de Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia. (1928). *Boletín Sanitario de La Provincia de Valencia*, 2(13), 4–11.

- Relación de asociadas. (1935). *La Visitadora Sanitaria*, (1), 27.
- Schwanzaeberg, A. (1935). La personalidad de la Enfermera. *La Visitadora Sanitaria*, (3), 3-14.
- Selfa, J. (1966). A guisa de presentación. En *Escuela de Puericultura de Valencia*, PP. 7–9. Valencia, España.
- Segunda Asamblea de Enfermeras visitadoras, de Higiene rural, de Tuberculosis, de Puericultura y de Higiene Mental. En libro de actas del 1ª Congreso Nacional de Sanidad. (1934), 4, 130–131.
- Seguro Obligatorio de Maternidad. (1930). Madrid, España: Instituto Nacional de Previsión.
- Soler, E. (1935). Labor a desarrollar por la Visitadora Puericultora. *Puericultura Española* (3), 13.
- Una jornada social sanitaria (1933), *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, (77), 2-11.
- Varo, R. (1966). La Escuela de Puericultura y la Sanidad provincial. En *La Escuela Provincial de Puericultura de Valencia* (pp. 5–6). Valencia, España.
- Vázquez, Á. (1935). Las enfermeras sanitarias y la Odontología. *La Visitadora Sanitaria*, (3), 1-2.
- Moll, T. (1935). Puericultura. Labor social. La Visitadora. *Puericultura Española*, (5) 11–12.

Referencias legislativas (orden cronológico)

Gaceta de Madrid 28 de julio. *Ley Benot*. Gaceta de Madrid, 209, 28 de julio de 1873.

Ministerio de la Gobernación. Gaceta de Madrid, 73, de 14 marzo de 1900.

Ley de protección a la infancia, Gaceta de Madrid, 230, de 17 de agosto de 1904.

Ministerio de la Gobernación. Gaceta de Madrid, 10, de 10 de enero de 1907.

Reglamento de la ley de Protección a la infancia. Gaceta de Madrid, 26, de 26 enero de 1908.

Ministerio de Fomento. Gaceta de Madrid, 65, 6 de marzo de 1910.

Reglamento sobre Puericultura y primera infancia. Gaceta de Madrid 107, 17 de abril de 1910.

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Real decreto. Gaceta de Madrid, 154, de 3 de junio de 1922.

Gaceta de Madrid, 196, 15 de julio 1922

Real Orden 23 de mayo 1923 creando la Escuela Nacional de Puericultura adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia. *La Gaceta de Madrid*, 145, de 25 de mayo de 1923.

Gaceta de Madrid, 235, 23 de agosto de 1923.

Real decreto de organización de la Escuela Nacional de Puericultura, Gaceta de Madrid, 321, 17 de noviembre de 1925.

Real Orden Reglamento provisional de la Escuela Nacional de Puericultura. Gaceta de Madrid, 2, 2 de enero 1926.

Gaceta de Madrid, 218, del 6 de agosto de 1927.

Gaceta de Madrid, 261, del 18 de septiembre de 1927.

Ministerio de trabajo y previsión. Gaceta de Madrid, 83, de 24 marzo de 1929.

Decreto para que la Escuela Nacional de Puericultura pueda cumplir acertadamente su misión. Gaceta de Madrid, 201, de 19 de julio de 1932.

Seguro obligatorio maternidad (1932). *Instituto Nacional de Previsión*. Madrid, España

Circular convocando a un curso abreviado de Visitadoras Puericultoras que dará la Escuela Nacional de Puericultura. Gaceta de Madrid, 113, 23 de abril de 1933.

Circular Convocando a un curso para proveer 50 plazas de Enfermeras alumnas con destino a los Dispensarios antituberculosos de las provincias que se mencionan. Gaceta de Madrid, 304, 31 de octubre de 1933.

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Decreto Escuela Nacional Puericultura. Gaceta de Madrid, 264, de 21 de septiembre de 1935.

Gaceta de la República, 90, del 31 de marzo de 1937.

Boletín Oficial del Estado, 31, del 5 febrero de 1974.

Prensa

A las mujeres valencianas. (26 de noviembre de 1929). *La Correspondencia de Valencia*, p. 2.

Academia de estudios del niño. (12 de enero de 1930). *La Libertad*, p. 4.

Águeda (9 de octubre de 1937). ¡Aprended, jóvenes madres! *La Hora*, p. 2.

Aguilar, J. (19 de junio de 1921). La leche de la madre pertenece a su hijo. *Las Provincias: Diario de Valencia*, p. 5.

Albina. (22 de marzo de 1937). Labor social-sanitaria. *CNT Órgano de La Confederación Regional de Asturias, León y Palencia*, p. 6.

Artiga, S. (23 de mayo de 1931). Escuela Provincial de Puericultura, *Las Provincias: Diario de Valencia*, pp. 9 y 15.

Ayuntamiento de Valencia. Sesión. (1 de diciembre de 1910). *Las Provincias, Diario de Valencia*, p. 2.

Ayuntamiento (29 de diciembre de 1914). *Las Provincias: Diario de Valencia* p.2.

Concurso de madres lactantes (26 de febrero de 1933) *Las Provincias, Diario de Valencia*, p. 5.

Consultorio Municipal de niños. (7 de diciembre de 1911). *Diario de Valencia*, p. 1.

Consultorio Municipal de niños. (7 de septiembre de 1912). *La Correspondencia de Valencia*, p.1.

Crozat, J. (mayo de 1934). Del ambiente, visitadoras del hogar. *Nuestros Hogares*, p.7.

Cultura (21 de septiembre de 1922) *La Correspondencia de Valencia*, p. 1.

Ecebé. (19 de septiembre de 1902). El Asilo de Lactancia. *Las Provincias: Diario de Valencia*, p.2.

Consultorio Municipal de niños. La Gota de Leche en Valencia (12 de diciembre de 1910). *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, pp. 1-2.

El Consultorio de niños (12 de diciembre de 1910). *Las Provincias: Diario de Valencia*, p. 2.

Diario de Valencia (1 de diciembre de 1914) p. 2.

Diario de Valencia (12 de agosto de 1917), p.5.

El Pueblo Republicano (2 de diciembre de 1910), p.1

El Pueblo Republicano (25 de enero de 1911), p.1.

El Pueblo Republicano (10 de enero de 1931), p.8

El Pueblo Republicano (23 de julio de 1931), p.3

Escolares (31 de mayo de 1922). *Las Provincias: Diario de Valencia*, p. 5.

La Escuela Maternal de Valencia (26 de abril de 1925). *Las Provincias: diario de Valencia*, p.11.

Escuela provincial de Puericultura de Valencia (26 de noviembre de 1927). *La Correspondencia de Valencia*, p.4.

García, A. (25 de septiembre de 1925). Escolares. *Las Provincias: diario de Valencia*, p.1.

González Barrio, N. (15 de diciembre de 1936). Una sincera confesión de la Doctora Nieves González Barrio. *Blanco y Negro*, pp. 162–163.

Inauguración asilo de lactancia (4 de agosto de 1882). *El Áncora*, p.3.

Juarros, C. (12 de mayo de 1921). Cómo se lucha contra la tuberculosis. *El Defensor de Córdoba*, p.3.

La Correspondencia de Valencia. (18 de diciembre de 1906), p. 3.

La Correspondencia de Valencia, Diario de noticias (8 de julio de 1910), p.3.

La Correspondencia de Valencia (25 de septiembre de 1931), p. 2.

La Correspondencia de Valencia. (12 de noviembre de 1927), p. 6.

La Correspondencia de Valencia. (3 de enero de 1930), p.2

La Correspondencia de Valencia (19 de octubre de 1932), p.1.

La Correspondencia de Valencia (25 de noviembre de 1932), p.1

La Escuela Maternal de Valencia. (26 de abril de 1925). *Las Provincias: Diario de Valencia*, p. 11.

La Escuela de Puericultura y el Día de Lucha contra la mortalidad Infantil. (19 de octubre de 1932) *La Correspondencia de Valencia*, p.1.

La Junta de Protección a la Infancia (8 de julio de 1931). *La Correspondencia de Valencia*, p. 2.

La Mutualidad Maternal. (16 de noviembre de 1929). *La Correspondencia de Valencia*, p. 3.

La organización de un utilísimos servicio médico-social. (24 de febrero de 1929) *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, p. 2.

Las Provincias, Diario de Valencia (2 de febrero de 1911), p. 2.

Las Provincias, Diario de Valencia (30 de diciembre de 1915), p. 2.

Las Provincias, Diario de Valencia. (7 de marzo de 1928), p. 2.

Las Provincias, Diario de Valencia (7 de marzo de 1928), p. 6.

Las Provincias, Diario de Valencia (7 de junio de 1928), p. 3.

Las Provincias, Diario de Valencia (4 de agosto de 1931), p.7.

Las enfermeras visitadoras. (1932). *El Sol*, p. 6.

Lestache, G. (25 de junio de 1933). Al servicio del niño. La enfermera en la lucha contra la mortalidad infantil. *EL Sol*, p.5.

Matronas valencianas y la Escuela de Puericultura. (24 de noviembre de 1927), *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, p. 2.

Martín de Prado, M. (4 de julio de 1938). Dispensario Antituberculoso: su misión. *El Diario Palentino*, p.3.

Noticias (26 de noviembre de 1906). *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, p.2.

Noticias. (25 de enero de 1911). *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, p. 1.

Obras de asistencia social. (24 de septiembre de 1931). *Las Provincias: Diario de Valencia*, p.4.

Por los niños. (15 de julio de 1919). *La Correspondencia de Valencia*, p. 1.

Romero, L. (24 de mayo de 1931). Anhelos de una clase. *Sol*, p. 6.

Tercero, M. (28 de junio de 1934). Un dispensario modelo. *ABC Sevilla*, p. 42.

Una inspección. (15 de julio de 1930). *El Pueblo: Diario Republicano de Valencia*, p. 2.

