

La protección de la infancia: la educación sanitaria de las madres en la posguerra española

BEATRIZ ECHEVERRI DÁVILA
Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN¹

SABEMOS, por evidencias en países en vías de desarrollo, que las mejoras en salud, especialmente en la de los niños, están relacionadas con la aplicación de políticas y tecnologías sanitarias, independientes en gran medida del nivel económico existente². Es más, los esfuerzos por maximizar la tasa de crecimiento económico pueden tener efectos negativos sobre la salud de la población infantil. Entre las políticas sanitarias aplicables a bajo costo destacan cada vez más aquellas dirigidas a la instrucción de las madres. Se trata sobre todo de enseñarles las reglas básicas de higiene y puericultura y así dotarlas de la autonomía suficiente para cuidar adecuadamente a sus hijos. Al fin y al cabo, ellas son las verdaderas intermediarias entre el niño y su medio ambiente. Durante los primeros años de vida son la fuente de alimentación del niño, las que primero perciben sus cambios, sus dolencias, y las que toman las decisiones en todo aquello que repercute en el desarrollo fisiológico y psicológico del niño.

Este estudio quiere indagar sobre la contribución de políticas dirigidas principalmente a la educación sanitaria de las madres al descenso de la mortalidad infantil y juvenil en España durante el período 1940-1950³. Son los años de la posguerra cuando el país

¹ Quiero agradecer a los profesores David Reher y Alberto Sanz Gimeno por permitirme utilizar sus datos sobre probabilidad de muerte en la infancia y por sus valiosas sugerencias y críticas. En líneas generales, este trabajo se presentó como una comunicación en el VII Congreso Español de Sociología y forma parte del proyecto de investigación «Procesos de modernización social y demográfica en la España interior. Dinámicas individuales y familiares 1870-1990» (06/0033/2002) financiado por la Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid

² Sobre este tema véase Caldwell, 1986: 172-219; Preston, 1975: 231-248; Stolnitz 1965:117-138.

³ Este estudio se basa fundamentalmente en datos cualitativos, documentación sanitaria, médica y demográfica actual y de la época. Otra valiosa fuente de información ha sido las entrevistas con miembros de la Sección Femenina y mé-

sufrió la peor depresión económica de todo el siglo xx, hecho que era de esperar repercutiera sobre la salud del sector más vulnerable de la sociedad. Sin embargo, durante esta etapa la mortalidad infantil experimentó uno de los mayores descensos de su historia⁴. La hipótesis es que la sistemática divulgación de normas de puericultura entre las mujeres fue una importante causa del declive. Esta labor la llevó a cabo principalmente la Sección Femenina de Falange Española. Varios autores han señalado la contribución de esta organización al descenso de la mortalidad infantil durante el período (Reher, 2001 en prensa; Bernabeu Mestre y Perdiguero Gil 2000, en prensa: 223-226; Sanz Gimeno 1999: 109, Rodríguez-Ocaña 1998: 34). Pero, probablemente debido a las heridas que dejó la dictadura franquista, de la que la Sección Femenina fue entusiasta defensora, son pocos los estudios dedicados a la labor de este organismo.

Sin lugar a dudas, el importante descenso de la mortalidad infantil durante el período de la posguerra española no puede atribuirse sólo a políticas sanitarias del nuevo régimen. Debe circunscribirse en el contexto más amplio del proceso de modernización que atravesaba España.

EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA: 1906-1960

Hay evidencias de que la mortalidad en la infancia (de 0 a 4 años de edad) en España comenzó su declive definitivo en algunas regiones de España durante las últimas décadas del siglo xix. Pero a pesar de ello, al iniciarse el nuevo siglo, con tasas de alrededor de 185 por 1.000, la mortalidad infantil estaba entre las más altas de Europa, sólo sobrepasadas por las de países como Portugal en el sur o Rusia en el este⁵. Los niños que morían antes de cumplir el primer año representaban una cuarta parte de la mortalidad total anual. En total, la proporción de muertes entre 0 y 4 años era alrededor del 43 por 100 de todas las defunciones. (Sanz Gimeno, 2001, 136). El Gráfico 1 representa la evolución de la mortalidad

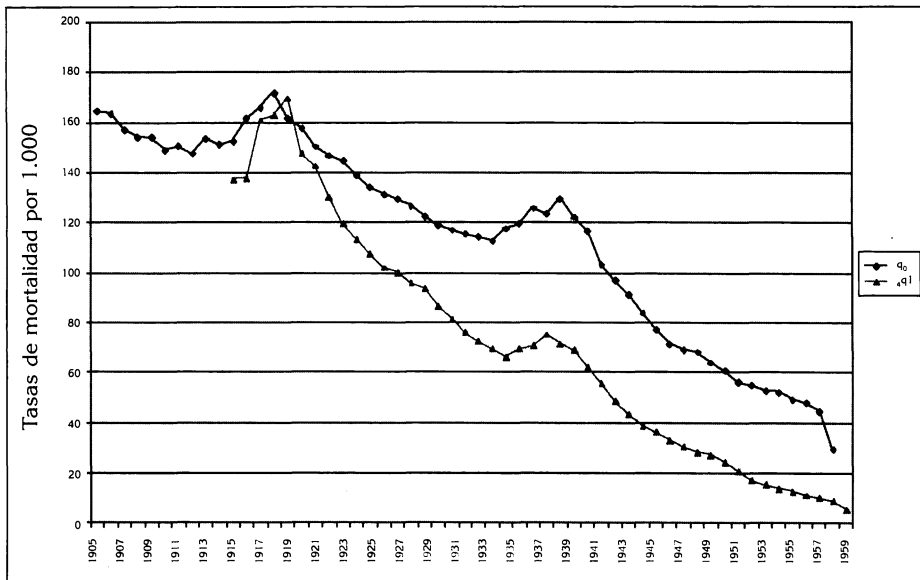
dicos que protagonizaron las políticas sanitarias de la época. A ellos mi mayor agradecimiento.

⁴ El análisis se ha limitado a la década de los años 40 para evitar, en lo posible, la intervención de otros factores como el despegue económico posterior o la introducción masiva de antibióticos.

⁵ Hay que tener en cuenta que, durante las primeras tres décadas del siglo, las tasas de mortalidad infantil en España eran más elevadas que las registradas oficialmente ya que éstas no incluían los fallecidos durante las primeras veinticuatro horas.

en la infancia a través de medias móviles trianuales⁶. Durante la mayor parte de las primeras dos décadas la mortalidad infantil desciende a pesar de pequeñas fluctuaciones, pero la tendencia no se consolida debido a los estragos que causa la pandemia de gripe de 1918-19 que en el caso de los niños se extiende hasta 1920 (Echeverri 1993, 94). A partir de ese año, el descenso se acelera, sobre todo entre los niños de uno a cuatro años. Sin embargo, se interrumpe de nuevo durante los años de la Guerra Civil y los primeros de la posguerra (Gómez Redondo 1992, 86-100)⁷.

GRÁFICO 1.—Mortalidad infantil y juvenil. Medias móviles 1905-1960



q_0 representa la probabilidad de muerte antes del primer aniversario.
 $4q_1$ representa la probabilidad de muerte entre el primer año de vida y el cuarto.

Fuente: Reher y Sanz-Gimeno, 2000, 135-150. Elaboración propia.

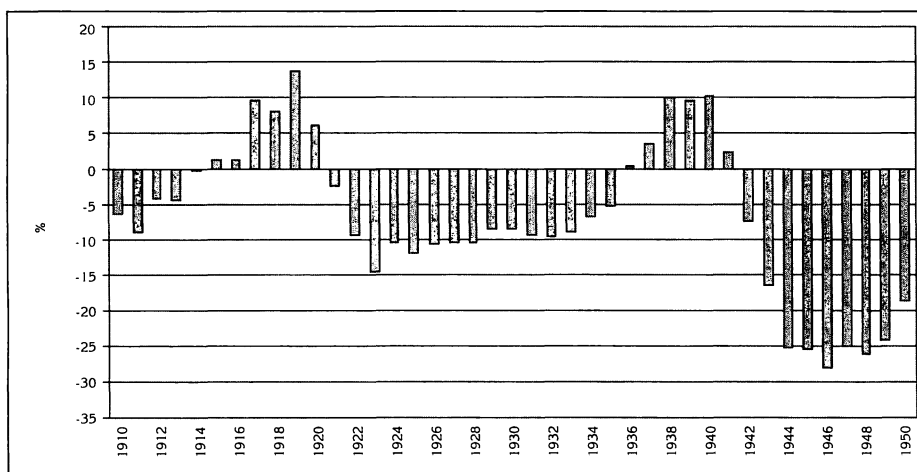
Al terminar la Guerra Civil, los años 40 marcan el inicio del mayor declive de la mortalidad en la infancia, a pesar de que España se hallaba inmersa en la peor depresión económica y social del siglo. A partir de entonces el descenso será ya irreversible.

⁶ Las medias móviles atenúan los efectos de las crisis coyunturales y permiten comprender mejor la tendencia real.

⁷ El año 41 en particular acusó un aumento inusitado de la mortalidad infantil, que cabe interpretar, en parte, como causado por el registro retrasado de muertes acaecidas en los años de la guerra.

Como podemos observar, las variaciones en intensidad y ritmo de la caída caracterizan las distintas fases de la evolución de la mortalidad en la infancia durante la primera mitad del siglo. Para poder apreciar mejor la dimensión de la caída o ascenso de la mortalidad se han elaborado los Gráficos 2 y 3. En ellos, se han calculado los porcentajes de crecimiento de la mortalidad infantil (q_0) y los de la juvenil (${}_4q_1$) cada cinco años, generando una serie de resultados para cada año y valor. Aunque no contamos con datos de probabilidad de muerte para los niños de uno a cuatro años para la primera década del siglo (Gráfico 3), vemos que la caída de la mortalidad de este grupo de edad será siempre mayor que la experimentada por los menores de un año (Gráfico 2). Las mejoras en salud durante el período 1905-1920 (q_0) y 1915-1920 (${}_4q_1$) son escasas para ambos grupos de edad debido a la pandemia gripal. Sin embargo, durante la década de los años 20, tanto la mortalidad infantil como la juvenil experimentan un acusado descenso.

