



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Maternidad, eugenesia y política social en los primeros años del régimen de Franco: la revista *Ser* (1942-1946)

Motherhood, eugenics and social policy in the early years of Franco's regime: the magazine *Ser*  
(1942-1946)

Autor/es

Patricia Tardío Peruga

Director/es

Ángela Cenarro Lagunas

Facultad de Filosofía y Letras

Curso 2018/2019

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>4</b>
<b>Estado de la cuestión</b> .....	<b>6</b>
<b>1. La noción de maternidad en la contemporaneidad: antecedentes desde mediados del siglo XIX</b> .....	<b>10</b>
1.1. El corpus simbólico que encierra la figura de la madre .....	10
3.1. El debate eugenésico hasta el régimen de Franco .....	20
3.2. Los mecanismos para la protección de la maternidad: entre la previsión y la asistencia social.....	31
<b>3. La revista <i>Ser</i>: orígenes y evolución de una publicación médica</b> .....	<b>39</b>
3.1. La medicina y la salud en las delegaciones falangistas. ....	42
3.2. Los médicos del franquismo en <i>Ser</i> .....	43
3.3. Las concepciones sobre la enfermedad, el hombre y la nación en <i>Ser</i> . ....	45
3.1.1. Propaganda y discurso falangista .....	45
3.1.2. Las políticas sociales del régimen: seguros y organizaciones. ....	50
3.1.3. Eugenesia, demografía y pronatalismo. ....	64
3.1.4. Cuestión de género: maternología y puericultura.....	71
<b>Conclusiones</b> .....	<b>84</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>87</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>92</b>

## Introducción

El progresivo desarrollo de la política social de los estados y el afán interventor en cuestiones que atendieran la mejora de la calidad de vida de sus poblaciones, se gestaron desde mediados del siglo XIX. En España, la influencia en torno a las cuestiones de bienestar social irrumpió ya entrado el siglo XX, con la consecución de medidas políticas de atención asistencial a los sectores de la sociedad que se consideraban más débiles. Sea este el motivo por el que el primer seguro social oficial fue el de Maternidad.

Pero, ¿qué encierra toda esta amalgama de ideas con respecto a la mejora de las poblaciones, las concepciones en torno a la maternidad y las políticas que fueron llevando a cabo las diversas corrientes ideológicas de la primera mitad del siglo XX en España? En primer lugar, la perpetuación del estatus quo en la medida de lo posible, sobre todo en cuestiones de género, aunque con variaciones ya inevitables teniendo en cuenta el horizonte europeo; en segundo lugar, el afianzamiento de determinadas ideas que sirvieran de base sustentadora para ciertos regímenes e incluso modelos sociales; en tercer lugar, el control de la sociedad en aras a alcanzar una serie de premisas que colocasen la nación al nivel que le correspondía en el contexto internacional.

El presente trabajo de fin de máster tiene como objetivo establecer un acercamiento a las políticas sociales y médico-sanitarias que se desarrollaron durante el primer franquismo, y el análisis de la concepción de la maternidad como uno de los ejes de la política de estado del régimen. La forma en que se justifica el desarrollo de esta política social puede interpretarse atendiendo al déficit poblacional, que aparece como trasfondo de la política demográfica instigada por el entramado institucional y organizativo de la dictadura de Franco. A través de FET y de las JONS, instrumento principal de propagación de los postulados ideológicos del franquismo, y las instancias que dependían directamente del Partido, la política franquista se orientó hacia la incentivación de la natalidad y la consecución de una política pronatalista, que servía como paliativo frente a los elevados índices de mortalidad infantil y maternal.

Además, el discurso de los primeros años del franquismo se impregnó de los postulados eugenésicos que estaban vigentes a nivel europeo, cuyo objeto era la vigorización de la raza y el fortalecimiento demográfico de una España nostálgica de su pasado imperial. El enaltecimiento de la figura de la madre fue fundamental que, concebida desde un plano estrictamente biológico, era la responsable de dar a luz hijos sanos y robustos para la patria. La

eugenesia en España no tuvo un carácter marcadamente racial sino que presentó matices distintos con respecto a otros países europeos, que apostaron por medidas esterilizadoras y eutanásicas para los individuos “tarados” o “degenerados”, considerados inferiores biológicamente hablando y para los que el control de la natalidad era esencial si el pretexto era la conservación de la pureza racial. Estos aspectos no se materializaron en España, a pesar de los argumentos de algunos médicos psiquiatras del contexto, sino que aquí la eugenesia se orientó hacia el incentivo de la natalidad para lograr el aumento demográfico. Resulta interesante la influencia de la Iglesia Católica a la hora de propagar un discurso contrario a las medidas anticonceptivas, al neomalthusianismo o a la práctica del aborto, que limitaban los nacimientos y que se habían disparado en los años inmediatamente anteriores a la irrupción del régimen de Franco.

En este sentido, este trabajo nace de la necesidad de analizar el vínculo de unión existente entre política y medicina, siendo la clase médica, en estrecha colaboración con el objetivo de afianzamiento del régimen, la que dirigió todo este proceso y la que, desde las esferas de la elite del falangismo, marcó las directrices en cuanto a la perpetuación de la concepción de la maternidad de base biológica como misión de la mujer en la sociedad, y el ámbito de la familia y la domesticidad como su esfera de emancipación. También fue la clase médica la que aprobó el desarrollo de las políticas sociales y de previsión y la revisión y el perfeccionamiento de los seguros sociales. Por tanto, se sitúa la medicina franquista como directriz por antonomasia de la política social y de las nociones de género, que evolucionaron con respecto al periodo republicano. La pregunta, en este sentido, es hasta qué punto estas políticas sociales del franquismo lograron cumplir el objetivo de aumentar la población y fueron efectivas en lo que a salud pública se refiere.

## Metodología

El abordaje metodológico se fundamenta en el análisis documental de fuentes secundarias y una fuente primaria que ha resultado de gran interés. Para la elaboración del “estado de la cuestión”, se procedió a establecer una aproximación a los autores en los que se ha centrado el desarrollo del presente estudio y que son referentes a nivel nacional e internacional de las cuestiones tratadas a lo largo del mismo.

El cuerpo del trabajo se divide en dos grandes bloques. El primero se centra la descripción y el rastreo de los antecedentes sobre a las nociones de maternidad desde el siglo XIX, a la vez que aparece un espacio dedicado a la concreción de todo lo relativo a eugenesia y el debate en torno a la misma que hubo antes del régimen de Franco. Al mismo tiempo, también se ha elaborado una descripción de la noción de maternidad y de género que se propagó durante los años de posguerra y el modelo eugenésico que prevaleció en España, distinto de otros modelos europeos. El último apartado de esta primera parte atiende de manera general al desarrollo de la política de previsión y la aprobación del Seguro de Maternidad, primer seguro obligatorio que luego sería integrado en el Seguro Obligatorio de Enfermedad en el primer franquismo. A pesar de la disparidad de estos asuntos, que se hayan tratado en el trabajo se debe a que forman parte de la temática que rodea la fuente primaria base del trabajo.

El segundo bloque es el análisis de la propia fuente, empezando por una descripción de los aspectos de orden estructural, seguido del rastreo de los organismos y figuras clave que aparecen en la misma, para acabar con el cuerpo del análisis dividido en cuatro temáticas distintas. Cada temática ha tratado de analizarse siguiendo un orden cronológico que permita observar la posible evolución existente en el discurso que utiliza la fuente, incidiendo en el análisis y tratamiento de algunos datos cuantitativos que respalden las tesis expuestas sobre cada temática.

Para la sostener estas ideas, la fuente que se ha revisado y analizado es la revista de medicina social *Ser*, publicada entre 1942 y 1957 por la Delegación Nacional de Sanidad de FET y de las JONS, en el contexto del primer franquismo. La fuente se encuentra en el depósito de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, y debido a la ingente cantidad de volúmenes se optó por analizar los pertenecientes a la inmediata posguerra –entre 1942 y 1946-. El proceso siguió la lectura de todos los artículos relacionados con los temas de interés del trabajo: maternidad, política social y asistencia sanitaria, y eugenesia, política

demográfica y pronatalismo. Los artículos seleccionados para su presentación en la parte del análisis de *Ser* sirven para sostener los objetivos estructurales y metodológicos del trabajo. La revista es, sorprendentemente, una potencial fuente de información, por lo que la cantidad de artículos que podían utilizarse desbordaba los límites de este trabajo. En este sentido, se ha procedido a la elaboración de una primera aproximación que aborde las diversas temáticas que aparecen en *Ser* de manera genérica, dejando abierta la posibilidad de llevar a cabo un estudio más pormenorizado y en profundidad para futuras investigaciones.

Los criterios de selección de los artículos analizados fueron:

- Temática relativa al discurso, propaganda e ideología falangista, a la maternidad, la eugenesia y la política social y de previsión.
- Presencia de gráficos, diagramas o tablas de datos que respalden las posibles tesis.
- Artículos con autores que permitan llevar a cabo un rastreo de sus trayectorias profesionales y establecer conexiones con Falange y la Delegación de Sanidad.

Aparte de la revisión y el manejo de la fuente primaria, para la elaboración del primer bloque se procedió a la lectura del listado de fuentes secundarias que aparece en la bibliografía. La mayoría de ellas proceden de tres ámbitos disciplinarios, la Historia de Género, la Historia de la Medicina y la Historia del Franquismo, como se ha especificado unos párrafos más arriba. La naturaleza de las mismas es de carácter socio-político y médico-científico, permitiendo concretar de manera descriptiva las concepciones en torno a la materia tratada que existieron hasta el régimen de Franco y, a grandes rasgos, el modelo que se propagó durante el mismo.

## Estado de la cuestión

Desde una panorámica general, dado que podría extenderse mucho más este apartado, los ámbitos disciplinares que ha abordado el presente trabajo de investigación son la Historia del Franquismo, la Historia de las Mujeres y la Historia de la Medicina. De manera pormenorizada, las tesis que se han ido tratando a lo largo del trabajo y que atañen a la maternidad y la evolución de esta noción desde las concepciones de la segunda mitad del XIX, han sido abordadas por múltiples figuras del ámbito de la Historia de Género a nivel internacional y nacional.

La historiografía de género que se centró en estos postulados se desarrolló, sobre todo, a partir de los años noventa del pasado siglo. La cuestión de la maternidad y las políticas de género y familiares fueron tratadas por autoras de los cauces de la historia del feminismo y la historia cultural y social, como Gisela Bock y Path Thane, en una obra recopilatoria que sirve de referencia para este trabajo y que incluye diversos artículos relativos a la maternidad y las políticas de género. Aparecen los nombres de otras historiadoras que publicaron estudios en este sentido centrados en diversos países europeos. Es el caso de Ida Blom o Hilde Ibsen para Noruega, Jane Lewis para Gran Bretaña, o los ejemplos de Anne Cova o Karen Offen para Francia. Para el caso de España destacan las aportaciones de Mary Nash, una de las historiadoras de referencia en torno a estos supuestos y cuyas teorías han sido clave en la consecución de este trabajo, tanto para las cuestiones de maternidad como en torno al debate eugenésico anterior al franquismo.

A partir de entonces aparecieron una multitud de estudios que trataron la cuestión de la maternidad desde diferentes perspectivas –social, política, cultural y simbólica e incluso médica-. Para el caso de España, aparecieron, ya entrado el siglo XXI, varias autoras de referencia que se incluirían en los presupuestos de la historia social y de género. El desarrollo más relevante de estos estudios se vivió en la primera década del presente siglo. Aparte de las aportaciones de Mary Nash, Nerea Aresti sería otra autora de referencia en estos supuestos. Sus estudios en torno al tema de las mentalidades y la forma en que los discursos articulan la experiencia de los sujetos en la Historia son su ámbito de interés principal, aunque en este caso el análisis que estableció sobre la figura decimonónica del “ángel del hogar” fue fundamental para esclarecer algunos errores conceptuales a través de la comparativa con otros países europeos, concretamente Inglaterra.

Mónica Bolufer es otra autora destacada que analizó las concepciones en torno al ideal de feminidad desde la época de la Ilustración, atendiendo la noción de domesticidad como origen de la figura del ángel del hogar y de las teorías que avalaban reclusión de la mujer en el ámbito del hogar y la figura de la madre social, educadora de los hijos de la nación. Estas nociones serán importantes durante el franquismo, que supuso una vuelta a atrás respecto a las conquistas civiles pertrechadas en el periodo anterior a la guerra civil.

Las máximas exponentes en el ámbito nacional y en cuanto al tratamiento de la cuestión de género antes y durante el franquismo son Inmaculada Blasco y Ángela Cenarro. Fundamentales son sus estudios sobre el Seguro Obligatorio de Maternidad y las interpretaciones en torno al mismo, así como sobre Auxilio Social o Sección Femenina y el desarrollo de los organismos asistenciales y la política social en la guerra civil y después de la misma. Irene Murillo es otra historiadora que ha hablado de estas cuestiones en los últimos años, al igual que las aportaciones de Carme Molinero, que en suma forman un potente corpus historiográfico nacional de gran personalidad.

Isabel Jiménez Lucena es otra autora de referencia por sus estudios sobre Sección Femenina. Otras autoras interesantes del ámbito internacional que también trataron todo lo relacionado con Sección Femenina y su desarrollo desde una perspectiva asistencial son Kathleen Richmond e Inbal Ofer. También destacan las aportaciones de Gloria Nielfa o de la propia Giuliana di Febo y sus estudios sobre la situación de hombres y mujeres durante el franquismo.

Por otro lado, en relación con el ámbito disciplinario de la medicina y la ciencia o pseudociencia de la eugenesia, algunas de las tesis en torno a estos temas aparecieron en los años noventa del pasado siglo. A tenor de la evolución de las corrientes historiográficas hacia aspectos que aparentemente podrían formar parte de los márgenes de la interpretación histórica ortodoxa, algunos autores empezaron a focalizar sus estudios en el tratamiento de teorías relacionadas con el control de las sociedades desde perspectivas científico-médicas y de orden racial.

De nuevo aparece el nombre de Mary Nash como una de las pioneras en hablar de la eugenesia española anterior al franquismo a principios de los noventa del pasado siglo. Su tesis se centra en los movimientos libertarios de los años veinte y treinta y en el análisis de los intentos de reforma sexual que conllevaron la difusión de medidas anticonceptivas, así como en la influencia del neomalthusianismo y el llamado *birth control*. Nash también sostuvo que



la eugenesia en España no conllevó políticas de esterilización sino intervenciones de carácter social como fueron las campañas por la maternidad. Y eso queda patente a lo largo de este trabajo.

De la misma época es la obra recopilatoria de Rafael Huertas y Carmen Ortiz recoge algunos estudios sobre la difusión de la eugenesia y la expansión de las ideas científicas y médicas en España, dedicando algunas páginas al contexto de antes del franquismo y durante el régimen. Se recogen varios artículos de Raquel Álvarez Peláez, que habló de la eugenesia y el fascismo en la España de los años treinta, y de la ya mencionada Isabel Lucena, quien trató el tema de la medicina social, el racismo y el discurso de la desigualdad en el primer franquismo. E. Arquiola y J. Pérez Martínez son editores de otra obra de los años noventa en la que se habla precisamente de la propagación de estas ideas por España. En ella también se recoge un capítulo escrito por Raquel Álvarez Peláez que sirve como referencia para la materia. Esteban Rodríguez Ocaña, por su parte, sirve como ejemplo de autor en cuyo discurso aparece el tratamiento de los avances de la medicina y la relación de ello con la acción social antes del franquismo.

Durante la primera década del siglo XXI aparecieron otras obras que también han formado parte del presente estudio. Marie-Aline Barrachina posee algunos escritos en torno a la relación entre el discurso médico y los modelos de género. Uno de sus estudios aparece publicado en la obra conjunta editada por la ya mencionada Gloria Nielfa, en la que se aborda la cuestión de género en la España franquista desde su perspectiva social, económica, política y cultural. En la misma línea de interpretación del discurso médico durante el franquismo se sitúan algunos estudios de Irene Palacio Lis, muy útiles para este trabajo.

Otro autor que han hablado partiendo de los presupuestos que vienen citándose es Francisco Vázquez García y sus estudios sobre eugenesia y el origen del racismo, en los que inserta conceptos relacionados con la biopolítica y la justificación de la intervención estatal en los procesos biológicos del ser humano. Estas tesis fueron expuestas décadas antes por el filósofo e historiador de las ideas Michel Foucault, cuyo desarrollo no se ajusta con los objetivos del presente trabajo, aunque cabe mencionarlo. Otro ejemplo es Antonio Polo Blanco y sus trabajos sobre el gobierno de las poblaciones durante el primer franquismo, en la que sostiene ese trasfondo biopolítico y eugenésico en la consecución de las políticas sociales, sanitario-asistenciales y de repoblación del régimen de Franco. También destaca la *Revista de Demografía histórica*, en la que aparecen algunos estudios relacionados con la política de repoblación que se puso en marcha en el primer franquismo, cuyo objetivo era solventar la mermada población española por la guerra, sus consecuencias y las enfermedades venéreas del

momento. Un ejemplo es el artículo de Josep Bernabeu u-Mestre, en el que se habla de demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, teniendo en cuenta la labor de las enfermeras de organismos sociales propiamente franquistas, como Sección Femenina o Auxilio Social, o el enaltecimiento de la figura de la madre, temática abordada por las autoras de los párrafos anteriores.

Algunos de los estudios más recientes sobre estos temas son los siguientes. Uno de los autores de estos estudios es Ricardo Campos, quien habló de la influencia de la Iglesia Católica en los debates en torno a las medidas eugenésicas del contexto de la guerra civil y el primer franquismo, sosteniendo la tesis de que dicha influencia produjo la reorientación de los programas eugenésicos de esterilización y de control de la natalidad en pro de las políticas de incentivación de los nacimientos. Muy relacionado con las tesis defendidas por autores como Polo Blanco o Vázquez García están los estudios de Salvador Cayuela, quien trata el tema de la biopolítica en la España de Franco, en relación con la idea de “regeneración de la patria” a través de la intervención de la política estatal para la mejora de la población y de la raza, lo que formaba parte de los objetivos de la Dictadura.

Por su parte, algunos estudios de Richard Cleminson resultan interesantes por la comparativa entre las medidas eugenésicas que trataron de ponerse en marcha en España y Portugal entre los años treinta y cincuenta del siglo XX. También es destacable la recién publicada tesis de Helena Andrés en torno a la eugenesia, la emancipación femenina y la concepción de la maternidad consciente y voluntaria en el anarquismo español, también ha resultado un aporte interesante para este campo de investigación. Otro autor interesante con trabajos publicados en el último año es Enrique Perdiguero Gil, que desde el área de Historia de la Ciencia ha centrado sus trabajos en la atención a las cuestiones relacionadas con salud pública y las reformas higiénicas. Muchos de los títulos de los autores del campo disciplinar de la Historia de la Medicina aparecen publicados en la revista *Dynamis*, que acoge publicaciones muy en la línea de los intereses de este proyecto.

# 1. La noción de maternidad en la contemporaneidad: antecedentes desde mediados del siglo XIX

## 1.1. El corpus simbólico que encierra la figura de la madre

Las nociones en torno a la cuestión de la maternidad que difundió tan potentemente el discurso franquista de los primeros años de irrupción y asentamiento del régimen, encuentran su origen en un conjunto de ideas que se propagaron durante las últimas décadas del siglo XIX. Todo lo relacionado con la domesticidad en la España decimonónica llevaba aparejado un corpus de concepciones tradicionales, espirituales y religiosas y valores propios de la clase burguesa. La publicación en 1859 del manual preceptivo *El ángel del hogar*, de la zaragozana ultracatólica y conservadora María Pilar Sinués, formó parte del afianzamiento de las bases que iban a legitimar el modelo de género de la diferencia sexual binaria entre el hombre y la mujer<sup>1</sup>. Este modelo se asentaba sobre los valores cristianos de sumisión, abnegación y resignación para construir el ideal de feminidad, en este caso burguesa, y extrapolarlo al resto de la sociedad.

De esta manera se definió a la mujer en contraposición al hombre, imponiendo un modelo de feminidad y un ideal de domesticidad que ya antes de la primera mitad del siglo XIX había pasado a formar parte del discurso secularizado y socialmente dominante del contexto<sup>2</sup>. Cuando irrumpieron en España las corrientes del materialismo científico y el positivismo serán herederas de este discurso, aunque lo reinterpretarán desde una concepción más biologista apelando a la exclusiva función reproductiva de la mujer.

Antes de atender estas últimas ideas es necesario apuntar algunas otras en torno a al concepto de “ángel del hogar” como figura definitoria del modelo decimonónico de mujer ideal. En primer lugar no fue una concepción específicamente española sino que formó parte de un fenómeno que se propagó por muchos países del occidente europeo con la llegada progresiva de la modernidad<sup>3</sup>, como había ocurrido en el mundo anglosajón. Lo que sí fue particularmente español fue el propio tránsito hacia la modernidad, que sí presentó variaciones en los diversos países que experimentaron este proceso. El ideal del “ángel del hogar” se insertaba en un constructo en torno a las nociones de género en el que todavía permeaban adalides del discurso

---

<sup>1</sup> ROMERO TOBAR, L., “María Pilar Sinués, de la provincia a la capital del reino”, en *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, nº 767, 2014.

<sup>2</sup> ARESTI ESTEBAN, Nerea, “El Ángel del Hogar y sus demonios. Ciencia, religión y género en la España del siglo XIX”, nº 21, 2000, pps. 363-364.

<sup>3</sup> JAGOE, Catherine, BLANCO, Alda y ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, Cristina, *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*, Barcelona, Icaria, 1998.

misógino de la época de la Ilustración en torno a la inferioridad moral, física y de capacidades del sexo femenino<sup>4</sup>. El “ángel del hogar” fue el modelo por antonomasia del liberalismo burgués, pero no supuso hacer tabula rasa con respecto a los modelos anteriores. Además, esta reinterpretación de la idea de domesticidad como ámbito de emancipación femenina, “dulcificó” de alguna manera esa concepción de inferioridad mediante la fórmula de separación en dos esferas de los lugares que a cada sexo le correspondían en la sociedad<sup>5</sup>.

Junto a estos aspectos, los rasgos de ese “retrato angelical” diferían en los diversos contextos europeos en los que se difundieron. En Inglaterra este modelo irrumpió en un contexto de pujanza de unas clases medias herederas de valores burgueses y cuya pretensión era asentar las bases de creación de una nueva sociedad, incluido todo lo relacionado con los sexos y la familia<sup>6</sup>. El modelo que se desarrolló en la España de mitad del siglo XIX era heredero de tradiciones y corrientes ideológicas distintas a las anglosajonas. Como se ha mencionado líneas más arriba, la propagación de este modelo se hizo desde los parámetros discursivos del catolicismo tradicional, de la mano de figuras como Sinués de Marco o Severo Catalina<sup>7</sup>. En el caso de Severo, apuntaba que la razón de la mujer era similar a la del varón, aunque la diferencia estribaba en la discreción como la virtud femenina por antonomasia.

En el caso de Sinués de Marco, la obra mencionada al principio de estas páginas no debe interpretarse como la que fijó el canon de domesticidad femenino, sino que fue un canal más de exaltación del sentimiento católico frente a la progresiva difusión de la modernidad, que amenazaba la perpetuación del status quo<sup>8</sup>. En la obra de Sinués, el ideal de domesticidad nacional aparece repleto de connotaciones de orden religioso, moral y de enaltecimiento de los valores patrios, frente a la representación de los ideales de otros países –como Estados Unidos o Inglaterra-, representantes de valores liberales como el individualismo o asociados al protestantismo, en sumo contraste con el canon que se difundió en España<sup>9</sup>.

Además, Sinués de Marco también habla de la educación de la mujer en sentido religioso para alcanzar ese ideal de feminidad. Establece que, al calor del hogar, una mujer puede tener una buena o una mala actitud, y que esa mala actitud podía enmendarse a través de

---

<sup>4</sup> BOLUFER, Mónica, *Mujeres e Ilustración. La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII*, Institució Alfons el Magnànim, Valencia, 1998.

<sup>5</sup> JAGOE, Catherine, BLANCO, Alda y ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, Cristina, *Op. Cit.*, p. 14.