Una nota oficiosa. (22 de julio de 1930). *La Correspondencia de Valencia*, p. 3.

Té en honor de las matronas valencianas (21 de noviembre de 1927), *Las Provincias: Diario de Valencia*, p. 4.

Un guardalactantes y una cantina escolar para la barriada de Sagunto (16 de septiembre de 1931), *El Pueblo: el diario republicano de Valencia*, p. 2

Unión Católica. (29 de julio de 1879), p. 2

Fuentes de Archivo

Escuela Nacional de Sanidad, Secretaría de cursos. (1940). EXAMEN ENFERMERA PUERICULTORA. Madrid.

Tablas de Mortalidad. INEBase/Historia, Fondo documental. Recuperado de

<https://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?tntp=206842>

Anuarios Estadísticos de España. INEBase/Historia, Fondo documental. Recuperado de

<https://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?tntp=25687>

Movimiento natural de la población. INEBase/Historia, Fondo documental. Recuperado de

https://www.ine.es/inebase_historia/mnp.htm

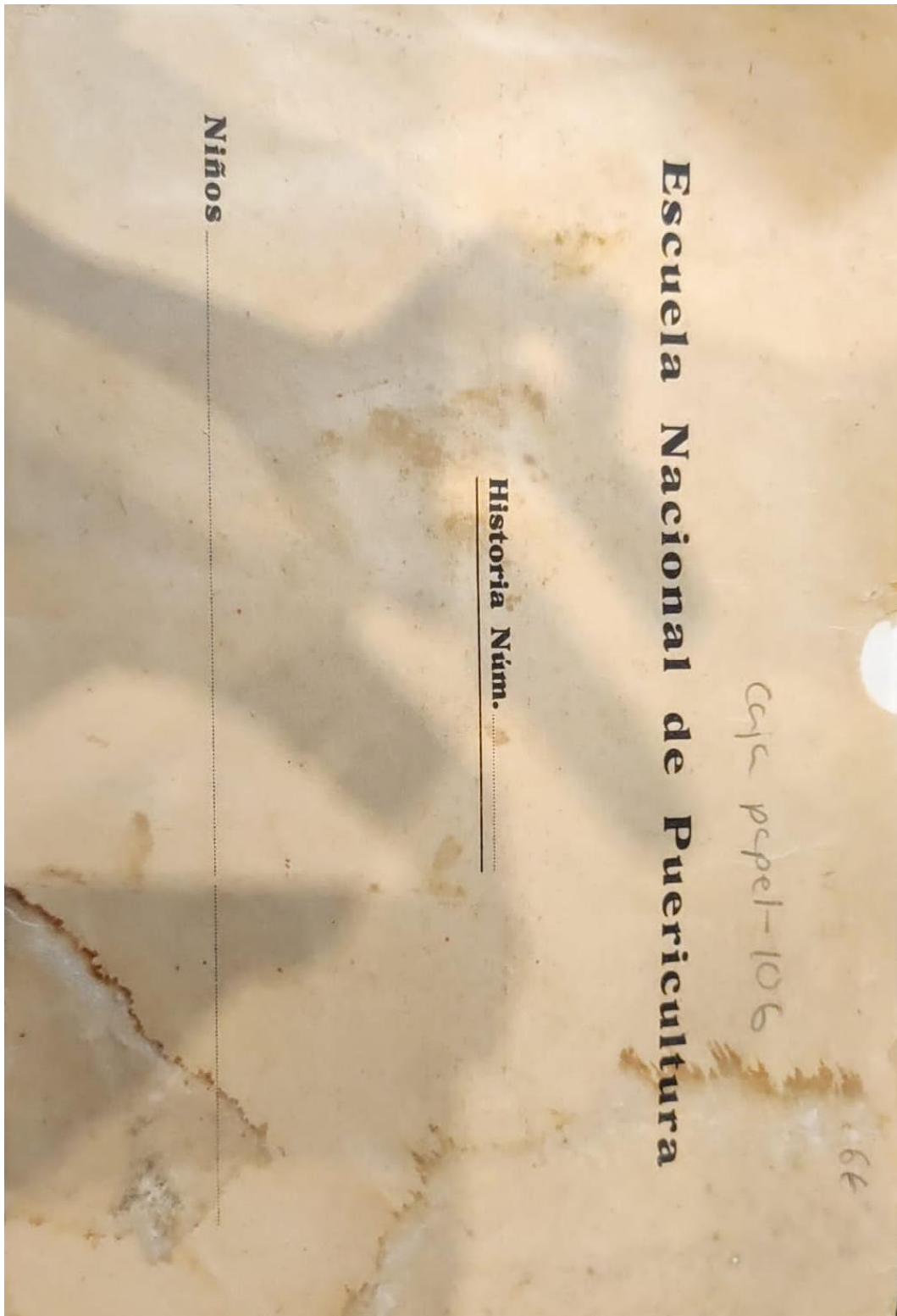
Nóminas y Plantilla Escuela Puericultura de Valencia. 1985. Arxiu Històric de la Comunitat Valenciana, 8/1541-1

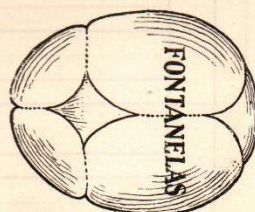
Thous, M. (1928). *Valencia, protectora de la infancia*. Institut Valencià d'audiovisuals. Recuperado de: <http://www.restauracionesfilmoteca.com/cine-valenciano/no-ficcion/valencia-protectora-de-la-infancia/>

XII. ANEXOS

ANEXO I

Sobre de Historia Clínica de la Escuela Nacional de Puericultura (sin datar, archivo personal).





CIRCUNFERENCIA DE LA CABEZA

1.º AÑO				2.º AÑO				3.º AÑO	4.º AÑO	5.º AÑO
1.º mes	3.º mes	6.º mes	9.º mes	12.º mes	15.º mes	18.º mes	21.º mes	24.º mes		
35,4	40,9	42,7	43,3	43,9	46,2	46,8	47,9	48,0	48,5	50,0

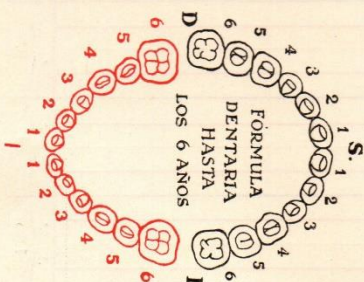
PERIMETRO TORACICO

Nacimiento	1.º AÑO	2.º AÑO	3.º AÑO	4.º AÑO	5.º AÑO
0,30	0,47	0,485	0,50	0,51	0,525

COEFICIENTES

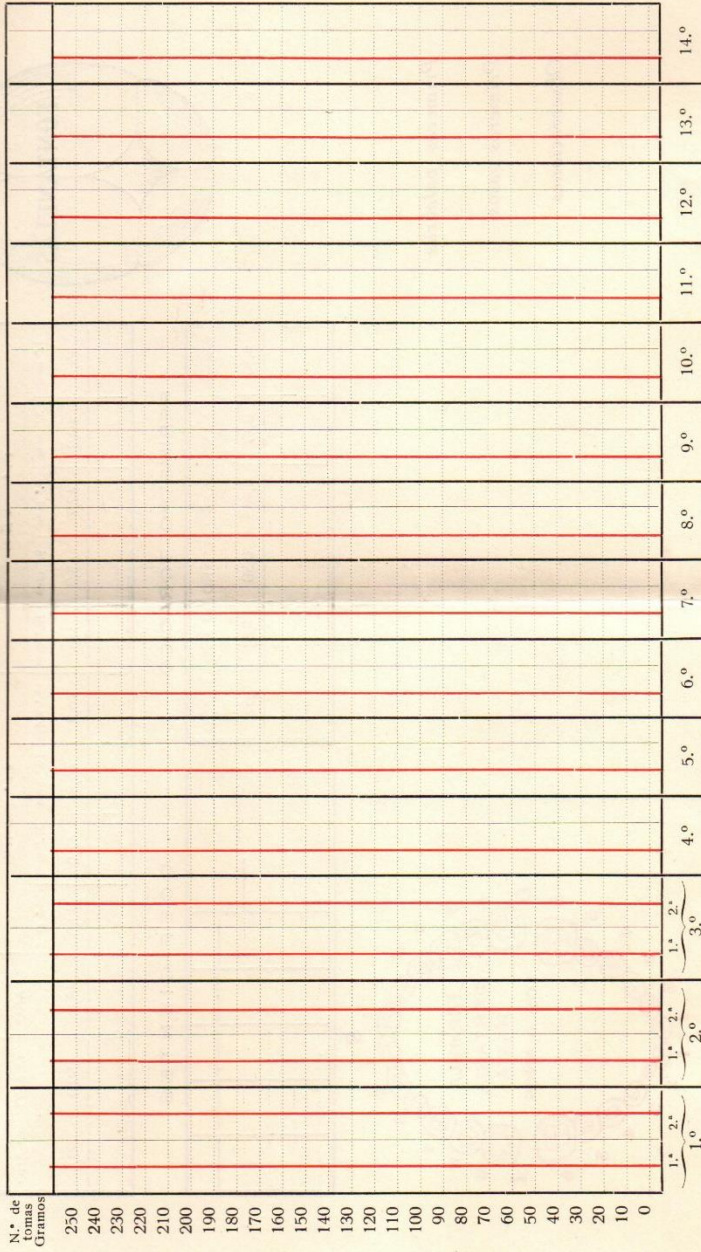
Coefficiente									

Primeras palabras
Primeros pasos
Observaciones



GRÁFICA DIETÉTICA

Núm.



OBSERVACIONES:

- TRAZO AZUL: Leche mujer.
- TRAZO ROJO: Leche de vaca o alimentos preparados.
- TRAZO NEGRO: Harinas.

Valor calorimétrico {
 Albúminas..... 4
 Grasas..... 9
 Hidrocarbónatos 4
 por gramo (1).....

(1) Aproximado.