GRÁFICO 2.—Porcentajes quinquenales de crecimiento de la mortalidad (q_0) en España

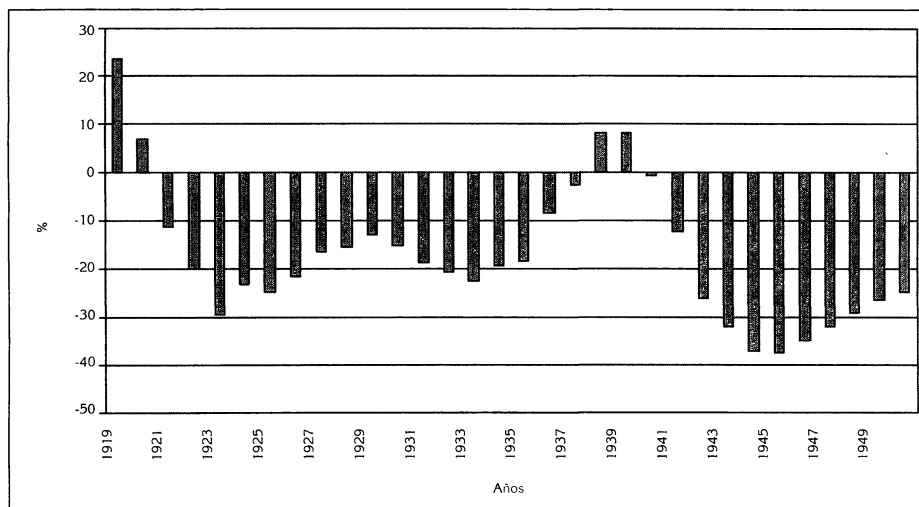


Fuente: Reher y Sanz-Gimeno, ob. cit. Elaboración propia

Los años 30, por el contrario, tienen efectos muy negativo para los menores de un año y también, aunque en menor medida, para los niños de uno a cuatro años. La tendencia al declive de la mortalidad parece agotarse durante los años de la República y, en los años de la guerra y los dos primeros de la posguerra, registra un considerable aumento de las defunciones. A partir de 1942 y durante el resto de la década de los años 40 se produce el mayor

descenso proporcional de la mortalidad en la infancia de la primera mitad del siglo xx. Posteriormente en los años 50, la mortalidad en la infancia prosigue su descenso sin fluctuaciones ni descanso, hasta alcanzar actualmente una de las tasas más bajas del mundo.

GRÁFICO 3.—Porcentajes quinquenales de crecimiento de la mortalidad (${}_4q_1$) en España



Fuente: Reher y Sanz-Gimeno, ob. cit. Elaboración propia

No deja de ser paradójico un descenso tan notable en los años 40, si consideramos que éstos fueron precisamente los llamados «años del hambre». Las superficies cultivadas y, como se comprueba en el Cuadro 1, la producción y los rendimientos agrícolas del país disminuyeron un 21 por 100 en relación con la existente en los años 1930-1935 mientras que la población a alimentar había aumentado en un 15 por 100. Por añadidura, como señala García Delgado «todos los repertorios numéricos confirman con abrumadora coincidencia el signo adverso que en la historia de la industrialización tiene el decenio de 1940.» (1987, 166). Para Carreras, España sufrió un estancamiento posbélico «sin parangón en la historia contemporánea europea.» (1984, 147).

CUADRO 1.—Regresión de la producción agrícola en la posguerra española

Años	Población	Índice Producción Agrícola
1931-1935	24,000,000	100
1946-1950	27,500,000	79

Fuente: Nadal, 1986, 212

Se puede argumentar que la mortalidad de los menores de un año está relacionada sólo de forma indirecta con los recursos alimenticios, sobre todo entre las poblaciones donde la lactancia materna es casi universal durante el primer año de vida, como sería el caso de España. Sin embargo, la desnutrición de la madre afecta al desarrollo del parto e influye sobre la mortalidad perinatal y sobre el peso del recién nacido, que puede ser un factor determinante para la supervivencia futura del niño⁸. Hay que tener en cuenta además que la lactancia materna no es la panacea de todos los males. Todo el entorno de la pobreza —privaciones, ignorancia, falta de higiene— conspira contra el desarrollo saludable del niño. Entre las privaciones habría que subrayar la falta de cuidados en el parto, que tenía como consecuencia una elevada mortalidad de la madre y del niño al nacer. Debido a la precariedad del entorno, si la madre moría, el niño tenía pocas probabilidades de sobrevivir, sobre todo durante el primer año de vida. (Reher, D. González Quiñones, F. 2002, en imprenta). Por otra parte, habría que preguntarse por qué la lactancia materna era tan universal como alimento único del pequeño. En el caso de la madre trabajadora, es muy probable que se mezclara con biberones de leche de vaca, de cabra o de burro, porque, como se preguntaba un paladín de la lactancia materna como Bosh Marín, «¿Cómo puede una obrera en media hora abandonar el trabajo, dar el pecho a su hijo y volver al taller?» (1942, 14). Lo mismo puede decirse de la mujer campesina cuyas labores en el campo la apartaban largas horas de su hijo⁹.

Si las condiciones para criar un hijo saludable eran tan difíciles con anterioridad a 1936, la posguerra agravó el sufrimiento de una población civil dislocada por la contienda, recrudesció la miseria y empeoró las condiciones ambientales e higiénicas. Necesaria-

⁸ Para una discusión más extensa sobre la relación entre mortalidad y nutrición véase Taylor 1990: 313-334; Livi Bacci 1987: 57-64 y Schofield, Reher y Bideau (eds.), 1991, entre otros.

⁹ Sobre la lactancia en España véase Rodríguez Ocaña, 1996: 150-154.

mente, la escasez de recursos tuvo que repercutir sobre la alimentación de los niños no lactantes, generalmente los mayores de un año. Además, hay que considerar que debido a la guerra y a la represión subsiguiente, hubo un aumento considerable de huérfanos que quedaron en una terrible situación de desamparo. Y sin embargo, la mortalidad infantil y juvenil disminuyó.

LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL

Además de al acierto de ciertas políticas sanitarias que se aplicaron durante esos primeros años del franquismo y a la contribución de organismos paraoficiales como Auxilio Social y la Sección Femenina, los avances en materia de salud infantil observados durante el período 1940-50 deben considerarse, ante todo, como consecuencia de la paulatina modernización del mundo occidental y, más específicamente, de la sociedad española. El primer paso desputa con la Ilustración, cuando la sociedad abandona el fatalismo y toma conciencia de que la elevada mortalidad infantil era un problema que tenía solución. A mediados del siglo XIX, gobernantes, médicos e higienistas se proponen detener el despilfarro que significaba, no sólo para las familias sino también para el Estado, aquella terrible mortandad. En ese momento, el niño deja de ser un bien privado y se convierte en bien público (Rollet, 1992, 4).

Los primeros avances en cuanto a la supervivencia en la infancia, que favorecen sobre todos a los niños mayores de un año, deben atribuirse a la mejora de su estatus nutricional, que depende, por una parte, de la nutrición del individuo, y por otra, del entorno epidemiológico¹⁰. En la España de principios del siglo, la alimentación de la población había mejorado, debido, entre otros factores a una mayor racionalización de la agricultura y a mejores comunicaciones, que hacían posible el alivio en épocas de crisis (Pérez Moreda, 2001, 45). También había disminuido la prevalencia de una serie de enfermedades infecciosas (otras habían desaparecido como la peste) gracias, en parte, a mejores condiciones de vida —menos hacinamiento en viviendas y trabajo—, a la labor del Estado —leyes, infraestructuras sanitarias, agua potable, gotas de leche etc.— y, en menor medida, a los adelantos médicos —vacuna contra la viruela y la difteria, la BCG y la repercusión de los descubrimientos de Pasteur y Lister en los partos¹¹.

¹⁰ La estatura es un buen indicador del estatus nutricional porque refleja no sólo la nutrición que ha recibido la persona sino también su propio historial de enfermedad.

¹¹ También son factores a tener en cuenta, aunque más difíciles de evaluar,

Aunque la mortalidad en la infancia comenzó a disminuir desde finales del siglo XIX, la mortalidad de los menores de un año mantenía niveles elevados que exigían la aplicación de medidas específicas. Las políticas sanitarias emprendidas para luchar contra la mortalidad infantil tuvieron, durante las distintas fases del descenso, diferentes objetivos pero, pese a la existencia de peculiaridades nacionales, existió un camino en la lucha contra la mortalidad infantil por el que pasaron todos los países occidentales¹². Esto se debió a que, ya en el siglo XIX, los adelantos en tecnología sanitaria y los conocimientos médicos se difundían con bastante premura y amplitud¹³. Sin embargo, las diferencias entre estos países en cuanto al ritmo y la intensidad del descenso de la mortalidad infantil están relacionadas con los distintos niveles de desarrollo y con la voluntad política de los gobernantes. En España, los avatares políticos, económicos y sociales del siglo XIX y primeras décadas del XX se tradujeron en un tímido crecimiento económico, un retraso en la implantación de infraestructuras sanitarias y en la aplicación insuficiente o ineficaz de políticas sanitarias. Prueba de ello es que la mortalidad infantil no se reduce por debajo de 100 por 1.000 hasta la década de 1940, casi cuarenta y cinco años después que en Suecia, y veintidós después que en Francia (Sanz Gimeno, *ob. cit.*, 50).