<sup>6</sup> ARESTI ESTEBAN, Nerea, *Op. Cit.*, pps. 367-368.

<sup>7</sup> *Idem.*

<sup>8</sup> *Idem*, p. 368.

<sup>9</sup> *Idem.*

la inculcación de los conceptos tradicionales de fe, libre albedrío o pecado<sup>10</sup>. Sin embargo, Aresti argumenta que la difusión de estos ideales no fue tan significativa como para posicionarse como eje central de la noción de separación de las dos esferas, tan presente desde finales del siglo XIX, y que en cuanto al ideal de “ángel del hogar”, en tanto que heredero de los cánones de épocas pasadas como los expuestos por Fray Luis de León en su obra *La perfecta casada*, revestido de connotaciones religiosas, hasta qué punto podría considerarse como el ideal burgués y liberal oficial si revestía valores de moralidad católica adversos a los difundidos por la modernidad. Por tanto, ahí subyace el problema entre los discursos liberal y religioso españoles y la articulación de las cuestiones de género en ambos<sup>11</sup>, que parecen contradecirse.

En los países católicos la relación entre Iglesia y las incipientes clases burguesas fue distinta de la que se gestó en los países protestantes, en los que religión y modernidad acabaron coincidiendo en sus discursos a grandes rasgos, e incluso la religión se convertirá en un canal de emancipación femenina como medio para reclamar la autoridad moral derivada de su relación con el mundo espiritual<sup>12</sup>. En el caso de las naciones católicas, la clase burguesa nunca tuvo el peso de otros países del occidente europeo, además de la actitud beligerante que el catolicismo mantuvo durante todo el siglo XIX con respecto a los principios del liberalismo. La burguesía aunaba algunos elementos progresistas que mantuvieron un antagonismo constante con el conservadurismo católico, aunque un pequeño sector de la misma todavía apoyaba los postulados del Antiguo Régimen. Esta hostilidad repercutió en los valores de género.

“Una idea fundamental pobló las mentes de los teóricos progresistas y sirvió de punto de partida en todas las polémicas sobre estas cuestiones. En su opinión, tanto en el campo social, como político e incluso epistemológico, de un lado se situaban el progreso, la ciencia, la educación, el materialismo más o menos radical, las nuevas clases sociales, la razón, el futuro, y también la masculinidad. Del otro, la religión, el espíritu, la tradición, la ignorancia, la oscuridad, el pasado y las mujeres”<sup>13</sup>.

De esta manera quedó fijada la división del mundo en dos esferas antagónicas e irreconciliables, formando un potente corpus de ideas que caló hondamente durante la segunda mitad del siglo XIX y que perduró hasta bien entrado el XX.

---

<sup>10</sup> *Idem*, p. 369.

<sup>11</sup> *Idem*, pps. 369-370.

<sup>12</sup> *Idem*, pps. 370-371. Estas teorías aparecen en WIESNER, Merry, “Luther and Women: The Death of Two Marys”, en OBELKERICH, Jim (ed.), *Disciplines of Faith, Studies in Religion, Politics and Patriarchy*, Londres, Nueva York, Routledge, 1987, p. 305.

<sup>13</sup> *Idem*, p. 371.

Frente a estas nociones, en el siglo XIX sí aparecieron algunas corrientes de pensamiento que trataron de aunar ese antagonismo entre la religión católica y el liberalismo español. Un ejemplo fue la labor emprendida por el krausismo. En España, esta corriente era defensora del racionalismo filosófico y cristiano, es decir, de la libertad religiosa, en el plano espiritual, y del liberalismo reformista en el plano político<sup>14</sup>. La educación y la ciencia eran sus adalides del progreso y de la reforma social. En cuanto al tema de la educación, el krausismo español gozó de voluntad favorable a la mejora de las condiciones de las mujeres y defendió la educación femenina. La labor a fines del siglo XIX de figuras del krausismo como el político liberal y republicano Rafael María de Labra, Fernando de Castro y Julián Sanz del Río – principal artífice de la introducción del krausismo en España- a través de la Institución Libre de Enseñanza- fue de extraordinaria relevancia en cuanto a estos supuestos<sup>15</sup>.

El compromiso de esta corriente con la cuestión de género era con la humanidad y su concepción de la mejora de la sociedad hacia una mejor. Aunque sí hubo detractores, la capacidad emancipadora de la educación era defendida por los krausistas. Su concepción sobre estos supuestos llevaba aparejada la idea de la unidad de la especie humana a través del alma, compartida por hombres y mujeres. Esto implicaba mejorar las capacidades de la mujer por medio del cultivo de sus facultades racionales, porque se defendía la posibilidad de una cultura general humana integrada y no dividida y diferente para cada sexo<sup>16</sup>. Esta defensa de la educación iba a tenor del principio de la razón contrario al fanatismo religioso y la ignorancia.

Además, la unión de religión y ciencia –como instrumento de acercamiento a Dios- era imprescindible para el krausismo, y en este sentido, como la mujer representaba los valores de la moral religiosa y la espiritualidad, debía también, por derecho propio, acceder a los conocimientos científicos por su carácter religioso. A pesar de estos avances, la desigualdad entre hombres y mujeres todavía estaba presente en las propuestas de la época por el propio contexto. Sin embargo, no cabe duda de que el krausismo, aun teniendo en cuenta sus limitaciones, formó parte de ese corpus de corrientes de índole pedagógico encaminadas a lograr el acceso de las mujeres a la educación en la España del siglo XIX<sup>17</sup>.

A finales de la centuria decimonónica irrumpió otra corriente que iba a socavar todas estas nociones que el krausismo, de alguna manera, había logrado difundir aunque fuese

---

<sup>14</sup> *Idem*, pps. 371-372.

<sup>15</sup> *Idem*, p. 372. También consultado en POSADA, Adolfo, *Breve historia del Krausismo español*, Oviedo, Universidad de Oviedo, 1981, p. 43.

<sup>16</sup> *Idem*, p. 374.

<sup>17</sup> *Idem*, pps. 375-376.

limitadamente. Fracasado el Sexenio Revolucionario, el Ateneo de Madrid acogió unas jornadas de reflexión que iban a marcar el devenir del pensamiento español y a partir de entonces irradiaría una mentalidad positiva que iba a convertirse en incuestionable y en fuente de legitimación ideológica entre los sectores del liberalismo<sup>18</sup>. El positivismo, más allá de lo que pudiera parecer, iba muy en la línea del progresismo e incluso del socialismo, al poner por encima de toda moral religiosa el valor irrefutable de la ciencia y la razón.

Uno de los representantes del llamado “positivismo crítico” de finales del siglo XIX, Manuel de la Revilla, hablaba de las carencias del reformismo social corrientes como el krausismo por ser desconocedores de la verdadera naturaleza humana y por defender la igualdad del género humano. Con este pensamiento se declaraba contrario a la igualdad social defendida por dichas corrientes, y hablaba de la necesidad de imponer la “razón fría y serena”, y de enfatizar las diferencias entre los seres humanos aplicando las leyes naturales al análisis social<sup>19</sup>. Sobre esta base operó el asentamiento de una nueva noción de género de corte biologista, produciendo cambios fundamentales en la concepción de los seres humanos, sus capacidades, sus derechos y su lugar en el mundo.

Estas nuevas teorías impusieron las leyes de la naturaleza y la biología como canales fundamentales de legitimación de la función reproductiva de las mujeres, y calaron muy significativamente entre la clase médica más joven y en muchos intelectuales del momento<sup>20</sup>.

La equiparación de ciencia y sociedad, utilizando la ciencia también para dar explicación de los fenómenos sociales, causó tal impacto que convirtió en jueces de la verdad (científica y social) a biólogos y expertos en ciencias naturales. Incluso devino de estos sectores la reconfiguración del discurso en torno a las capacidades femeninas y la inferioridad de las mismas con respecto a las del hombre, hablando en términos de intelectualidad<sup>21</sup>.

En este sentido, irrumpieron las teorías científicas que respaldaban estas ideas, como la del psiquiatra alemán Paul Julius Moebius y su obra *La inferioridad mental de la mujer*. Aresti expone que la teoría de Moebius aparece planteada con tal potencia en el discurso que parece de pura lógica cualquier argumento que legitime la inferioridad de la mujer. Por tanto, resulta curioso cómo desde sectores progresistas esas ideas positivistas difícilmente pudieron

---

<sup>18</sup> *Idem*, p. 376. Aparece en NÚÑEZ, Diego, *La mentalidad positiva en España*, Madrid, Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, 1975, p. 17.

<sup>19</sup> *Idem*, p. 378.

<sup>20</sup> *Idem*.

<sup>21</sup> *Idem*, p. 380.

refutarse e incluso se insertaron en sus discursos, producto de los prejuicios sexistas que asolaban las corrientes liberales del contexto<sup>22</sup>. En este momento el feminismo había crecido progresivamente desde las últimas décadas del XIX, por lo que la irrupción de teorías que socavaban las tímidas reformas sociales en cuestiones de género supusieron un grave obstáculo para la consecución de las reivindicaciones feministas. Esta es la razón de la radicalización del feminismo durante la primera década del siglo XX.

Ante un panorama de misoginia creciente entre la ciencia y los sectores progresistas y liberales de principios del siglo XX, la religión experimentó un proceso de “feminización” en el que tuvo una importante presencia la cuestión de la feminidad. Las mujeres encontraron ventajas discursivas en el pensamiento religioso frente a los excesos del determinismo biológico del momento, como fue el caso de la defensa de ciertas convicciones como la asexuación de la inteligencia y el espíritu, comunes en hombre y mujeres, la dotación de alma de todos los seres humanos o la barrera infranqueable entre los seres humanos y el resto de seres vivo, dotados de razón<sup>23</sup>.

En este sentido, las mujeres, aprovechando estos cauces emancipadores, legitimaban con ellos sus demandas políticas, incluso algunos grupos feministas españoles ponían la lógica maternalista por encima de argumentos que defendían el individualismo de la mujer o su reconocimiento como sujeto activo política y socialmente. Hablaban de que los valores maternales hacían a las mujeres más aptas para cuidar del bienestar moral y social de la comunidad al estar menos corrompidas por el poder político. Es el llamado “feminismo maternal”, que reclamaba la puesta en marcha de una política social de protección a la maternidad y defendía los derechos de las madres, como máximas responsables de la vida doméstica. Sin embargo, estas cuestiones serían el inicio de otro debate que por su extensión e importancia deben mencionarse brevemente, porque se sitúan al margen de los intereses del presente trabajo.

Por tanto, la irrupción de la concepción de género en sentido biológico desde los parámetros del positivismo científico derivó en una serie de interpretaciones que acabaron enaltecendo la figura de la madre, por considerarse la maternidad la razón de ser de la mujer. Una concepción que habría de perdurar durante toda la primera mitad del siglo XX y que el franquismo heredó, aunque con algunas matizaciones que se tratarán más adelante.

---

<sup>22</sup> *Idem.*

<sup>23</sup> *Idem*, p. 392-393.



El discurso que se impuso en torno a la maternidad decía así: “Frente a la razón, la cultura, la agresividad y el individualismo evocados como epicentro de la masculinidad, a las mujeres, el instinto maternal coronaba sus atributos en términos de una naturaleza distinta”<sup>24</sup>. Las nuevas concepciones que fueron desplazando el ideal simbólico del “ángel del hogar” desde finales del siglo XIX y principios del XX para evolucionar hacia el de “mujer moderna”, instruida, adaptada a los nuevos entornos sociopolíticos, no lograron socavar la centralidad de la maternidad como identidad personal y cultural de la mujer. Las intervenciones desde el mundo de la medicina, como se ha mencionado, elevaron la maternidad a la categoría de función social de la mujer-madre.

En la primera mitad del siglo XX el referente para una comprensión moderna de la diferencia sexual en España fue el doctor Gregorio Marañón, quien avaló una vez más la teoría de la complementariedad de los sexos con base científica. “Consideraba la maternidad y la perpetuación de la especie como la “suprema misión” de la mujer. Desde esta argumentación, cualquier otra actividad femenina quedaba subordinada al cometido obligatorio de la maternidad”<sup>25</sup>.

Este endocrinólogo de la primera mitad del siglo XX escribió algunos estudios mostrando su contrariedad a los métodos anticonceptivos artificiales y a la educación sexual en la infancia. Sus tres ensayos sobre la vida sexual, publicados en 1926, fueron: *Sexo, trabajo y deporte*, *Maternidad y feminismo* y *Educación sexual y diferenciación sexual*<sup>26</sup>. Marañón defendió la diferenciación sexual desde el plano de la posesión de caracteres sexuales primarios y secundarios diferentes, que hacen del hombre un ser social propenso para el trabajo y de la mujer una madre. Marañón expone:

“[la mujer] no sólo no tiene tiempo, si es como debe ser, teóricamente, fecunda y múltipara, durante los años mejores de su vida, para otra cosa importante que para gestar y criar hijos; sino que, además, su organismo no tiene, en condiciones habituales, aptitud para la lucha con el medio, que podemos llamar para entendernos brevemente “actuación social”<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> FRANCO RUBIO, Gloria A. (ed.), *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*, en Mary Nash, “Maternidades y construcción identitaria: debates del siglo XX”, Icaria Editorial, Barcelona, 2010, p.25.

<sup>25</sup> *Idem*, pp.28-29.

<sup>26</sup> JUDERÍAS, Alfredo, *Gregorio Marañón. Obras completas*, vol. VIII, Espasa Calpe, Madrid, 1972, pps. 247-364.

<sup>27</sup> MARAÑÓN, Gregorio, “Maternidad y actuación social como caracteres sexuales opuestos”, en *Sexo, trabajo y deporte*, pps. 24-30, en JUDERÍAS, Alfredo, *Op. Cit.* p. 321.

No es casualidad que estos escritos se reeditaran durante el final de la década de los años cincuenta y principio de los sesenta del franquismo, dada la concepción de género del franquismo.

Todas estas interpretaciones derivadas del mundo de la medicina poseen como trasfondo la apropiación por parte del discurso médico de los valores de la puericultura, los conocimientos maternos o la obstetricia, que hasta entonces habían estado en manos, principalmente, de profesionales sanitarias como las matronas<sup>28</sup>.

Por tanto, bajo este panorama se inserta la noción de la maternidad como “deber social femenino”, que implicaba la educación de las futuras generaciones al calor de los valores propugnados por el Liberalismo. Esta concepción comenzó a ser también legitimada desde el ámbito de la medicina a tenor de las elevadas tasas de mortalidad infantil. La riqueza y el progreso de las naciones partían de su potencial humano, y ante el alarmante desplome de las tasas de natalidad experimentado desde la segunda mitad del siglo XIX se vio necesaria la estimulación de la procreación para frenar ese elevado índice de mortalidad infantil. Otras medidas fueron las mejoras higiénico-sanitarias y nutricionales o de las condiciones de vida de la clase obrera. Esta sería también una característica de la política de medicina social que se diseñaría durante el primer franquismo.

Como contrapunto, se exhortaba a las mujeres a retirarse de otras actividades y espacios y “se cargaba sobre sus hombros una tremenda carga moral, que derivaba en severa culpa si fallaban en esa tarea. A los defectos en la educación de las futuras madres y a los errores y “desórdenes” en la conducta de éstas durante el embarazo y crianza se atribuían gran parte de las deformidades físicas y desarreglos morales de la población. “Poder y dignidad, de una parte, culpa y daño irreparable, por otra, son haz y envés del retrato de la madre como responsable suprema de la formación de sus hijos”<sup>29</sup>.

Era un hecho la existencia de algunas voces transgresoras que intentaron cuestionar estos planteamientos deterministas para la vida de las mujeres, aunque sus discursos no fueron significativos en un contexto con un ideal de maternidad tan arraigado como el de la primera mitad del siglo XX. Algunos grupos de comadronas, durante los primeros años de la centuria y a través de plataformas como *La mujer y la higiene*, lanzaron premisas como la siguiente:

---

<sup>28</sup> FRANCO RUBIO, Gloria (ed.), *Op. Cit*, pps. 28-29.

<sup>29</sup> *Idem*, pp.231-232.

“Está en nosotros incrustada una idea fatal para la redención de la mujer. La voz latina femenina que significa femenina (hembra), nos da una idea exclusivista de que ese hermoso ser está únicamente destinado a concebir y propagar la especie humana; como si la mujer, como el hombre, no fuera un ser moral, intelectual, social sobre el cual la civilización va reconociéndola sus derechos que, tarde o temprano, habrán de consignarse en los códigos para igualarla al hombre”<sup>30</sup>.

Entre los años veinte y treinta, destaca el caso de la reformadora sexual Hildegart Rodríguez, la “virgen roja”. Su madre la había traído al mundo con la misión de ocuparse de la condición de la mujer. Desde muy joven participó en el ámbito de UGT y del PSOE, para luego acercarse al republicanismo democrático federal de los años veinte y treinta. Defendió la sexualidad libre, una concepción muy moderna para el contexto, y denunció la doctrina católica que establecía la pecaminosidad de la práctica sexual si no era exclusivamente para responder a fines reproductivos. En este sentido también promovió el control de la natalidad como otro motor de emancipación femenina. Hildegart disociaba la sexualidad de la procreación, convirtiendo la maternidad en elección libre y opción voluntaria de las mujeres. Era lo que llamaba “maternidad consciente”, una tímida fisura para el discurso patriarcal dominante.

En este sentido, sorprenden las teorías y los discursos de otras mujeres avanzadas a su tiempo. Hablamos de las propuestas para la reforma sexual por parte de sectores del anarquismo. Otra voz transgresora de las filas del anarquismo fue Lucía Sánchez Saornil, futura cofundadora de la organización Mujeres Libres, que a la altura de 1935 decía así:

“Por la teoría de la diferenciación una mujer no es más que una matriz tiránica que ejerce influencias oscuras en los pliegues sumisos de su cerebro; toda la vida psíquica de una mujer es subordinada a un proceso biológico, y el proceso biológico no es más del embarazo [...]. “Parir, nacer, dar a luz y morir”. Aquí están los horizontes de todas las mujeres”<sup>31</sup>.

La maternidad nunca debía anular a la mujer como individuo, y la capacidad de las mujeres debía plantearse más allá de los parámetros de su capacidad reproductiva. El anarquismo acogió algunas de las nociones, a ojos del presente, más avanzadas de la época. Muchas voces se alzaron con estas premisas a tenor de la lucha de las mujeres y su participación

---

<sup>30</sup> FRANCO RUBIO, Gloria A., (ed.), *Op. Cit.*, p.34. Véase en en LÓPEZ, Guillermo, “Las comadronas de antaño y las de ogaño”, *La mujer y la higiene*, 9 (1 de marzo de 1906).

<sup>31</sup> *Idem*, p.36; aparece en Lucía Sánchez Saornil, “La cuestión femenina en nuestros medios”, *Solidaridad Obrera* (15 octubre 1935).

activa durante la guerra civil. “Por eso lucho: para que mis hijos tengan lo que yo no pude tener, Cultura y Libertad”<sup>32</sup>.

Sin atender exclusivamente al concepto de “maternidad”, algunos ramales del anarquismo, ya que siempre hubo para quienes, bajo concepciones libertarias, todo lo relacionado con la cuestión de género era inalterable, defendieron abiertamente el desbordamiento de la mujer de la exclusividad del hogar y del ámbito doméstico, hacia el ámbito público del trabajo. Solo esa emancipación económica, circunstancia propiciada por el impulso bélico de la guerra civil, conllevaría la verdadera emancipación de la mujer en todos los sentidos. No solo como madre, sino como sujeto reconocido en la sociedad capaz de participar de manera activa en el conjunto de la colectividad. Esto es simplemente el esbozo de una idea del porvenir de las mujeres en lo público, ya que abordar esta cuestión sobrepasa el objetivo del presente ensayo.

Los anarquistas españoles, en base a su propia ideología, habían ido construyendo la defensa del amor libre. Solo este camino conducía a la emancipación de las mujeres, superando el culto místico a la maternidad que había imperado durante tanto tiempo. Sus concepciones ponen énfasis en la abolición de la propiedad en todos los sentidos, incluido el sexual, que implicaría el desarrollo del libre albedrío amoroso como símbolo de igualdad entre los sexos. Una propiedad asociada a la idea de que la relegación de la mujer a la domesticidad la reprime y la convierte en ítem del varón, como una parte más del todo que forma el espectro de la familia. Una vez superada la propiedad se instauraría un régimen comunista libertario basado en el amor libre y el respeto al prójimo, máximos garantes de la libertad y la igualdad. Esta era la noción de revolución de los anarquistas de principios del siglo XX. “La verdadera libertad significaba la expresión y el desarrollo plenos de todas las capacidades humanas, incluyendo la sexual. [...] Los ideales predominantes de castidad, monogamia y fidelidad reflejaban un legado de la represión cristiana y serían reemplazados [...] por el amor libre y las estructuras familiares igualitarias”<sup>33</sup>. Por tanto, la emancipación sexual, que implicaba la no represión del impulso sexual fundamentado sobre la base del respeto a los demás, era también parte indispensable de la emancipación social.

---

<sup>32</sup> *Mujeres Libres*, nº 13, octubre de 1938. Aparece en ANDRÉS GRANEL, Helena, “Queremos escribir de nuevo la palabra mujer: Mujeres Libres y la construcción de una nueva identidad femenina”, en MILLÁN MUÑO, María Ángeles, y PEÑA ARDID, Carmen (ed.), *Las mujeres y los espacios fronterizos*, Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza, 2007, p.177.

<sup>33</sup> MILLÁN MUÑO, María Ángeles y PEÑA ARDID, Carmen (ed.), *Op. Cit.*, p.59.

Lo que sostenían era que las sociedad debía aprender más sobre la sexualidad, a no reprimirse sexualmente para no acabar forjando una vida atrofiada de instintos reprimidos traducidos en elementos como las famosas neurosis freudianas, que no son más que el producto de esos instintos reprimidos, entre otros, sexuales. Saber manejar la sexualidad conlleva también apostar por el control de la natalidad y las prácticas anticonceptivas. Sobre estas cuestiones los anarquistas establecieron que así se generaría una maternidad consciente, voluntaria y deseada, como entidad elegible y no impuesta por la moral de la sociedad. Incluso defendieron el matrimonio libre y voluntario entre dos personas, desechando la imagen difundida por la Iglesia del matrimonio como institución de perpetuación de la especie. También había quienes eran contrarios al matrimonio monógamo por considerarlo una forma de despotismo y de posesión, arraigado en el concepto de propiedad privada y en la subordinación de los sexos, y que suponía la práctica renuncia al desarrollo y disfrute de la sexualidad. Ellos defendían el amor libre en su máxima expresión<sup>34</sup>. Estos postulados volverán a tratarse en el siguiente apartado en mayor profundidad.

### **3.1. El debate eugenésico hasta el régimen de Franco**

Teniendo en consideración estos últimos argumentos resulta interesante el debate en torno al tema de la eugenesia y la medicina, cuando se habla de control de la natalidad o de la maternidad consciente. El primero en utilizar el término “eugenesia” a finales del siglo XIX fue el británico Francis Galton, quien había fallecido a la altura de 1911. Su principal fuente de inspiración fue la teoría de Darwin en su obra *El origen de las especies* (1859). El naturalista inglés sostenía que la supervivencia de cualquier especie depende de su capacidad de adaptación al medio. Los organismos que consiguen que esa adaptación sea plena transmiten sus características a la descendencia, perfeccionando la especie en base a las inclemencias del medio físico<sup>35</sup>. En este sentido, esos organismos adaptados resultarán cada vez más perfectos con respecto a sus ascendentes y las posibilidades de supervivencia también serán cada vez mayores. A diferencia del resto de seres vivos, el ser humano presenta, además, la capacidad de ser consciente de las consecuencias de sus actos y modificar aquellas que le perjudican. Sin embargo, sin la intervención de una entidad superior como el Estado para ejercer el control sobre los procesos

---

<sup>34</sup> MILLÁN MUÑO, María Ángeles y PEÑA ARDID, Carmen (ed.), *Op. Cit.*, p. 60.

<sup>35</sup> ARRIBAS, Sonia, CANO, Germán, UGARTE, Javier (coords.), *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y capitalismo*, CSIC, 2010, pps. 158-160.

biológicos que afectan al ser humano, la especie experimentaría un proceso de degeneración.