RECONOCIMIENTOS SISTEMATICOS

Ficha *Nombre* *Edad* *Fecha*
Apetito *Humor* *Sueño*
Deposiciones *Vómitos?*
Peso *Talla* *P. C.* *P. G.* *F.*
Nariz-F. *Expresión* *Color*
Paniculo *Turgor* *Tono* *Funciones*
Psiquismo
Tipo *Dco. nutritivo*
Piel
Ganglios
Huesos y dientes
Tórax
Ventre
Reflejos
Boca
Tratamiento

II RECONOCIMIENTO: *Edad* *Fecha*
Apetito *Humor* *Sueño*
Deposiciones *Vómitos?*
Peso *Talla* *P. C.* *P. G.* *F.*
Nariz-F. *Expresión* *Color*
Paniculo *Turgor* *Tono* *Funciones*
Psiquismo
Tipo *Dco. nutritivo*
Piel
Ganglios
Huesos y dientes
Tórax
Ventre
Reflejos
Boca
Tratamiento

III RECONOCIMIENTO: *Edad* *Fecha*

Apetito *Humor* *Sueño*

Deposiciones *Vómitos?*

Peso *Talla* *P. C.* *P. G.* *F.*

Nariz-F. *Expresión* *Color*

Paniculo *Turgor* *Tono* *Funciones*

..... *Psiquismo*

Tipo *Dco. nutritivo*

Piel

Ganglios

Huesos y dientes

Tórax

Vientre

Reflejos

Boca

Tratamiento

IV RECONOCIMIENTO: *Edad* *Fecha*

Apetito *Humor* *Sueño*

Deposiciones *Vómitos?*

Peso *Talla* *P. C.* *P. G.* *F.*

Nariz-F. *Expresión* *Color*

Paniculo *Turgor* *Tono* *Funciones*

..... *Psiquismo*

Tipo *Dco. nutritivo*

Piel

Ganglios

Huesos y dientes

Tórax

Vientre

Reflejos

Boca

Tratamiento

HISTORIA NÚM. _____

FECHA _____



AÑO _____

Núm. _____

Escuela Nacional de Puericultura

(DATOS A RECOGER EN LA CONSULTA DE ADMISIÓN)

Nombre del niño

Nació el en

Domicilio: { Se mudó }

Nombre del padre

Nombre de la madre

Datos obstétricos

Enfermedades que ha padecido el niño

¿Cómo viene vestido?

Condiciones de aseo

Régimen alimenticio antes de su ingreso

PRUEBAS DE INMUNIDAD Y DE CONTAGIO

DATOS RADIOGRAFICOS

A N Á L I S I S

I.—EN LA MADRE:

(a) *Leche*

(b) *Sangre*

(c) *Espustos*

II.—EN EL NIÑO:

(a) *Sangre*

(b) *Orina*

(c) *Heces*

Otros análisis

Diagnóstico constitucional

Diagnóstico de enfermedad

Fecha de baja en la escuela

Motivo de la misma

RECONOCIMIENTOS ESPECIALES

ODONTOLOGÍA

FECHAS	RESULTADO

FECHA

OFTALMOLOGÍA

FECHAS	RESULTADO

OTORINOLARINGOLOGÍA

FECHAS	RESULTADO

OTRAS OBSERVACIONES

HISTORIA CLINICA NUM. _____

Pruebas de inmunidad y vacunaciones preventivas correspondientes al niño _____

(a) VACUNACIÓN ANTITUBERCULOSA con _____

Fechas { _____ } el
 { _____ } el
 { _____ } el

Reacciones a la tuberculina _____

Observaciones _____

(b) VACUNACIÓN ANTIVARIÓLICA con _____

Fechas { _____ } el
 { _____ } el
 { _____ } el

Observaciones _____

(c) VACUNACIÓN ANTIDIFTÉRICA con _____

Fechas { _____ } el
 { _____ } el
 { _____ } el

Pruebas de inmunidad _____

Observaciones _____

(d) VACUNACIÓN ANTITÍFICA con _____

Fechas { _____ } el
 { _____ } el

Observaciones _____

**Factores de contagio a que ha estado sometido el niño, en relación
a las vacunaciones practicadas**

Blank lined area for writing.

ESCUELA NACIONAL DE PUERICULTURA

Visitadora

Ficha

Fecha

Nombre

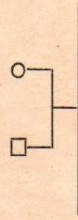
Edad

Sexo

Dirección

Tipo de casa	N.º de pisos y cuartos	Condiciones de ascó	Retrécés y resídnos	Patios Terrazas
--------------	------------------------	---------------------	---------------------	-----------------

CROQUIS



Letras	OBSERVACIONES	Edad	OCUPACION	Jornal	Parentesco

Juicio de la visitadora sobre la vivienda

Idem sobre la familia

¿Viven juntos los padres? *En caso negativo ¿por qué?*

El niño ¿duerme en cuna? ¿Sólo? *Cultura media de la madre*

Condiciones del sueño

Clase de vida que hace

¿Ha asistido a alguna Gota de Leche, Consulta o Guardería?

¿Asiste actualmente? ¿Por qué?

¿A qué vacunaciones preventivas se le ha sometido?

.....

¿Recibe o ha recibido la madre algún subsidio de Maternidad?

CONSEJOS DADOS

.....

.....

.....

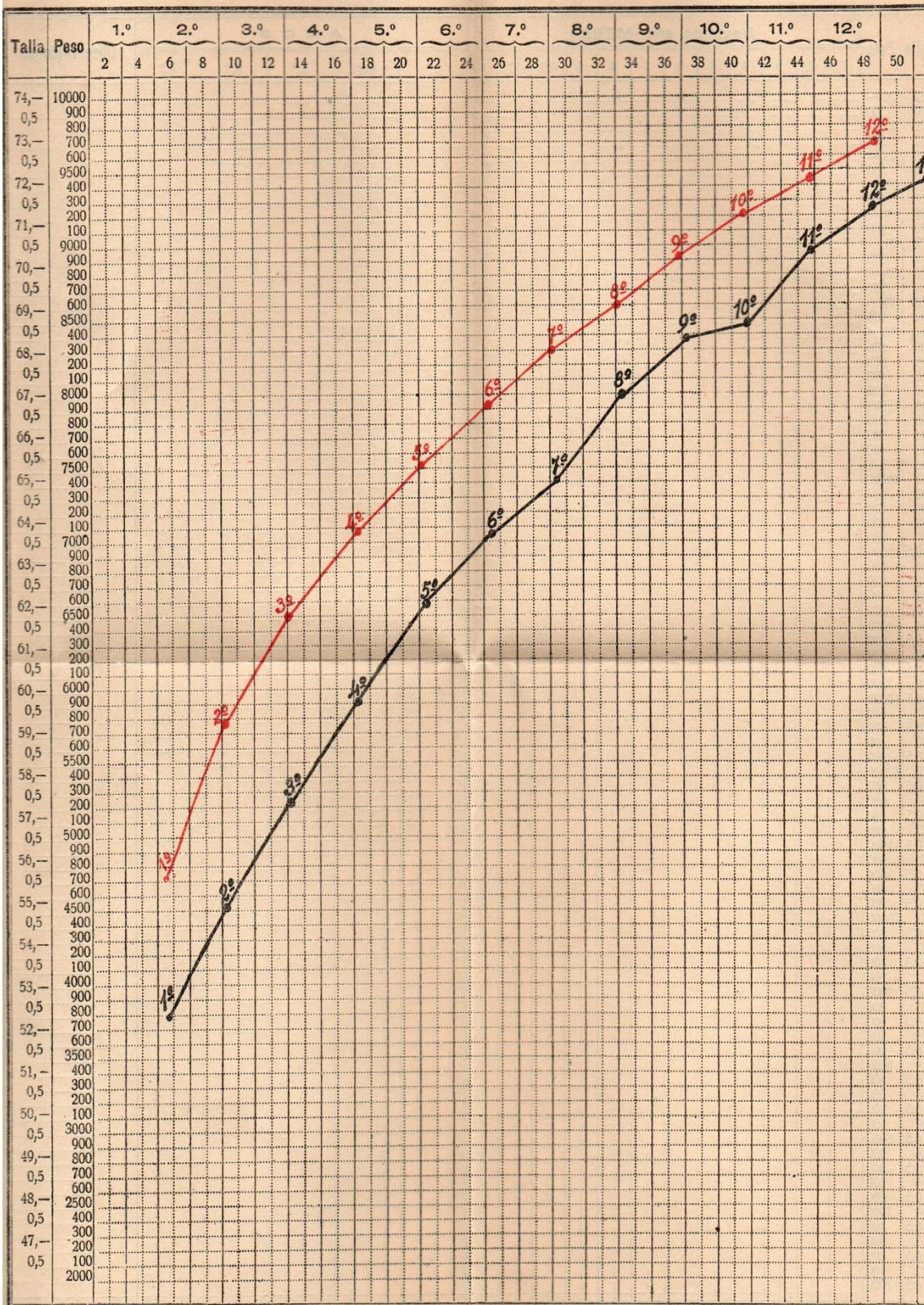
.....

.....

.....

.....

PRIMER AÑO. - Meses - Semanas



Nombre

Domicilio

Escuela Nacional de Puericultura

DEBERES

que contraen los padres o personas encargadas de los niños que ingresan en esta Institución ⁽¹⁾

- 1.º Hacer que el niño asista periódicamente a la Consulta correspondiente.
- 2.º No tenerlo inscrito en ninguna otra Institución similar.
- 3.º Tenerle limpio y libre de parásitos.
- 4.º Cumplir rigurosamente los consejos higiénicos y dietéticos que se les den.
- 5.º Facilitar a las señoritas Visitadoras las inspecciones domiciliarias que se crean convenientes.
- 6.º Someterse a cuantas vacunaciones, métodos preventivos y procedimientos terapéuticos le sean ordenados por el personal técnico de la Escuela.
- 7.º Prohibición de traer al niño a la Consulta en caso de enfermedad que pueda ser contagiosa.