En todo el proceso de lucha contra la mortalidad de los niños, los médicos e higienistas estuvieron en la vanguardia y en muchos momentos formaron verdaderos grupos de presión frente al Estado. Es así como se promulgan, en Francia e Inglaterra, las primeras leyes para controlar las prácticas de las amas de cría y los hospicios, verdaderas fábricas de muerte (Rollet, *ob. cit.*, 38-60). En España, de forma similar, pero medio siglo más tarde, la Real Orden de 1904 abre el camino para una legislación cuyo objetivo era la protección del niño. Por otra parte se establece la pediatría como nueva rama de la medicina para la atención exclusiva del niño y bajo su dirección aparecen hospitales y dispensarios especializados en gran parte de Europa. A finales del siglo XIX, los des-

los cambios en determinados microorganismos infecciosos o el aumento de la resistencia del huésped. La controversia sobre las causas del declive de la mortalidad en Occidente originada por Mckeown (1976) todavía sigue viva. Para una breve y acertada síntesis de la polémica véase Schofield, Reher y Bideau, *ob. cit.*, 2-17.

¹² Rollet analiza con detención lo que ella llama la cronología de la lucha contra la mortalidad infantil en los países occidentales. (*ob. cit.*, 6-10) Sobre las luchas nacionales contra la mortalidad infantil véanse también Meckel, 1990 y Rodríguez Ocaña, 1996, 149-192.

¹³ La medicina española durante el siglo XIX y primera mitad del XX bebía sobre todo de las fuentes francesas.

cubrimientos bacteriológicos brindan a la medicina nuevos conocimientos sobre el origen y forma de contagio de las enfermedades infecciosas. Esto supuso un avance extraordinario para la higiene alimenticia, el control de infecciones, la infraestructura sanitaria y la atención de los partos, entre otros aspectos relacionados con la supervivencia infantil. Sin embargo, la aceptación de la teoría bacteriológica no siempre fue inmediata en todas las comunidades médicas, como tampoco su implantación. Pero aun aceptándolas, los médicos, hasta mediados del siglo xx, con la introducción de las sulfamidas y antibióticos, carecían de instrumentos eficaces para combatir las infecciones una vez declaradas.

Por ello, los esfuerzos de los organismos sanitarios se concentraron en introducir medidas para prevenir infecciones y epidemias. Como una de las principales causas de mortalidad infantil eran las enfermedades intestinales, la batalla se libra principalmente a favor de «la buena leche»¹⁴. Aparte de subrayar sin cesar la importancia de la lactancia materna, la preocupación inmediata se concentra en la esterilización y pasteurización de la leche utilizada en la lactancia artificial. Por entonces y siguiendo el modelo francés, se establecieron en España los Consultorios para Lactantes y Gotas de Leche.

Sin embargo, a pesar de la mayor disponibilidad de leche apta para el consumo del lactante, la mortalidad infantil siguió siendo elevada. En los Estados Unidos, por ejemplo, el demógrafo Edward B. Phelps demostró estadísticamente que el reparto de leche pasteurizada no estaba teniendo el efecto esperado sobre la mortalidad infantil urbana y pidió «educación universal para desarrollar una maternidad más inteligente y, a través del hogar, se reducirá la mortalidad infantil» (Meckel, 1990, 92). Los ojos de la pediatría se posaron en las madres y en los errores en que incurría durante la crianza de los hijos. En las primeras décadas del siglo xx, en Inglaterra y Estados Unidos se establecieron, generalmente como actividad filantrópica dirigida por mujeres, escuelas para madres y se formaron equipos de enfermeras visitantes a domicilio, que instruían a las madres, a la vez que vigilaban el desarrollo del recién nacido.

Los pecados de las madres están extensamente reseñados en la literatura médica española de la época: alimentación inadecuada,

¹⁴ Las enfermedades respiratorias eran otra gran causa de mortalidad infantil pero su extensión era más difícil de prevenir con políticas sanitarias puntuales. Están relacionadas con la calidad de las viviendas, de la alimentación y con hábitos de higiene, entre otras cosas. De todas formas, este grupo de enfermedades experimentaron, en España y otros países de Europa, una reducción más temprana que las transmitidas por el agua y los alimentos. Véase Mckeown, ob. cit.; Schofield, Reher, Bideau, ob. cit., Sanz Gimeno, 2001, ob. cit., 129-154)

cuada o contaminada, terapéutica activa y abusiva¹⁵, falta de higiene y de vacunación. Todo esto «agravado por el terrible obstáculo que suponía la creencia en los curanderos» (A. N. A., azul 35, doc. 5). Los médicos se apresuran en culpabilizar a las mujeres: «Por su torpeza se convierten en verdugos de sus hijos,» denuncia un catedrático de pediatría (Martínez Vargas, 1938). A la luz del nuevo enfoque preventivo-social, en los Consultorios y Gotas de Leche, además del seguimiento médico de la evolución del lactante y el suministro gratis o muy barato de leche, el médico asistente explicaba a las madres reglas básicas de higiene y alimentación (Reher, 1996, 198-99). En 1923 se crea en Madrid la Escuela de Puericultura. Su objetivo es regular la crianza de los niños de forma científica y su función principal es preparar a médicos y enfermeras y trabajadoras de salud, además de divulgar estos conocimientos entre las madres. Se crean también las Escuelas de Maternología en Madrid y Barcelona y se enseña puericultura en las escuelas municipales femeninas. La influencia de estas medidas médicas y educativas, en su mayoría dirigidas a la población urbana, fue reducida en un país predominantemente rural. La acción de las Gotas de Leche en España, por ejemplo, no ha debido de repercutir mucho sobre la mortalidad infantil, si tenemos en cuenta que en 1928 no existían más de 40-45 de estos centros, la mayoría en capitales de provincia. (Rodríguez Ocaña, 1996, 166) En 1932, durante la República, los Servicios de Higiene Infantil intentaron llevar la atención puericultora hasta el mundo rural, pero sus esfuerzos quedaron truncados por la guerra (Pérez Moreda, ob. cit., 44, Rodríguez Ocaña, 1999, 32).

Dentro de todo el proceso de modernización, hay que destacar el desarrollo psicocultural de la mujer, por ser un factor de gran influencia en la mortalidad infantil. Se entiende como tal, el aumento de las potencialidades de la persona que contribuyen a que ésta se sienta libre y actúe con autonomía (García Gil y cols., 1989, 1354). Las mujeres españolas de principios de siglo estaban sumidas en la ignorancia y eran mantenidas en una posición de fuerte desigualdad frente al hombre. Carentes en su mayoría de cualquier instrucción, esas mujeres, como las de cualquier pueblo, por primitivo que sea, tenían un conjunto de creencias, normas y modos de hacer referentes al embarazo, parto y la crianza del hijo, fruto, algunos de ellos, de la observación y la experiencia y otros, de consideraciones médicas erróneas ya desfasadas,

¹⁵ Como terapéutica abusiva se cita la aplicación de purgantes y enemas innecesarios y de cerillas o tallos de perejil por el recto. (Torres Marty, L. y cols., 1941, 23).

o de supersticiones y fatalismo. Este saber tradicional se transmitía de madres a hijas y estaba profundamente arraigado¹⁶.

La experiencia demuestra que alguna educación es necesaria para que una persona se identifique con las medidas curativas modernas en vez de las tradicionales. Diversos estudios han comprobado que la madre que ha tenido acceso a una escolarización básica utiliza más los servicios de salud, comprende mejor los factores que afectan la salud de sus hijos y tiene más habilidad para seguir las instrucciones del médico. Para muchos, la educación de la mujer tiene mayor influencia sobre el descenso de la mortalidad infantil que factores de desarrollo económico, tales como mayores recursos, infraestructura sanitaria en la vivienda etc. (Constantijn y cols., 1995, 463-479; Sandifordi y cols., 1995, 5-17). En la España de principios de siglo, el 60 por 100 de las mujeres mayores de doce años eran analfabetas. Treinta años más tarde el porcentaje se había reducido al 40 por 100. Fue notable el esfuerzo educativo que se hizo durante la década de los años 20 y los primeros años de la República. Consecuencia de la preocupación por la educación del primer gobierno republicano es que en 1932 se construyeron 9.600 escuelas primarias frente a las 11.128 que construyó la monarquía entre 1909 y 1931. Sin embargo, el empeño educativo de la República no tuvo tiempo de dar los frutos deseados y en el curso 1935-36 sólo el 51,3 por 100 de las niñas en edad escolar se hallaban matriculadas en instrucción oficial primaria. (Anuario Estadístico 1950). Se produjo, en cambio, un gran avance en el acceso de la mujer a la enseñanza media; si en 1930-31 el porcentaje de mujeres matriculadas era un 5,04 por 100, cuatro años más tarde, durante el año académico de 1935-1936, el porcentaje era del 16,42 por 100. Las cohortes femeninas que tuvieron mayores oportunidades para acceder a la educación primaria y secundaria durante los años 20 y 30 fueron las madres de los años de la posguerra y eso, sin duda, repercutió positivamente en la salud de sus hijos.

Caldwell, en su estudio sobre el descenso de la mortalidad infantil en Kerala, Sri Lanka y Costa Rica, señaló también que un grado de autonomía femenina es necesario para que se produzca un descenso excepcional de la mortalidad, especialmente en sociedades pobres. Entonces las niñas tienen más posibilidades de permanecer en la escuela y las madres más posibilidades de lle-

¹⁶ Para un interesante estudio antropológico sobre estas creencias femeninas véase Gutiérrez de Pineda, 1955: 11-85. La autora analiza las creencias populares sobre enfermedad y sistemas de curación de mujeres de la altiplanicie colombiana y encuentra la raíz de muchas de ellas en la península ibérica.

var la iniciativa ante la enfermedad de un hijo (1986, ob. cit.). Durante los años efervescentes de la Segunda República, junto a la creciente escolarización femenina, se produjo un cambio revolucionario en la sociedad española que, a pesar de la involución posterior del franquismo, contribuyó al desarrollo psicocultural de la mujer. El sistema ideológico dominante, patriarcal, conservador y católico se debilitó durante esos breves años; corrieron vientos libertarios, se divulgaron ideas neomaltusianas; se establecieron leyes para la regularización del divorcio y del aborto. Después, la guerra civil obligó a la mujer, como nunca antes, a incorporarse al mundo del trabajo. Por miles, las mujeres realizaron labores en las fábricas, en el campo y en los hospitales. También, en el lado republicano, participaron directamente en la guerra como milicianas. Inevitablemente, al terminar la guerra, la mujer no sólo estaba más capacitada, sino que también era más autónoma.