La eugenesia:

“es una técnica que pretende mejorar la especie humana corrigiendo los trastocamientos de la selección natural que afectan a las modernas sociedades industriales. Si en la Naturaleza, como había descrito Charles Darwin, el mecanismo de selección sexual explicaba que fueran los seres mejor dotados los que sobrevivían y se reproducían en mayor número, en el caso de las sociedades modernas, el principio parecía invertirse. Las clases infradotadas, más pobres y menos inteligentes eran las que presentaban unas tasas de fecundidad más altas, mientras que las élites, las clases directoras, se reproducían en menor número”<sup>36</sup>.

Por tanto, la eugenesia era una teoría científica esencialmente centrada en el estudio de la herencia y la transmisión intergeneracional de los caracteres hereditarios. La herencia por encima de la influencia de otros factores como el ambiente o la educación.

Este era el motivo principal de la degeneración de las bases biológicas de una civilización, según el propio Galton. Para solventar esto era necesaria una reorientación del proceso por parte del Estado en aras a la mejora de la raza por medio del control de la natalidad y de los matrimonios, entre otros aspectos. El objetivo era la calidad, la reproducción de los más aptos en detrimento de los individuos que se consideraban biológicamente inferiores. Es decir, estimular la natalidad en unos y reprimirla en otros<sup>37</sup>.

Este discurso llegó a España durante el regeneracionismo. En un contexto de desarrollo del nacionalismo y de expansión del imperialismo, la ciencia se convirtió en un pilar fundamental para legitimar, a través de ciertos argumentos ideológicos, el control de la sociedad. Un control basado no solamente en las diferencias culturales sino también en las raciales o de clase, como apuntaba la retórica eugenésica. La higiene racial y la eugenesia fueron unas de las bases instrumentales para la sustentación de las relaciones de poder que se han asociado a una naturaleza de derechas, aunque no siempre ha sido así, sino que fueron teorías compartidas desde diferentes espectros ideológicos y políticos<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> UGARTE, Javier, “De la selección natural a la intervención del Estado”, pps. 157-180, en VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco, *La invención del racismo. Nacimiento de la biopolítica en España, 1600-1940*, Madrid, Ediciones Akal, 2009.

<sup>37</sup> *Idem*, pps. 170-175.

<sup>38</sup> NASH, Mary, “Social Eugenics and Nationalist Race Hygiene in Early Twentieth-Century Spain”, en *History of European Ideas*, 4-6. Vol. 15, 1992.

La eugenesia en España, antes de la llegada del régimen de Franco, puede asociarse a un movimiento de reforma social que formó parte del proyecto compartido por socialistas y liberales progresistas. Es heredera del discurso de la decadencia española de fines del siglo XIX tras la pérdida de las colonias filipina y cubana. A partir de entonces se desarrolló un nuevo discurso -de corte nacionalista y patriótico- de reformulación de la idea de identidad española que había prevalecido hasta entonces. Junto a un proceso de degeneración de orden político-económico, otro de los factores de declive había sido la propia raza. Una “decadencia biológica” de la que empezaron a hablar algunos médicos eugenistas de la primera década del siglo XX, como fue el caso de Martínez Vargas, republicano radical y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona<sup>39</sup>. De estos presupuestos habló en su obra *En defensa de la Raza*, de 1918.

Por tanto los eruditos del momento habían llegado a la conclusión de que el fin de la decadencia española pasaba por una mejora de la raza y, por tanto, el control sobre la herencia iba a convertirse en punto clave para cumplir dicho objetivo.

El cirujano Enrique Madrazo, publicó en 1904 *Cultivo de la Especie Humana. Herencia y educación*. De la teoría de Madrazo parte la idea de una eugenesia negativa, que implicaba la eliminación de aquellos individuos biológicamente inferiores que enaltecían la decadencia de la raza –enfermos mentales, gitanos, disminuidos físicos y delincuentes-, y de una eugenesia positiva encaminada a estimular la reproducción de los individuos socialmente más aptos e inteligentes. Heredero de esta última referencia fue el propio Gregorio Marañón, quien trató el tema de la sexualidad por ser la base misma de la reproducción humana. Otra línea del contexto fue la del sociólogo procedente de las filas del catolicismo social Severino Aznar, que defendía en cierta medida la idea de una raza española superior formada por individuos elegidos en base a un canon de “perfección” biológica. Lo cierto fue que la eugenesia española no acogió la idea de la superioridad racial quizá, hasta el régimen de Franco<sup>40</sup>. Ni siquiera se aproximó a las nociones eugénicas que prevalecieron en otros países europeos, sobre todo en torno a la cuestión del control de la natalidad con prácticas como el aborto, debido a la incontestable influencia de la Iglesia Católica, que impregnó la moral de la sociedad española de la primera mitad del siglo XX.

---

<sup>39</sup> *Idem*.

<sup>40</sup> *Idem*, p. 743.

Estas ideas barnizaron el corpus de la medicina social y la psiquiatría de la época. Uno de los máximos exponentes será el médico psiquiatra Antonio Vallejo Nájera, figura clave como jefe de los Servicios Psiquiátricos Militares de la dictadura franquista a quien el régimen encargó la demostración de la inferioridad biológica de los individuos de ideología marxista. La eugenesia o higiene racial que proponía buscaba la mejora de la raza a través de una fuerte moralización de la sociedad, con el fin de evitar la difusión de ideas como la democracia, el liberalismo, el marxismo, el amor libre o el neomalthusianismo<sup>41</sup>. Otros nombres relacionados con la defensa de los postulados eugenistas fueron el médico César Fernández-Ruiz o el psiquiatra Juan José López Ibor, quien, junto con Vallejo Nájera, era el máximo exponente de la psiquiatría biologista al servicio de la ideología nacional y católica del régimen. Fernández-Ruiz, en su libro *Eugenesia y Esterilidad* de 1939 hablaba en estos términos, estableciendo la necesidad de una eugenesia sana y verdadera para la prosperidad de la sociedad y la raza<sup>42</sup>.

Antes de estos nombres, pertenecientes a la elite médica del franquismo, otra de las características principales de la eugenesia española fue su marcado carácter demográfico y su concepción de “higiene social”. En los años veinte y treinta se puso en marcha un proyecto de reforma social liderado por figuras ilustres, que gozaban de gran influencia política, procedentes de la medicina social, la psiquiatría o el derecho y de las filas del socialismo –como César Juarrós o Jiménez de Asúa- y de los no libertarios –Marañón-. En este sentido, la regulación de la reproducción era parte importante dentro de estas premisas. La maternidad, en consonancia, debía ser atendida por su consideración de patrimonio biológico de la nación. “Maternal eugenics, health assistance to children and general improvement in sanitary conditions were the pivotal points of the social eugenics program”<sup>43</sup>.

El programa eugenésico de las primeras décadas del siglo también implicaba la modificación de la relación entre el Estado y la familia, núcleo básico de la reproducción humana. La familia iba a concebirse como instrumento clave para la civilización de las clases populares y para prevenir la degeneración de la raza. Por tanto, empezó a asentarse el discurso de la defensa de la maternidad y de la figura de la “madre biológica”, como engendradora de los hijos de la patria. El control de la natalidad implicaba prácticas como el aborto inducido, el derecho al divorcio o la introducción de la educación sexual en el currículo escolar<sup>44</sup>. También

---

<sup>41</sup> CAMPOS, Ricardo, “Entre la ciencia y la doctrina católica: Eugenesia, matrimonio y sexualidad en el primer franquismo”, en *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 40, 2018, pps. 51-71, p. 58.

<sup>42</sup> CAMPOS, Ricardo, *Op. Cit.*, p. 55. Este libro aparece mencionado en la parte del análisis de *Ser* en el tratamiento de las cuestiones en torno a la eugenesia, por considerarse obra referencial sobre estos supuestos.

<sup>43</sup> *Idem*, p. 744

<sup>44</sup> VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco, *Op. Cit.*, p. 219.



se hablaba en términos de esterilización, de castración de los considerados “degenerados” o de selección racial. Para la preservación de la salud social se atendió el terreno de la sexualidad. Se propugnaba una sexualidad racional y regulada.

El anarquismo español sostuvo una serie de argumentos a favor de a “reforma sexual” que diferían de las nociones de sexualidad racional defendidas por Marañón y otros personajes de la época. La reforma sexual cuestionaba la visión tradicional y la normativa cultural predominante. De la misma manera, estaba muy conectada con la ciencia eugenésica y la perfección racial, aunque estos ámbitos formaron parte del proyecto, no su base en sí misma, además de darles otro sentido. Los anarquistas pusieron su foco de atención en la clase trabajadora, la que consideraban epicentro de la mortalidad infantil y maternal y de muchas de las enfermedades infecciosas del contexto. El objetivo era la concienciación sobre la higiene sexual, además de corporal, para la mejora de las condiciones de salud de los trabajadores. Por tanto, lo que primaba era la mejora de la clase y no de la raza en sí<sup>45</sup>.

Además, el anarquismo defendió la noción de una “maternidad consciente y voluntaria”, muy a tenor de los discursos sobre la sexualidad y la maternidad del momento. El neomalthusianismo –control del número de nacimientos- se adentró en las filas del anarquismo dando pie a la politización de la reproducción como parte de su proyecto revolucionario. Consistía en una especie de “huelga de vientres”, es decir, la negación de dar a luz como símbolo de resistencia ante la idea de maternidad como vía principal de emancipación femenina<sup>46</sup>. El eugenismo libertario convertiría a la mujer en una madre consciente, frente a la noción de “madre inconsciente” o “madre biológica”, poniendo en cuestión ese único cometido que el estatus quo del contexto le aguardaba. En estas ideas se fundamentaron las argumentaciones de un eugenismo en favor del control voluntario de la natalidad. Es, por tanto, una idea radicalmente divergente con la noción eugenésica que prevalecerá durante los años venideros y el primer lustro del régimen franquista.

En este momento –años veinte y treinta del pasado siglo- el debate en torno a la aceptación o el rechazo del *birth control* estaba a la orden del día, y en esencia diferenciaba los distintos discursos eugenistas que circulaban por España. La maternidad consciente implicaba la construcción de una nueva moral sexual que aceptaría el recurso a la anticoncepción como

---

<sup>45</sup> NASH, Mary, *Op Cit*, p.746.

<sup>46</sup> ANDRÉS GRANEL, Helena, *Maternidad consciente y voluntaria. Eugenesia y emancipación femenina en el anarquismo español, 1900-1939*, 2016, tesis doctoral dirigida por Ángela Cenarro Lagunas, Universidad de Zaragoza.

modo de limitar voluntariamente la procreación. El régimen de Primo de Rivera y su política eugenésica había tratado de poner fin a la difusión de estas tendencias a través de un Real Decreto Ley de 1926 que concedía subsidios familiares a familias numerosas de más de ocho hijos legítimos<sup>47</sup>, induciendo el aumento de la natalidad.

Por tanto, fue una época en la que se entremezclaron tendencias libertarias de control de la maternidad de manera voluntaria frente a una “contrapolítica” de corte conservador y que seguía la línea de la moral católica que precisamente penalizaba estas prácticas. Eran dos vías eugenésicas, la del incentivo de la natalidad y la de su control, defendida por unos y otros, que en ninguna medida suponía un detrimento demográfico como establecían los defensores de la línea de corte conservador, sino una natalidad consciente, que mejorase los índices demográficos en base a la práctica sexual racional, la consciencia sobre el cuerpo y la interiorización de las recomendaciones higiénicas y de responsabilidad reproductiva.

Lo que se proclamaba era la llamada por el médico eugenista libertario, Isaac Puente, “generación consciente”, es decir, “evitar, mediante la limitación reproductiva, la propagación de taras degenerativas que ningún esfuerzo educativo podría subsanar”<sup>48</sup>. Este médico –también activista de la CNT y la FAI- se proponía medidas médico-sociales como la intervención en el proceso de crianza por medio de la maternología y la puericultura, proclamándose contrario a la reglamentación del matrimonio o el reconocimiento médico prenupcial, atentados, según él, contra la libertad individual<sup>49</sup>.

Siguiendo el ejemplo de Puente, la procreación consciente iba en la línea de la regeneración racial de las clases populares, lo que implicaba poner en marcha medidas anticonceptivas, tan arduamente criticadas desde otros sectores. Esta es la concepción neomalthusiana del anarquismo español citado en líneas anteriores. Algunos de los remedios anticonceptivos eran, por ejemplo:

“la introducción en la vagina de preparados como irrigaciones antisépticas (solución de permanganato potásico, de formol, de cloramina o vinagre, diluidos en agua y aplicados inmediatamente después del coito) o productos comercializados en forma de óvulos, comprimidos o pomadas con el mismo fin”<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> *Idem*, p. 193.

<sup>48</sup> *Idem*, p. 247.

<sup>49</sup> *Idem*.

<sup>50</sup> *Idem*, p. 262.

Isaac Puente también fue partidario de realizar vasectomías o ligadura de trompas que incluso posibilitaban la supresión de la peligrosa práctica del aborto.

Sin lugar a dudas, estas novedosas concepciones trataron el espectro de la sexualidad desde posiciones científicas. Hasta el momento, los preceptos de la sexualidad habían sido monopolizados por el oscurantismo religioso, que la había condenado hasta canonizar el ideal de abnegación como sinónimo de pureza espiritual. Eugenistas y sexólogos defendían la naturalidad del deseo sexual, cuya represión también era ávida de estragos sociales y perversiones degeneradoras que afectaban al conjunto de la población. Por tanto, la sexualidad debía formar parte también del conjunto de reformas eugénicas defendidas desde posiciones libertarias<sup>51</sup>. En estos supuestos se centra la crítica anarquista sobre la condición social de la mujer: la represión de la libertad sexual que al hombre nunca se le había negado y tan fervientemente se castigaba en ella.

Por tanto, se encuentran aquí posiciones muy avanzadas, a tenor de los planteamientos eugenésicos del momento, sobre aspectos que iban más allá de la defensa de la maternidad voluntaria o las medidas médicas de anticoncepción. El anarquismo español, y más en concreto la medicina libertaria, defendieron la libertad sexual como una de las válvulas indispensables de mejora del corpus social de una nación y de las propias condiciones sociales de la mujer.

Libertad sexual, amor y unión libre eran nociones defendidas por el anarquismo. Entendían el matrimonio monógamo como una suerte de esclavitud y represión para la mujer. A ella se le niega la presencia social, pero en el ámbito doméstico no es mucho más prometedora su situación, pues se haya sometida a los devenires y apetencias que conlleva la sumisión a su marido. Consideran estos aspectos “antieugenésicos”, en el sentido en el que el contexto que concierne concebía la institución matrimonial. Porque esa suerte de esclavitud de la mujer casada, sometida al matrimonio, era factor de degeneración de la raza. Una unión libre nace de la felicidad y la entrega al amor más puro, lo que otorgaría calidad a la descendencia<sup>52</sup>.

Este eugenismo neomalthusiano trató de compatibilizar la emancipación de la mujer con su concepción maternal y de “desunir” la idea de mujer-madre. Se planteó que la posible solución pasaba por el fomento de la educación sexual y maternal en la mujer para convertirla en madre consciente, sabedora de la ciencia del cuidado y la higiene de los hijos y responsable de su cuerpo. El trasfondo de estos supuestos viene siendo alcanzar el logro de la “perfección

---

<sup>51</sup> *Idem*, p. 263.

<sup>52</sup> *Idem*, pps. 266-268.

moral” de la sociedad –desde posturas libertarias- por medio de una madre, una mujer, que cría a la descendencia de manera consciente y desde la libre manifestación del amor. Que la mujer se reproduzca en unas adecuadas condiciones saludables y que tenga conocimientos sobre puericultura, eugénica, sexualidad o eubiótica podía garantizar el cambio socio-racial, moral y físico, que se pretendía<sup>53</sup>.

Sin embargo, estas nociones no arraigaron al margen de las posiciones libertarias más avanzadas y fueron excepcionales en la mayoría de los casos. Aun así resulta interesante dedicar algunos párrafos a la exposición de estos argumentos que aun habiendo sido poco exitosos en su contexto, existieron. Resulta sorprendente la extremada diferencia entre estos postulados y los que se difundieron durante los primeros años del franquismo, caracterizados, sobre todo, por las nociones de abnegación y castidad, domesticidad y maternidad social como único e indiscutible destino femenino.

El franquismo supuso una nueva versión de la ciencia eugénica. Con respecto a la concepción de la sexualidad –estrechamente vinculada a la eugenesia- ésta acabaría desarrollándose de manera exclusiva en el discurso experto de la medicina, abandonando el terreno público<sup>54</sup>. Los proyectos eugenésicos de antes de la guerra, vinculados a la sexología, abrían llegado al franquismo a través de una política disciplinar de higiene racial y de vigorización de la mujer y la madre española. Los enunciados eugenésicos incluso habrían permanecido presentes en las políticas de protección a la mujer, los cuidados de la infancia y la salud del cuerpo<sup>55</sup>.

Además, la noción que iba a posicionarse en primer término era la concepción de la higiene racial desde una perspectiva nacional-católica y nacional-sindicalista. El trasfondo del discurso franquista era eminentemente providencialista: se basaba en la recuperación de la grandeza de España y su consideración como potencia mundial, desde una clara perspectiva imperialista. Para alcanzar este objetivo se pusieron en marcha las políticas pronatalistas que impregnaron el primer franquismo. La teoría establecía que cuanto mayor fuese la población mayor sería la potencialidad económica y política del país, siempre teniendo en cuenta la calidad a la hora de llevar a cabo el incentivo demográfico que se pretendía<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> *Idem*, pps. 274-275.

<sup>54</sup> VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco y MORENO MENGIBAR, Andrés, *Sexo y Razón. Una genealogía de la moral sexual en España (Siglos XVI-XX)*, Madrid, 1997, pps. 171-172.

<sup>55</sup> *Idem*.

<sup>56</sup> CLEMINSON, Richard, “Iberian eugenics? Cross-overs and contrasts between Spanish and Portuguese eugenics, 1930-1950”, *Dynamis*, vol. 37, nº 1, 2017, pps. 89-110.

Un índice de natalidad bajo era sinónimo de decadencia. Por esta razón, el régimen franquista entendía que la intervención estatal en términos de política reproductiva era fundamental. Además, el franquismo trató desde sus inicios de anular y desacreditar el régimen democrático precedente. La “degeneración moral” achacada al conjunto de la nación española se asociaba con la progresiva pérdida de la religiosidad y la moral cristiana o la emancipación de la mujer a raíz del desarrollo del feminismo y la agitación social de los años treinta. La mujer y su cometido natural, el de ser madre, se había corrompido hasta el punto de ponerse en peligro del devenir nacional. La propaganda del régimen de Franco se asoció precisamente en esta suerte de decadencia y degeneración moral, porque “el descenso de la tasa de natalidad, el control de la natalidad, el matrimonio civil, las normas más relajadas de conducta sexual y el sufragio femenino eran, todos ellos, indicios de decadencia moral del régimen republicano”<sup>57</sup>.

La figura de la madre, como “criadora potencial” de la descendencia nacional iba a enaltecerse desde las elites del franquismo. Fue el método del régimen para secundar la exclusiva función de la mujer como madre social y biológica. Por tanto, la regeneración de la “raza hispánica” pasaba por estos presupuestos. Era este el pretexto para extirpar de la sociedad los particularismos regionales que en época de la Segunda República se habían desarrollado en zonas como Cataluña o el País Vasco. El ideal de higiene racial, con su marcado trasfondo cultural, formaba parte del constructo de la noción de “unidad española”, un discurso que perduró durante toda la dictadura. Se trataba de “homogeneizar” la sociedad difundiendo una serie de características que debía tener el “español ideal”. Esa homogeneización, por supuesto, incluía las políticas eugénicas y pronatalistas, al igual que la preservación de la moral católica como otra de las bases del régimen en aras a conseguir ese objetivo. Por tanto, se puede sostener la asociación entre eugenesia y política demográfica que existió durante el franquismo y que tan relevante fue durante sus primeros años de vida. Los rasgos que adoptó la eugenesia franquista fueron en suma peculiares y estuvieron en sintonía con las pretensiones del Nuevo Estado en cuando a política de repoblación<sup>58</sup>.

La impronta católica fue sustancial en la delimitación y definición de las líneas de actuación de la eugenesia en el franquismo, cuya pieza clave fue la encíclica papal *Casti*

---

<sup>57</sup> NASH, Mary, “Pronatalismo y maternidad en la España franquista”, en BOCK, Gisela y THANE Pat (eds.), *Maternidad y políticas de género*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1996, p. 281.

<sup>58</sup> ÁLVAREZ, Raquel, “Eugenesia y fascismo en la España de los años treinta”, en HUERTAS, Rafael y ORTIZ, Carmen (eds.), *Ciencia y fascismo*, Madrid, Doce Calles, 1998. Aparece en CAMPOS, Ricardo, “Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcatolicismo en el franquismo, 1936-1945”, en *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, vol. 23, suplemento dezembro, 2016, pps. 131-147.

*Connubi*<sup>59</sup>, que sentó las bases de una eugenesia en sintonía con la ciencia y la religión<sup>60</sup>. En este sentido, las líneas doctrinales fueron la defensa del matrimonio cristiano, de la reproducción como fin del mismo, de la natalidad y la oposición al neomalthusianismo o las nociones de liberación sexual antes tratadas<sup>61</sup>. Además, el sesgo de género de la eugenesia española se intensificó durante el franquismo valiéndose de un potencial discurso antimalthusiano, muy a tenor de la redefinición de las relaciones de género de la dictadura, que ahondó, sobre todo, en la naturalización de la maternidad y la domesticidad, cortando de raíz con las transformaciones sociales de la Segunda República y la Guerra Civil<sup>62</sup>. Podría hablarse de una especie de adaptación del antiguo discurso del “ángel del hogar” a los postulados del Nuevo Estado. Por tanto, durante la guerra y la posguerra se redefinieron los planteamientos eugénicos del franquismo en pos de la religión.

El grueso del discurso eugenésico y católico trató de impugnar las prácticas neomalthusianas que atentaban contra el matrimonio y la procreación. Se combatían los métodos anticonceptivos desde todas sus perspectivas, poniendo especial énfasis en lo relativo al aborto y la esterilización.

“El discurso anticonceptivo tenía un fuerte sesgo de género pues fue desarrollado esencialmente por hombres pese a ir dirigido en su mayor parte a las mujeres. En él cristalizaban una serie de cuestiones relacionadas con la procreación y la crianza que configuraban la misión social de la mujer como ángel del hogar y la recluían en el espacio doméstico en una posición de subordinación al hombre”<sup>63</sup>.

El franquismo iba a valerse de la maternidad, elevándola a la política de estado, como pretexto reaccionario contra los debates emprendidos durante la Segunda República y antes de la misma. Por tanto, las políticas del primer franquismo dirigidas a la mujer tenían un carácter represivo contra las mujeres republicanas, representantes del modelo antagónico de mujer ideal defendido por el régimen<sup>64</sup>. Y, por supuesto, el respaldo de estos argumentos anticonceptivos por parte de la medicina de la época. El propio César Fernández-Ruiz así lo establecía en su obra *Esterilidad y Eugenesia* cuando apuntaba que ninguna mujer lo era íntegramente si no

---

<sup>59</sup> Enunciada en Roma en diciembre de 1930 por el papa Pío XI sobre la cuestión matrimonial y el divorcio, y en la que condena la inmoralidad sexual que cuestionaba la sacralidad de la unción matrimonial.

<sup>60</sup> CAMPOS, Ricardo, *Op. Cit.*, pps. 51-71.

<sup>61</sup> *Idem*, p. 55.

<sup>62</sup> MORENO SECO, Mónica, “Ideal femenino y protagonismo de las mujeres en las culturas políticas católicas del franquismo”, *Arenal*, 15:2, julio-diciembre 2008, pps. 269-293. También en MORCILLO GÓMEZ, Aurora, *En cuerpo y alma. Ser mujer en tiempos de Franco*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2015.

<sup>63</sup> CAMPOS, Ricardo, *Op. Cit.*, p. 66.