Todo niño que enferme con TOS, FIEBRE o alguna ERUPCIÓN, no podrá ser traído a la Escuela. La madre tendrá la obligación de AVISAR OPORTUNAMENTE, de palabra o valiéndose de la tarjeta postal que se le entrega, para que aquél sea visitado por un técnico de la Escuela, que decidirá la conducta a seguir.

(1) Toda ocultación en los datos que se piden, o la falta de cumplimiento de cualquiera de las otras disposiciones, motivará la baja del niño en la Escuela.

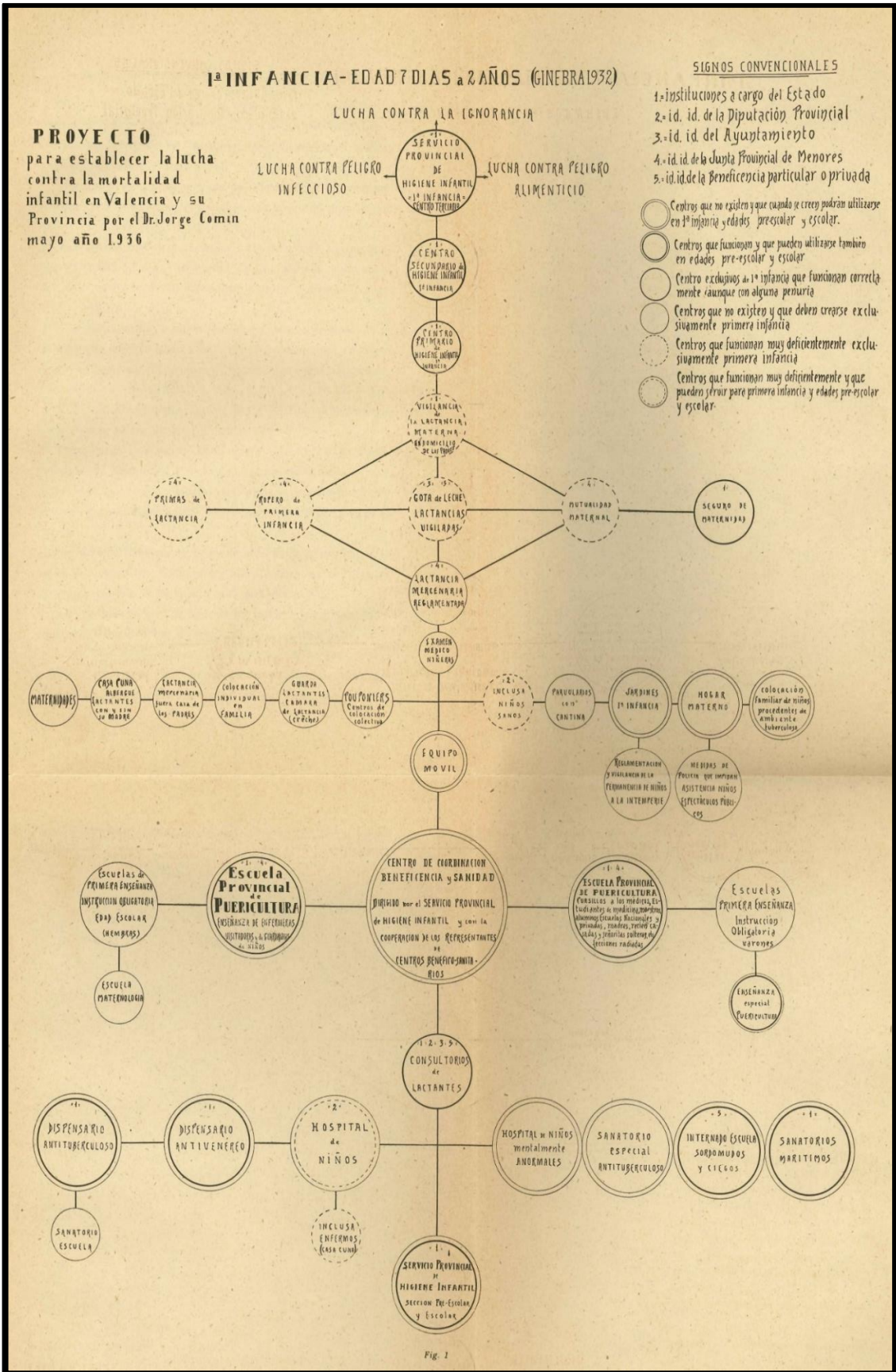
ANEXO II:

Transcripción de los Servicios dedicados a la Infancia en Valencia en 1935 según Teresa Moll (Moll, 1935)

<i>DEL ESTADO</i>	<i>Dispensario de Higiene Infantil Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa Escuela Maternal Junta provincial de Protección de Menores Clínica de Enfermedades de la Infancia. Dispensario Antituberculoso Central Tribunal Tutelar de Menores</i>
<i>DE LA PROVINCIA</i>	<i>Maternidad Inclusa Casa de Beneficencia Hospital Provincial Dispensario Antituberculoso Provincial</i>
<i>DEL MUNICIPIO</i>	<i>Institución Municipal de Puericultura Colonias Escolares de Vacaciones Colonia escolar permanente Asilo de Lactancia</i>
<i>OFICIALES</i>	<i>Escuela Provincial de Puericultura Guardería Infantil (Barriada Sagunto) Guardería Infantil (barriada Cuarte) Comisión Sanitaria de Lucha Antituberculosa Escuela de Reforma de Burjasot Asociación Valenciana de Caridad Instituto Valenciano de Sordos-Mudos y Ciegos</i>
<i>PARTICULARES</i>	<i>Mutualidad maternal de la Escuela de Puericultura Gota de Leche «La Milagrosa» Federación Valencia de Colonias Escolares Cantinas Escolares (comedores especiales para párvulos y escolares indigentes) Cantina escolar «Blasco Ibáñez» Cantina Escolar «María Carbonell»</i>
<i>INTERNADO DE NIÑOS HUÉRFANOS</i>	<i>Asilo de San Eugenio Asilo La Protectora de los Niños Asilo San Juan Bautista Asilo Marqués de Campo Colegio Asilo de San Vicente Ferrer Asilo de San José de la Montaña Escuelas Salesianas Instituto-Asilo de San Joaquín Asilo del Dr. Sunsi</i>
<i>HOSPITALES SANATORIOS</i>	<i>Nuestra Señora del Carmen Asistencia de niñas con tuberculosis externas San Juan de Dios Asistencia de niños con tuberculosis externas</i>

ANEXO III:

Coordinación Servicios de lucha contra la mortalidad infantil en Valencia (Comín 1940)



ANEXO IV:

Fachada del Asilo de Lactancia. Thous, M. (1928). *Valencia, protectora de la infancia*. 11'15''.

Copia restaurada y conservada en la Filmoteca Valenciana, Institut Valencià de Cultura.



ANEXO V:

Hermana franciscana de la Inmaculada al cuidado de hijos de las cigarreras en el Asilo de Lactancia de la Fábrica de tabacos. Thous, M. (1928). *Valencia, protectora de la infancia*. 11'32''.

Copia restaurada y conservada en la Filmoteca Valenciana, Institut Valencià de Cultura.



ANEXO VI:

Envasadora de leche y biberones de la Gota de Leche de Valencia. Thous, M. (1928). *Valencia, protectora de la infancia*. 8'57" Copia restaurada y conservada en la Filmoteca Valenciana, Institut Valencià de Cultura.



ANEXO VII:

Madres con sus hijos esperando a ser atendidas en la Gota de Leche y en Consultorio de niños. Thous, M. (1928). *Valencia, protectora de la infancia*. 8'33" Copia restaurada y conservada en la Filmoteca Valenciana, Institut Valencià de Cultura.



ANEXO VIII

Personal femenino en las instalaciones del Consultorio de niños. Thous, M. (1928), Valencia *Protectora de la infancia*, 9'52'' Copia restaurada y conservada en la Filmoteca Valenciana, Institut Valencià de Cultura.



ANEXO IX:

Programa de enseñanzas para Enfermeras Visitadoras. (1935). *Memoria de Los Servicios Provinciales de Higiene. Año 1933*, 95-96.

95

Programa de Enseñanzas para Enfermeras Visitadoras

Primero y segundo cursillos

LECCIÓN 1.^a—Morbilidad y mortalidad infantil.—Sus causas más importantes.—Su relación con las distintas edades de la Infancia.

LECCIÓN 2.^a—Higiene general.—Higiene infantil.—Puericultura y maternología.—Concepto de eugénica.—Puericultura prenatal o intrauterina.—Higiene del embarazo.

LECCIÓN 3.^a—Ligero estudio anatómo-fisiológico del huevo y del feto.—Profilaxis de las enfermedades del feto.

LECCIÓN 4.^a—Breve idea de las enfermedades llamadas obstétricas o producidas con motivo del parto.—Sus causas y medios de prevenirlas.

LECCIÓN 5.^a—Estudio anatómo-fisiológico del recién nacido.—Idea sobre las llamadas enfermedades típicas de los recién nacidos.

LECCIÓN 6.^a—Cuidados higiénicos especiales del recién nacido normal en el momento del nacimiento y en los quince primeros días.

LECCIÓN 7.^a—Estudio de los niños prematuros y débiles congénitos.—Causas de estos estados y cuidados que requieren.

LECCIÓN 8.^a—Concepto general de la Infancia.—Su división en periodos.—Definición, características y límites de cada uno de ellos.

LECCIÓN 9.^a—Primera infancia.—Características anatómo-fisiológicas del lactante.—Estudio de su aparato digestivo y diferencias más esenciales con el del adulto.

LECCIÓN 10.—Ligero estudio de los aparatos respiratorio y génito-urinario del lactante.—Breve idea anatómo-fisiológica y evolutiva de su sistema nervioso.

LECCIÓN 11.—Estudio de la piel y del aparato locomotor.—Nociones anatómo-fisiológicas y evolutivas de los sentidos y de la inteligencia del lactante.

LECCIÓN 12.—Características evolutivas del lactante; peso y talla; su estudio con relación a la edad.—Algunas reglas para averiguar el peso medio correspondiente a la edad.—Técnica de las pesadas y de la talla.—Gráficas.