CUADRO 2.—Tasa específica de fecundidad (1922-1965)

Años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1922-1925	11,3	123,3	232,5	201,2	154,6	62,8	11,2
1926-1930	11,2	123,3	218,4	189,0	142,2	59,0	9,6
1931-1935	11,7	122,6	205,1	172,2	124,7	51,9	8,6
1936-1940	9,1	88,2	156,8	143,8	103,0	42,6	7,3
1941-1945	9,5	88,0	154,2	144,8	99,5	40,5	6,1
1946-1950	8,5	88,6	159,2	136,2	96,2	37,6	5,6
1951-1955	8,0	87,8	161,5	129,9	78,3	31,7	4,0
1956-1960	8,5	106,1	180,6	139,5	78,4	28,8	3,2
1961-1965	11,0	104,4	180,8	151,5	83,2	30,3	2,6

Fuente: J. Díaz Nicolás, 1985

Una clave importante del aumento de las potencialidades de la mujer, nos la brinda el descenso de la fecundidad en España. La capacidad de controlar voluntariamente el número de hijos nacidos está estrechamente relacionado con la educación y la autonomía de la mujer. En el Cuadro 2 podemos examinar las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad y ver cómo, a partir de la década de los xx, las tasas de fecundidad a edades relativamente avanzadas (30-34, 35-39, 40-44) experimentaron un descenso casi constante. Este hecho se considera un indicador de un creciente recurso a métodos de control de la fecundidad. (Arango, 1987, 220-221). Es curioso constatar que en los años de la posguerra, la fecundidad sigue declinando a un ritmo parecido al de los años anteriores a 1936, a pesar de un aumento modesto de la nupcialidad, de la intensa propaganda pronatalista del nuevo régimen y de la reaparición de un catolicismo impositivo (Reher, 2001).

Posteriormente, a partir de 1955, cuando la fecundidad de las españolas repunta, lo hace solamente entre las mujeres jóvenes (ibíd.). Esto indica que, al alcanzar el número deseado de hijos, las parejas ponían los medios necesarios para controlar su fecundidad, a pesar de que la venta de anticonceptivos estaba prohibida en España. Hay que señalar que el descenso de la natalidad también actuó a favor de una mejor salud de los niños. Existen abundantes estudios que indican que el comportamiento reproductivo de la madre afecta la probabilidad de muerte de su hijo. Hay un riesgo biológico para el niño, relacionado con la edad de su madre en el parto, la paridad y el intervalo entre nacimientos, pero ciertos factores sociales también tienen gran importancia sobre su salud, como son el valor que se le da a su vida y el cuidado y los recursos que se le dedican¹⁷.

Hasta ahora, sin ser exhaustivo, se ha pasado revista a la serie de factores que determinaron el descenso de la mortalidad infantil desde mediados del siglo XIX. En 1936, en vísperas de estallar la guerra, los registros de mortalidad muestran importantes descensos, pero sin embargo, la mortalidad infantil española se encontraba todavía muy por encima de los alcanzados en otros países europeos¹⁸. Era consecuencia, en parte de la deficiente modernización sanitaria existente: ni las infraestructuras sanitarias más básicas, ni los centros de salud, ni las campañas de vacunación llegaban a toda la población infantil. Pero tal vez el mayor obstáculo era la ignorancia sanitaria de la población, sobre todo en los medios rurales. Como ejemplo de ello, transcribo a continuación una experiencia vivida por el eminente ginecólogo Dr. Botella Llusía en 1938 cuando ejercía de ayudante de un equipo quirúrgico militar en Ávila¹⁹.

Me vienen a buscar en un viejo taxi renqueante, que si quiero ir a un pueblo que se llama Solosancho. Solosancho está en la subida de la Palmera, del puerto de la Palmera, y hoy día es un pueblecito con casitas de veraneo, pero entonces era un pueblo miserable, lo llamaban el pueblo de las cabras. Me ofrecieron que me iban a dar 500 pesetas o algo así y como yo necesitaba el dinero, dije que bueno y, a las tres de la mañana, me monté en

¹⁷ Sobre esto véase Knodel y Van de Walle, 1967, Puffer y cols., 1975, Rosero Bixby, 1985.

¹⁸ Entre los años 1930-34, mientras España tenía una tasa de mortalidad infantil de 120 por 1.000, en Suecia era 61 por 1.000 y en Gran Bretaña 65,5 por 1.000. Menos diferencia había con Italia 105,6 por 1.000 o con Francia y Bélgica: 80,1 y 91,6 respectivamente. Las condiciones eran peores en Portugal con 144,7 por 1.000 y en el Este de Europa, Checoslovaquia tenía una tasa de mortalidad infantil de 128,5 y Hungría 192,2 por 1.000. (Gómez Redondo, 1992, 38).

¹⁹ Entrevista con el Dr. Botella Llusía, mayo 2001.

el taxi. Cuando llegué al pueblo, era un pueblo que no tenía ni luz eléctrica, se alumbraban con luz de esas de carburo de acetileno. Me llevaron a la farmacia y en la rebotica estaban el médico, el farmacéutico y el cura jugando a las cartas y me dijo fríamente el cura, «Estamos aquí los tres esperando a ver a cuál de los tres nos llaman primero.» Me llevan a la mujer aquella que vivía en un chozo. ¿Sabe usted lo que es un chozo? Los antiguos edificios celtas, redondos, ya no quedan y para entrar se entraba por un corral lleno de cabras. La gente vivía así porque el ganado daba calor (estaban a 20 grados bajo cero) y en la habitación de dentro había una alcoba con una cama de hierro, de esas de pueblo, que les ponían muchos colchones y eran muy altas y encima de la cama había una mujer. El marido, que fue el que me lo explicó, porque el médico no dejó su partida de cartas, me dijo «Mire usted llevamos tres días de parto.» Entonces encima de la cama, sentada con la mujer había tres brujas. Y de las tres brujas, cada una tenía una misión concreta. Una decía unas palabras mágicas en un idioma que yo no entendía. Otra tenía un plato con un montoncito de sal y encima unas tijeras abiertas en forma de cruz. Esto era un amuleto. Y la de en medio de las tres tenía una orza, un tarro de aceite y con una mano sucia le metía el aceite para que aquello se lubricara bien. Bueno yo me llevé un practicante viejo de esos que sabían dar la anestesia ... Pusimos a la mujer en la mesa de la cocina y sacamos un feto que estaba ya muerto, claro, pero lo sacamos.

Con pinceladas impresionistas, el relato de Botella Lusía nos ofrece una idea del atraso económico, social y sanitario del mundo rural antes de la guerra. Esa misma realidad de la España profunda queda expuesta en el análisis de Sanz Gimeno sobre las causas de la mortalidad en la infancia en 1932 (Sanz Gimeno, 2001, 137-143)²⁰. El autor comprueba que las defunciones por enfermedades del aparato digestivo del niño, estrechamente asociadas al nivel sanitario y a la higiene en la alimentación, experimentaron, en todo el país, un descenso en los primeros treinta años del siglo cercano al 25 por 100. Sin embargo, otros estudios limitados a una muestra del interior peninsular, muestran que la mortalidad por causas digestivas de los menores de un año, se mantuvo estable en el medio rural hasta los años 40 (Sanz Gimeno, 1999, ob. cit., 99; Sanz Gimeno, 2001, ob. cit., 129-154). Todo indica, por lo tanto, que las inversiones en infraestructura sanitaria y la aplicación de políticas para la atención del niño y la madre, reali-

²⁰ Sanz Gimeno estudia la mortalidad por causas en dos años puntuales 1906 y 1932, para comprobar los cambios en la estructura de la mortalidad juvenil e infantil.

zados sobre todo en los años 20, favorecieron a las áreas urbanas, mientras que las zonas rurales se mantenían en un profundo aislamiento sanitario.

LA LABOR SANITARIA DE LA SECCIÓN FEMENINA DE FET Y DE LAS JONS

Hemos visto cómo, a partir de 1942, la mortalidad en la infancia comenzó a disminuir a un ritmo desconocido hasta entonces, a pesar de la terrible crisis de la posguerra española. Al no poder atribuir esa dinámica revolucionaria al desarrollo económico, el protagonismo debe otorgarse, en parte, a las políticas sanitarias del nuevo régimen, que convirtió la lucha contra la mortalidad infantil en uno de sus objetivos primordiales en materia de salud. Se ha señalado que después de la guerra, los servicios de Sanidad sufrieron una involución debido, entre otras cosas, a su renovada dependencia del Ministerio de Gobernación, al desaparecer el Ministerio de Sanidad. Además, los cambios introducidos en las instituciones sanitarias resultaron en una gran diversidad de organismos encargados de la salud del niño y de la madre. Como consecuencia hubo importantes problemas de coordinación y dificultades para optimizar los recursos; a lo que hay que sumar una atribución presupuestaria insuficiente y mal distribuida, sobre todo durante los años 40 (Bernabeu Mestre y Perdiguero Gil, ob. cit., 226). A pesar de todo, en materia de salud infantil se obtuvieron éxitos muy significativos, lo que parece indicar que se aplicaron políticas sanitaria eficaces. La realidad es que el régimen franquista hace un importante esfuerzo por dotar de un seguro de enfermedad a la población²¹. Entre 1944 y 1950, el número de asegurados aumenta en un 40 por 100, mientras que las prestaciones sanitarias y económicas aumentan un 1.884 por 100 (Anuario Estadístico, 1950, 644, 657). Sin embargo, el verdadero despegue del Seguro Obligatorio de Enfermedad como Seguridad Social es a partir de 1963 (Bernabeu Mestre y Perdiguero Gil, ob. cit., 219-221 y 226). En todo caso, la extensión del seguro materno tuvo que ser una influencia importante en la reducción de más del 100 por 100 que experimentó la mortalidad por enfermedades del embarazo, parto y puerperio durante ese mismo período (Movimiento Natural de la Población, 1950, 89). Merece la pena un estudio más

²¹ Se promulgó la Ley de Sanidad Infantil y Maternal del 12 de junio de 1941 para extender la ayuda a la población agrícola y la del Seguro Obligatorio Materno de 1942 que cubría no sólo a las obreras sino también a las mujeres de los trabajadores. Véase Bosh Marín ob. cit., 15-18; Pérez Moreda 2001, 47-49 y Rodríguez Ocaña 1998, 19-52.

profundo sobre el seguro médico materno y su influencia sobre la mortalidad maternal y perinatal durante este periodo.