<sup>64</sup> *Idem*.

cumplía con su función maternal<sup>65</sup>. También Ricardo Horno Alcorta, médico zaragozano que participó en investigaciones sobre Ginecología y Obstetricia, que afirmaba que no debía limitarse la maternidad por ser fuente de desarrollo del propio organismo femenino<sup>66</sup>. Estos argumentos incluso consideraban la menstruación como el “fracaso de una gestación no realizada”<sup>67</sup>, o el hecho de que una cópula que no saciase la “naturaleza de los órganos reproductores”<sup>68</sup> por la intermediación de medidas anticonceptivas, implicaba perturbaciones en el aparato nervioso de la mujer.

Estas concepciones científicas para evitar la propagación de las prácticas anticonceptivas estaban estrechamente vinculadas con los objetivos demográficos y de repoblación del régimen, como se ha establecido. La preocupación por la mermada situación demográfica de la España postbélica se plasmó en la aprobación de leyes que derivaban de las políticas pronatalistas del primer franquismo, como fue el caso de la *Ley de Sanidad Infantil y Maternal* del 12 de Julio de 1941<sup>69</sup>.

Todo lo escrito sobre eugenesia poseía un trasfondo de necesidad patriótica de fomentar la natalidad, y esta cuestión, durante los primeros años del régimen de Franco, estuvo atravesada por cierta tensión entre la admiración de las políticas eugenésicas practicadas en la Alemania Nazi y la sumisión a la doctrina católica. La política eugénica franquista no implicó un genocidio ni llevó a España al suicidio, principalmente porque ni Falange ni el Movimiento llegaron a tener la fuerza de las SS y el NSPD<sup>70</sup>. La esterilización forzada, el aborto u otras nociones similares estaban vetadas por la moral católica. Estos aspectos le otorgan un carácter específico al modelo eugenésico y de higiene racial del régimen de Franco, que difirió en buena medida de otros modelos europeos.

El modelo alemán y su Ley para la Previsión de las Enfermedades Hereditarias, posibilitó la esterilización de unas cuatrocientas mil personas entre 1934 y 1945. También la Ley de Salud Matrimonial de 1935, que obligaba a todos los prometidos alemanes a pedir permiso para casarse a su médico de cabecera, los “Hausärzte”, también responsables de las esterilizaciones necesarias. Las propias Leyes de Núremberg poseyeron un trasfondo

---

<sup>65</sup> *Idem.*

<sup>66</sup> *Idem.*, p. 67.

<sup>67</sup> *Idem.*

<sup>68</sup> *Idem.*

<sup>69</sup> CAYUELA SÁNCHEZ, SALVADOR, *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco*, Fondo de Cultura Económica de España, Madrid, 2014.

<sup>70</sup> POLO BLANCO, Antonio, *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945)*, Murcia, Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2006.

eugenésico al considerarse a los judíos una raza inferior a la aria y al matrimonio mixto un instrumento de degeneración racial<sup>71</sup>. La lucha por el mantenimiento de la pureza racial puso en marcha programas como el “Aktion T 4”, aprobado por el propio Führer, y formado por un séquito de psiquiatras, médicos y funcionarios de la Cancillería y del Ministerio del Interior, cuyo objetivo era el exterminio de los considerados “enfermos incurables”, normalmente distribuidos por los centros psiquiátricos del país<sup>72</sup>.

Lo cierto es que la mayoría de los médicos y autoridades del franquismo optaron más por la cantidad que la calidad del aumento demográfico, como lo argumentó el ya mencionado psiquiatra Juan José López Ibor en la revista de medicina social publicada por Falange *Ser*: “la salvación de los mejores está más que en la esterilización de los indeseables biológicos [...] en que el hombre vuelva a vivir la unión conyugal a la buena manera y vieja manera, la fecundidad como una bendición de Dios”<sup>73</sup>.

### **3.2. Los mecanismos para la protección de la maternidad: entre la previsión y la asistencia social**

Las organizaciones asistenciales, herederas de las instancias de beneficencia que hasta entonces habían existido en España, experimentaron un proceso de desarrollo y profesionalización durante los primeros años del pasado siglo, y en origen trataron de mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora, principalmente. Esa preocupación por los sectores más débiles de la sociedad se tradujo en la organización de las primeras instancias de asistencia social y sanitaria que se convertirían en organismos significativos durante el régimen de Franco, como fue el caso de Auxilio Social o Sección Femenina –y todos los organismos de corte asistencial que las componían-.

Otra vía, muy distinta, es la que encarnó la política de protección social que estaba definiéndose desde finales del siglo XIX, y tuvo su expansión tras la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1908. En lo que respecta al tema que nos ocupa, la preocupación por la protección de las madres obreras se sustanció en el Seguro Obligatorio de Maternidad,

---

<sup>71</sup> BURLEIGH, Michael y WIPPERMAN, Wolfgang Wippermann, *The Racial State: Germany 1933-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

<sup>72</sup> GARCÍA MARCOS, José Antonio, “Psiquiatría y eutanasia en la Alemania Nazi”, en *Claves de la Razón Política*, nº 120, marzo 2002, pps. 70-76.

<sup>73</sup> LÓPEZ IBOR, Juan José, “Factores genéticos en una política de población”, en *Ser. Revista Médico-Social. Delegación Nacional de Sanidad de FETV y de las JONS*, vol. 6, 1943, p. 43.



aprobado en 1929. Diseñado a lo largo de los años veinte, su aplicación efectiva solo tuvo lugar con la llegada al Ministerio de Trabajo del socialista Largo Caballero, por un decreto de 26 de mayo de 1931.

Estas incipientes políticas de previsión social se desarrollaron con el objetivo de atender las problemáticas sanitarias producidas por el progresivo crecimiento de los niveles de pauperismo y las condiciones antihigiénicas en las que vivía la mayoría de la sociedad. A su vez, tuvieron en cuenta los riesgos relacionados con la pérdida de trabajo por desempleo, invalidez, enfermedad o vejez. Por tanto, los seguros sociales se presentaban como medidas de intervención para la mejora de la salud pública.

En los países industrializados, estas políticas de protección social habían surgido antes de la Gran Guerra. En países como Alemania –pionero en estas políticas-, Suecia, Dinamarca o Bélgica, las primeras legislaciones sobre el seguro de enfermedad llevaban vigentes desde finales del siglo XIX<sup>74</sup>. En España, el desarrollo de estas fórmulas de previsión fue un proceso más tardío, y la aprobación del seguro de enfermedad no llegó hasta después de la guerra civil, durante el primer franquismo.

Tras la participación en la Primera Conferencia Internacional del Trabajo de Washington de 1919 –después de la que se aprobó un proyecto de convenio sobre el seguro de maternidad que afectaba a trabajadoras industriales o comerciales- y la culminación de numerosos estudios sobre el caso en la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez celebrada en Barcelona en 1922<sup>75</sup>, se llegó a la determinación de la necesidad de instruir políticas de previsión social eficaces para el conjunto del país, en aras a alcanzar los niveles de Europa. Sin embargo, fue un proyecto ambicioso que, ante la falta de infraestructuras y presupuesto estatal, se tradujo en la única consecución del subsidio de maternidad de 1923. El debate en torno al seguro de enfermedad se retomó durante la Segunda República, aunque hasta el primer franquismo no se aprobó.

En las últimas décadas del siglo XIX existían los montepíos, mutuas y cajas de empresas o las sociedades de socorros mutuos, organismos no dependientes del Estado que cubrían ligeramente las expectativas de protección social por enfermedad. Estos organismos entraron en declive conforme avanzaba la centuria, debido en parte a la progresiva intervención

---

<sup>74</sup> PONS PONS, Jerónia, “Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad”, XVI Encuentro de Economía Pública, Universidad de Sevilla, 2009.

<sup>75</sup> *Idem*, p.3.

estatal, a la cantidad cada vez mayor de cajas de previsión propias creadas por grandes empresas privadas, y al aumento de los costes farmacéuticos y médicos derivados del desarrollo de la ciencia médica<sup>76</sup>.

Bajo este panorama se encuentra el origen del Seguro Obligatorio de Maternidad aprobado en 1929 y cuya aplicación práctica comenzó a partir de mayo de 1931. Fue el primer seguro de salud en España, y respondía a la línea del primer reformismo social de finales del siglo XIX. Además, en ese momento estaba desarrollándose la noción oficial de maternidad biológica que iba a dominar la siguiente centuria: la maternidad como eje vertebrador de la perpetuación de la diferencia sexual de ambos géneros. Parece ser que el Seguro de Maternidad fue resultado de la divulgación de esta nueva concepción<sup>77</sup>.

El seguro fue expedido desde el Instituto Nacional de Previsión (INP), primera institución estatal al servicio de la Seguridad Social y la asistencia sanitaria en España, y que funcionaba desde 1908. En el INP fue decisiva la intervención de su asesor social, el católico social aragonés Severino Aznar, para la elaboración del seguro. Su experiencia en política social, y luego familiar durante el franquismo, daba cuenta de ello. La intención fue crear un foro de discusión en torno a lo que después serían los primeros seguros sociales –enfermedad, invalidez y maternidad-, formado por otros expertos en previsión social, empresarios, sindicatos –católicos y socialistas- o asociaciones de mujeres, en su mayoría católicas. Y, por supuesto, la clase médica.

Las carencias sociales de las prerrogativas anteriores, como el descanso de tres – luego cuatro- semanas antes del parto dictaminado por la legislación de 1907 y que la mayoría de las mujeres obreras no cumplía por el hecho de que faltar al trabajo no se compensaba, fueron el fruto del Seguro de Maternidad<sup>78</sup>. No solamente se pretendía garantizar la protección de las madres sino también la vigilancia médica del embarazo, el parto y el periodo de lactancia, crucial para la prevención y el control de la natalidad. El objetivo era la reducción de los índices de mortalidad infantil y perinatal –que en algunos lugares habían llegado a alcanzar el 50 por 1.000 de los nacimientos registrados- que mermaban, sobre todo, a la clase trabajadora<sup>79</sup>. Se puso especial énfasis en el reposo de antes del parto y del postparto –bajo la vigilancia de

---

<sup>76</sup> *Idem*, p.5.

<sup>77</sup> BLASCO HERRANZ, Inmaculada, “Género y reforma social en España: en torno a la elaboración del Seguro Obligatorio de Maternidad (1915-1929)”, en *Ayer. Revista de Historia Contemporánea. Género y ciudadanía en el Franquismo*, nº 102, Marcial Pons, Madrid, 2016.

<sup>78</sup> *Idem*, pps. 31-32.

<sup>79</sup> *Idem*, p.34.

ginecólogos y matronas- y en la higiene, y en la prevención de enfermedades que afectasen a la embarazada, en el aborto, en malformaciones o en partos prematuros. En la elaboración del SM fueron también fundamentales algunos cambios registrados en el discurso higienista y eugenésico: la profesionalización de la puericultura y la obstetricia, el desarrollo de la estadística o los avances en química y microbiología que se estaban aplicando en la ciencia médica<sup>80</sup>.

De la misma manera se procuró extender la práctica del parto asistido –en el domicilio o en centros especializados- por un profesional de la medicina, en detrimento de la antigua costumbre de dar a luz en el hogar como fruto de esa concepción de que el Estado debía abstenerse de inmiscuirse en asuntos de orden privado y doméstico. Es el origen del incipiente sistema de sanidad pública que irá desarrollándose a lo largo del siglo XX. Que el parto es un acto que necesita estímulo y recompensa, y que la lactancia es un periodo de alimentación del niño clave para su desarrollo, tan descuidada en épocas anteriores, eran argumentos en los que estaban de acuerdo tanto la clase médica y como los moralistas de la época<sup>81</sup>. Fue una “redefinición del discurso de género”<sup>82</sup> en el que la madre era concebida desde un plano estrictamente biológico. A esto se unía la necesaria educación de las madres sobre aspectos de higiene y cuidado de los niños, otra cuestión fundamental para el buen desarrollo del recién nacido<sup>83</sup>.

Durante la guerra, la política social del gobierno de Franco se encaminó a perfeccionar y atender el SM hasta su integración en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), aprobado a través de la Ley de 14 de diciembre de 1942. El objetivo era su establecimiento de forma íntegra en todo el cuerpo social y la continuación con las prerrogativas que se habían puesto en marcha bajo el régimen republicano –prestaciones médicas, indemnizaciones por descanso o premios de lactancia<sup>84</sup>-. El franquismo, a su vez, trajo consigo algunos aspectos novedosos que reformularon las nociones existentes en torno a la maternidad.

---

<sup>80</sup> BLACO HERRANZ, Inmaculada, *Op. Cit.*, p. 35.

<sup>81</sup> *Idem*, p. 42.

<sup>82</sup> NASH, Mary, “Maternidad, maternología y reforma eugenésica en España, 1900-1939”, en Georges DUBY y Michelle PERROT (dirs.), *Historia de las mujeres en Occidente*, vol. 5, *El siglo XX*, Madrid, Taurus, 1993, pps. 627-646. También aparecen estos argumentos en ARESTI, Nerea, *Médicos, donjuanes y mujeres modernas: los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Universidad del País Vasco, 2001.

<sup>83</sup> PALACIO LIS, Irene, *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Valencia, Universidad de Valencia, 2003.

<sup>84</sup> CENARRO LAGUNAS, Ángela, “Entre el maternalismo y el pronatalismo: el Seguro de Maternidad en los orígenes de la dictadura de Franco (1938-1942)”, en *Ayer. Revista de Historia Contemporánea. Género y ciudadanía en el Franquismo*, nº 102, Marcial Pons, Madrid, 2016.

La política social del Franquismo fue fundamental para su afianzamiento y para la integración de la clase obrera en el entramado del régimen. Los logros más significativos de la época del primer franquismo fueron la consecución del SOE y, con anterioridad, la Ley de Subsidios Familiares de 1938, que partía del Instituto Nacional de Previsión. Paradójicamente, estas reformas sociales se desarrollaron –en el sentido de que no experimentaron un proceso significativo de estancamiento- en un contexto de recesión de las libertades individuales y lograron mantenerse, aun sin ser un régimen democrático. Esto se mantuvo durante la dictadura franquista, aunque sí es cierto que las reformas todavía distaban de los devenires europeos<sup>85</sup>.

Más allá de estas reflexiones, conforme avanzaba la política de protección social de la madre –obrero principalmente- se extendía cada vez más la conveniencia de apartar a las mujeres del mundo del trabajo. Se estaba tratando de justificar la postergación de la mujer en el ámbito de la domesticidad y la familiaridad –tal y como marcaba el corpus ideológico del régimen- para lo que estos postulados fueron fundamentales. Todos los mecanismos de participación social de la mujer –puestos en marcha por el progresismo y el catolicismo social respectivamente- iban a vetarse durante el franquismo. Incluso aquellos que la propia guerra había activado, que llamaban a la mujer a las filas de la defensa de la patria. Fue un proceso progresivo que, aunque represivo en apariencia, ofrecía una serie de recursos de previsión y sanitarios que daban a la mujer la posibilidad de generar nuevas expectativas y demandas con respecto a su exclusiva función de virar por la salud y el cuidado de sus hijos.

En este sentido, la preocupación en cuanto al descenso de la natalidad era inmanente en los discursos de la época. “El maternalismo es, pues, un concepto proteico que puede referirse a la protección de las mujeres, a la utilización de la maternidad al servicio de intereses pronatalistas, o girar sutilmente de una a otra noción”<sup>86</sup>. A tenor de lo dicho, la medicina social se posicionó como la disciplina al servicio de estos postulados. El corpus médico trabajó junto con la política de previsión y asistencia social desde la Segunda República, afianzándose la relación durante la posguerra. De esta unión nacieron organismos como la Obra de Protección Nacional Sindicalista para la Madre y el Niño, dependiente de Falange cuyas funciones eran similares a las desempeñadas por Auxilio Social o Sección Femenina en cuestiones de

---

<sup>85</sup> *Idem*, pps. 53-54.

<sup>86</sup> *Idem*, p. 55. Estas reflexiones aparecen en ROCA i GIRONA, Jordi, “Esposa y madre a la vez”, y en BARRACHINA, Marie-Aline, “Discurso médico y modelos de género”, en BOCK, Gisela y THANE, Pat (eds.), *Maternidad y políticas de género. La mujer en los Estados del bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Cátedra, 1996; también en SACHSSE, Christoph, “Introduction: “Mother Worlds”, en KOVEN, Seth y MICHEL, Sonya (eds.), *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare State*, Nueva York, Routledge, 2003, pps. 2-6.

asistencia sanitaria. Por tanto, en “el Franquismo, la “biopolítica totalitaria” se combinó con la pervivencia de fórmulas de la etapa anterior, donde la conservación de la vida y de la salud era una obligación recíproca del individuo y del Estado”<sup>87</sup>.

Para la reorganización de los seguros sociales, durante la guerra, el Instituto Nacional de Previsión experimentó un giro y dejó de funcionar como un organismo autónomo para formar parte del entramado del régimen desde el Decreto del 15 de junio de 1938. Se iniciaba un proceso de reformulación con la entrada por la puerta grande de figuras procedentes del falangismo y de otras facciones de corte católico-social y ultramontano. Fue el caso del médico Agustín Aznar<sup>88</sup>, hijo de Severino Aznar –quien además había pasado a copar la Jefatura Nacional de Previsión en 1938-, o el propio Juan Bosch Marín, jefe de Puericultura de la Sanidad Nacional y defensor de la relegación de la mujer a la domesticidad en base a argumentos médicos. De este modo queda patente esa estrecha relación entre la medicina y la política de previsión durante los primeros años del régimen de Franco.

Además, en ese momento se estaba potenciando la familia como núcleo básico y vertebrador del entramado del régimen. Fue clave la figura de Severino Aznar, quien llevaba alguna década defendiendo la mejora de las condiciones familiares de la clase obrera no dejando a expensas del patronazgo los subsidios que deba recibir el obrero. El encargo de diseñar la Ley sobre Subsidios Familiares (1938) afianzó la posición de Aznar en el INP. Su pretensión era reforzar el espectro político-social de la familia, es decir, que la protección no solamente se centrara en la madre o en el obrero sino que ahora daba un paso más para atender también al conjunto de la familia.

La preocupación de Aznar por las amenazas que se abatían sobre el espectro familiar impulsó el desarrollo de sus estudios demográficos y sobre las causas del descenso de la natalidad. Después de la guerra se impuso una política familiar de corte autoritario con la que se suprimieron todas las medidas innovadoras que había traído la República, como el aborto voluntario –aunque esta medida no se arraigó en la sociedad por la férrea moral cristiana que impregnaba el panorama desde tiempos inmemoriales-. Este proceso conllevó una intensa labor de adoctrinamiento y de presión ideológica<sup>89</sup> de la que Severino Aznar fue uno de los máximos representantes desde su posición en el INP, así como director del Instituto Bames de Sociología,

---

<sup>87</sup> *Idem*, p. 57.

<sup>88</sup> Agustín Aznar Gerner fue director honorario de la revista *Ser*, de ahí su mención.

<sup>89</sup> MOLINERO, Carmen, “La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista”, en *Revista HNiC: historia moderna i contemporània*, nº 4, 2006, pps. 325-326.

Instituto Superior de Investigaciones Científicas en el que realizó numerosos estudios demográficos y sobre la familia.

“La familia es biológicamente necesaria para la sociedad. La garantía de la sociedad es la familia que le proporciona todo el material humano que asegure su conservación y crecimiento. Se funda en los instintos de la naturaleza humana, por un lado el sexual, que asegura su fundación, y el de paternidad y maternidad, que asegura su estabilidad”<sup>90</sup>.

Como solución al problema de la mortalidad infantil, proponía una mayor educación de las madres a la hora de cuidar y criar a sus hijos. Para ello propuso la fundación de Escuelas de Puericultura, Gotas de Leche o Escuelas Domésticas<sup>91</sup>.

Aznar también condenó el trabajo de la mujer en las fábricas y proponía una compensación a la familia obrera por el salario que perdía la madre al no trabajar. Este aspecto era arduamente defendido por la democracia cristiana europea. También hablaba de medidas políticas que eximieran de algunos impuestos a las familias en función del número de hijos, y algún incentivo a las familias de más de cuatro hijos, el coeficiente de natalidad ideal si España quería alcanzar el objetivo de los cuarenta millones de habitantes<sup>92</sup>. En este sentido se insertan las críticas de Aznar al neomalthusianismo o limitación del número de hijos, al que consideraba una verdadera lacra para las sociedades. Estos supuestos los materializó en su política de subsidios familiares, que quedó patente en el *Fuero del Trabajo de 1938*.

La culminación de este proceso llegó con la aprobación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en diciembre de 1942, que había formado parte del proyecto de elaborar un “seguro total”. La mujer obrera dejaba de ser el epicentro de la protección social para pasar a formar parte de la entidad familiar. El SOE integró en sí el SM.

Sin embargo, lejos quedó la idea de tender hacia la universalización de un sistema de seguridad social como los que imperaban en el resto de Europa, a tenor de las directrices comandadas por el Plan Beveridge<sup>93</sup>. Este seguro formaba parte, como se ha concretado, del compendio de reformas político-sociales del régimen franquista y se asentó como medida

---

<sup>90</sup> LOZANO, Ester Bódalo, “La política social y familiar en la obra de Severino Aznar”, *Sociología: Revista del Departamento de Sociología da FLUP*, vol. XX, 2010, p. 239.

<sup>91</sup> *Idem*, p. 239.

<sup>92</sup> *Idem*.

<sup>93</sup> El también llamado *Informe Beveridge* antepuso las bases para la consolidación del Estado de Bienestar en Reino Unido en los años cuarenta del siglo XX y el proyecto de creación de los sistemas de Seguridad Social nacionales. La propuesta devino de la mano del economista liberal William Beveridge tras el desastre social que había dejado como herencia la Segunda Guerra Mundial.

legitimadora y paternalista del mismo, aunque su aplicación eficaz no se viralizó hasta tiempo después por la descoordinación con respecto a otras entidades, como las Mutualidades Laborales, los subsidios familiares o la Obra Social 18 de Julio<sup>94</sup>.

“El seguro obligatorio tenía como objetivo la prestación de asistencia sanitaria en el caso de enfermedad, en el caso de maternidad, la indemnización económica en los dos primeros casos, la indemnización para gastos funerarios al fallecer los asegurados y la medicina preventiva”<sup>95</sup>.

El reglamento que lo definía se aprobó en 1943, e implicaba el beneficio social de los productores económicamente débiles –cuya renta no excediera las 9.000 pesetas- y de sus familiares. Del mismo modo, el Estado actuó como medio controlador de la implantación del seguro, y la financiación correría a cargo de entidades privadas que pasaron a denominarse “colaboradoras”. En el terreno de la medicina, hasta 1946 solamente se financiaron prestaciones de medicina social, lo que a partir del 47 se amplió a la atención de las especialidades<sup>96</sup>. Por tanto, se deduce la ineficaz intervención de la economía estatal en cuanto al SOE por la mermada situación de la Hacienda y el contexto de autarquía y racionamiento.

Se basará en un sistema de cotización laboral entre empresarios y trabajadores en el que el Estado solamente se limitaba a algunas prestaciones referidas al seguro de maternidad. Además, la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad fue el organismo que utilizó el Estado para su participación financiera en el SOE, de la misma manera que contribuía en la cooperación de las instituciones de sanidad pública que atendían a la beneficencia y que formaban parte del Auxilio Social o de la Obra Sindical “18 de Julio”, con carácter general. Por tanto, lo privado y lo público se mezclaban, cuando la tendencia en Europa era ir hacia la financiación pública y la cobertura estatal en términos de política socio-protectora.

---

<sup>94</sup> Fundada en 1940, funcionó como un organismo de asistencia sanitaria –médica y hospitalaria- hasta su integración dentro del corpus de la Seguridad Social nacional.

<sup>95</sup> PONS PONS, Jerónia, *Op Cit.*, p. 16.

<sup>96</sup> *Idem*, p.17.

### 3. La revista *Ser*: orígenes y evolución de una publicación médica

La fuente que ha servido de base para la presente investigación ha sido *Ser. Revista Médico-Social*, publicada periódicamente en Madrid por la Delegación Nacional de Sanidad de F.E.T. y de las JONS entre 1942 y 1957. La revista tenía un alcance nacional y nació como soporte para la publicación de las investigaciones médico-científicas y los avances en este ámbito que venían desarrollándose en dicho contexto. El primer número de la revista se publicó en febrero de 1942, y tenía un carácter mensual. Los números revisados se encuadernaron e imprimieron en dos imprentas: *Talleres Gráficos Marsiega* y *Gráficas Sánchez Larra*, ambos en Madrid. El destinatario debió ser principalmente un público perteneciente al mundo de la medicina por el enfoque técnico de los artículos publicados. La elite de la medicina franquista estaba marcando, de alguna manera, las directrices sociales amparándose en la inquebrantable veracidad de la ciencia médica.