LECCIÓN 13.—Epoca en que se ocluyen las fontanelas.—Desarrollo de la marcha y del lenguaje.—Dentición.—Fórmula dentaria.—Cronología de la erupción dentaria.—Anomalías de la dentición.—Patología de la misma.

LECCIÓN 14.—Sus modalidades.—Lactancia materna.—Su necesidad.—Sus reglas.—Higiene de la mujer que lacta.—Contraindicaciones de la lactancia materna por parte de la madre o del niño.

LECCIÓN 15.—Lactancia mercenaria.—Consideraciones sobre la misma en sus aspectos moral y social.—Sus indicaciones, contraindicaciones y técnica.—Reconocimiento de una nodriza.

LECCIÓN 16.—Lactancia artificial.—Composición de la leche de vaca y de otras especies de animales empleadas en ella.—Estudio comparativo entre estas leches y la de mujer.—Indicaciones de lactancia artificial.

LECCIÓN 17.—Técnica detallada de la lactancia artificial.—Preparación de la leche: esterilización.—Procedimientos.—Dilución.—Leches comerciales concentradas y en polvo.—Leches maternizadas.

Lección 18.—Lactancia mixta: indicaciones, modalidades y técnica.—Métodos para calcular la ración alimenticia de un lactante según peso, talla, etc.

Lección 19.—Estudio de algunos leches llamadas medicamentosas o modificadas y de otros productos alimenticios o dietéticos frecuentemente empleados en los niños sanos o enfermos de primera y segunda infancia.

Lección 20.—Alimentación complementaria.—Cuándo y por qué debe comenzarse.—Cómo debe hacerse.—Técnica de la preparación de papillas y de cocimientos y mucilagos de cereales.

Lección 21.—El destete.—Diversas modalidades.—Epocas y formas de realizarlo.—Alimentación desde el destete a los 5 años.

Lección 22.—Higiene general del lactante.—Limpieza corporal.—Baños.—Habitación.—Cama.—Paseos.—Sueño, etc.—Técnica del baño.

Lección 23.—Sobrealimentación e hipoalimentación.—Sus causas y modalidades.—Reglas para prevenirlas y curarlas.

Lección 24.—Dispepsias.—Sus causas y formas.—Hipotrepsia y atrepsia.—Vómitos y diarreas del lactante.—Normas generales para prevenirlas y curarlas.

Lección 25.—Enfermedades infecciosas más frecuentes en los niños.—Breve idea de las llamadas fiebres eruptivas (sarampión, escarlatina, viruela, varicela, etc.).

Lección 26.—Nociones generales sobre otras infecciones (difteria, gripe, tétanos, erisipela, septicemias, etc.).

Lección 27.—Idea del contagio.—Sus formas.—Cuidados generales que requieren los niños afectados de una enfermedad infecciosa.

Lección 28.—Profilaxis individual y colectiva de las infecciones.—Sueros y vacunas.—Estudio de los más empleados en los niños.—Vacunación antivariólica: técnica, evolución y accidentes.

Lección 29.—Sífilis y tuberculosis en el niño.—Su enorme importancia social.—Su profilaxis.

Lección 30.—Confección de fichas y carnet.—Sistema seguido en esta Escuela de Puericultura.—Función social de las enfermeras visitadoras.—Su actuación en las Escuelas de Puericultura.

Lección 31.—Nociones acerca de la legislación protectora del niño y de la mujer embarazada y lactante en España y en otros países.—Obras sociales de protección al niño y a la mujer embarazada o lactante.

ANEXO X

Transcripción de exámenes para obtención del título de Enfermera puericultura en la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia.

ESCUELA DEPARTAMENTAL DE PUERICULTURA 1939-1940

ACTA DE LOS EXÁMENES CELEBRADOS EN LA ESCUELA DE PUERICULTURA DE VALENCIA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ENFERMERA PUERICULTORA

En la ciudad de Valencia a 17 de junio de 1940 a las 9 horas se constituye en el local de la Escuela Provincial de Puericultura el Tribunal examinador.

Realizados los ejercicios para la obtención del título de Enfermera Puericultora consistentes en la resolución del siguiente problema:

«Niño de 4 meses eutrófico sometido a lactancia natural. Cantidad de leche que debe ingerir en 24 horas para que su racionamiento sea correcto. La madre trabaja en la Fábrica de Tabacos y el padre padece una tuberculosis abierta.»

Leídos los ejercicios se concede el Título de Enfermera Puericultora a: [16 alumnas]

(Escuela Nacional de Sanidad, 1940)

EXAMEN PARA LA OBTENCIÓN EL TÍTULO DE ENFERMERA PUERICULTORA.

CURSO 1942/1943

ACTA DE LOS EXÁMENES EL ALUMNADO DE LA ENSEÑANZA DE ENFERMERA PUERICULTORA

En la ciudad de Valencia a las 12 horas del día 16 de junio de 1943 y en la Escuela Provincial de Puericultura se constituyó el Tribunal para conocer la aptitud a las alumnas de la enseñanza de Enfermeras, formado por los Doctores D. Javier Vidal Jordana como secretario del tribunal y como vocales D. José Comín Vilar, Director de la Escuela; D. José Selfa Martínez y D. Juan Antonio Ruiz Santamaría, Puericultores del Estado y D. Vicente Milio Marí, Maternólogo de los Servicios Provinciales e Higiene Infantil, todos ellos Profesores de la citada Escuela.

Los exámenes consistían en la redacción de una ficha Sanitaria y otra social, con la resolución del problema de índole social atendándose a los datos del siguiente caso:

El 15 de Junio de 1943 ingresó en el Dispensario de Higiene Infantil un niño llamado Andrés González, de 6 meses de edad, natural del Perelló. Peso 5 kg. Su madre tuvo 3 embarazos a término y 1 aborto. Murieron 2 hijos a causa de trastornos digestivos a los 4 y 5 meses

respectivamente. Dentro de este embarazo, vómito incoercible; el parto normal y el embarazo con las características ya anotadas.

Peso inicial del niño, desconocido.

Seguro de maternidad y social: no

Lactancia materna hasta 4º mes, luego artificial incorrecta.

¿Qué régimen debe llevar?

No ha sido sometido a ninguna vacunación

Examen del niño: color de los tegumentos, pálido; panículo adiposo: escaso; turgencia muy disminuida; sueño tranquilo. ¿Cuál es el índice de resistencia orgánica de este niño?

Edad de la madre: 32 años.

Dejó de dar el pecho a su hijo por trabajar en una fábrica.

Salud de los padres: sanos

Un hermano de la madre tuberculoso abierto.

El niño nació en casa y padeció algún trastorno nutritivo.

Los padres viven juntos y el niño duerme con ellos.

No lo bañan; va regularmente vestido y la cultura de la madre es mediocre. Ésta, durante el último mes de embarazo, trabajó. No han asistido a ninguna obra benéfico-social, ni la madre ni el niño.

Tipo de casa, rural, con 4 habitaciones, 2 de ellas sin ventanas; retrete en la cocina y agua de pozo. Orientada al Norte. Renta mensual, 40 pesetas.

Personas que conviven con el niño:

Padre, 42 años, sano, jornalero, 12 pesetas.

Madre, 32 años, sana, trabaja, 10 pesetas.

Una hermana de la madre, sana, sus labores.

Seguros: los que marca la ley para los trabajadores.

Existe una epidemia de difteria forma de contagio y prevención

Aunque no está relacionado con este caso, indique la Enfermera las medidas profilácticas que estime pertinentes para evitar el contagio.

Se les concedió a las alumnas un tiempo prudencial para desarrollar el ejercicio y concluido el plazo, cada una de ellas leyó en pública sesión su correspondiente trabajo.

A continuación, el Tribunal, después de un detenido estudio de las pruebas de aptitud realizadas, acordó por unanimidad declarar aptas y con derecho al título de Enfermera Puericultora a las siguientes alumnas [5 alumnas].

EXAMEN PARA LA OBTENCIÓN EL TÍTULO DE ENFERMERA PUERICULTORA.

CURSO 1942/1943

ACTA DE LOS EXÁMENES EL ALUMNADO DE LA ENSEÑANZA DE ENFERMERA PUERICULTORA

En la ciudad de Valencia, a las 9 horas del día 17 de junio de 1943 y en la Escuela Provincial de Puericultura se reunió el tribunal examinador formado por los Doctores D. Javier Vidal Jordana como secretario del tribunal y como vocales D. José Comín Vilar, Director de la Escuela; D. José Selfa Martínez y D. Juan Antonio Ruiz Santamaría, Puericultores del Estado y D. Vicente Milió Marí, Maternólogo de los Servicios Provinciales e Higiene Infantil, todos ellos Profesores de la citada Escuela para conocer la aptitud del elegido grupo de alumnas de la enseñanza de Enfermeras Puericultoras.

El examen consistió en la redacción de una Ficha Sanitaria y otra Social y resolver el siguiente problema:

Un niño lactante de 4 meses, sometido a lactancia natural pesa 5 kg. El médico que le asiste ha prescrito una lactancia mixta y ha encarado a la Enfermera la determinación aproximada de la leche que ingiere en 24 horas por las tetadas.

Determinación de esta cantidad.

Modo de establecer la lactancia mixta por el procedimiento calorímetro.

El niño, por el procedimiento indicado ingería 400 gr. Diarios de la madre.

¿Qué cantidad de leche con azúcar al 7% hay que añadir en esta lactancia para que le niño reciba por este procedimiento mixto la cantidad calórica adecuada?

¿Qué procedimiento conoce Vd. para establecer la lactancia mixta?

Al redactar la ficha Social tenga Vd. En cuenta que uno de los familiares del niño padece tuberculosis abierta. ¿Qué medidas profilácticas recomendaría Vd.?7Indique además las vacunas preventivas que ha podido o debido someterse este niño

Se les concedió un plazo de dos horas para la redacción de los ejercicios y haciendo éste cada una de las alumnas leyó en pública sesión su correspondiente trabajo.