La misma Ley de Sanidad Infantil y Maternal del 12 de junio del 1941 estrecha la colaboración en materia de sanidad infantil con la Sección Femenina de Falange. Sin querer quitarle méritos a la clase médica, que dirigió y promovió muchas de las reformas sanitarias, podríamos decir que a partir de 1940, la defensa de la infancia se convirtió en un asunto de mujeres²². Más adelante veremos cómo las afiliadas a la Sección Femenina y sus colaboradoras suplieron una importante parte de las deficiencias médicas y sanitarias arriba citadas. Se encargaron de vigilar la salud de los niños, de distribuir ayudas a las familias y desarrollaron una hábil campaña de instrucción sanitaria entre las madres. Posteriormente, esas madres ya capacitadas se convirtieron en las protectoras principales de la salud de sus hijos.

La Sección Femenina nació a la sombra de Falange Española, el partido, síntesis de fascismo europeo y nacionalismo español, fundado por José Antonio Primo de Rivera²³. En los años anteriores a la guerra, la Sección Femenina estuvo compuesta por un puñado de mujeres jóvenes universitarias comprometidas con las ideas de José Antonio y dirigidas por su hermana, Pilar Primo de Rivera. Ellas sirvieron de quinta columnistas durante los últimos años de la República: compraban y repartían armas, servían de mensajeras, visitaban a sus camaradas encarcelados. Durante la guerra, cuando el número de afiliadas en el sector nacionalista aumentó de forma inusitada, trabajaron al servicio de lavaderos, fábricas de uniformes y sobre todo, de hospitales de guerra, enfermerías del frente, equipos quirúrgicos, etc. debido a la escasez de enfermeras diplomadas.

Para atender las necesidades de la guerra la Sección Femenina organizó cursos, forzosamente breves, y se creó el Cuerpo de Enfermeras de FET y de las JONS, «sujetas a la disciplina peculiar de la organización» (ANA, azul, doc. 26). El cuerpo estaba constituido por las Damas Enfermeras que realizaban prácticas hospitalarias y las Enfermeras Sociales. Estas últimas atendían sobre todo los diversos centros de atención a la población civil más necesitada. Algunas de las enfermeras sociales eran Visitadoras, que daban asistencia domiciliaria en las ciudades con el fin de auxiliar a las familias necesitadas. Se hacía una ficha médico-social de

²² Algún ilustre médico se atribuyó todo el éxito: «El trabajo del médico español merece ser conocido por todos los españoles; su magnífico trabajo se sitúa entre las más importantes realizaciones del mundo contemporáneo.» (Bosh y cols., 1964, citado por Bernabeu Mestre y Perdiguero Gil, ob. cit., 215)

²³ Para un análisis de la Falange véase Payne, S. (1965)

cada familia en la que se consignaban datos sobre el estado de salud de sus miembros, especialmente la de los niños, sus necesidades económicas y sanitarias y otros datos, éstos con fines más bien de control político y religioso. No hay que olvidar que muchas de las familias socorridas eran, a la vez, víctimas de la represión franquista²⁴. Uno de los cometidos más importantes de la Visitadora era vigilar el proceso del embarazo y el desarrollo del recién nacido. Además de instruir a las madres en el cuidado de los niños, debían, darles a conocer sus derechos (subsidios y seguros médicos cuando correspondía) e instruir a las amas de casa en normas de educación y estética (ANA, ob. cit., azul 26, anejo 2).

Por otra parte, para atender a los damnificados de la guerra, en 1936, Mercedes Sanz Bachiller fundó el Auxilio Social, imitando el Socorro de Invierno de la Alemania hitleriana. Este organismo, manejado enteramente con personal de la Sección Femenina, tenía a su cargo orfanatos, comedores para niños y madres embarazadas o lactantes, guarderías infantiles, casas cunas, etc. En 1937, menos de un año después de su creación, Auxilio Social contaba con 1.645 instalaciones y atendía a alrededor de 180.000 personas. El esfuerzo de las mujeres en la retaguardia fue inmenso y sobre ello el historiador Gabriel Jackson afirma, «Cosa muy curiosa para una organización que hablaba tanto de virilidad, los resultados prácticos más importantes de la Falange fueron los que consiguieron Pilar Primo de Rivera, hermana del fundador y Mercedes Sanz Bachiller, viuda de Onésimo Redondo, que fueron el alma de una red de centenares de comedores infantiles y organizaron los servicios de enfermeras tanto en el frente como en la retaguardia, así como la distribución de alimentos en los territorios recién conquistados» (Jackson, 1990, 364-365).

En mayo de 1939, recién finalizada la guerra, el General Franco pronunció, en un acto de gran solemnidad, un discurso ante la Sección Femenina reunida en Medina del Campo. En él se refirió al grave problema de la mortalidad infantil y les encomendó la lucha contra ese mal, sobre todo en el medio rural. Existía una gran preocupación en medios políticos por la despoblación que sufría España, en parte como resultado de la guerra, pero también debido a la elevada mortalidad infantil y a una natalidad cada vez más disminuida. En la Sección Femenina, las palabras de Franco

²⁴ Con terrible claridad, una memoria de Agosto 1936, señala que es indispensable la atención a «todos los huérfanos que vayan resultando como consecuencia de sanciones impuestas a sus progenitores, incluso a los de los caídos en el campo de batalla.» (Al Servicio de España y del Niño Español, 1936) Un dato indicador de la represión es que en sólo un año, de 1940 a 1942, el número de niños internados en Centros Benéficos aumentó en un 140 por 100.

sirvieron como pistoletazo de salida para la puesta en marcha de un esfuerzo de grandes dimensiones a favor de los niños.

Imbuidas por el afán nacionalista de la ideología dominante, asumieron con entusiasmo la lucha contra la mortalidad infantil. Había que salvar a los niños porque «la mortalidad por desórdenes nutritivos no sólo es un problema sanitario y de índole moral, sino también de carácter político y que influye directamente en la fuerza numérica y en la salud física y moral de la raza» (ANA, azul 8, Doc. 26). Además, la petición de Franco encajaba perfectamente con la finalidad última de la organización femenina: la formación de la mujer según el ideal joseantoniano. La española debía ser fiel cristiana, esposa abnegada y buena madre. En palabras de Pilar Primo de Rivera, «La única misión que tienen asignadas las mujeres en las tareas de la Patria, es el hogar. Les enseñaremos el cuidado de sus hijos porque no tiene perdón el que mueran por ignorancia tantos niños, que son siervos de Dios y futuros soldados de España» (Publicaciones al Servicio de España y del Niño Español, 1942, 34). Esta mujer, que dirigió a la Sección Femenina hasta su disolución en 1976, era extraordinariamente tenaz y con una gran capacidad organizadora. En su afán por monopolizar todos los campos comprometidos en la formación de la mujer, acumuló una enorme cantidad de poder, siempre dentro de una estricta fidelidad a Franco.

Durante la posguerra, las ideas del fundador pervivieron en la Sección Femenina, más que en su contraparte masculina. Para Dionisio Ridruejo ellas fueron «el verdadero punto de referencia de lo que solíamos llamar autenticidad» (Ridruejo, 1976, 103). No es éste el sitio para juzgar las ideas políticas de la Falange, pero es importante conocer el espíritu que infundían en sus afiliadas, para comprender la capacidad de trabajo y organización que tuvo la Sección Femenina. En palabras del José Antonio, «Ser falangista no es una manera de pensar, es una manera de ser. No debemos proponernos sólo la construcción, la arquitectura política. Tenemos que adoptar, ante la vida entera en cada uno de nuestros actos, una actitud de servicio, sacrificio, el sentido ascético y militar de la vida.» Miles de mujeres, inspiradas por estos ideales, trabajaron sin descanso como misioneras laicas en las labores que les encomendaban. Sobre todo durante esos primeros años, la organización estuvo basada en la idea de servicio, de prestación y de trabajo gratuito (Gallego, 1983, 72). Las pocas que recibían sueldo «no nos atrevíamos a decir cuanto ganábamos porque la gente se reía de nosotras»²⁵. La experiencia de Concepción Mateo, afiliada a la Sec-

²⁵ Entrevista con Conchita del Pozo, Presidenta de la Asociación Nueva Andadura, Febrero 2002.

ción Femenina con doce años de edad y posteriormente Jefe de Cátedras Ambulantes y Delegada Provincial de las Sección Femenina en el Sahara, es un ejemplo del entusiasmo por el servicio a una causa que encontramos en las entrevistas realizadas:

Yo era una niña muy sensible, no sé si sensibilera y eso de servir a España, de servir a los demás, de hacer el bien, esas cosas me parecían tan bellas que yo era una entusiasta de la labor social... Me acuerdo que, ya sabéis, que si izábamos la bandera todos los días, que leíamos una frase de José Antonio, es decir que era una época en que se llevaban esas cosas, que hoy diríamos que son fascistas. Yo no me enteraba ni sabía lo que era fascista, vamos que si me lo dicen ahora, me borro. Te lo digo sinceramente. Me acuerdo de una frase de José Antonio, «que sólo son felices los que saben que la luz que entra por su balcón cada mañana viene a iluminar la tarea justa que le está asignada en el mundo.» Mira, me parecía como que había que hacer algo, como que servir era muy importante... Yo te aseguro que entregué lo mejor y más importante de mi vida... Trabajaba en colegios, daba clases de convivencia y también de formación, que eran obligatorias en los colegios, de formación política por lo que hemos sido muy criticadas. Ahora a toro pasado dices pues verdaderamente no está bien, pero te das cuenta después. Pero en aquel entonces te parecía que decirle a toda la gente las cosas que decía José Antonio de España, de salvar a España, yo de verdad creía que estaba haciendo un servicio a España.