El fondo consultado se ubica en el depósito de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. También está disponible en la Biblioteca Nacional de Madrid. Dispone de un total de dieciséis volúmenes que pueden consultarse en la sala de usuarios, de los que se han revisado los que se publicaron en la inmediata posguerra, entre 1942 y 1946, es decir, en el contexto de la autarquía del primer franquismo. Cada volumen es semestral –generalmente-, y cada número de los analizados –uno por mes- tiene entre 70 y 200 páginas aproximadamente. Han sido un total de 56 números, a excepción del 53, que no estaba disponible en el depósito. La distribución de los volúmenes que han sido revisados es la siguiente:

1942	Vol. I (febrero 1942-junio 1942)
	Vol. II (julio 1942-diciembre 1942)
1943	Vol. I (enero 1943-junio 1943)
	Vol. II (julio 1943-diciembre 1943/enero 1944)
1944	Vol. I (febrero 1944-noviembre/diciembre 1944)
1945	Vol. I (enero 1945-a partir de septiembre de 1945 no se especifica el nombre del mes)
1946	Vol. I (sin tapa y sin especificar el nombre del mes. Aparecen los números que van entre el 46 y el 56, faltando el 53)

Tabla I Volúmenes revisados



De modo descriptivo, la portada de cada número presenta la siguiente distribución<sup>97</sup>:

TÍTULO: *Ser. Revista Médico-Social*

ORGANISMO QUE LA PUBLICA: Delegación Nacional de Sanidad de F.E.T y de las JONS

DIRECTOR HONORARIO<sup>98</sup>: Agustín Aznar

DIRECTOR<sup>99</sup>: Alfonso de la Fuente/Manuel Pombo SUBDIRECTOR<sup>100</sup>: Manuel

Pombo/Jesús Laporta

MES o AÑO <sup>101</sup>	LUGAR DE PUBLICACIÓN/AÑO <sup>102</sup>	NÚMERO
--------------------------	---	--------

Este esquema se repite en cada uno de los números revisados. Después aparecen los distintos apartados que componen la publicación. El primero es el de “Consigna”, que sirve de preámbulo introductorio al resto de artículos. En este apartado suelen aparecer escritos del propio director honorario, Agustín Aznar, enaltecendo los valores del Partido y del Movimiento Nacional, o del director –Alfonso de la Fuente-, incluso de otras figuras clave del mundo de la medicina y del falangismo. También aparecen reflexiones en torno a determinadas nociones que iban difundándose en el contexto –aumento demográfico, higiene, moral cristiana, natalidad, familia, raza y eugenesia, etc.-.

A este apartado le siguen los artículos médicos. *Ser* fue una revista que combinaba la publicación de estudios e investigaciones de figuras importantes de la elite médica del franquismo -atendiendo a todas las especialidades- con reportes dedicados a la medicina social, en los que se hablaba, sobre todo, de las fórmulas de previsión, su reglamento y funcionamiento –seguros sociales- y de algunas concreciones en cuanto a organismos de asistencia social como Auxilio Social o la Obra Sindical “18 de Julio”. Cada artículo especifica autor, cargo y especialidad –normalmente- y centro sanitario en el que ejerce el puesto –también normalmente- o se desarrolla el estudio. También incluye la bibliografía utilizado para la

<sup>97</sup> Ver ejemplos de portada en el anexo.

<sup>98</sup> Este cargo presenta los honores de director pero no el poder ejecutivo del mismo.

<sup>99</sup> Hasta el número 46, el que antes era subdirector, Manuel Pombo, pasa a ser director de la revista, sustituyendo al que había copado el cargo hasta entonces, Alfonso de la Fuente.

<sup>100</sup> A partir del número 47 el subdirector será Jesús Laporta.

<sup>101</sup> El año se contabiliza desde el final de la guerra y en números romanos. Por ejemplo, los últimos números revisados -55 y 56- serían del año V. Esta nomenclatura se encuentra a partir del primer volumen del año 1943, correspondiente con el año II de la fundación de la Delegación de Sanidad.

<sup>102</sup> Desde febrero de 1943 el nombre del mes aparece en esta columna junto al lugar de publicación y el año real. A partir de septiembre de 1945 no se especifica el mes.

concepción del mismo. De este modo, la disposición de los estudios publicados podrían clasificarse en dos grandes bloques, uno general sobre el diagnóstico y el tratamiento, a menudo novedoso de diversas enfermedades, y otro sobre salud pública, en los que hay referencias abundantes a las políticas sociales del régimen. En estas últimas, cuya dimensión propagandística es evidente, centraremos nuestro análisis.

Un apartado interesante en la revista es el titulado “Prensa Médica”, en el que comentan diversas referencias de carácter internacional. En los números de los primeros años revisados la mayoría de estas referencias corresponden a especialistas alemanes. A partir de 1945, la mayoría son de especialistas ingleses y estadounidenses. Sin duda, esto vino propiciado por el cambio del contexto internacional, tras la derrota alemana de la Segunda Guerra Mundial. Por el mismo motivo también parecen desaparecer los artículos relacionados con la eugenesia y la raza.

Hacia el final de cada número suele aparecer –no en todos los números revisados- un apartado dedicado a oposiciones y concursos, convocatorias nacionales y vacantes de todas las especialidades. También un último apartado de “Bibliografía”, en el que se concretan títulos publicados recientemente que sirvan de referentes de consulta sobre las especialidades en las que se centran los artículos de dicho número.

Además, todos los números de cada volumen revisado aparecen acompañados de imágenes ilustrativas de lo que se va tratando. La mayoría de las imágenes son de casos clínicos, radiografías, hematomas y enfermos, gracias a las que se representa gráficamente la enfermedad comentada en el estudio. También aparecen gráficas, diagramas e imágenes de escenas cotidianas en hospitales y centros sanitarios –como por ejemplo, de enfermeras con niños-. Junto a las fotografías también aparecen dibujos –sobre todo cuando se trata el tema de la medicina deportiva o la fase de rehabilitación de una enfermedad o postoperatorio- en los que se representa la forma de ejecutar cada movimiento.

Otra serie de imágenes resultan llamativas para el presente estudio. Suelen ser imágenes propagandísticas –que no siguen un orden aparente- de personajes relevantes de la elite médica del franquismo, de los directores de la propia revista, del fundador de Falange - José Antonio Primo de Rivera- e incluso del propio Franco. Estas imágenes aparecen, en la mayoría de los casos, entre cada número dentro de un mismo volumen, acompañando discursos o escritos preliminares de carácter propagandístico o al final de los mismos. Otras imágenes llamativas son las de figuras históricas relevantes del mundo de la medicina o de cuadros que

evocan los ideales difundidos por el régimen. Este último apunte resulta interesante en uno de los números –muy representativo del objetivo del presente trabajo- dedicado íntegramente a la cuestión de la maternología y que se concretará más adelante. Aparecen imágenes, por ejemplo, de vírgenes con el niño como alegorías de los ideales maternales que la dictadura siempre inculcó a las mujeres.

Por último, y normalmente al final de cada artículo, suele aparecer publicidad de fármacos y medicamentos, tratamientos o farmacias de distintas ciudades, aunque la mayoría hacen referencia a establecimientos situados en Madrid.

### **3.1. La medicina y la salud en las delegaciones falangistas.**

El régimen organicista de Franco tuvo como uno de sus pilares el partido FET y de las JONS, cuyas delegaciones atendían a cada uno de los sectores de interés público nacional. Existían las Delegaciones Nacionales de Prensa y Propaganda, de Deportes, de Excautivos, de Excombatientes o del Frente de Juventudes, entre otras. La Delegación Nacional de Sanidad, desde la que se expedía *Ser*, fue una institución heredera de todo el corpus relativo a la medicina, la asistencia social y la previsión. Nació por Decreto el 2 de junio de 1941 con el objetivo de aunar en sí y coordinar los diversos servicios sanitarios dispersos en las Delegaciones Nacionales, entre ellos, la propia Obra Sindical “18 de Julio”. Su reglamento oficial se aprobó el 3 de noviembre de 1942. Se posicionó como única rectora de la Sanidad del Movimiento hasta el Decreto de 20 de julio de 1957, con el que se reestructuraron los servicios de la Secretaría General del Movimiento. Esto implicó la integración de los servicios de la Delegación de Sanidad en el Sindicato Nacional de Sanidad, que pasará a asumir sus funciones<sup>103</sup>.

El otro gran organismo que aparece como referencia en *Ser* es la Obra Sindical “18 de Julio”, creado por el régimen y encargado de la asistencia sanitaria. La Delegación Nacional de Sanidad lo fundó el 9 de octubre de 1940 y dependía íntegramente de la Organización Sindical Española. Originalmente atendió el ámbito de la asistencia hospitalaria, médica y la medicina del trabajo, y después irá evolucionando hasta posicionarse al cargo del sistema

---

<sup>103</sup> Fuente: PARES (Portal de Archivos Españoles). Código Referencia: ES.28005.AGA/1.2.4.1.420// Consulta: 30/10/2019

nacional de Seguridad Social y de la administración del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Funcionó hasta 1971, año en que se integró dentro de la estructura de la Seguridad Social.

En su época inicial, la Obra desarrolló las funciones de llevar a cabo la política sanitaria y social del Movimiento Nacional, y la prestación de asistencia médico-farmacéutica a los productores con mayores carencias. Otras funciones son la higiene del trabajo y los trabajadores, garantizar su asistencia en caso de enfermedad o la intervención del ámbito de la medicina en la organización científica del trabajo, entre otras. Fue un organismo de apoyo fundamental para el desarrollo del seguro de enfermedad, al igual que atendía a otras instituciones de corte asistencial como fue el caso de los Montepíos y Mutualidades Laborales y las Cajas de Empresa. Su organización interna dependía de un organismo nacional –la Jefatura Nacional- del que parten las correspondientes provinciales<sup>104</sup>.

### **3.2. Los médicos del franquismo en *Ser***

Agustín Aznar Gerner fue el director honorario de la revista *Ser* durante los años en los que se publicó. Médico y activista de las milicias falangistas –miembro del Consejo Nacional de FET y de las JONS- fue también voluntario de la División Azul, participando por su compromiso con el nazismo en la Segunda Guerra Mundial. Nació en Madrid en 1911 y era hijo del sociólogo aragonés Severino Aznar Embid, gracias a lo que ejerció una notable presencia en el Instituto Nacional de Previsión. También fue uno de los fundadores del Sindicato Español Universitario (SEU)<sup>105</sup>.

Las fuentes insisten en que durante la guerra civil mantuvo una tensa relación con el Caudillo, lo que incluso lo llevó a acabar encarcelado tras ser acusado de conspirar contra el Jefe Nacional. La pena acabó conmutándose por un año de arresto domiciliario. Al cabo de un tiempo fue rehabilitado y en 1941 nombrado delegado nacional de Salud de FET y de las JONS. Durante la Segunda Guerra Mundial participó en el Frente Oriental para combatir a la Unión Soviética en favor de la Alemania nazi, y regresó a España en 1943. Mantuvo buenas relaciones por su apoyo al nacionalsindicalismo con José Luis Arrese –que por aquel entonces era Ministro Secretario General de FET y de las JONS-.

---

<sup>104</sup> Portal de acceso: PARES; depósito: Archivo General de la Administración, Madrid. Código de referencia: ES.28005.AGA/2.5.3.2.2.771. Consulta: 02/11/2019

<sup>105</sup> REVERTE, Jorge M., “Por qué fueron a Rusia”, en *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 34, 2012, pps. 15-29.

Sus vinculación con el mundo de la medicina lo llevaron a establecer contacto con algunos médicos del nazismo, como fue el caso de Leonardo Conti<sup>106</sup>. Este médico del Tercer Reich pudo influir en los postulados eugenésicos defendidos por el propio Aznar en sus consignas y discursos, sobre todo al tratar la cuestión demográfica y racial, porque fue uno de los diseñadores del programa eutanásico de asesinatos selectivos T4<sup>107</sup>. Este compromiso con la medicina lo posicionó como delegado nacional de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de las JONS y como vocal del Instituto Nacional de Previsión<sup>108</sup>.

El creador de *Ser* y director de la misma –hasta el número 47, de 1946- fue el prestigioso cirujano madrileño Alfonso de la Fuente Chaos, quien gozó de gran influencia profesional y política. Su vínculo con Falange se materializó al ser nombrado Consejero Nacional del Movimiento desde 1943. A partir de 1946 copó el cargo de Director del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo. Quizá se encuentre aquí la razón por la que dejó de ser director de la revista *Ser* en ese mismo año, para pasar a copar su cargo Manuel Pombo, quien había sido subdirector de la misma hasta entonces.

Fue uno de los creadores del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), junto con José Antonio Girón de Velasco, Ministro de Trabajo durante los primeros años del franquismo, político de las filas de la extrema derecha y uno de los primeros en afiliarse a las JONS, herederas de Onésimo Redondo y Ramiro Ledesma Ramos–quien también aparece mencionado en algunos artículo de *Ser*-. Entre 1943 y 1946 ocupó el puesto de Consejero Nacional y en la Organización Sindical como Jefe de la Obra Sindical “18 de Julio”. Junto a las primeras publicaciones de *Ser*, también fue director de *Medicina y Seguridad del Trabajo* y de *Cirugía*<sup>109</sup>.

Manuel Pombo Angulo coparía el cargo de subdirector de *Ser* desde su fundación hasta 1946, cuando sustituyó a De la Fuente como director de la misma. Fue médico de profesión, aunque sus actividades principales fueron el periodismo y la literatura.

---

<sup>106</sup> BRYDAN, David, “Axis Internationalism: Spanish Health Experts and the Nazi “New Europe”, 1939-1945”, en *Contemporary European History*, vol. 25, 2016, pps. 291-311.

<sup>107</sup> BERGEN, Doris L., *War and Genocide: A Concise History of the Holocaust*, Rowman & Littlefield Publishers, 2009, p.128.

<sup>108</sup> ALARÉS LÓPEZ, Gustavo, “Génesis y fortuna de un lobby regional en la España del franquismo: el Colegio de Aragón”, en *Severino Aznar Embid y el Colegio de Aragón (1945-1959). Epistolario*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 2013, pps. 5-35. Véase también SERRALLONGA I URGUIDI, Joan, “El cuento de la regularización sanitaria y asistencial en el régimen franquista: un primera etapa convulsa, 1936-1944”, en *Historia Social*, nº 59, Valencia, Fundación Instituto de Historia Social, 2007, pps. 77-98.

<sup>109</sup> DÍAZ-RUBIO, Manuel, *100 médicos españoles del siglo XX*, Madrid, You & us, 2000. También consulta en *Académicos numerarios del Instituto de España (1938-2004)*, Madrid, Instituto de España, 2005.

### **3.3. Las concepciones sobre la enfermedad, el hombre y la nación en Ser.**

A grandes rasgos, los volúmenes revisados de la revista *Ser* presentan una serie de constantes que se repiten a lo largo de todos los números publicados. El discurso se ajusta desde sus inicios a la propaganda y la educación sanitaria, y es esclarecedor en aras a conocer la concepción de “sujetos pasivos” que la medicina social falangista tuvo con respecto a la población de los primeros años de la posguerra<sup>110</sup>. Fueron momentos cruciales para fijar los postulados del régimen y difundir las prerrogativas de su legitimación. La medicina jugó un papel trascendental en este sentido, pues tenía las claves, desde la irrefutabilidad de su discurso, de proceder al afianzamiento del franquismo y las nociones que tenía en torno a la cuestión social, incluida la de género.

El discurso de *Ser* en este contexto fue eminentemente racial y proeugenésico. La política demográfica y pronatalista estaba a la orden del día y aparece una multitud de estudios y escritos dedicados a la cuestión de la maternología, la puericultura o el cuerpo femenino. Debido a la multiplicidad de temáticas, se ha procedido a la selección de una serie de artículos de la revista que se incluirán en el anexo y que atestiguan las tesis expuestas en el presente trabajo. Por tanto, y debido a la dificultad a la hora de observar una evolución clara en el discurso de la revista durante los años revisados, el análisis va a realizarse en base a los siguientes ejes temáticos: la propaganda, las políticas sociales, la eugenesia y la maternología. Todas ellas dirigidas al mismo fin: diseñar y poner en marcha una política de corte pronatalista, dirigida a incrementar el número de nacimientos y alimentar el viejo sueño imperial, reactualizado en la primera mitad de los años cuarenta.

#### **3.1.1. Propaganda y discurso falangista**

“Nuestra esencia política y nuestra existencia científica en la vida sanitaria la hemos de ir plasmando en esta Revista, cuyo título es a la vez exponente normativo y voluntad indeclinable de presencia adelantada en la vida de España”<sup>111</sup>.

*Ser* se presenta desde el inicio de sus publicaciones como un soporte con la doble finalidad de plasmar en sus páginas la propaganda del régimen y su concepción de la

---

<sup>110</sup> PERDIGUERO-GIL, Enrique, *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Universidad Miguel Hernández, 2015.

<sup>111</sup> *Ser*, vol. I 1942, nº 1, p.68.

enfermedad como problema social. Esto justifica la misión providencial que tenía el propio régimen como responsable de la regeneración de la patria, contaminada por el devenir de los últimos tiempos. Las palabras citadas fueron pronunciadas por el director de *Ser*, Alfonso de la Fuente Chaos, en la consigna del primer número de febrero de 1942.

“Queremos cambiar profundamente la conciencia profesional y la actuación social de aquellos médicos españoles que sólo ven en el enfermo la procura económica o intelectual de su frívola vida” [...] “La Falange quiere que veamos en el enfermo al hombre cuya firmeza habitual ha sido vencida, accidentalmente, por un medio ambienal que le es hostil, y en la enfermedad, no siempre la resultante de un factor infeccioso, hereditario o físico, sino muchas veces el desequilibrio orgánico como lógica consecuencia de un mundo espiritual en crisis”<sup>112</sup>.

Esta es precisamente la concepción que Falange tenía del enfermo, al que veía como una víctima de patógenos externos a los que la medicina debía hacer frente. En las primeras páginas la Sanidad del Movimiento, como base integrante del corpus socio-nacional, debía formar parte del cumplimiento de ese “destino histórico” de recuperación de la patria nacional al que el régimen estaba predestinado.

“A la Medicina, como a todo lo que esencialmente humano, la Falange ha de llevar su sentido espiritual y nacional, fruto de una concepción esencial de la vida”<sup>113</sup>.

Eran palabras del que entonces era Secretario General de FET y de las JONS, José Luis Arrese. La concepción de la enfermedad como “problema social” era evidente. Un problema social al que el Estado tenía la responsabilidad de hacer frente desde sus organismos, aglutinados en Falange.

“El médico, en contacto íntimo y real con el pueblo, ha de ser uno de los servidores de la idea nacional, sintiéndose actor de una empresa trascendente, vanguardia de la lucha por la salvación –la salud- nacional”<sup>114</sup>.

Unas páginas más, José Antonio Girón, Ministro de Trabajo en ese momento y que mantenía estrechos lazos con la Alemania nazi, hablaba en el mismo sentido cuando expone la escasa preocupación del régimen anterior –en este caso el republicano- por el ámbito sanitario.

---

<sup>112</sup> *Idem*, pps. 1 y 2.

<sup>113</sup> *Idem*, p.5.

<sup>114</sup> *Idem*.

Falange trató de justificar su intervención en este ámbito desde la perspectiva de “salvación nacional”, cuyo trasfondo fue el de la difusión de los ideales del régimen.

La misión providencial de regeneración de la patria se aprecia en este discurso:

“Estados que antes que nosotros sintieron, honda, la necesidad de una renovación de las injustas concepciones sociales de hace medio siglo, porque no es toda ella sino una consecuencia del fracaso del Estado Liberal en la solución de los problemas que en el orden económico se plantean a las clases sociales más débiles” [...] “Es indudable que la calidad física influye decisivamente en la capacidad de empresa y en el potencial de esfuerzo de los pueblos” [...] “cuando se profesa la moral falangista de la que es dogma primordial la unidad de los hombres y las clases, es deber hacerla posible con una protección estatal a las zonas débiles que ayude a igualar los desniveles naturales. Una razón de eficacia y un imperativo de justicia son, pues, el móvil de nuestra labor médicosocial. Por interés del mayor rendimiento de cada hombre, que es suma de energías para la Patria, y antes que nada por mandato de una espiritualista concepción de la vida y de la hermandad, preocupa a la Falange la solución del gran problema”<sup>115</sup>.

Cuando Girón habla de “unidad de los hombres y de las clases” hace referencia a otro de los aspectos que caracterizan el primer franquismo: la idea de “unidad”. En la consigna del segundo número del año 1942, publicado en el mes de marzo, se especifica que:

“la Unidad, filosóficamente considerada, es aquella que en sí no tiene división, y con material humano sólo es concebible cuando se establece bajo un principio organizador que no admite disgregaciones en la armonía establecida por la reunión de las partes que superan lo vario” [...] “Para realizar la Unidad son imprescindibles estos tres principios: misión, política e historia”<sup>116</sup>.

Esa idea de unidad debía aplicarse a todos los organismos e instituciones del régimen comandados por los postulados de FET y de las JONS. El objetivo de Falange, en este sentido, fue la unificación de la sanidad de España. La idea de unidad se aplicaba, para empezar, a las propias filas falangistas.

“No podemos concebir la Sanidad como una profesión, sino como una misión, en la que el servicio y el sacrificio han de tener la enorme recompensa de sentirse colaboradores del esfuerzo creador de un Imperio”<sup>117</sup>. Por tanto, bajo el organismo de la Delegación

---

<sup>115</sup> *Idem*, p. 59.

<sup>116</sup> *Idem*, nº 2, p. 3.

<sup>117</sup> AZNAR, Agustín, “La Sanidad como misión”, en *Ser*, Vol. II 1942, nº 6, p. 10.



Nacional iban a integrarse el resto de instituciones que hasta entonces habían gozado de ciertos márgenes de independencia o estaban desarticulados del espectro sanitario del Movimiento: Sección Femenina, Auxilio Social –que dependerá del primero- y la Obra Sindical “18 de Julio”.

El doctor D. José A. Palanca<sup>118</sup>, Director General de Sanidad, enaltece la unidad de la sanidad como único método garante la calidad sanitaria y asistencial que pretenden poner en marcha las instituciones del régimen. Entiende que la “revolución” de la Medicina Social, que concibe, como se ha concretado, la enfermedad como problema social, pasa por:

“Unificar la Sanidad. Agrupar en un solo Ministerio todas las actividades dispersas que andan desperdigadas, y evitar que cuando un señor médico tiene influencia porque asiste a personajes poderosos, se le permita crear pequeñas organizaciones, en las cuales cifra su orgullo y hasta su clientela, con perjuicio de la Sanidad general”<sup>119</sup>.

Con motivo de la conmemoración del 18 de Julio, en la consigna del número 6 de *Ser*, aparece de nuevo la fuerza de la exaltación de los valores del régimen:

“Desde entonces, unidos e inseparables, José Antonio y su Falange, caballeros andantes en la gran Cruzada, predicaban incansables los puntos básicos del Imperio español: Veneración al Dios [...] de los mártires y de los héroes y los santos y del pueblo ingenuo: al Dios Único y Omnipotente de la Cristiandad. Reivindicación de la familia y del Municipio como célula y tejido del Estado; aniquilamiento del capitalismo anónimo; justa distribución de la riqueza; nueva organización del trabajo; feminidad y no feminismo en la mujer; y sobre todas las cosas establecieron el culto a la Patria”<sup>120</sup>.