A continuación, el Tribunal, después de un detenido examen de las pruebas de aptitud realizadas, acordó por unanimidad declarar aptas con derecho al título de Enfermera Puericultora a las siguientes alumnas [6 alumnas]

Acto seguido se levantó la sesión

(Escuela Nacional de Sanidad, 1943)

Archivo del Negociado de Cursos de la Escuela Nacional de Sanidad Carlos III, caja I.

te de la madre, llevará consigo la obtención de una modesta recompensa en metálico de diez pesetas.

Existen ya antecedentes en la Escuela de Puericultura de que las madres saben apreciar la significación de de estos premios: atendiendo, pues, a esas notas, no es aventurado augurar un gran éxito a tales conferencias, que tan alto ponen el interés que sienten las madres en favor de ellas y de sus hijos estimando en lo que significan las campañas que realiza la Escuela de Puericultura.

Enseñanzas de Puericultura para Maestras, Enfermeras Visitadoras y Niñeras tituladas

Y ahora como complemento de esta información y a título de nota complementaria sobre la labor de la Escuela de Puericultura, publicamos

Un Programa de diez Lecciones prácticas

Lección 1.^a—Habitación del niño; condiciones que debe reunir. Ventilación, limpieza, calefacción, etc. Mobiliario; cama del niño.

Lección 2.^a—El vestido; sus modificaciones según la edad del niño y según las épocas del año; manera de vestirles; cambio de pañales; cuidados de la ropa.

Lección 3.^a—El paseo del niño; horas convenientes, forma de llevarle,

y medios de protegerle contra los agentes exteriores.

Lección 4.^a—Peso y talla; gráfica de los mismos.

Lección 5.^a—Baños; útiles necesarios, temperatura; manera de darlo. Cuidados del cuero cabelludo, uñas, etcétera.

Lección 6.^a—*Alimentación del Niño.*—Lactancia materna; su técnica. Cantidad aproximada de leche que debe ingerir el niño en relación con sus necesidades, y métodos para calcularla. Lactancia indirecta con leche de mujer y cuidados que requiere.

Lección 7.^a—Lactancia artificial. Elección del biberón, limpieza y esterilización del mismo. Preparación del biberón con leche de vaca.

Lección 8.^a—Biberón de leche condensada, concentrada o en polvo. Lactancia mixta. Preparación de papillas y sopas: preparaciones malteadas.

Lección 9.^a—Cuidados del niño enfermo; temperatura del mismo y su gráfica. Preparación de cataplasmas (revulsivas y emolientes). Envolturas húmedas, id. sinapizadas. Baño terapéutico y sus variedades; instilaciones.

Lección 10.—Medios sencillos de profilaxis en las enfermedades infecciosas. Vacunación antivariólica. Vacunación antidiftérica; otras vacunaciones.

ANEXO XII:

Los cursillos especiales para Médicos de la Escuela de Puericultura. (1933).

Los Cursillos especiales para Médicos de la Escuela de Puericultura

II Cursillo de Puericultura y I Cursillo de Higiene Escolar

Continuando esta Escuela su labor de ampliación cultural, iniciada hace algún tiempo con la celebración de cursillos de Puericultura especiales para señoritas y recién casadas, y reanudada recientemente con la celebración del I Cursillo de Puericultura, especial para Médicos, organizó el II Cursillo de Puericultura y el I Cursillo de Higiene Escolar, también especiales para Médicos y con matrícula limitada.

II Cursillo de Puericultura especial para Médicos

El primero de los cursillos citados, inauguró sus tareas el 25 de Septiembre y dió fin el 19 de Octubre, día señalado para la jornada «Un día de lucha contra la mortalidad infantil».

Las inscripciones, limitadas a veinte plazas, dió por resultado la siguiente relación de matrícula:

D. José Gacia Sala, de *Picasent*.—D. Angel Esquembre Carrera, de *Almazora*.—D. José Gil Masip, de *Villarreal*.—D. Pedro Lizandra Esteve, de *Burriana*.—D. Joaquín Ezcurra Sánchez, de *Orihuela*.—D. José Alcamí García, de *Silla*.—D. Bernardo González Ramos, de *Cheste*.—D. Vicente Pérez Lorenzo, de *Albal*.—D. Ricardo Chalmeta Tomás, de *Catarroja*.—Don Enrique Almenar Villanueva, de *Puzol*.

D. Francisco Villalba Sánchez, de *Valencia*.—D. José Blanquer Alonso, de *Riola*.—D. José Penichet Uberos, de *Castellón*.—D. Francisco Licerias López, de *Valencia*.—D. Salvador Escribá Barber, de *Bárig*.—D. Florencio Monlleó Ripollés, de *Nules*.—D. Vicente Cardona Sanz, de *Fuente Encarroz*.—D. Juan Rico Climent, de *Beniarjó*.—D. Agustín Ibáñez Martínez, de *Puebla Larga*.—D. Salvador Ubeda Pérez, de *Játiva*.

La labor del Cursillo fué desarro-

llada con arreglo al siguiente programa:

LECCIÓN 1.^a—Concepto de Puericultura.—Protección social al niño.—Instituciones de Puericultura.—Profesor: *Dr. García Brustenga*.

LECCIÓN 2.^a—Epidemiología y mortalidad infantil.—Prof.: *Dr. Vidal Jordana*.

LECCIÓN 3.^a—Profilaxis preconcepcional e intrauterina.—Profesor: *Doctor Martí Pastor*.

LECCIÓN 4.^a—Accidentes de la gestación y del parto que pueden influir en la morbimortalidad infantil.—Profesor: *Dr. Milio Mari*.

LECCIÓN 5.^a—Dietética infantil.—Profesor: *Dr. Valencia Negro*.

LECCIÓN 6.^a—Dietética infantil (continuación).—Prof.: *Dr. Valencia*.

LECCIÓN 7.^a—Higiene general del niño en sus tres edades.—Profesor: *Dr. Boch Martín*.

LECCIÓN 8.^a—Los trastornos digestivos y nutritivos de los lactantes.—Concepto y fisiopatología.—Profesor: *Dr. Rodrigo Pérez*.

LECCIÓN 9.^a—Los trastornos digestivos y nutritivos de marcha aguda de los lactantes.—Profesor: *Dr. Rodrigo Pérez*.

LECCIÓN 10.^a—Los trastornos digestivos y nutritivos de evolución lenta y crónica de los lactantes.—Profesor: *Dr. Rodrigo Pérez*.

LECCIÓN 11.^a—Las características fisiopatológicas de los niños en sus distintas edades.—Prof.: *Dr. Bosch Marín*.

LECCIÓN 12.^a—Vigilancia y cuidados que requiere la boca de los niños.—Profesor: *Dr. Lafora García*.

LECCIÓN 13.^a—Las enfermedades del aparato de la visión de los niños.—Profesor: *Dr. Aranaz Barba*.

LECCIÓN 14.^a—El problema de las hipertrofias de las amígdalas en la 2.^a y 3.^a infancia.—Profesor: *Dr. Rodrigo Pérez*.

LECCIÓN 15.^a—La profilaxis de las infecciones en la infancia. = Profesor: *Dr. Antón Bellver (V.)*.

LECCIÓN 16.^a—Métodos especiales y técnica de las vacunaciones en la infancia. = Profesor: *Dr. Antón Bellver (V.)*.

LECCIÓN 17.^a—Particularidades del metabolismo del niño de pecho. = Profesor: *Dr. Moltó Santonja*.

LECCIÓN 18.^a—Organización en Valencia y su provincia de la lucha contra la mortalidad infantil. = Profesor: *doctor Peset Aleixandre*.

La parte práctica del Cursillo consistió en las visitas a los Centros de Protección a la Infancia que ya fueron visitados con motivo de la celebración del I Cursillo de Puericultura.

El día 19 de Octubre se celebró la prueba de aptitud a que se refiere la Orden Ministerial del 23 de Junio, disertando los señores Cursillistas sobre la lección 8.^a: *Los trastornos digestivos y nutritivos del lactante*.

Los ejercicios demostraron en sus autores, ser todos merecedores del correspondiente Diploma.

Las tareas del Cursillo se desarrollaron con toda normalidad. Asimismo no decayó la atención por las explicaciones, hasta el punto de que en casi todas las sesiones se entablaron debates amistosos sobre los temas tratados. Unas charlas amenas, interesantes y utilísimas.

I Cursillo de Higiene Escolar especial para Médicos

Apenas anunciada la convocatoria de este Cursillo en la prensa de la localidad, la matrícula quedó cubierta en un par de días, a pesar de fijarse en 40 el número de plazas. De haberse dispuesto de más puestos, seguramente el Cursillo hubiera estado integrado por medio centenar de compañeros.

Así, quedó formada la relación de cursillistas como sigue:

D. Juan A. Terrades Beltrán, de *Sueca*.—D. Roberto Górriz Torres, de *Villavieja*.—D. Federico Guillén Baixauli, de *Faura*.—D. Vicente Marzo Carsí, de *Granátula*.—D. José Llidó Pitarch, de *Onda*.—D. Manuel Rozalén Sales, de *Castellón*.—D. Vicente Navarro García, de *Cheste*.—D. José García Sala, de *Picasent*.—D. José Alcamí García, de *Silla*.—D. Salvador Ubeda Pérez, de *Játiva*.

D. Enrique Almenar Villanueva, de *Puzol*.—D. Bernardo González Ramos, de *Cheste*.—Srta. Josefina Chalmeta Tomás, de *Catarroja*.—D. José Llácer Asensio, de *Valencia*.—D. Vicente Pérez Lorenzo, de *Albal*.—D. Ricardo Chalmeta Tomás, de *Catarroja*.—don Juan Sala Castellarnau, de *Valencia*.—D. Alfredo García Belenguer, de *Valencia*.—D. Victoriano Belloch Vázquez,



LOS CURSILLOS DE AMPLIACIÓN PARA MÉDICOS ORGANIZADOS POR LA ESCUELA DE PUERICULTURA

Ha terminado el II Cursillo de Puericultura y va a comenzar el I Cursillo de Higiene Escolar. El Dr. Sáinz de los Terreros, de Madrid, invitado por la Escuela para dar la lección inaugural, rodeado de profesores y alumnos.

de *Benaguacil*.—D. Miguel Gomis Palmer, de *Cárcer*.