Margot Pérez-Urria, que fue Instructora General de Juventudes y participó en la famosa Cátedra Ambulante a las Urdes, explica su acercamiento a la Sección Femenina a través de la lectura de José Antonio Primo de Rivera y destaca «el sentido de la exigencia, el valor del rigor y sobre todo el orden de los valores que establece en la conducta humana. A los dieciocho años vives y vibras con todo eso. Te das cuenta que no sólo es la familia, que hay círculos más amplios y que necesitan de tu esfuerzo, de tu trabajo».

Si el espíritu de entrega y servicio de la Sección Femenina fue una de las claves del éxito en su lucha contra la mortalidad infantil, no lo fue menos el enorme potencial de trabajadoras que tuvieron a sus órdenes. Por una parte estaban las afiliadas a Falange, que al final de la guerra eran aproximadamente 600.000, aunque después, atenuado ya el furor patriótico, disminuyó su número. Contaban con personal sanitario propio entrenado durante la guerra. En 1939 el Cuerpo de Enfermeras de la FET y de las JONS, liberado de los hospitales del frente de guerra, se reintegra como Enfermeras Sociales y Enfermeras Visitadoras, estas últimas para vigilar la salud de las familias en su domicilio, especialmente la de la madre y el niño. En colaboración con la Dirección Nacio-

nal de Sanidad, este personal sanitario de Falange se puso al servicio de todos los organismos de Auxilio Social. Se contabilizaron al final de la guerra un total de 6.000 enfermeras y 2.000 auxiliares sanitarias pertenecientes al cuerpo de Falange. Posteriormente entre 1943 y 1950 se capacitaron una media anual de 265 enfermeras de la FET y JONS, cifra inferior a la de 523 enfermeras tituladas oficiales anuales, pero que suponía una importante ayuda a las labores de enfermería social. Por otra parte en 1940 se crea además un nuevo cuerpo de personal sanitario denominado Divulgadoras Sanitario-Social, con una preparación más corta y menos especializada, cuyo campo de trabajo eran las zonas rurales. Anualmente se prepararon durante el período 1943-1950 una media de 1.249 divulgadoras y, durante la década de los 40, había alrededor de 4.000 mujeres trabajando cada año como Divulgadoras (Delegación Nacional de la Sección Femenina de la FET y de las JONS, 1952, 117 y Anuario Estadístico, 1950). Posteriormente se analizará la contribución de este cuerpo a la instrucción sanitaria de las madres.

Además del personal sanitario especializado, durante la guerra el General Franco instituyó el Servicio Social, inspirado en un organismo similar del nacionalsocialismo alemán, para que las mujeres contribuyeran a la guerra. Como el papel de mujer soldado estaba lejos de encajar dentro del discurso ideológico de los sublevados, se quería que la mujer ayudara en hospitales y en la atención de los damnificados de la guerra en la retaguardia. Aunque al principio el Servicio Social sólo era de cumplimiento obligado para mujeres obreras, funcionarias o aspirantes a trabajar en órganos de gobierno o a recibir un título de estudios superiores, en la posguerra se volvió obligatorio para casi toda la población femenina soltera de 17 a 35 años de edad. Las mujeres recibían cursos de formación política, religiosa, de cultura general y puericultura pero además debían trabajar de forma «voluntaria» (sin remuneración) en las diversas obras sociales durante tres de los seis meses que duraba el servicio. Al poco tiempo de creado el Servicio Social, la Sección Femenina logró hacerse cargo de ese enorme potencial humano, lo que le permitió ampliar sus actividades sociales y educativas. Las cumplidoras del Servicio Social ayudaban al personal sanitario en los comedores gratuitos de Auxilio Social²⁶, centros de infancia, en albergues, guarderías, en la lucha antituberculosa, en campañas de vacunación, etc. Era por lo tanto, un gran contingente gratuito de trabajadoras que suplían

²⁶ Este organismo fue el encargado de repartir la «Ayuda Social Americana» que llegó a 4 millones de niños. (Pérez Moreda, ob. cit., 47)

la precariedad de medios de las instituciones sanitarias dependientes del Estado. Las estadísticas existentes sobre el número de mujeres que realizaban el Servicio Social son bastante imprecisas y a veces contradictorias y los únicos datos que ofrecen alguna confianza arrojan una media de 40.382 cumplidoras al año entre 1938 y 1944 (Gallego, ob. cit., 91 y 98). Es probable que el número aumentara posteriormente a medida que se extendía la exigencia del cumplimiento.

La Sección Femenina instaló un total de cuatro Centros de Prevención, quince Dispensarios de Puericultura y treinta Centros de Salud Rural, en un intento por suplir las deficiencias de la Dirección Nacional de Sanidad (Bernabeu Mestre y Perdiguero Gil, ob. cit., 229). Pero su mayor contribución al bienestar infantil fue su política de divulgación en materia de puericultura. El objetivo era extender las normas de higiene y salud infantil por toda la extensa red de formación de la mujer que controlaba y que llegaba a zonas rurales donde los organismos de sanidad estaban ausentes.

La instrucción sobre higiene comenzaba en la escuela primaria, proseguía en la enseñanza media y en organizaciones más lúdicas, como las Casas de Flechas, los Frentes de Juventudes y los Campamentos de Verano. Posteriormente el Servicio Social fue el medio idóneo para transmitir conocimientos de puericultura. Para la mujer adulta que no había tenido acceso a una educación formal, la Sección Femenina fundó las Escuelas de Hogar, las Escuelas de Formación y la Hermandad del Campo y la Ciudad donde la puericultura era asignatura obligatoria. Las dos últimas instituciones tuvieron particular influencia en el medio rural. Por otra parte, toda mujer que acudía a los consultorios materno-infantiles y a los comedores de Auxilio Social recibía instrucciones sobre la alimentación y cuidado de su hijo. Las Visitadoras en la ciudad y las Divulgadoras en el campo daban instrucciones de puericultura a domicilio.

También se realizaban, en colaboración con la Dirección Nacional de Sanidad, campañas sanitarias, ya sea de vacunación o de información. Cuando llegaban los meses de calor, para prevenir el aumento de la mortalidad, se redoblaba el número de charlas para madres y la distribución de cartillas con consejos elementales sobre el cuidado del niño. Una forma de llegar a los núcleos de población más aislados fue por medio de las Cátedras Ambulantes que se popularizaron a finales de los años 40. Se trasladaba un equipo de miembros de la Sección Femenina a pueblos con menos de cinco mil habitantes y durante dos meses alfabetizaban y enseñaban puericultura, además de artesanías, costura, coros y danzas y técnicas agrícolas (Suárez Fernández, 1993, 289-292).

Pero dentro del esfuerzo educativo, destaca el realizado por el Cuerpo de Divulgadoras Sanitario Social Rural, considerado por

algunos autores como decisivo en el medio rural (Rodríguez Ocaña, 1999, 34-35). La creación de este cuerpo fue impulsada por la necesidad de llevar a cabo una labor social y educativa en el medio rural, al percibir «el desconocimiento que existía de las más elementales reglas de higiene y sanidad (errores en la crianza de los niños arraigados por años de incultura, falta de medios para la alimentación adecuada, viviendas en malas condiciones etc.» (ANA rojo, 1.100, Doc. 0). También se necesitaba «enseñar en el medio rural las nuevas Leyes Sociales del Estado protector de las familias» (ibid.). A partir de 1940 y de acuerdo con la Dirección Nacional de Sanidad, se reclutaron mujeres del campo para prepararlas como divulgadoras. En todas las capitales de provincia se realizaban cursillos de 40 días, en régimen de internado, dirigidos por médicos y puericultoras. Además de las materias referidas a sanidad (puericultura, higiene, medicina preventiva) recibían formación política, religiosa, educación física y cultura general y hacían prácticas en centros de puericultura o dispensarios. Cada dos años, las divulgadoras debían tomar un curso de renovación y perfeccionamiento. El trabajo era en un principio voluntario, aunque unos años más tarde se comenzaron a dar pequeñas gratificaciones y premios.

Una vez terminado el cursillo, volvían a sus pueblos de origen donde realizaban una labor de información y divulgación sanitaria de gran valor entre sus vecinas. Vigilaban los embarazos, en colaboración con el médico más cercano, y posteriormente la crianza de los niños, por lo menos hasta que cumplieran los dos años. Las visitas domiciliarias tenían como objetivo recoger información sobre las necesidades de la familia y el desarrollo de los niños para poder solucionar los problemas que se presentaban. En la ficha social-sanitaria de cada familia se llevaba un control estricto de las vacunaciones; el lema era «ningún niño sin BCG, antivariólica y antidiftérica»²⁷. Pero uno de sus deberes primordiales era la capacitación de las madres. La doctora Conchita González Cañeque, que trabajó como asesora en el Departamento de Divulgación y Asistencias Sanitarias de la Dirección Nacional de Sanidad durante los años 1945-46, explica:

Entonces trataban de enseñar a las madres que debían bañar a sus hijos, que debían ponerle una ropa adecuada, quitarle esas envolturas que llevaban que no los dejaban ni moverse antiguamente, cómo se les bañaba, algunos principios de alimentación. Después divulgaban la importancia de la lactancia materna, les

²⁷ Estas visitas también servían para recoger información de interés político y religioso sobre la familia. (ANA, ob. cit., rojo, 1, 100, Doc. 0)

enseñaban la regularidad con que los niños debían tomar, es decir estos principios básicos, elementales que entonces las madres no conocían.