La exaltación de la Patria, que ya apareció en los primeros números de *Ser*, permanece en el discurso:

“una Patria y una nación así predicaban José Antonio y su Falange, fundiéndolas en un organismo totalitario, armazón del Estado Nacional Sindicalista, en el que los hombres no sean meras unidades anónimas en la masa amorfa o sufragistas encasillados, sino

---

<sup>118</sup> José Alberto Palanca y Martínez fue militar y catedrático de Higiene y Bacteriología de la Facultad de Medicina de Sevilla. Su compromiso con el ejército franquista durante la guerra civil lo elevó a ostentar el cargo de Jefe Nacional de Sanidad con sede en Valladolid. En 1940 obtuvo por concurso de traslado la Cátedra de Higiene de la Universidad Central. Su labor primordial se situó en el ámbito de la higiene y la lucha contra enfermedades infecciosas catalogadas de “tipo social”, como la tuberculosis, el tifus exantémico y el paludismo, que estaban asolando la España del contexto. Consulta en DÍAZ-RUBIO, M., *Médicos españoles del siglo XX. Segunda serie*, Madrid, You & Us, 2003.

<sup>119</sup> A. PALANCA, D. José, “La revolución en Medicina Social”, *Op. Cit.*, p. 11.

<sup>120</sup> *Idem*, vol. II 1942, n° 6, pps. 4 y 5.

células del organismo social con función propia, sólo subordinada a la específica de nuestro destino histórico”<sup>121</sup>.

Sin embargo, a partir de los volúmenes de 1943 y hasta 1946 –incluido- no se hace tan imprescindible en el discurso la exaltación de los valores nacionales. El motivo de esta sutil evolución pudo ser el afianzamiento del régimen. A partir de 1943 aparecen numerosos artículos tratando el tema del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que estaba implantándose en ese contexto. El ideal de unidad nacional incluía la formación de una entidad superior que aglutinase el resto de fórmulas de previsión existentes antes de la instauración del régimen franquista. Uno de ellos fue el Seguro de Obligatorio de Maternidad, que en este momento pasó a formar parte del SOE. Tan apenas aparecen estudios en torno al SM, lo que pudo deberse a la difusión de la defensa de la entidad familiar como uno de los ejes de la patria. La maternidad y la madre-social dejaban de ser núcleo del discurso en pro de la natalidad para dar paso a la defensa del valor de la familia.

Por tanto, *Ser* fue uno más de los instrumentos a través de los que las elites del franquismo, en este caso de la medicina falangista, marcaban las directrices de la política médico-social y en general, los intereses del régimen. Porque aparte de proceder del mundo de la medicina, prácticamente todos los autores de los artículos y discursos de *Ser* fueron militantes de Falange, seguidores de José Antonio Primo de Rivera, y habían participado en la guerra civil a favor de la sublevación. Los puestos de relevancia en cuanto a Sanidad se refiere fueron copados por estas gentes, cuyos orígenes y su aparente fidelidad al falangismo los posicionaron como garantes de primera del afianzamiento del régimen en sus primeros años. La potencia de los discursos y de las imágenes evoca esa defensa a ultranza de la patria, la familia y la unidad, bajo un claro talante providencialista y religioso de recuperación de las glorias del pasado.

Un último aspecto de tipo formal que resulta interesante es la numeración que aparece en algunas portadas de número. A partir del segundo volumen del año 1943 el año se representa en números romanos, y parece contabilizarse desde la fundación de la Delegación Nacional de Falange tras el Decreto del 2 de junio de 1941, aunque este aspecto no está del todo claro. En este caso, el año 1943 corresponde con el año II, y por ejemplo, 1946 con el año V<sup>122</sup>. Por tanto, sería muestra de una evidente identificación con la dictadura de Franco y sus organismos, como no podía ser de otra forma en una publicación falangista.

---

<sup>121</sup> *Idem*, p. 6.

<sup>122</sup> Véase anexo figuras 1, 2.

### 3.1.2. Las políticas sociales del régimen: seguros y organizaciones.

Otra de las constantes que aparece en los volúmenes revisados es la política social. La idea de unidad de la sanidad en un organismo de carácter universal –expuesto en el apartado anterior– aparece de manera remarcable en los numerosos artículos dedicados al Seguro Obligatorio de Enfermedad que se aprobará en diciembre de 1942. Antes de su aprobación, encontramos referencias a la necesidad del mismo, la justificación de dicha necesidad y proposiciones de elaboración que aparecen en los volúmenes del año 42.

“Hoy nuevamente repetimos que lo español es crear una medicina social que estudie toda la patología del hombre en cuanto este es productor<sup>123</sup>, haya o no relación de causa a afecto con el trabajo y esté o no comprendida en el horario legal de producción, para lo que pedimos al Excmo. Sr. Ministro de Trabajo [-se refiere al José Antonio Girón-] la creación de un único seguro sanitario que indemnice al trabajador todos los riesgos económicos como consecuencia de haber perdido su capacidad de trabajo”<sup>124</sup>.

José Antonio Girón<sup>125</sup> fue uno de los impulsores del SOE. En su artículo del primer número de *Ser*, de febrero de 1942, expone la necesidad de crear una entidad de carácter universalista dentro del ámbito de la sanidad nacional. Esa era la concepción que de la idea de “unidad” tenía el Movimiento. En este discurso, Girón hace referencia a la Alemania nazi en estos términos:

“Ha sido preciso el advenimiento del régimen Nacionalsocialista alemán para que podamos hallar en los reglamentos médicos una definición, compartida, de la Medicina que rebase la limitada visión, egoísta y pequeña, característica de los viejos estilos”<sup>126</sup>.

Convencido de la superioridad de la raza española, en este discurso justifica la analogía con respecto al modelo alemán como una necesidad contextual y “enseñanza útil”. Lo que Girón establece es que el sistema de sanidad nacional del franquismo se presenta como algo “novedoso” y “único”, con respecto al pasado, y que necesariamente posee caracteres

---

<sup>123</sup> Al obrero se lo calificaba de “productor”, con carácter general, por las connotaciones marxista de la propia palabra de “obrero”.

<sup>124</sup> DE LA FUENTE CHAOS, Alfonso, *Consigna*. “La Obra “18 de Julio” creadora de una Medicina Social en España”, *Ser*, vol. II, nº 18, julio de 1943.

<sup>125</sup> Fue uno de los jerarcas del franquismo. No estuvo relacionado directamente con el mundo de la medicina, aunque sí formó parte indispensable de la política del régimen como Ministro de Trabajo y promotor del incipiente sistema de seguridad social franquista. Véase en MOLINERO, Carme, “La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista”, en *Revista HNiC: historia moderna i contemporània*, nº 4, 2006, pps. 325-326.

<sup>126</sup> GIRÓN, José Antonio, “Aspectos de la política social en el Estado Nacionalsindicalista”, *Ser*, vol. I, nº 1, 1942, p. 58.

compartidos con otros modelos del momento, especialmente con el alemán. La defensa de la protección estatal queda reflejada en el discurso de Girón como otra de las prerrogativas del régimen:

“cuando se profesa la moral falangista de la que es dogma primordial la unidad de los hombres y de las clases, es deber hacerla posible con una protección estatal que ayude a igualar los desniveles naturales”<sup>127</sup>.

Al problema de la disgregación de organismos encargados de la asistencia sanitaria y en aras a mejorar la política de previsión social, el régimen asumía la responsabilidad de crear el SOE y posicionarlo como su obra triunfal y necesaria, aunque de las expectativas a lo que supuso en la realidad hubo un importante abismo. El discurso providencialista y propagandístico del régimen marca las directrices a seguir; al problema del aparente “vacío legal” en términos de previsión social se hace necesaria

“una solución definitiva que la aborde de frente [el Estado], basada no en el eventual auxilio de la crisis, en protecciones parciales, sino en la salvaguardia continua de la salud de cada hombre a lo largo de su ciclo de vida”<sup>128</sup>.

Seguidamente al discurso de Girón aparece un artículo del ya mencionado Dr. J. A. Palanca, en el que exponía la opinión de la Dirección General de Sanidad con respecto a la necesaria implantación del SOE<sup>129</sup>. En este caso se abordan aspectos relacionados con las altas tasas de mortalidad en España para justificar el desarrollo eficaz del SOE. Palanca establece que:

“si en nuestro país no se consigue bajar la mortalidad a los límites de otras naciones europeas es, entre otras razones, porque nuestro sistema de asistencia médica es todavía francamente malo”<sup>130</sup>.

Desde la perspectiva de Palanca, quien era especialista en enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la verdadera plaga nacional, la llamada “peste blanca”, era uno de los motivos fundamentales por los que las tasas de mortalidad no cesaban en su crecimiento. Ante esta realidad, se hacía estrictamente necesaria la implantación de un Seguro de Enfermedad cubierto por la financiación pública del Estado, única entidad capaz de hacer frente a los ingentes gastos ocasionados por el tratamiento de estas enfermedades.

---

<sup>127</sup> *Idem*, p. 59.

<sup>128</sup> *Idem*.

<sup>129</sup> PALANCA, Dr. J. A., “La sanidad oficial y el Seguro de Enfermedad”, *Ser*, vol I, nº 1, 1942, p.60.

<sup>130</sup> *Idem*, p.60.

Por su parte, el Dr. A. Piga<sup>131</sup> hablaba del ideario médico en torno al Seguro Social de Enfermedad. En un principio, parece que la opinión médica con respecto al seguro era un tanto ambivalente en el sentido de que desde la medicina se temía cierta tendencia a la “desprofesionalización”, por el hecho de que se diera el caso de no llegar a cubrir a los más débiles económicamente hablando<sup>132</sup>. Si el Seguro no garantizaba la mejora de las condiciones para toda la sociedad y mínimamente no cubría las cotas de atención sanitaria efectuadas por las instancias asistenciales, aunque lo idóneo sería mejorar las instancias y las condiciones de la asistencia médica, toda la política social caería en saco roto. De ahí esa ambivalencia: o se dejaba lo que estaba, o se mejoraba.

La clase médica era defensora de la garantía de hospitalización por parte del seguro y de una mejora de los centros hospitalarios que fomentase la atención en ellos antes que la domiciliaria. Hasta entonces la atención sanitaria había estado copada casi en su totalidad por la antigua “Beneficencia”, y así lo demuestra el Índice general de la Beneficencia de España, en cuyo resumen del año 1922 –año de celebración de la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad en Barcelona, en la que ya se trató la necesidad de incrementar el número de médicos para alcanzar una hospitalización confortable, adecuando la misma a las necesidades de la población- contabilizó un total de 13.960 centros dedicados a distintas especialidades, de los que 92 correspondían a instituciones de protección a la maternidad, 2.260 a instituciones de protección a la infancia, 2.450 de asistencia a enfermos, 44 a instituciones para “premiar la virtud, el trabajo y la abnegación” –muy en relación con la cuestión de la maternidad concebida en sus términos más biologistas- y 1.344 centros de índole religiosa<sup>133</sup>.

El Dr. Antonio Piga se queja precisamente de que de nada sirven estos datos porque no había vuelto a elaborarse ningún estudio en cuanto al incremento de centros desde entonces

---

<sup>131</sup> Antonio Piga y Pascual fue Catedrático de la Universidad de Madrid y Jefe de Medicina Social de la Obra “18 de Julio”. Obtuvo el doctorado en Medicina y Cirugía en 1904 y fue médico forense de profesión por oposición con el número uno, así como Catedrático de Medicina Legal en Valladolid, Cádiz y Madrid, así como director de la Escuela de Medicina Legal. En 1941 ingresó como Académico de Número en la Real Academia Nacional de Medicina, tras su discurso “La ley de la apetencia tóxica”. Publicó numerosos trabajos de medicina legal, autopsias, toxicologías y antropología criminal. También tiene alguna publicación sobre higiene mental y psiquiatría en conjunto con el médico psiquiatra Antonio Vallejo Nájera. También fue relevante su aportación al ámbito de la Radiología y la Oncología. Sus planteamientos en torno al papel del médico legal en el tratamiento de los cánceres producidos por accidentes de trabajo fueron muy novedosos. En los años anteriores a la guerra había formado parte del estudio de la consecución de un futuro Seguro Obligatorio de Enfermedad. Consulta en “Académicos numerarios del Instituto de España (1938-2004), Instituto de España, Madrid, 2004; MATILLA, V., “Piga Pascual”, *202 biografías académicas*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1987, pps. 233-235.

<sup>132</sup> PIGA, Dr. A., “Ideario médica español sobre el Seguro Social de Enfermedad”, *Ser*, vol. I, nº 1, 1942, p.62.

<sup>133</sup> *Idem*, p. 65.

o la mejora de lo que cubrían dichas instituciones, lo que sería crucial para la elaboración de un Seguro Social de Enfermedad que se ajustase a las necesidades reales y no exclusivamente a atender la miseria, como le correspondía a la Beneficencia pública en sus inicios. A la conclusión a la que llega es que la Beneficencias,

“por su estado actual –sea cualquiera el motivo-, no podrían cumplir totalmente las finalidades del Seguro Social de Enfermedad, pero que “por ser lo único que actualmente se halla organizado” (además de la asistencia privada [...]), tendría el Seguro que recurrir a ellas sin remedio [...], y en condiciones un tanto difíciles por la insuficiencia de recursos y carencia de información que pudieran quedar a merced de la modalidad asistencial del Seguro Obligatorio de Enfermedad”<sup>134</sup>.

Por tanto, cabría la elaboración de un estudio para equiparar las instituciones de Beneficencia ya existentes, aprovecharlas e integrar sus funciones en el Seguro, al tiempo que se deberían tener en consideración las carencias de la Administración Pública en la consecución del mismo.

En la consigna del número 7 de agosto de 1942<sup>135</sup>, cuyo discurso fue expuesto por el director de *Ser*, Alfonso de la Fuente, aparecen referencias a la nueva concepción del régimen franquista sobre la familia como “célula social” indispensable e indivisible. Las interpretaciones de autoras como Ángela Cenarro e Inmaculada Blasco –que ya se han expuesto en la primera parte del trabajo- inciden en la transformación de las nociones de género y ahora la madre se integra en el espectro de la entidad familiar.

Antes del SOE existía el Seguro Obligatorio de Maternidad, el primer seguro en España, y que fue elaborado para mejorar las condiciones de la madre obrera –luego se acogerían al mismo las esposas de los obreros, entre otras-. Fue un seguro independiente que a partir de diciembre de 1942 se integró dentro del SOE. Esto supuso un cambio de paradigma, pues a partir de entonces la madre no iba a considerarse de manera independiente del conjunto familiar. Fue un recurso a través del que se gestionó el retorno al ámbito de la domesticidad que el franquismo le aguardaba a la mujer y su exclusión de la vida pública, dirigido por los jefes del régimen, al tiempo que la clase médica demostraba científicamente lo perjudicial para la mujer del trabajo fuera del hogar.

---

<sup>134</sup> *Idem*, p. 66.

<sup>135</sup> Consigna. “El Estado, las Empresas y los Seguros Sociales”, *Ser*, vol. II, nº 7, agosto de 1942, p. 1.

En esta consigna de 1942 se habla de las empresas y cómo habían solventado las necesidades del trabajador hasta entonces, demostrando las carencias del sistema, por ejemplo, de los primeros seguros como el de Accidentes, por el que el trabajador era indemnizado si podía demostrarse la responsabilidad del patrono<sup>136</sup>. Además, se establece que las empresas creaban cajas privadas aseguradoras para retener a los trabajadores, quienes si cambiaban de trabajo perdían los beneficios. Para solventar estos errores, la política estatal se encamina a la consecución de los Seguros Sociales de carácter público, haciendo mención de Bismarck como pionero en la nacionalización de la política aseguradora<sup>137</sup>, de la que fueron herederos los estados totalitarios, una vez fracasado el Estado Liberal –en el que se había fijado la responsabilidad privada de las empresas a la hora de cubrir a los trabajadores-. Desde esta órbita el franquismo justificaba la necesidad del SOE y la intervención estatal en el mismo. Se aprecia aquí una continuidad, al menos en los ideales y concepciones que alimentaron las políticas sociales, con respecto a las de etapas precedentes. El totalitarismo pareció tener pretensión de subsanar los errores que existieron en la aplicación práctica de dichas políticas sociales, aunque esta concepción es todavía una hipótesis.

“El productor, en cualquier actividad o jerarquía, es para nosotros un eslabón del Estado y cumple un destino patrio, por lo cual es imposible que en España todo lo que se relacione con la vida del trabajador pueda colocarse en manos de empresas particulares. El Estado no puede perder el único vínculo efectivo que le queda para ligar con lazos de sincera afectividad la vida del productor a su destino interno”<sup>138</sup>.

Coincidiendo con la aprobación del SOE, más allá del 14 de diciembre de 1942<sup>139</sup>, el Dr. A. Gómez Jiménez<sup>140</sup> expuso algunos comentarios acerca del seguro. En cuanto al temor de los profesionales de la medicina porque la puesta en vigor del SOE eclipsara su labor sanitaria, se expone que el seguro “aportará un indudable alivio al problema angustioso que plantea la actual sobresaturación profesional”<sup>141</sup>. Y que además acarreará la regulación de la labor profesional y su retribución. En este sentido, puede deducirse que la clase médica temía

---

<sup>136</sup> *Idem*, p. 2.

<sup>137</sup> *Idem*, p. 3.

<sup>138</sup> *Idem*, p. 4.

<sup>139</sup> No se concreta la fecha exacta de la publicación pero por el escrito debió ser inmediatamente después de aprobarse el SOE.

<sup>140</sup> Jefe de la Secretaría Técnica de la Delegación Nacional de Sanidad. También jefe de la Sección de Radiología de la Obra Sindical “18 de Julio”, *Ser*, vol. II, nº 10, noviembre de 1942, p. 88.

<sup>141</sup> *Idem*, p. 88.

experimentar un deterioro de su profesionalidad y sus retribuciones salariales, quizá de otra razón por la que existía animadversión hacia la aprobación del SOE.

El Estado proclama como responsable de la administración y dirigencia del Seguro a la clase médica. Sobre estos supuestos, en el estudio del volumen de 1946, que se menciona unas líneas más abajo, se resume la Orden de 5 de julio de 1945 por la que se resuelven algunas de las disposiciones que afectan al personal facultativo y auxiliar –practicantes, enfermeras y comadronas- perteneciente al SOE. Entre otros asuntos, se establecen las condiciones de los salarios –sin concretar cantidades- que percibirán los facultativos en cuanto al régimen de vacaciones o por enfermedad.

“El personal [...] tendrá derecho a licencia durante el tiempo que dure una enfermedad, debidamente comprobada. En el primer mes disfrutará la totalidad del sueldo o emolumentos; en los dos siguientes, la mitad de los mismos, y en los restantes tendrá sólo derecho a la reserva del puesto”<sup>142</sup>.

Además, de carácter propagandístico, se establece que:

“el Seguro Obligatorio de Enfermedad está inspirado en un principio de justicia social, que es uno de los postulados nacionalsindicalistas, y se hallaba ya preceptuado en nuestro Código programático, el Fuero del Trabajo, en su declaración X. Entraña a su vez un profundo sentido cristiano, ya que pretende igualar ante la enfermedad a las diferentes clases sociales. [...] Pero el médico sabe además el favorable influjo que el Seguro ejerce en la salud de la Patria, al mejorar en alto grado los índices de morbilidad y mortalidad”<sup>143</sup>.

En el volumen del año 1946 vuelve a incidirse en la necesidad del SOE. El Dr. D. Felipe Herrero García<sup>144</sup> escribe los antecedentes del mismo y la situación en España, volviendo a recalcar su imperiosa necesidad<sup>145</sup>. El 11 de noviembre de 1943, tras un estudio de siete meses de los diversos seguros europeos y habiendo enviado varias comisiones a Europa en este sentido, los resultados se recogieron en el proyecto y se publicó el Reglamento del SOE<sup>146</sup>. Herrero describe la situación actual del SOE –en 1946, se entiende- como un proyecto de gran alcance y de mayor ambición que otros existentes en Europa –sin especificar cuáles-, ya que se

---

<sup>142</sup> B.O. nº 195, de 14 de julio de 1945. En *Ser*, “Normas para la mejor aplicación del Seguro de Enfermedad”, Vol. 1946, nº 50, p. 54.

<sup>143</sup> *Ser, Op. Cit.*, vol. II, nº 10, p. 89.

<sup>144</sup> No se ha encontrado registro de su carrera médica

<sup>145</sup> HERRERO GARCÍA, Dr. D. Felipe, “En torno al Seguro de Enfermedad”, en *Ser*, vol. 1946, nº 47.

<sup>146</sup> *Idem*, p. 42.



extiende “a todos los asalariados (sin excluir a los funcionarios de la administración pública, a los trabajadores por cuenta propia y a los del servicio doméstico), con tal de que sus ingresos no rebasen la cifra anual de 9.000 pesetas, inscribiéndose a todos los trabajadores manuales sean cuales sean sus ingresos, lo que supone un progreso con respecto al de muchas naciones”<sup>147</sup>.

El artículo recoge algunas de las quejas de los médicos en cuanto al SOE:

“escasez de retribución o rigidez del método empleado para el pago de servicios. Lentitud en el procedimiento de implantación de la totalidad de los beneficios. Excesos en los trámites burocráticos. Ausencia de tope mínimo en el número de familias que cada médico puede atender. [...] Retardo en la incorporación al Seguro del de Maternidad, con el consiguiente perjuicio para los que lo sirven. [...] Elección caprichosa de los médicos en algunas entidades colaboradoras. Dilación en el desarrollo del plan de Instalaciones Sanitarias, etcétera.”<sup>148</sup>

En relación con esta última queja, en el número 50 de ese mismo año –no aparece especificado el mes de publicación- hay un estudio dedicado, nuevamente, al Seguro de Enfermedad. A raíz de la Orden de 5 de julio de 1945 se procedió a la ejecución del Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad<sup>149</sup>. Para dirigir el proceso se celebró una ponencia a cargo del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, cuyo objetivo fue organizar la construcción de las instalaciones sanitarias, ya de carácter urgente para el ejercicio de 1945. Por tanto, después de más de dos años desde la aprobación del SOE, una de sus prerrogativas, el aumento de los centros hospitalarios, seguía sin una aparente regularización. En el punto “F” del resumen de la Orden<sup>150</sup>, se introduce el término de “entidad colaboradora”<sup>151</sup>, entendida como subsidiaria del establecimiento de nuevas instalaciones de tipo sanitario. Este aspecto hace patente la supuesta debilidad de la Administración pública a la hora de hacer frente a las demandas sanitarias del contexto. Todavía se manifiestan los efectos devastadores que la guerra civil había dejado a nivel estatal, además de que el régimen se hallaba inmerso en el sistema de la autarquía.

---

<sup>147</sup> *Idem*, p. 43.

<sup>148</sup> *Idem.*, p. 44.

<sup>149</sup> B.O. nº 195, *Op. Cit.*, p. 53.

<sup>150</sup> *Idem*, p. 54.

<sup>151</sup> Esas entidades eran los Servicios Sindicales, Cajas de Empresa, Igualatorios, Federaciones, Mutualidades y Compañías, junto a la Caja Nacional del Seguro, entidad estatal constituida en diciembre de 1943 y que se encargaba de la vigilancia de las mismas; *Idem*, p. 54. A la altura de 1946 ya eran más de 200 las entidades colaboradoras con el Seguro; HERRERO GARCÍA, Dr. D. Felipe, *Op. Cit.*, p. 43.

Por tanto, nos encontramos con un Seguro de Enfermedad todavía ávido de reformas a la altura de 1946, a pesar de que había sido aprobado cuatro años antes. Las disposiciones del mismo y su reglamento serán constantemente remodelados en aras a cubrir todas y cada una de las necesidades de la población. A partir del año 1946 *Ser* dedicará una sección para publicar el reglamento del propio SOE con el objetivo de que la clase médica estuviese al día de las variaciones que iba sufriendo<sup>152</sup>.

En los últimos números revisados del volumen de 1946, correspondientes con el 55-56, se incluye un extenso artículo en torno a los problemas médicos del Seguro de Enfermedad<sup>153</sup>. Parece ser que conforme avanzaba el primer franquismo la política social se encontraba con mayores dificultades en la consecución de sus objetivos. Era un contexto de autarquía política y económica mermado por la posguerra, el hambre y las enfermedades infecciosas que asolaban a la población. Este hecho, que colapsaba el funcionamiento del sistema sanitario en general, junto con las irregularidades y las incompetencias entre entidades colaboradoras, la Caja Nacional y el personal facultativo y auxiliar, eran el principal problema con el que se encontró el SOE desde su aprobación en 1942.