D. Julián Celma Hernández, de *Valencia*.—D. Juan Peña Arnau, de *Castellón*.—D. Norberto Cerdá Cerdá, de *Valencia*.—D. Alfredo Costa España, de *Carcagente*.—D. Florencio Monlleó Ripollés, de *Nules*.—D. Víctor Martín Gil, de *Castellón*.—D. José Penichet Uberos, de *Castellón*.—D. Pedro Lizandra Esteve, de *Burriana*.—D. Agustín Ibáñez Martínez, de *Puebla-Larga*.—D. Angel Esquembre Carrera, de *Almazora*.

D. José Gil Masip, de *Villarreal*.—D. José Alapont Llácer, de *Alberique*.—D. José Lanuza Cervera, de *Alboraya*.—D. Julio Roca Chillida, de *Castellón*.—D. Juan A. Ruiz Santamaría, de *Valencia*.—D. Luis Belda Font, de *Gandía*.—D. Isidoro Alvarez Souto, de *Valencia*.—D. Francisco Antolí Adrián, de *Valencia*.—D. José Miñana Vallés, de *Villafranca del Campo*.—D. Vicente Cardona Sanz, de *Fuente Encaroz*.

Para este Curso se confeccionó el siguiente Programa:

LECCIÓN 1.^a—Objeto de la Higiene Escolar. — Organización médico-escolar. — Legislación española. — *Dr. Saínz de los Terreros*, de Madrid.

LECCIÓN 2.^a — Biología de la edad escolar. — *Dr. Bosch Marín*, de Valencia.

LECCIÓN 3.^a—Psicología infantil. — *Dr. Valencia Negro*, de Valencia.

LECCIÓN 4.^a—Psicometría. — *Doctor Bosch Marín*, de Valencia.

LECCIÓN 5.^a—Higiene física y mental de la edad escolar. — *Dr. Valencia Negro*, de Valencia.

LECCIÓN 6.^a—Los niños anormales. — *Dr. Sempere Corbí*, de Valencia.

LECCIÓN 7.^a—Patología especial de la edad escolar. — Enfermedades no infecciosas. — *Dr. Moltó Santonja*, de Valencia.

LECCIÓN 8.^a—Enfermedades contagiosas de la edad escolar. — *Dr. Selfa Martínez*, de Castellón.

LECCIÓN 9.^a—Enfermedades de los ojos de interés en medicina escolar. — *Dr. Rubio Huerta*, de Valencia.

LECCIÓN 10.^a—Enfermedades de la boca de interés en medicina escolar. — Higiene de la boca. — *Dr. Lafora García*, de Valencia.

LECCIÓN 11.^a—La escuela desde el punto de vista higiénico. — *Dr. Bosch Marín*, de Valencia.

LECCIÓN 12.^a—Tipos especiales de escuelas. — *Dr. Pérez Felíu*, de Valencia.

LECCIÓN 13.^a—Instituciones escolares higiénicas y obras circunescolares. — *Dr. García Brustenga*, de Valencia.

LECCIÓN 14.^a—Orientación profesional. — *Prof. La Casta España*, de Valencia.

El anterior programa se cumplió con toda exactitud; únicamente el Sr. Selfa Martínez, de Castellón, no pudo cumplir

CLAUSURA DEL I CURSILLO DE HIGIENE ESCOLAR

Las tareas del Curso han dado fin; la labor se ha desarrollado en un ambiente fraternal y afectuoso. Los compañeros alumnos han querido sellar la sesión de clausura con un banquete íntimo celebrado en el restaurante del Club Náutico, organizado en obsequio de los compañeros profesores.



ANEXO XIII:

Los cursillos especiales gratuitos para señoritas y recién casadas. (*Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia, 1932*).

lancia médica que existe para su admisión (médico, enfermera, o sirviente).

28.—¿Funciona alguna escuela maternal y en caso afirmativo tiene inspección médica?

29.—¿Existe algún jardín de la infancia?

En caso afirmativo, ¿cómo se ha seleccionado al profesorado y de quién depende la obra?

30.—¿Cómo está organizada en esa provincia la Inspección médico-escolar? En caso de existir convendría conocer

los trabajos de estadísticas hechas por los médicos que la realizan durante el año 1931.

OBSERVACIONES

Es de gran interés para la obra de organización que nos proponemos realizar, que cuantas publicaciones oficiales o particulares relacionadas con los extremos del anterior cuestionario, sean enviadas a esta Inspección de Sanidad, acompañando a los correspondientes informes.

Es de desear la mayor actividad y diligencia en el cumplimiento de los informes solicitados, para que la Dirección de Sanidad pueda, en posesión de los mismos, realizar la necesaria ordenación que se traduzca en eficaces disposiciones y en felices resultados para la infancia española.

Actuaciones de la Escuela de Puericultura

Los Cursillos especiales gratuitos para señoritas y recién casadas

Se ha celebrado en este mes de Marzo el II Cursillo de Puericultura gratuito y especial para señoritas y recién casadas, cuyo éxito de matrícula ha demostrado la necesidad de celebrar con frecuencia estas manifestaciones de divulgación cultural.

Más de cincuenta señoritas y jóvenes madres se han alistado en la Escuela de Puericultura ansiosas de conocer los múltiples problemas relacionados con la crianza de los niños. El interés con que han seguido las enseñanzas teóricas y las lecciones prácticas, asistiendo con asiduidad y marcado entusiasmo, prueba que la organización de estos Cursillos está plenamente justificada.

Este que comentamos tuvo una nota final merecedora de registrarla en estas páginas: la sesión de clausura fué presidida por el Dr. D. Tomás Peset, como autoridad sanitaria, siendo éste el primer acto de su vida oficial desde que ocupa esta Inspección de Sanidad.

En dicha sesión quedó claramente demostrado que la obra social que realiza la Escuela de Puericultura es

justamente apreciada, ya que sus propósitos se vieron confirmados, al ver un nutrido grupo de mujercitas valencianas compenetradas con los ideales de la Escuela que no son otros que los de la defensa de la vida de los niños y la exaltación de los derechos que les corresponden.

Como complemento de estas notas y a título de información, reproducimos el programa y horario del expresado Cursillo:

PROGRAMA

LECCIÓN 1.^a—Concepto de la Puericultura. Su importancia. Necesidad de su difusión.—Protección social al niño.—Instituciones de Puericultura.—Profesor: *Sr. García Brustenga*.

LECCIÓN 2.^a—Eugenesia: Su concepto e importancia social.—Profilaris intrauterina.—Higiene del embarazo.—Profesor: *Sr. Martí Pastor*.

LECCIÓN 3.^a—Primeros cuidados al recién nacido.—Higiene general del lactante: Vestidos. Habitación. Cama.

Lucha contra el frío. Cuidado de los ojos. Baño. Peso y talla, etc.—Profesora: *Srta. Vilar Gallego*.

LECCIÓN 4.^a—Lactancia en general.—Lactancia natural: materna y mercenaria. Técnica.—Higiene de la mujer que lacta. = Profesor: *Sr. Valencia Negro*.

LECCIÓN 5.^a—Lactancia artificial.—Leches y su preparación.—Técnica de la lactancia artificial.—Profesor: *Sr. Rodrigo Pérez*.

LECCIÓN 6.^a—Lactancia mixta. Sus modalidades y técnica.—Lactancia gemelar.—Profesor: *Sr. Bosch Marín*.

LECCIÓN 7.^a—Alimentación complementaria.—Destete. Alimentación del segundo año. = Profesor: *Sr. Bosch Marín*.

LECCIÓN 8.^a—La dentición y sus preocupaciones.—Desarrollo del esqueleto.—Fontanelas.—Motilidad.—Profesor: *Sr. Moltó Santonja*.

LECCIÓN 9.^a—Vacunación contra la viruela, la tuberculosis y la difteria.—La lucha contra la tuberculosis en la primera infancia.—Profesor: *Sr. Antón Bellver*.

LECCIÓN 10.^a—Profilaxis de los trastornos digestivos.—Sobrealimentación.—Alimentación insuficiente.—Dispepsias. = Profesor: *Sr. Rodrigo Pérez*.

LECCIÓN 11.^a—Cuidados elementales del niño enfermo.—Nociones de profilaxis social.—Profesor: *Sr. Valencia Negro*.

Las lecciones teóricas y prácticas se celebrarán en los locales de la Escuela de Puericultura.

Para la realización de las visitas se fijará oportunamente, en cada caso, el punto de reunión.

HORARIO

Día 1, martes.—A las 6 tarde, lección 1.^a.—A la terminación, visita a la Escuela de Puericultura y Escuela Maternal.

Día 2, miércoles.—A las 10 de la mañana, visita a la Maternidad. Explicaciones de su organización por el Profesor Sr. Milio Marí. A las 11, visita a la Inclusa y salas de niños enfermos

del Hospital y Facultad de Medicina. A las 6 de la tarde, lección 2.^a.

Día 3, jueves.—A las 10 y media, visita al Guarda-lactantes de la Fábrica de Tabacos y al Instituto Municipal de Puericultura (Gota de Leche y Consultorio de Niños).—A las 6 de la tarde, lección 3.^a.

Día 4, viernes.—A las 10 de la mañana, prácticas de vestido y baño del niño de pecho, dirigidas por la Profesora Srta. Vilar Gallego.—A las 6 de la tarde, lección 4.^a.

Día 7, lunes.—A las 6 de la tarde, prácticas de Higiene de la boca por el Profesor Sr. Lafora.

Día 8, martes.—A las 11 de la mañana, visita a la Casa de Beneficencia y a la Casa de Misericordia.—A las 6 de la tarde, lección 5.^a.