La doctora González Cañete, explica la razón del éxito de este sistema de divulgación rural:

La originalidad de la SF fue el coger gente procedente de los pueblos, que volvía a su ambiente y que era mejor recibida que unos señores que van. Ellas están constantemente a la vista, «Tu niño está malo, ¿qué le pasa? Pues lo tienes que llevar al médico.» Porque muchas veces la gente no llamaba al médico, había veces que sólo lo llamaba para que certificara la defunción. Y entonces ellas estaban al tanto, «¿Qué le pasa a tu niño? ¿Está malo? Pues mira voy a decirle al médico.» Porque ellas estaban muy en contacto con los médicos. Les seguían la pista a los niños porque estaban allí viviendo. En cambio las Visitadoras hacían una labor más técnica pero de menos contacto. Realmente lo de las Divulgadoras Sanitario Sociales debió ser idea íntegramente de la Sección Femenina, que era la que tenía las posibilidades. En España también había Visitadoras del Estado. Había la Escuela de las Visitadoras Sanitarias Sociales, lo que pasa es que era un cuerpo limitado, en cambio esto de la SF era ilimitado. Se iban incorporando, las que eran antes a lo mejor se casaban y dejaban el trabajo, pero ya había otra generación.

Luego señala la mejor disposición de las mujeres del pueblo para aceptar los consejos de las divulgadoras:

Lo que pasaba era que las divulgadoras eran del mismo origen y del mismo nivel que ellas, entonces claro, el consejo del médico, a lo mejor, no lo seguían, pero el de la vecina sí. El médico a lo mejor dirigía pero la divulgadora le contaba al médico, «Mire usted que ese niño está resfriado, que a ver qué hacemos.» Era una labor continuada y extensísima.

En cuanto a la organización de la Sección Femenina, explica:

Se formó una red, llegó un momento que la SF era el organismo que más correo originaba a la Dirección General de Correos. Porque ellas (las divulgadoras) confeccionaban sus partes, los mandaban a la Delegación Provincial primero y ésta también las mandaba a la Nacional para que conociera la labor, el número de visitas hechas a domicilio; también se entregaban alimentos y medicamentos.

Al preguntarle a la doctora cuál cree ella que fue la causa principal del descenso de la mortalidad infantil durante el período de la posguerra, contesta:

El golpe grande inicial en la lucha contra la mortalidad infantil se debió a la divulgación de las prácticas de higiene, la divulgación de la lactancia materna, la alimentación a todos los niveles. Se les enseñaba cómo hacer la alimentación complementaria para evitar que estos niños estuvieran tomando exclusivamente leche hasta los dos años, lo cual retrasaba enormemente su crecimiento, les exponía al raquitismo. La campaña de alimentación infantil fue una de las cosas que más contribuyó al descenso de la mortalidad infantil y la campaña de las vacunaciones.

Reflexiona un momento y añade:

Y además ten en cuenta que después de la guerra había un control mucho más directo, precisamente por el carácter (del régimen). La Falange contaba con el apoyo gubernamental. Era una labor extensa, vigilada. Las campañas de vacunación también fueron muy importantes. También se ocuparon de ellas las Divulgadoras. Naturalmente que se vacunaba en los centros de la Dirección Nacional de Sanidad, en los Centros de Puericultura del Estado. Pero las divulgadoras captaban a las madres, divulgaban, enseñaban la importancia de la vacunación y las encaminaban a los Centros de Puericultura del Estado para que los vacunaran²⁸.

DISCUSIÓN

Un proceso tan complejo como la transición de un régimen de alta mortalidad a uno de baja mortalidad no puede ser explicado por un solo factor. El descenso de la mortalidad infantil en España durante la posguerra debe entenderse como el resultado, en parte, de una acumulación de políticas sanitarias y progresos médicos y sociales que tuvieron su inicio en el pasado. Sin embargo, una reducción tan acusada, en condiciones tan adversas como las que se padecieron durante la posguerra, nos induce a pensar que algún factor o factores nuevos determinaron una parte importante de la mejoría.

El objetivo de este estudio ha sido iniciar una indagación sobre los factores coyunturales que actuaron durante el período 1940-1950. En primer lugar hemos querido analizar la contribución de la Sección Femenina de Falange a la lucha contra la mortalidad infantil, a través de Auxilio Social en el campo de la beneficencia, pero sobre todo por su labor divulgativa de las normas más elementales de higiene y puericultura. Ellas lideraron la campaña

²⁸ Entrevista con la doctora Conchita González Cañeque, abril 2001.

para capacitar a las mujeres para ser buenas madres. Aquí se ha pretendido describir sus formas de acción en el campo sanitario, su capacidad de penetración en el tejido social y en el poder político y la voluntad que pusieron al servicio de la salud infantil. Hemos visto que la Sección Femenina contaba con el personal necesario, la inspiración ideológica y el apoyo del régimen necesario para llevar a cabo esa labor. El personal sanitario de la SF alcanzó cifras nada desdeñables durante la posguerra y, aunque carecía de la preparación de las enfermeras tituladas, fue la encargada de la labor de divulgación de normas de puericultura y control sanitario de la infancia. Se ha querido destacar el trabajo de las Divulgadoras Sociales Sanitarias, mujeres que por su pertenencia al mundo rural, tenían un privilegiado acceso a este sector de la población, mayoritario en la España de los años 40. La Sección Femenina, controlaba, además, al ingente número de cumplidoras del Servicio Social que debían prestar su servicio, sin gratificación alguna, en cualquiera de las dependencias de Auxilio Social, centros de formación de mujeres o de servicios de salud manejados por la Sección Femenina. Por otra parte, a través de las entrevistas realizadas a personal de la Sección Femenina, se puede entrever el afán de servicio que inspiraba a las falangistas, a modo de misioneras seculares del mensaje joseantoniano, y que las hacía capaces de recorrer la geografía española alfabetizando y formando a las mujeres para ser madres. A ello se añade el control que mantenían sobre todos los aspectos de la educación de la mujer, gracias a su íntima relación con el régimen franquista. La extensa red de centros de formación, actividades para jóvenes, centros de beneficencia etc., sirvió para transferir, sin excepción de edad ni clase social, los principios elementales de higiene y puericultura.

Parece indudable que la actividad divulgadora de la Sección Femenina entre las madres tuvo que influir en el declive de la mortalidad infantil. Ahora bien, ¿cuán determinante fue esta contribución? Todavía carecemos de una respuesta adecuada porque es difícil calibrar, en su justa medida, las repercusiones que tuvo sobre el bienestar de los niños. Los datos estadísticos de su trabajo sanitario son muchas veces contradictorios y dispares, pero sería importante, en el futuro, relacionarlos con los cambios regionales en mortalidad infantil y juvenil que se produjeron durante el período de la posguerra. De todas formas, y a modo de ejemplo, en el anexo 1 podemos ver el registro de algunas de las actividades sanitarias de las Divulgadoras durante unos pocos años. Nos pueden servir para conocer la extensión de su labor, aunque no sus efectos directos sobre la mortalidad infantil.

Desde otra perspectiva, hay que tener en cuenta que toda esta labor de educación sanitaria probablemente no hubiera tenido la

proyección que tuvo si antes las mujeres —por lo menos una proporción significativa de ellas— no hubieran alcanzado un cierto nivel de educación y de autonomía que las hiciera más permeables a aceptar normas científicas de puericultura, abandonando los métodos tradicionales. Conocemos los avances en alfabetización y educación de la mujer que tuvieron lugar desde principios de siglo, sobre todo a partir de los años 20. Sería importante profundizar en la forma en que la Guerra Civil dio nuevos márgenes de autonomía a la mujer española que la permitieron tomar un papel protagonista en el cuidado de sus hijos. Las propias dirigentes de la Sección Femenina son un ejemplo del desarrollo psicocultural de la mujer al que nos referimos. Durante la guerra, tuvieron que reemplazar a los hombres del partido en los trabajos de organización, recaudación de recursos, movilización de personal etc. Ellas crearon el Auxilio Social, acudieron a trabajar en hospitales, lavaderos y fábricas. Posteriormente, a pesar de que promovían un ideal de mujer dedicada al hogar, escogieron trabajar por la consolidación de su partido. La labor sanitaria que emprendieron y el poder político que acumularon es una muestra de su capacidad de organización y de su autonomía.

Hay otros factores a explorar, otras influencias posibles en la reducción de la mortalidad en la infancia durante la década de los 40. Habría que analizar con más detenimiento, por ejemplo, los efectos de algunas políticas sanitarias de la Dirección Nacional de Sanidad, sin olvidar que la Sección Femenina también ahí tuvo un importante papel, porque sustituyó, en parte, la falta de medios y las deficiencias de los organismos oficiales de un país que se reconstruía con enormes dificultades. También es necesario conocer las consecuencias que tuvieron la expansión del Seguro de Maternidad sobre la mortalidad materna y la perinatal y la del Seguros Médicos sobre la mortalidad en la infancia. Otro aspecto a conocer sería el impacto de la introducción de las sulfamidas y posteriormente de los antibióticos en España, aunque todo indica que el uso masivo de estas terapias fue posterior a los años 40.