Por tanto, se observa que el discurso evolucionó de una clara defensa de la necesidad del Seguro Obligatorio de Enfermedad antes de su aprobación y durante los primeros meses después de la misma por parte de la clase médica, a una crítica del mismo hacia los artículos del último volumen y un discurso que se ajustaba más a las necesidades de la sanidad y el propio seguro que a la propaganda del régimen. En este sentido, las críticas se hacían desde la perspectiva de la clase médica, sin tratar en profundidad las razones de la desprotección de las personas aseguradas.

El otro gran organismo asistencial que aparece en algunos apartados de *Ser* es la Obra Sindical “18 de Julio”. En el primer volumen del año 1942, el Dr. Agustín Castro Cabrera<sup>154</sup> establece que “en su primer año de existencia se presenta como una gigantesca promesa que ha de llevar a millones de españoles la garantía de una perfecta asistencia en su enfermedad, al tiempo que la seguridad de una inquieta vigilancia sanitaria en bien de la conservación de la salud, poniéndoles a su alcance los modernos recursos de la Medicina preventiva”<sup>155</sup>. En este sentido, el texto aparece acompañado de imágenes que ilustran lo expuesto por Castro Cabrera,

---

<sup>152</sup> Véase anexo figuras 6, 7 y 8.

<sup>153</sup> “El Seguro de Enfermedad. Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad. Tres problemas médicos”, en *Ser*, vol. 1946, números 55-56, pps. 77-91.

<sup>154</sup> Secretario Nacional de la Obra.

<sup>155</sup> CASTRO CABRERA, Dr. Agustín, “A manera de prólogo”, en *Ser*, vol. I, nº 2, marzo de 1942, p.106.

quien, desde su posición de Secretario de la Obra, habla en defensa de la misma y de sus logros<sup>156</sup>.

La propaganda es inequívocamente potente en este apartado. El discurso habla de “seguridad” y “prevención”, dos términos que acabarán integrándose en los escritos en defensa de la necesidad de un seguro de enfermedad de carácter universal, tal y como se observó en líneas posteriores, y que desde la Obra se potenció.

Hacia el final del artículo habla de los servicios de nueva creación de Puericultura y Maternología llevados a cabo por la Obra Sindical. Resulta interesante en la medida en que introduce lo que se tratará en los siguientes apartados cuando establece que “han de influir favorablemente (influyen ya) en el índice demográfico, haciendo que aumente el número de españoles, ya que creemos, con Ramiro Ledesma Ramos<sup>157</sup>, en su “Discurso a las Juventudes de España”, que:

“sólo puede comenzarse seriamente a pensar en la grandeza de España, y sólo esa grandeza es efectivamente posible, cuando su población se haya, cuando menos, duplicado”<sup>158</sup>.

La política social iba encaminada también a incentivar un aumento demográfico a tenor de la concepción de que cuanto mayor fuese la población de una nación, mayor sería su potencial político y económico. Por tanto, y como se verá más adelante, la política pronatalista y de protección a la madre y al niño llevaba aparejada la consecución de este objetivo, considerado de primer orden durante la posguerra.

De hecho, los datos de carácter nacional que aparecen en las siguientes páginas –que fueron recogidos del ejercicio de 1941- demuestran un aumento progresivo de, por ejemplo, los servicios auxiliares de medicina, cirugía y partos entre el mes de mayo y el de diciembre. Se pasa de una cantidad de 12.482 en el mes de mayo a 20.535 en diciembre, con un total de 141.221 asistencias<sup>159</sup>. Esto demuestra la progresiva ampliación de los servicios asistenciales de la Obra, el aumento de los beneficiarios de la misma y quizá, la mejora de los servicios, que cada vez tuvieron un alcance mayor. Incluso podría hablarse de incremento de la natalidad –aunque los datos en cuanto a partos no aparecen desglosados del resto-, de las incidencias en el

---

<sup>156</sup> Véase anexo figuras 9 y 10.

<sup>157</sup> Fue una figura política muy influyente en la articulación del fascismo español, y junto con Onésimo Redondo, fundador de las JONS (Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista) en 1931. Consulta en GALLEGO, Ferran, *Ramiro Ledesma Ramos y el fascismo español*, Madrid, Editorial Síntesis, 2005.

<sup>158</sup> *Idem*, p. 108.

<sup>159</sup> *Idem*, 109. Véase anexo figuras 11,12 y 13.

propio parto y por tanto la mayor necesidad de asistirlos, o bien, el aumento del uso de las instalaciones médico-sanitarias de la Obra en detrimento de los partos asistidos en el domicilio.

En otro artículo dedicado a la Obra del mismo número que acaba de analizarse, aparecen más datos que reflejan ese progresivo aumento de su labor asistencial. Se corresponden nuevamente al ejercicio de 1941, y en este caso, en Almería<sup>160</sup>. Los servicios prestados en domicilio fueron un total de 19.626, frente a los 74.597 prestados en clínica, lo que demuestra ese aumento de la asistencia médica en centros especializados<sup>161</sup>. El servicio de maternidad cubrió un total de 2.249 asistencias, de las que aproximadamente la mitad fueron visitas de comadronas a puérperas a sus domicilios. Los partos distócicos –aquellos que requieren atención médica especializada por las dificultades que presentan o la excesiva prolongación del parto en sí<sup>162</sup>- asistidos en clínicas fueron un total de 20, frente a los partos normales o eutócicos asistidos en domicilio -197 en total-.

También aparecen algunos diagramas del mismo ejercicio de 1941 que representan los porcentajes de servicios prestados en las clínicas (un total de 89.094/80,985%), frente a los prestados en domicilio (20.920/19,015%). Los servicios médicos fueron un total de 61.114 (59,187%) y los de auxiliares –practicantes y comadronas- de 44.900 (40,812%)<sup>163</sup>. Como producto de la cada vez más plausible atención médica para madres, niños y enfermos, se incentivó la implantación progresiva de clínicas, centros asistenciales y hospitales, en los que trabajaban profesionales del sector de la medicina y a los que la población acabó recurriendo en mayor medida frente a la asistencia domiciliaria. Resulta curiosa la progresiva pérdida de funciones de los facultativos auxiliares, principalmente las comadronas, que hasta entonces habían sido las máximas representantes del saber obstétrico de la época. Durante el siglo XX hubo un proceso de acaparamiento por parte de la clase médica de dichas funciones, además de fomentarse el uso de las instalaciones sanitarias que el Estado ponía al servicio de la población. Es el proceso de “profesionalización” de la medicina y de intervención estatal en un ámbito que hasta entonces había funcionado de manera más o menos independiente<sup>164</sup>.

Otro de los gráficos muestra el aumento del número de familias beneficiarias del Servicio de Asistencia Médica Sindical en Almería en ese mismo año. Se pasó de un total de

---

<sup>160</sup> CASTRO CABRERA, Dr. Agustín, “La Obra “18 de Julio” en Almería. Preámbulo, en Ser, *Op. Cit.*, pps. 99-103.

<sup>161</sup> *Idem*, p. 99. Véase anexo figura 14.

<sup>162</sup> Estos partos pueden tener un origen materno, fetal o relacionado con los anejos fetales (placenta, cordón umbilical o líquido amniótico).

<sup>163</sup> CASTRO CABRERA, Dr. Agustín, *Op. Cit.*, p. 102. Véase anexo figura 15.

<sup>164</sup> FRANCO RUBIO, Gloria A. (ed.), *Op. Cit.*

821 a 2.465 a finales de año<sup>165</sup>. Estos datos confirman, nuevamente, el aumento de estos servicios entre la población, la ampliación y la mejora de la calidad de los mismos.

Aparte de apuntar la evolución de los servicios de la Obra Sindical en sus primeros momentos, resulta interesante analizar un artículo concreto dedicado a la labor sanitario-social de otro de los organismos asistenciales de mayor peso del primer franquismo: Sección Femenina<sup>166</sup>. En este caso, SF se declara como “organismo de ayuda” y no de “acaparación” de las funciones que considera que pertenecen a otras instituciones:

“como en las demás actividades, no quiere la Sección Femenina ocupar en Sanidad puestos directores y preeminentes, sino puestos de ayuda silenciosa, de colaboración abnegada, de tarea callada y eficaz”<sup>167</sup>.

El 16 de abril de 1937, al calor de la guerra, se fundó el Cuerpo de Enfermeras de FET y de las JONS, divididas en “Visitadoras” y “Guardadoras” y distribuidas entre Auxilio Social –que tras el Decreto de Unificación de ese mismo año había pasado a ser una rama más de SF-, Organizaciones Juveniles, Guarderías, Jardines maternos, Cocinas dietéticas, Hogares o Escuelas y asistencia domiciliaria con fines de socorro sanitario-social y económico<sup>168</sup>. Desde entonces, la misión que el Caudillo había encomendado a las mujeres del fascismo español era atender los ámbitos a los que el propio Estado no podía llegar; este aspecto había dado lugar a la creación del Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias Rurales, encuadradas dentro del Cuerpo de Enfermeras<sup>169</sup>. Ahora la figura de la enfermera de guerra iba a evolucionar hacia el modelo de enfermera social y asistencial.

En cuanto al Cuerpo de Divulgadoras<sup>170</sup>, se impartían una serie de cursos obligatorios para la formación de las enfermeras –que tenían una duración de 18 meses-. Los datos que

---

<sup>165</sup> CASTRO CABRERA, Dr. Agustín, *Op. Cit.*, p. 103. Véase anexo figura 16.

<sup>166</sup> “Actualidad médica. Labor sanitario-social de la Sección Femenina”, en *Ser*, vol. 1946, nº 54, pps. 34-40. Los organismos asistenciales que tuvieron cierta relevancia durante el franquismo y antes de su asentamiento fueron Auxilio Social y Sección Femenina, que desde el principio se posicionaron como instancias auxiliares en cuanto a la protección de la maternidad y la sanidad pública. Todo lo relacionado con SF y AS ha sido consultado en CENARRO LAGUNAS, Ángela, *La sonrisa de Falange. Auxilio social en la guerra civil y en la posguerra*, Barcelona, Crítica, 2006.

<sup>167</sup> *Idem*, p. 34.

<sup>168</sup> *Idem*, p. 35.

<sup>169</sup> *Idem*.

<sup>170</sup> Formaba parte de la labor de asistencia auxiliar que llevó a cabo Sección Femenina, al igual que Auxilio social, en atención a la maternidad, el cuidado de los hijos o las campañas en pro de la alimentación, las vacunas o la higiene. El Cuerpo de Divulgadoras, perteneciente al Servicio de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social, fue uno de esos espacios de formación para enfermeras e interpretados como organismos de apertura del régimen en los que la mujer encontró una oportunidad de promoción profesional y de participación social. Eran, por tanto, órganos auxiliares de asistencia sanitaria que se han mencionado desde un punto de vista general meramente aclaratorio. Véase en LUCENA, Isabel y RUÍZ SOMAVILLA, María José, “Un espacio para mujeres. El Servicio

aparecen a continuación<sup>171</sup> marcan un claro aumento del número de cursos y de enfermeras capacitadas entre el ejercicio de 1943 y el de 1945. En 1943 se impartieron 17 cursos, formándose un total de 153 facultativas; en 1944 volvieron a ser 17 cursos para 187 enfermeras; en 1945 los cursos ofertados fueron 30 y el total de enfermeras formadas fue de 203. Por tanto, hay una tendencia al alza en la impartición de cursos y, aunque el número de enfermeras vaya en aumento, el porcentaje diferencial no dista demasiado entre 1943 y 1945. Esto pudo deberse a la distribución de las especialistas en otras entidades, igualmente dependientes de la Delegación de Sanidad, y en otras especialidades que necesitaran una mayor atención. También pudo deberse a un incremento de la eficacia de las clínicas asistenciales y los centros hospitalarios en el medio rural, que hizo menos necesaria la presencia de las enfermeras visitadoras.

Esto queda reflejado en los datos sobre la formación de divulgadoras sanitario-rurales entre los años 1940 y 1945. En ese periodo decreció notablemente tanto el número de cursos ofertados como el de enfermeras formadas. En 1940 se impartieron 47 cursos y se formaron 1.260 enfermeras; en el año 1941 hubo un aumento (de 47 a 72 cursos y de 1.260 formadas a 1.615). A partir de 1942 se inicia el descenso –año en el que además se aprueba el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que entre sus prerrogativas estaba la promoción de un plan de construcción de centros hospitalarios e instalaciones sanitarias-, hasta que en 1945 se impartieron 20 cursos y se formaron un total de 303 enfermeras. Por tanto, la presencia de estas profesionales de SF en el medio rural fue decayendo conforme avanzaba el franquismo, a favor de las clínicas asistenciales y la atención médico-sanitaria, en detrimento de la de carácter auxiliar.

Sección Femenina se posicionó como un instrumento interventor entre el Estado y la población, sobre todo la rural. Su función era procurar que aumentase la población adscrita a las “Leyes Sociales” que el Estado ponía a su disposición –seguros y subsidios<sup>172</sup>-, en estrecha colaboración con la clase médica, la escuela, desde una perspectiva educativa, y la religión, en cuanto a formación religiosa. SF reunía y difundía, por tanto, el corpus ideológico del régimen en todos sus aspectos, incluidos los de género. Marcar las directrices de la educación de las

---

de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social en el primer franquismo”, en *Historia social*, nº 39, 2001, pps. 67-86.

<sup>171</sup> Véase anexo figura 17.

<sup>172</sup> *Idem*, p.36.

mujeres fue clave para la difusión y perpetuación del modelo de mujer ideal propugnado por el franquismo y que se trató en el primer apartado del trabajo.

Los siguientes datos muestran la cantidad de enfermeras en activo que prestan servicio al Estado, a FET y de las JONS o a centros particulares. Dependientes del Partido, es decir, de los organismos de Obra “18 de Julio”, Frente de Juventudes, Auxilio Social y Sección Femenina, había un total de 1.128. Más de la mitad trabajaban en SF (694)<sup>173</sup>. Las que prestan servicios al Estado –las más numerosas trabajan en los servicios de la Lucha Antituberculosa (194), seguido de los servicios de Puericultura (151)- son un total de 1.926, incluyéndose aquí las enfermeras que trabajaban en centros particulares (114)<sup>174</sup>.

Los datos revelan, por un lado, que la cifra de enfermeras que trabajaban para las entidades gestionadas por el Estado era mayor que la de aquellas que trabajaban para los organismos asistenciales de FET. Una vez más se observa el progresivo crecimiento de la utilización de la población de la asistencia médico-sanitaria pública, porque el país iba encaminado hacia la consecución de un, todavía imberbe, sistema nacional de seguridad social. Por otro lado, que en los ámbitos a los que el Estado estaba destinando mayores esfuerzos eran las enfermedades infecciosas, especialmente la tuberculosis, que asolaban la población de la posguerra, y el ámbito de la Puericultura, con el objetivo de incentivar el crecimiento demográfico y solventar los graves problemas de mortalidad infantil.

Sobre este último aspecto –mortalidad infantil- aparecen datos que demuestran la labor sanitario-social de SF desde el año 1940 hasta agosto de 1945<sup>175</sup>. En 1940 hubo 5.237 visitas a niños, mientras que al año siguiente la cifra se multiplicó casi por diez hasta alcanzar las 427.070 visitas; el año que más visitas se realizaron fue 1944 (con 1.021.022), decreciendo la cifra en el ejercicio de 1945 (quizá porque no se contabilizan las de todo el año sino solamente las efectuadas hasta el mes de agosto). Hasta 1941 no se realizaron charlas de enseñanza a madres –otra de las prerrogativas de SF-, entendiéndose que en esas charlas se divulgaban conocimientos sobre puericultura, higiene y obstetricia. El año que más charlas se hicieron fue 1943, con un total de 390.820.

Otro de los servicios contra la mortalidad infantil fue la atención a niños con ropas y medicamentos. En 1940 se registraron 5.421 servicios –probablemente se deba a la reciente

---

<sup>173</sup> *Idem.*

<sup>174</sup> *Idem.* Véase anexo figura 18.

<sup>175</sup> Véase anexo figura 18.

remodelación de las funciones de SF después de la guerra, desarrollando la faceta sanitario-social y asistencial-, mientras que para el año siguiente ya fueron 170.493. El año que más servicios quedaron registrados fue en 1944, con 580.263. El total absoluto de servicios prestados por SF entre 1940 y agosto de 1945 fue de 8.533.122, para una población que ya superaba los 26 millones de habitantes en 1945<sup>176</sup>.

Aparte de la atención primaria a los niños enfermos y no enfermos, las labores de higiene y de promoción de la misma de la SF en el medio rural, quedaron registradas de la misma manera. Entre enero y agosto de 1945, ambos incluidos, hubo un total de 2.621 enfermeras movilizadas para esta misión, 1.258 pueblos en los que se realizó la campaña de higiene, 106.464 visitas realizadas y 24.126 viviendas atendidas<sup>177</sup>. Un ejemplo de intervención se encuentra en Ciudad Real, donde:

“la Divulgadora de Miguelturra ha conseguido la limpieza de un pozo que existía en una casa de vecindad y constituía un foco de infección”<sup>178</sup>.

Otras campañas realizadas por SF fueron las de vacunación de enfermedades como la difteria<sup>179</sup> entre los años 1941 y 1945. Se movilizaron un total de 6.454 enfermeras que procedieron a la vacunación de 243.293 niños afectados en la capital y 672.932 en el medio rural<sup>180</sup>. Los resultados registrados demuestran el descenso de la mortalidad infantil gracias a estas campañas. El año que más fallecidos se registraron fue 1940, con un total de 4.022; a partir de 1941, momento de comienzo de la campaña, las cifras disminuyen de manera progresiva hasta que en 1942 se registran 958 fallecidos<sup>181</sup>.

---

<sup>176</sup> Fondo documental de 1941 a 1950 del Instituto Nacional de Estadística. Consulta online 06/11/2019.

<sup>177</sup> “Actualidad médica. Labor sanitariosocial de la Sección Femenina”, *Op. Cit.*, p. 38.

<sup>178</sup> *Idem*, p. 37.

<sup>179</sup> Enfermedad infecciosa provocada por una bacteria que afecta a la garganta y las amígdalas produciendo el bloqueo de las vías respiratorias. Muchas veces la no prevención de la misma puede llegar a producir la muerte del enfermo.

<sup>180</sup> “Actualidad médica. Labor sanitariosocial de la Sección Femenina”, *Op. Cit.*, p.39.

<sup>181</sup> Véase anexo figura 19.



### 3.1.3. Eugenesia, demografía y pronatalismo.

La eugenesia en España está íntimamente relacionada con los problemas demográficos. Este apunte se une con el problema de la mortalidad infantil y el incentivo de la natalidad como contrapartida. Ese incentivo de la natalidad se promovió a través de la política pronatalista –las campañas de vacunación e higiene, la mejora de la asistencia sanitaria facultativa y auxiliar- y, por supuesto, gracias a todos los estudios relacionados con la Maternología que dieron lugar a numerosos escritos sobre el embarazo, el parto o la alimentación de los hijos. También se trató la cuestión del aborto, que se analizará a través de algunos artículos desde el punto de vista de la medicina franquista. E incluso aparecen escritos dedicados a la sexualidad y la juventud, el incentivo de la práctica deportiva –otro rasgo más relacionado con la mejora de la calidad de vida de la población- o el cuerpo femenino. Sobre este último aspecto aparecen numerosos ejemplos de casos clínicos y de tratamientos de enfermedades concretas. Si la cuestión era el crecimiento demográfico, todos estos aspectos debían guardar, necesariamente, una estrecha relación.

Por tanto, no se trata de una idea de eugenesia que promueve el exterminio de los individuos considerados inferiores desde un punto de vista biológico en base a sus ideologías, trastornos y deficiencias mentales, tal y como se desarrolló en otros regímenes totalitarios como la Alemania nazi. En España, aparte de algunos escritos ya mencionados del psiquiatra Antonio Vallejo Nájera –quien había demostrado la inferioridad biológica del individuo de ideología marxista como pretexto para su esterilización, propuesta que nunca se llevó a la práctica<sup>182</sup>-, la solución del problema demográfico por medio del incentivo de la natalidad era la base de la cuestión eugenésica.

“En las dos últimas décadas es evidente, pues, la inadecuación que existe entre el elevado nivel científico de la Medicina patria y el deficiente estado sanitario de amplias

---

<sup>182</sup> En el nº 6 de 1942 aparece la referencia a una obra del Dr. C. Fernández Ruiz, un ginecólogo que había tratado cuestiones relacionadas con la eugenesia y la esterilidad. La obra se titula *Eugenesia y esterilidad* y su prólogo fue escrito por Vallejo Nájera. Resulta curiosa su mención porque fue un estudio dirigido a la minoría de especialistas en los problemas demográficos, y elaborado en base a observaciones que Fernández Ruiz llevó a cabo para tratar la mortinatalidad materna y fetal. Se habla de problemas de “Ginecología social”, resumidos en capítulos que tratan el tema del trabajo femenino, la mujer y el tabaco y lo perjudicial para la salud de la madre, alimentación y esterilidad o el alcoholismo. Otras temáticas son el matrimonio, la mujer y el deporte, el papel social de la familia y la cuestión de la mujer-madre y la educación social y prematrimonial. También aborda los peligros del *birth control*, la difusión del Neomalthusianismo y el aborto. Ser, vol II, nº 6, p. 121.

zonas rurales, con la lógica resultante de una deplorable marca en los índices biológico, educativo y demográfico de los españoles”<sup>183</sup>.

En este sentido, las ideas en torno a la política demográfica que puso en marcha el primer franquismo quedan patentes en las primeras páginas de *Ser*.

En primer lugar la cuestión de la higiene. Durante el primer franquismo se pusieron en marcha campañas de prevención de enfermedades, vacunas y de difusión de determinados hábitos higiénicos cuyo trasfondo era el aumento demográfico y la mejora de las condiciones de vida de la población. Aparte de los datos analizados sobre las campañas de higiene promovidas desde Sección Femenina, este aspecto queda demostrado en otros artículos de *Ser* en cuyo discurso se trata el tema de las carencias higiénicas como uno de los problemas sociales más graves del contexto. El Dr. A. Gómez Jiménez<sup>184</sup> hablaba en estos términos:

“apenas produce una ligera desazón en las gentes, la presencia de hechos o de lugares sucios e inmundos, sin que la propia convivencia urbana provoque, frecuentemente, otras reacción, que la de una tolerante indiferencia, de verdadera complicidad colectiva”<sup>185</sup>.

Unas líneas después expone:

“Lamentable, pero real, es la falta de aseo que ofrecen muchas personas, las cuales no pueden aportar ninguna eximente a su censurable abandono, ni siquiera la tan socorrida de la carestía de la vida y de las “circunstancias actuales”, pues lo único que no ha encarecido es el agua. [...] Es el hábito ramplón y la infama formación educativa, los que originan la falta de limpieza”<sup>186</sup>.

Este médico achaca el problema de la higiene en la población a una falta de educación y de prevención en los sectores sociales, sobre todo, más desfavorecidos, cuya consecuencia es la indiferencia con la que la sociedad afronta el problema debido, precisamente, a considerarlo de menor importancia que el hecho de cubrir otras necesidades básicas como la alimentación. En el año 1942 España estaba mermada económicamente por las consecuencias de la guerra; la autarquía obligaba a la población a racionar la alimentación hasta el punto de ser uno de los países de Europa con mayores índices de pauperización del momento.

---

<sup>183</sup> GÓMEZ JIMÉNEZ, Dr. A., “Movimiento Sanitario Nacional. Comentarios”, en *Ser*, vol. I, nº 1, febrero de 1942.

<sup>184</sup> Jefe de la Secretaría Técnica de la Delegación Nacional de Sanidad y radiólogo de la Obra “18 de Julio”.

<sup>185</sup> GÓMEZ JIMÉNEZ, Dr. A., “Movimiento Sanitario Nacional. Comentarios. La ingenuidad y la limpieza”, en *Ser*, vol. II, nº 9, octubre de 1942, p. 100.

<sup>186</sup> *Idem*, p. 101.