Día 9, miércoles.—A las 10 de la mañana, prácticas de Higiene de los ojos por el Profesor Sr. Aranaz Barba.—A las 6 de la tarde, lección 6.^a.

Día 10, jueves.—A las 10 de la mañana, prácticas de peso y talla del niño de pecho, por la Profesora Srta. Vilar Gallego.—A las 6 de la tarde, lección 7.^a.

Día 11, viernes.—A las 10 de la mañana, prácticas de laboratorio (análisis de leche) por el Profesor Sr. Pérez Montó.—A las 6 de la tarde, lección 8.^a.

Día 14, lunes.—A las 11 de la mañana, visita a la Guardería Infantil de la barriada de Sagunto.—A las 6 de la tarde, lección 9.^a.

Día 15, martes.—A las 11 de la mañana, visita al Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa.—A las 6 de la tarde, lección 10.^a.

Día 16, miércoles.—A las 10'40, visita a la Escuela de Reforma de Burjasot.

Día 17, jueves.—A las 10 de la mañana, prácticas de alimentación del niño, por la Profesora Srta. Vilar Gallego.—A las 6 de la tarde, lección 11.^a.

Día 18, viernes.—A las 7 de la tarde, sesión de clausura con asistencia de las Autoridades.

Como recuerdo del Cursillo se obtuvo una fotografía de la sesión de clausura, que publicaremos en el próximo número.

ANEXO XIV:

Clausura del II cursillo especial para señoritas y recién casadas de la EPPV (La actuación social de la Escuela de Puericultura. Conferencias para las madres lactantes, 1932)



ANEXO XV:

La actuación social de la Escuela de Puericultura. Conferencias para las madres lactantes. (1932). *Boletín Del Instituto de Higiene de La Provincia de Valencia*, 59, 6-8.

de Agosto y 11 de Noviembre de 1930, la labor del escalafón y la justicia de las nuevas clasificaciones, estima que el derrumbamiento nos produciría enormes perjuicios, retrotrayéndonos a un estado de desorganización y esclavitud en disonancia patente con los tiempos actuales.

El Comité, en estos momentos en que el Cuerpo de Médicos Titulares ve recrudescidas las persecuciones, incrementados los atropellos y desconocidos sus derechos, os invita a reflexionar y a contestar serena y decididamente a la consulta que ha circulado, teniendo en cuenta que el acuerdo de las Asambleas

fué que, para tomar determinaciones concretas, tendría que contar el Comité con la adhesión unánime o por lo menos de una mayoría abrumadora de asociados.

El Comité defenderá, mientras así lo queráis, nuestro programa de reivindicaciones sin arriar nuestra bandera, y seguirá en la lucha entablada las orientaciones que determinéis al contestar a nuestra consulta; pero tened presente que para triunfar, sea una u otra la ruta que se siga, es preciso el esfuerzo y la cooperación de todos los médicos titulares.

Madrid, Abril de 1932.

La actuación social de la Escuela de Puericultura

Conferencias para las madres lactantes

Doce lecciones teóricas de Higiene Infantil

Apenas terminado el cursillo de Puericultura especial para señoritas y recién casadas, y del que nos ocupamos en el número anterior, la Escuela ha organizado la celebración de unas conferencias dedicadas a las madres lactantes, matriculadas en las enseñanzas de Higiene Infantil, y que sirvan para interesarles colectivamente en los diversos problemas de la crianza de sus hijos.

Conforta el ánimo y tonifica el espíritu la contemplación de cientos de mujeres que acuden a la Escuela—abandonando quehaceres en sus casas y sacrificando unos momentos de sus vidas de trabajo—con todo el entusiasmo e interés necesarios para aprender aquellos elementales conocimientos que toda madre precisa poseer si desea criar a su hijo normal y racionalmente.

Como la asistencia de madres lactantes a la Escuela de Puericultura es numerosa,—de 250 a 300—se han establecido dos turnos, uno para las que acuden a las prácticas de los martes y jueves y otro para las de los miércoles y viernes: las conferencias son, pues, dobles, celebrándose los lunes y los sábados a las 10 de la mañana, a cargo del

profesorado de la Escuela y con arreglo al siguiente programa:

1.^a Qué es Puericultura.—La Escuela de Puericultura, las madres y los niños.—Propósitos de estas conferencias.—Líneas generales de conducta para que sea eficaz esta labor.—Los pechos de la madre pertenecen a su hijo.—La casi totalidad de las madres pueden criar al pecho a sus hijos.—Los peligros de una actuación impremeditada.—Únicamente el médico opinará sobre esta magna cuestión.

2.^a Higiene general de la madre lactante y de su hijo.—Alimentos y régimen de vida de la madre.—Cuidados indispensables del recién nacido.—Vestidos del niño; Ropas de más y prendas de menos.—La habitación; el niño debe dormir siempre solo.—La cama del niño, buena, bonita y barata.—El baño, práctica de aseo imprescindible.—La vigilancia del peso como espejo de su desarrollo.

3.^a Lactancia en general; clases y modalidades.—Lactancia materna: cómo y cuándo debe darse de mamar al niño.—El reloj, guía inmejorable para la reglamentación en las tetadas.—La lactancia materna, suprema alimenta-

ción del niño.—Una buena lactancia materna es hada protectora contra las enfermedades.—La lactancia «nocturna», costumbre molesta y peligrosa para la madre y el hijo.

4.^a Lactancia mercenaria o por nodriza; variedades.—Los peligros de la lactancia mercenaria aumentan con la falta de vigilancia del niño y del ama.—Condiciones que ha de reunir una buena nodriza: reconocimiento médico. También hay que reconocer al niño lactante y proteger al hijo de la nodriza.—Lactancia de niños gemelos.—Normas generales para estos casos.

5.^a Lactancia artificial.—Modalidades.—Clases de leche: leche de vaca, leche condensada, leches en polvo.—Cómo y cuándo hay que apelar a la lactancia artificial.—Clases de biberón.—Los peligros del biberón; los descuidos en su limpieza se pagan muy caros.—Detalles de la preparación de biberones.—Cuidados con las tetinas.—La lactancia artificial no reglamentada, es causa principal de la mortalidad infantil.

6.^a Preparación de los biberones con leche de vaca, según la edad de los niños.—Preparación de la leche condensada.—Cómo se utilizan las leches en polvo.—Ventajas e inconvenientes de estas modalidades de lactancias.—Comparación y consecuencias de la lactancia natural y artificial.—Lactancia mixta: cuándo hay que recurrir a ella y cómo ha de administrarse.

7.^a Qué es el destete; formas de hacer el destete.—Epoca más a propósito para destetar al niño; meses blancos y meses negros.—Las primeras papillas.—Los alimentos complementarios.—El secreto de una buena papilla; cómo se prepara y cómo se administra.—Clases de harina utilizadas con más frecuencia para hacer papillas.

8.^a Alimentación del niño desde el año hasta dos años.—Lista de comidas y alimentos adecuados a su edad.—Administración de huevos, legumbres y verduras.—Frutas y postres más convenientes en estas edades.—Cuándo pue-

den beber agua los niños.—El vino absolutamente prohibido.

9.^a La dentición y sus preocupaciones.—Orden de aparición de los dientes.—La fantástica enfermedad de la baba; explicación del absurdo.—Guerra al chupón, como objeto sucio e inútil.—Deformaciones del esqueleto fácilmente evitables.—Crítica destructiva de los errores de la crianza motivados por la superstición.

10. Vale más prevenir que curar.—Vacunación contra la tuberculosis.—Vacunación contra la viruela.—Vacunación contra la difteria.—Vacunación contra el tifus.—Prevención contra otras enfermedades.—El aire libre y el sol son amigos leales del niño.—Paseos y juegos de los niños.—Cómo deben ser los juguetes de los niños: buenos y malos juguetes.

11. Por qué llora el niño.—Los primeros pasos.—Los movimientos del niño y su interpretación.—Fracturas y luxaciones (desconcertamientos).—El miedo de los niños; hay que matar para siempre al «coco».—Los gustos y aficiones del niño.

12. Cuidados elementales del niño enfermo.—El uso y el abuso del termómetro.—Conducta de la madre ante los vómitos y la diarrea de su hijo.—Higiene de la habitación y del enfermo.—Administración de medicamentos y de alimentos al niño enfermo.—La enfermera visitadora de niños, colaboradora indispensable de la madre.—La alegría de la salud.

El anterior programa puede considerarse como un guión de la Cartilla de Higiene Infantil que, adoptada por esta Escuela, se reparte profusamente entre las madres de Valencia y la provincia.

Por ello, para hacer más eficaz la labor de la Escuela, y estimular a las madres a que recojan el mayor número de enseñanzas de estas explicaciones, al final del Cursillo se celebrarán unos exámenes sencillos, por los que las madres puedan demostrar que han aprendido lo explicado y que conocen el contenido de la Cartilla.

La demostración de aptitud por par-

ANEXO XVI:

Madres ejemplares asistentes a las lecciones de la Escuela Provincial de Puericultura. *Boletín del Instituto Provincial de Higiene, 1933, nº 77, p. 9.*

**BUENAS MADRES,
EXCELENTES CIUDA-
DANAS...**

Nueve madres; ya se las puede llamar incondicionales de la Escuela. Son nueve mujeres del pueblo que desde el año 1928 han acudido y acuden asiduamente con sus hijos, nacidos desde esa fecha, a las enseñanzas y servicios de Higiene Infantil, unos treinta niños en total.



ANEXO XVII:

Madres lactantes premiadas junto a las enfermeras que las atendieron en la Escuela de Puericultura. *Boletín del Instituto Provincial de Higiene, nº 77, p. 7*

**MADRES, NIÑOS Y
ENFERMERAS VISITA-
DORAS**

Ha terminado el reparto de premios a las madres lactantes. Un grupo de premiadas, antes de abandonar la Escuela, suplica se les haga una fotografía con las enfermeras, las señoritas a quienes tanto estiman por los solícitos cuidados que prodigan a ellas y a sus hijos. La petición es justa y revela honda gratitud y mutua simpatía.