La mayoría de los factores mencionados arriba tienen que ver con un proceso creciente de medicalización de la salud infantil. Pero en la lucha contra la mortalidad infantil, ni el más sofisticado sistema hospitalario, ni la medicina más eficaz, puede sustituir la ventaja que supone contar con mujeres capacitadas para ser madres, que saben controlar la alimentación de sus hijos y cuyos conocimientos de higiene y puericultura pueden ayudar a prevenir la enfermedad y la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTER, G. (1997), «Infant and child mortality en the United States and Canada», en *Infant and child mortality in the past*, Clarendon Press Oxford, 91-108.
- ARANGO, J. (1987), «Modernización demográfica en la sociedad española», en J. Nadal, A. Carreras y C. Sudrià, *La economía española en el siglo XX. Una perspectiva histórica*, Barcelona, Ariel, 201-234.
- ARCHIVO DOCUMENTAL NUEVA ANDADURA Academia de la Historia, Madrid.
- BARCIELLA, C. (1987), «Crecimiento y cambio en la agricultura española desde la Guerra Civil», en J. Nadal, A. Carreras y C. Sudrià (eds.), *La economía española en el siglo XIX*, Barcelona, Ariel, 258-278.
- BERNABEU MESTRE, J. (1992), «Health problems and cause of death among infants in Spain (1900/1935)», Seminar on Child and Infant Mortality in the Past, Montreal, UIESP.
- BERNABEU MESTRE, J. y PERDIGUERO GIL, E. (2000), «At the service of Spain and Spanish children: Mother and Child healthcare in Spain during the first two decades of Franco's regime (1939-1963)», *Science, Public Policy and Health en Europe*, Barcelona, European Science and Technology Forum/CEHIC (en prensa)
- BOSH MARÍN, J. (1942), «La asistencia sanitaria a la madre y al niño», en *Publicaciones al Servicio de España y del Niño Español*, núm. 57, 14-19.
- CALDWELL, J. (1986), «Routes to low mortality in poor countries», *Population and Development Review*, 12, núm. 2, 172-219.
- CARRERAS, A. (1984), «La producción industrial española, 1842-1981: Construcción de un índice anual», en *Revista de Historia Económica*, núm. 1, año II.
- CONSTANTIJN, PANIS y LILLARD (1995), «Child mortality in Malaysia. Explaining ethnic differences», *Population Studies*, vol. 49, núm. 3, noviembre, 463-479.
- DELEGACIÓN NACIONAL DE LA SECCIÓN FEMENINA DE FET Y JONS, *Labor sanitaria de la Sección Femenina de FET y de las JONS*.
- (1952), *La Sección Femenina, Historia y Organización*, Madrid.
- ECHVERRI, B. (1993), *La Gripe Española. La pandemia de 1918-19*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, Siglo XXI.
- GALLEGO MÉNDEZ, M. T. (1983), *Mujer, Falange y Franquismo*, Taurus.
- GARCÍA DELGADO (1987), «La industrialización y el desarrollo económico de España durante el franquismo», en J. Nadal, A. Carreras y C. Sudrià (eds.), *La economía española en el siglo XX*, Barcelona, Ariel, 164-185.
- GARCÍA GIL, C.; CORTÉS-MAJÓ, M.; GARCÍA NIETO, A.; ROSADO MARTÍN, M. y NÁJERA, E. (1989), «Epidemiological appraisal of the active role of women in the decline of infant mortality in Spain during the twentieth century», *Social Science and Medicine*, 29, núm. 12, 1351-1362.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1992), *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, Siglo XXI.
- GUTIÉRREZ DE PINEDA, V. (1955), «Causas culturales de la mortalidad infantil», *Revista Colombiana de Antropología*, V, IV, 11-85.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1933 y 1950), *Anuario Estadístico*, Madrid.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1950), *Movimiento Natural de la Población*, Madrid.
- JACKSON, G. (1990), *La República Española y la Guerra Civil 1931-1939*, Barcelona, Crítica.
- KNODEL, van de Walle (1967), «Breastfeeding, fertility and infant mortality», *Population Studies*, 21, 109-131
- LIVI BACCI, M. (1988), *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*, Barcelona, Ariel.
- MARTÍNEZ VARGAS, A. (1938), «Higiene social de la infancia», en *Al Servicio de España y el niño español*.
- McKEOWN, T. (1976), *El crecimiento moderno de la población*, Barcelona, Antoni Bosh.
- MECKEL, R. A. (1990), *Save the babies: American public health reform and the prevention of infant mortality 1850-1929*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- MORENO, F. (1999), «La represión en la posguerra», en Santos Juliá (coord.), *Víctimas de la Guerra Civil*, Temas de Hoy, 277-423.
- NADAL, J. (1986), *La Población Española*, Barcelona, Ariel.
- PAYNE, S. (1965), *Falange, Historia del Fascismo Español*, París.
- PÉREZ GALÁN, M., *La enseñanza en la Segunda República Española*, 1977, Madrid, Cuadernos para el Diálogo.
- PÉREZ MOREDA, V. (2001), «La modernización demográfica» en *La Modernización Social, Las claves de la España del siglo XX*, Madrid, Sociedad Estatal España Nuevo Milenio.
- PRESTON, S. H. (1975), «The changing relation between mortality and level of economic development», *Population Studies*, 29, núm. 2, 231-248.
- «Resources, knowledge and child mortality. A comparison of the United States in the late nineteenth century and developing countries today», Florencia, International Population Conference, 41, 373-386.
- PUBLICACIONES AL SERVICIO DE ESPAÑA Y EL NIÑO ESPAÑOL (1936), «La Protección de los niños huérfanos abandonados e indigentes de Sevilla».
- (1941).
- PUFFER, R. R. y SERRANO, C. V. (1975), *El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: tres importantes determinantes de la mortalidad infantil*, OPS 294, Washington D.C.
- REHER, D. (2001), «Perfiles demográficos en España», Ponencia en VI Congreso Historia Económica, Zaragoza, septiembre (en prensa)
- (1996), *La familia en España. Pasado y futuro*, Madrid, Alianza Editorial.
- REHER, D. y GONZÁLEZ QUIÑONES, F. (2002), «Do parents really matter? Child health and development in Spain during the demographic transition» en prensa.
- REHER, S. D. y SANZ GIMENO, A. (2000), «Mortality and economic development over the course of modernization: An analysis of short-run fluctuations in Spain, 1850-1990», en *Mortality and Economic Development*.
- RIDRUEJO, D. (1976), *Casi unas memorias*, Barcelona.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1996), «Una medicina para la infancia» en J. M. Borrás (ed.), *Historia de la Infancia en la España contemporánea 1834-1936*, 149-192.

- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1999), «La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España», *Historia Contemporánea*, 18, 19-52.
- ROLLET, C. (1992), « La lutte contre la mortalité infantile dans le passé: Essai de comparaison internationale», *Séminaire sur la mortalité des enfants dans le passé*, Montréal, Union Internationale pour l'étude Scientifique de la Population.
- ROSETO BIXBY, L. (1985), «Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica», *Boletín Sanitario Panamericano*, 99, 510-525.
- SANDIFORDI, P.; CASSEL, J.; MONTENEGRO, M. y SÁNCHEZ, G. (1995), «The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to Health Services», *Population Studies*, 49, núm. 1, págs. 5-17.
- SANZ GIMENO, A. (1999), *La mortalidad en la infancia en Madrid*, Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- (2001), «Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932)», *Revistas Española de Investigaciones Científicas*, 95, 129-154.
- SANZ GIMENO, A. y RAMIRO FARIÑAS, D. (2000), «The decline of childhood mortality in Central Spain by causes of death», *European Social Science History Conference*, Amsterdam, abril, 12-15.
- SCHOFIELD, R.; REHER, D. S. y BIDEAU, A. (eds.) (1991), *The decline of mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press.
- STOLNITZ, G. (1965), «Recent mortality trends in Latin America, Asia and Africa», *Review and reinterpretation» Population Studies*, XIX, 2, 117-138.
- SUÁREZ FERNÁNDEZ, L. (1992), *Crónica de la Sección Femenina*, Madrid, Asociación Nueva Andadura.
- TAYLOR, C. E. (1990), «La sinergia entre las infecciones, las hambrunas y la pobreza masiva», en R. I. Rotberg y A. K. Rabb, *El hambre en la historia*, Madrid, Siglo XXI.
- TORRES MARTY, L.; GIL OSSORIO, F. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. (1940), «El primer semestre de la vida en el niño español», *Publicaciones al servicio de España y el niño español*.

ANEXO

Memoria sobre la labor sanitaria del año 1943 de las Divulgadoras Sanitario-Sociales presentada a Franco

- 768 Divulgadoras Sanitario Sociales rurales preparadas ese año que unidas a las de años anteriores hacen un total de 4,494.
- Visitas a niños 868,117
- Visitas a enfermos 234,854
- Visitas a viviendas 372,387
- Charlas 223,108
- Vacunas, inyecciones 547,967
- Socorro en ropa, alimentos y medicamentos 622,499
- Dinero 585,000 ptas.

(Archivo Documental Nueva Andadura, Doc. 61, anejo B)

Actividades de las Divulgadoras Sanitario-Sociales Rurales desde 1940 a 1956

— núm. de Divulgadoras en activo el 1/1/56	3,257
— Visitas de asistencia a niños	14,816,221
— Tratamientos a domicilio, curas, vacunaciones etc.	9,674,216
— Visitas a lactantes	3,174,216
— Promedio de niños cuya alimentación se vigila diariamente y a los que se socorre con dietéticos	16,667
— Canastillas entregadas	376,159
— Cartillas de la madre repartidas	1,584,000
— Cartillas de higiene repartidas	250,000
— Vacunación antidiftérica durante 1941-1943	943,410

(Archivo ob. cit. Sin fecha, carpeta 131, Doc. B-3)

RESUMEN

Este artículo explora las causas que determinaron la caída de la mortalidad infantil durante los años 1940-50 en España. La revisión de la documentación disponible y los testimonios de personas que participaron en las campañas de salud de la época confirman que la divulgación sistemática de normas de puericultura entre las mujeres llevada a cabo principalmente por la Sección Femenina de Falange, a través de su extensa red de formación de la mujer, fue uno de los factores que contribuyó de forma importante a la supervivencia de los niños.

ABSTRACT

This article explores the causes of the descent of infant mortality during 1940-50 in Spain. Through the analysis of documents and the testimony of those who participated in health campaigns during that period, it becomes evident that the systematic teaching of child care norms by the Sección Femenina de Falange, through its extensive education network for women, was an important factor in the improvement of child health.

Beatriz Echeverri, Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, es profesora asociada del departamento de Población en dicha universidad. Es autora de *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1819* publicado por el Centro de Investigaciones Sociológicas. Ha realizado investigaciones en el campo de la población, especialmente en el análisis de las causas del descenso de la mortalidad en España. En la actualidad está trabajando en un proyecto para el estudio del descenso de la mortalidad infantil y juvenil.