Cuando la clase médica habla de “ignorancia” en cuanto a hábitos higiénicos e incluso alimenticios por parte de la población civil, cabría preguntarse si, desde su posición social, empatizaban y eran mínimamente conscientes del contexto de la España de la posguerra. Por tanto, este discurso médico considera a la población un sujeto pasivo, inconsciente e ignorante, y al que hay que “salvar” en aras a cumplir con los objetivos demográficos que el régimen se había propuesto alcanzar. En este sentido, es un discurso clasista, por el hecho de dar la impresión de que la consecución de dichos objetivos era más importante que ajustar los planteamientos médicos a la realidad social de la España de los años cuarenta.

En este discurso, Gómez Jiménez habla también del problema de la higiene en la infancia.

“El índice educativo-moral de la niñez ha descendido gravemente en estos últimos lustros. Grandes causas lo han provocado. Cierto. Pero tal vez convendría sacudir fuertemente la atención de muchos padres, que se han escudado y se escudan cómodamente, en una especie de fatalismo que acarrearán los “tiempos modernos”, y hacen holgar demasiado en sus hijos el respeto y la moral formativa, cuya falla repercute más tarde en la sociedad, con matices de incorrección y hábitos lamentables, no siendo menos deformados, los de carácter de higiene pública”<sup>187</sup>.

Por tanto, alcanzar unos niveles de higiene era una cuestión de intervención pública por parte del Estado a través de los organismos asistenciales y de otras instituciones, porque se une al conjunto de factores indispensables para solventar algunos problemas nacionales, como eran la mortalidad infantil o las enfermedades infecciosas. Este discurso puede interpretarse siguiendo la línea de la “responsabilidad paternal” en torno al cuidado de los hijos. No se habla exclusivamente de las madres, aunque se intuye su incuestionable responsabilidad como garantes de la salud familiar. Unas líneas más abajo Gómez Jiménez defiende la necesaria intervención del ámbito educativo en cuestiones sanitarias e higiénicas pero apunta que:

“seguimos creyendo que siempre serán los padres los más eficaces educadores de sus hijos. [...] El hogar seguirá siendo la máxima escuela educativa de la vida y sobre los rectores del mismo, gravitarán siempre las más elevadas e intransferibles obligaciones”<sup>188</sup>.

---

<sup>187</sup> *Idem*, pp. 101-102.

<sup>188</sup> *Idem*, p. 102.

Publicados en diciembre de 1942 aparecen algunos escritos en torno a estas cuestiones. El Dr. P. de la Peña Regidor<sup>189</sup> expuso tres factores: “que pueden en parte explicar [el] retraso de la natalidad infantil, que son: peligro congénito, alimenticio e infectivo”<sup>190</sup>. Para dar solución a estos problemas, Regidor apunta la necesidad de atender y educar a la madre soltera, recluyéndola en centros penitenciarios durante el periodo de gestación, para “salvar de un peligro a una madre desamparada y a un hijo”<sup>191</sup>, de remodelar las semanas de descanso antes y después del parto para tratar de evitar los partos prematuros, y de educar en cuanto a alimentación maternofilial a la madre para reducir la mortalidad infantil<sup>192</sup>. En este artículo se exponen medidas relacionadas con el ámbito de la maternología y la cuestión de género que se retomarán en el siguiente apartado en mayor profundidad. Del mismo autor aparece otro artículo que trata las mismas cuestiones en el siguiente volumen –de 1943-<sup>193</sup>. En este caso se atiende todo lo relacionado con la figura de la comadrona, su formación y la indispensable colaboración entre esta profesional de la obstetricia y la futura madre para el buen desarrollo del embarazo y el posterior alumbramiento. Este aspecto deja clara la insistencia por parte de la clase médica en la atención a la cuestión de la maternidad como uno de los núcleos clave de la política pronatalista de repoblación.

Además de esta proposición de medidas profilácticas, la consigna del primer volumen de 1943, correspondiente con el número 12 –del mes de enero- aparece titulada como “raza”. En las primeras líneas se expone el ideario que esconde el movimiento eugenésico español del primer franquismo y que se ha expuesto en párrafos anteriores:

“Ante el peligro de la desaparición o la necesidad de poder, todas las naciones del mundo que fueron o son sujeto de la Historia se han dedicado con ahinco en estos últimos tiempos a la elevación del índice demográfico”<sup>194</sup>.

Que el propio director de la revista introduzca el primer número del año 43 con este discurso marca el devenir de los intereses del régimen franquista en estos primeros años de afianzamiento. La cuestión demográfica era, sin duda alguna, de primer orden, de ahí el motivo que ya en el apartado introductorio de uno de los números de *Ser* se trate este aspecto. Sin

---

<sup>189</sup> De la PEÑA REGIDOR, Dr. P., “Algunas medidas médicas sociales para aumentar el factor demográfico”, en *Ser*, nº 11, diciembre de 1942, pps. 86-87.

<sup>190</sup> *Idem*, p. 86.

<sup>191</sup> *Idem*.

<sup>192</sup> *Idem*, pp. 86-87.

<sup>193</sup> Véase anexo figuras 20 y 21.

<sup>194</sup> De la FUENTE, Alfonso, “Consigna. Raza”, en *Ser*, Vol. I, nº 12, enero de 1943, p. 1.

olvidar que “nuestra política demográfica ha de ser netamente española, es decir, católica”<sup>195</sup>.

En la siguiente página De la Fuente expone que:

“sabiendo que la herencia está supeditada a las múltiples combinaciones que surgen entre los “genes” de los progenitores y que las posibilidades de su potencialidad están en relación con la acción unívoca o antagónica del medio ambiental, somos conductistas en tanto actuamos sobre éste para eliminar las causas de morbilidad o degeneración biológica [...] Nuestro porvenir demográfico ha de basarse en una política familiar, porque en España la familia es el vivero físico y espiritual. [...] En sentido médico la política familiar ha de cumplir tres fines primordiales: fomento de la nupcialidad, aumento de la natalidad y disminución de la morbilidad y mortalidad infantil”<sup>196</sup>.

Estos eran los objetivos que, a través de la intervención de la clase médica, tenía el régimen para con la sociedad. La nupcialidad temprana, con el trasfondo de que la mujer pudiese dar a luz cuantas más veces mejor desde los comienzos de su periodo fértil, o la denuncia del neomaltusianismo, con el objeto de extirpar esta corriente del corpus social, como uno de los elementos causantes de la disminución de la natalidad, son ejemplos de propuestas para la consecución de la política demográfica.

Por su parte, en el segundo volumen del año 1943, en el número del mes de julio, aparece un estudio del Dr. Juan J. López Ibor<sup>197</sup> en el que expone una serie de factores genéticos que afectan de forma directa a la política demográfica y que se relacionan con los postulados eugenésicos de la cuestión racial. “Lo que determina la grandeza y la decadencia de un pueblo –se dice- es la calidad biológica de sus habitantes”<sup>198</sup>. Este médico introduce aquí la doctrina de la degeneración que se trató en el primer apartado del trabajo. Establece que en su época se habían disparado los índices de degeneración, con el incesante aumento de “criminales, psicópatas, de enfermos e inválidos”<sup>199</sup>, individuos a los que los médicos eugenistas consideraban inferiores biológicamente.

---

<sup>195</sup> *Idem*.

<sup>196</sup> *Idem*, p. 2. Véase anexo figura 22.

<sup>197</sup> Ex catedrático de Psiquiatría, nombrado en 1940 profesor de esta especialidad en el Instituto Cajal. Es considerado otro de los grandes jerarcas de la Psiquiatría biologicista de la época, junto al propio Vallejo Nájera. Consulta en GONZALEZ DE PABLO, Ángel, “Por la psicopatología hacia Dios: psiquiatría y saber de salvación durante el primer franquismo”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustradam*, nº 37, 2017.

<sup>198</sup> LÓPEZ IBOR, Dr. Juan José, “Factores genéticos en una política de población”, en *Ser*, nº 18, vol II de 1943, pps. 37-44.

<sup>199</sup> *Idem*, p. 38.

El recuento de grupos de degenerados llevado a cabo por esta rama de la medicina psiquiátrica contabilizaba –se entiende que para ese mismo año 1943- 88.000 enfermos de psicosis maníaco-depresiva, 60.000 epilépticos, 170.000 casos de esquizofrenia y 400.000 retrasados mentales<sup>200</sup>. Estas cifras van acompañadas del coste de manutención y asistencia de estos enfermos, que López Ibor calcula en 90.000 camas –que traducido a cantidades monetarias equivaldrían, aproximadamente, a 310 millones de pesetas-<sup>201</sup>. En base a estos datos, Ibor establece que “al puro criterio cuantitativo del aumento de población, se levanta el de la selección”<sup>202</sup>, es decir, parecía alentar en su discurso a la posibilidad de implantar medidas de esterilización en aquellos individuos que, bajo criterios médicos, fuesen necesarias.

Relacionado con este aspecto, Ibor alude a la idea de “higiene racial”, que desde una perspectiva biológica implica la continuidad de una sociedad a través de la herencia, por lo que la acción del medio –determinada también por el entorno cultural- influye en la transmisión de dicha herencia a la descendencia<sup>203</sup>. No es casualidad que en medio de la campaña de política de repoblación del franquismo aparezcan este tipo de artículos médicos en los que se intuye una aparente intención de introducir criterios de selección –aunque no especifica en qué medida- cuando López Ibor habla de que:

“la eugenésica cualitativa y selectiva, al viejo modo de Galton, exige indómitamente el aumento en la procreación de los estratos sociales de gran valor biológico y la esterilidad en los estratos inferiores”<sup>204</sup>.

Si se tiene en cuenta el contexto europeo, la Alemania nazi llevaba más de quince años promoviendo los programas eutanásicos, tal y como se concretó en el primer apartado del trabajo.

Sin embargo, los datos ilustran que en la realidad ocurre lo contrario, en base a los datos que utilizan para fundamentar sus propuestas: los criminales delincuentes tienen una media de 4,9 hijos; los padres de hijos retrasados, 4,4; las familias “normales” un 2,2; y las familias “elevadas” 1,9. Por tanto, las familias que Ibor cataloga de “elevadas”, es decir, de mayor poder adquisitivo, presentan una tendencia bifilial -2 hijos por matrimonio-<sup>205</sup>. Ante estos resultados llega a la determinación de si se deben a que los considerados “degenerados”

---

<sup>200</sup> *Idem.*

<sup>201</sup> *Idem.*

<sup>202</sup> *Idem.*

<sup>203</sup> *Idem*, p. 39.

<sup>204</sup> *Idem.*

<sup>205</sup> *Idem.*

poseen mayores niveles de fertilidad. A pesar de que algunos tipos de “anormales” sí podrían presentar índices ligeramente mayores de fecundidad, lo cierto es que la tasa de mortalidad infantil entre estos individuos es mayor (34,5% frente al 23,2% del grupo normal)<sup>206</sup>.

Ibor también expone las posibles causas de mayor esterilidad en los estratos sociales más elevados.

“Aquí no son los factores biológicos los que presiden el curso de los fenómenos. [...] En esta pobre procreación [...] como motivos tenemos: el deseo egoísta del placer, el cariño demasiado alambicado por los hijos ya existentes, el sentimiento de responsabilidad individual por el porvenir económico de la descendencia, el miedo a la disgregación de bienes de fortuna, el cuidado corporal de la mujer que se transforma en “dama”, el incremento de las concupiscencias vitales frente a las necesidades vitales, el deseo de mantener el mismo nivel de vida, etc.”<sup>207</sup>.

Esto respalda la teoría que sostiene la influencia del plano cultural e ideológico de clase en el porvenir de la población, aunque sorprende la visión proselitista del discurso de Ibor, que establece como ideal de perfección social la forma de vida de la “clase aristocrática”. Este discurso reproduce la utopía de jerarquía social del régimen de Franco, que se asocia precisamente a la imposición como modelo ideal para la sociedad del nivel vital de esos sectores que desde el principio apoyaron la causa sublevada. Sin embargo, el contexto no favorecía este discurso por los cambios sociales sucedidos en la primera década del siglo XX y que no podían pasarse por alto –mejoras sociales para la clase obrera, para la mujer, etc.-.

A tenor de lo anterior, Ibor expone algunos argumentos sobre la esterilización forzada de los “anormales”, dando la impresión de que por un lado es partidario de medidas esterilizadoras y por otro contrario a las mismas, ya que establece que es una forma de eugenesia negativa que además, a la larga, no sería del todo efectiva al menos a corto plazo –se necesitarían hasta 9 generaciones, es decir, 300 años para extirpar la degeneración social<sup>208</sup>. Sin embargo, habla también de medidas eugenésicas positivas como la protección de las familias numerosas, el subsidio familiar o los premios de nupcialidad y natalidad, algunas de las cuales ya eran palpables en la política social del régimen franquista<sup>209</sup>.

---

<sup>206</sup> *Idem*, p.40.

<sup>207</sup> *Idem*, pp. 40-41.

<sup>208</sup> *Idem*, p. 43.

<sup>209</sup> *Idem*, p. 44.

### 3.1.4. Cuestión de género: maternología y puericultura.

“Hacer sentir a la mujer la belleza incomparable de la maternidad, suprema razón de la existencia femenina; exigencia de una vigilancia periódica en el embarazo: persecución obstinada y dura en la práctica del aborto; reglamento del trabajo en la mujer, haciendo obligado el descanso antes y después del parto; asistencial sanatorial en las distocias patológicas y sociales; y divulgar en la ciudad que la belleza femenina alcanza su plenitud cuando en sus entrañas sienten las caricias primeras del nuevo ser, constituyen lo fundamental de nuestra misión en este aspecto”<sup>210</sup>.

Este discurso del director de *Ser* introduce las nociones en torno a la maternidad y la cuestión de género difundidas por el franquismo desde sus inicios. Debido a la multitud de artículos y estudios relacionados con el género femenino –especialmente de la maternidad- se procederá al análisis de una selección de los mismos en los que se encuentren evidencias de las tesis defendidas en este trabajo. La cuestión de la maternidad se trató en las esferas de la jerarquía médica del franquismo, cuyo trasfondo fue, una vez más, la política demográfica de incentivación de la natalidad y de prevención de la morbilidad infantil.

Las preocupaciones de la clase médica sobre estas cuestiones se dirigían hacia diversos ámbitos: el Seguro de Maternidad y la actuación de las organizaciones asistenciales; la atención a embarazos, partos y tratamientos de algunas enfermedades que afectaban al cuerpo de la mujer; la crianza, alimentación y asuntos relacionados con la Puericultura; y a la erradicación de la práctica del aborto, aparte de los cuidados corporales necesarios durante todo el proceso. Todo lo relacionado con la maternología, la ciencia que envolvía los cauces de la maternidad, era una prioridad en el contexto del primer franquismo si la pretensión era el aumento demográfico y la disminución de los índices de mortalidad maternofilial. La medicina era consciente de que el bienestar de la población pasaba necesariamente por atender estas cuestiones, y de ello queda constancia en la revista *Ser*.

El primer número del primer volumen del año 1943, publicado en enero, aborda estos aspectos de forma íntegra, aunando varios artículos dedicados a esas preocupaciones mencionadas líneas más arriba. El Dr. Antonio Piga<sup>211</sup>, al que ya se hizo referencia en apartados anteriores, expone una serie de argumentos en torno a la política demográfica del régimen. Habla de la eugenesia y establece que es una ciencia que promueve el control de los

---

<sup>210</sup> De la FUENTE, Alfonso, *Consigna*. “Raza”, en *Ser, Op. Cit.*, p.5.

<sup>211</sup> En el año 1943 ostentaba el cargo de Jefe de la Sección de Medicina Social de la Secretaría Técnica de la Delegación Nacional de Sanidad.



nacimientos, pero que desde la perspectiva fascista este control nunca debería afrontar la personalidad humana, es decir, que no debería sobrepasar la frontera de lo moral o que pudiese en entredicho la vida de un individuo. Estas palabras poseen connotaciones espirituales y religiosas, pues el modelo eugenésico del fascismo –y del régimen de Franco- no podía ser incompatible con la religión católica ni promover medidas de esterilización colectiva o que implicasen el uso de métodos anticonceptivos<sup>212</sup>:

“las medidas políticas concernientes a los fenómenos demográficos no pueden por menos estar en armonía con la actitud tomada por el fascismo frente a la Religión católica”<sup>213</sup>.

En definitiva, abolir cualquier motivo que implicase la limitación voluntaria de los nacimientos, tan perjudicial para la política de repoblación. Este es el argumento sobre el que se asienta la defensa de la maternidad social y el enaltecimiento de la figura de la madre como eje vertebrador de dicha política demográfica y pronatalista.

Siguiendo este hilo argumental, Antonio Piga continua diciendo:

“para la Religión católica el fin principal del matrimonio es el hijo; el Estado no puede razonar de distinto modo; solamente la Religión admite la abstinencia, cosa que la política no prevé”<sup>214</sup>.

Introduciendo el concepto de familia, este médico anuncia el destino que el fascismo guarda para la mujer: los hijos de la patria.

“familia-raza, y la madre moderna, además de sus conocimientos, aún insuficientes, sobre cuestiones de higiene y sanidad, habría de pensar muy seriamente que le corresponde una acción tutelar en la salud psíquico-física de la raza. Dibújanse así unas nuevas facetas de la función maternal en la vida contemporánea”<sup>215</sup>.

En el mismo artículo, Piga ilustra las teorías del contexto en torno al marcado descenso de los matrimonios entre la población de varios países. Queda registrado que en España, de una natalidad del 37,5 por 1.000 en el año 1850, se pasó a una del 29,7 por 1.000 en el ejercicio de

---

<sup>212</sup> PIGA, A., “El amor maternal prenatal y la política de repoblación”, en *Ser*, vol. I, nº 12, enero de 1943, pps. 7-15.

<sup>213</sup> *Idem*, p. 9.

<sup>214</sup> *Idem*.

<sup>215</sup> *Idem*, p. 10.

1929<sup>216</sup>. Ese déficit del porcentaje de natalidad se acusa de la misma forma en otros países europeos como Alemania o Francia<sup>217</sup>.

Las causas de este descenso podían ser de diverso rango. La Iglesia condenaba las prácticas anticonceptivas pero no la eugenesia como tal, siempre que estuviese regida por la moral. La “moral” era, desde su punto de vista, no la prohibición del derecho natural del matrimonio a determinados individuos, sino el consejo en torno a las consecuencias desfavorables para la prole de una nupción sin recursos para garantizar la salud de los hijos. También la práctica del aborto por razones de supervivencia de la madre, no de manera voluntaria<sup>218</sup>.

En este sentido, y desde la perspectiva de la moral religiosa, se justificó la necesidad de potenciar el sentimiento maternal como arma para incentivar el crecimiento de la natalidad.

“El sentimiento maternal no puede considerarse perfecto si no arraiga en el alma de la mujer antes de ser madre, antes de sentir en sus entrañas el fruto de concepción. Ha de amar los hijos antes de que una vida haga palpitar sus entrañas, y con ello será digna del respeto del todo y de cuantos, nos acordamos, precisamente por ello, de que debemos respetar lo que es de la Patria, lo que pertenece al César”<sup>219</sup>.

Unos párrafos después:

“además, necio sería quien no viese claramente la absoluta precisión de adornar la “política de repoblación” con la “política de la familia”. Y entiéndase bien: “política de familia cristiana” [esta era la idea base de la política de repoblación moral a la que hace referencia el propio Piga]. En ésta la “madre” es el símbolo más elevado. En sus manos está en gran parte la grandeza de un pueblo. Cuando la joven virginal ofrece su alma al Señor y alcanza su Divina Gracia hácese merecedora de premios celestiales”<sup>220</sup>.

En este discurso parece permear la unión y canalización, a través de una concepción de la maternidad desde el plano espiritual, de las relaciones del Estado con la Iglesia y del Estado con la medicina. Para salvaguardar esa red de poder, ciencia y religión, el franquismo adopta una posición de conciliación que favorecía ambas esferas: la moral y religiosa – defendiendo este tipo de argumentaciones- y la de la ciencia médica –a través de la potenciación

---

<sup>216</sup> *Idem.*

<sup>217</sup> Véase anexo figura 23.

<sup>218</sup> *Idem.*

<sup>219</sup> *Idem.*

<sup>220</sup> *Idem*, p. 11.

de la profesionalización de la medicina o de la atención médico-sanitaria frente a la auxiliar, entre otros aspectos.

“No solamente ante la religión y la familia, sino también frente a la patria, la maternidad constituye un deber de la mujer. [...] En aquellas que se unen en matrimonio el tener hijos constituye un deber biológico, moral y social. Del mismo modo que el hombre tiene como misión defender la patria, la mujer debe, en la medida de sus posibilidades, darle hijos [...] porque las naciones con muchos hijos son las que triunfan”<sup>221</sup>.

De esta manera quedaban definidos los objetivos del régimen con respecto a la mujer. El Dr. José Botella Llusía<sup>222</sup> expone algunos de los problemas sanitarios a los que la maternología española debía hacer frente. Aparte de defender la necesaria protección de la madre embarazada y el seguimiento correspondiente, establece que “en un sentido más amplio, se necesita también luchar contra la esterilidad y contra el aborto”<sup>223</sup>. Por tanto, quedaba también patente la postura de la medicina con respecto a la cuestión del aborto, muy a tenor de las directrices morales y espirituales del régimen. En los siguientes párrafos se ejemplificará este aspecto con el análisis de algunos estudios.

Botella Llusía apunta que uno de esos problemas a resolver es la todavía escasa costumbre de la mujer embarazada de asistir a las consultas prenatales, otro de los centros que Auxilio Social puso a disposición de la población con el objetivo de proceder a un adecuado seguimiento de los embarazos y el parto posterior. A pesar de estos apuntes, unas páginas más aparece un gráfico en el que se muestra el progresivo aumento de las asistencias efectuadas por Auxilio Social entre 1939 y 1942. Se pasó de poco más de 50.000 vivistas a las más de 60.000

---

<sup>221</sup> BOTELLA LLUSIÁ, DR. D. José, “Problemas actuales de la Maternología en la Obra Nacional Sindicalista del Protección a la Madre y al Niño”, en *Ser*, vol. I, nº 12, enero de 1943, p. 53. En cuanto a la ONPMN, la política demográfica del régimen había sido encomendada a organismos como Auxilio Social, porque una de sus mayores preocupaciones durante la posguerra había sido la elevada tasa de mortalidad infantil. Esta organización disponía del Departamento Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño para cumplir con este objetivo. La Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño tenía tres ramales asistenciales. El servicio de protección a la madre que contaba con Hogares de Embarazadas, Hogares de Madres, Policlínicas y Consultorios de maternología, Colonias de Recuperación y Colonias de Descanso para Madres Trabajadoras. El departamento de protección al niño con familia, que estableció Centros de Alimentación Infantil, Guarderías, Jardines Maternales y Colonias. Y la sección de protección al niño huérfano o abandonado, los Hogares. Consulta en SÁNCHEZ BLANCO, Laura y HERNÁNDEZ HUERTA, José Luis, “La educación de los Hogares de Auxilio Social en el franquismo”, *El largo camino una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación*, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009/ coord. Por REYES BERRUEZO, María, y CONEJERO LÓPEZ, Susana, vol. 2, 2009, pps. 427-438.

<sup>222</sup> Jefe del Negociado de Maternología de la Delegación Nacional de Auxilio Social y Maternólogo de la Obra “18 de Julio”. Era especialista en ginecología y obstetricia y discípulo de Gregorio Marañón. En el momento en que redactó este artículo era profesor adjunto de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Madrid. Años después obtuvo la Cátedra de dicha especialidad en Zaragoza, y posteriormente en Madrid. Consulta en Academia Nacional de Medicina, “Académicos”, 08/11/2019.

<sup>223</sup> BOTELLA LLUSIÁ, DR. D. José, *Op. Cit.*, p. 54.

en el ejercicio de 1941-1942. No es un crecimiento significativo pero sí continuado e ininterrumpido<sup>224</sup>. Otro de los problemas a tratar es el de la alimentación de la embarazada<sup>225</sup>. A este respecto también se han encontrado varios estudios sobre la lactancia y la alimentación durante el embarazo y a posteriori.

La cuestión del parto asistido es otro tema a tratar. Todavía seguía siendo muy reducido, a la altura de 1943, la asistencia a la clínica para dar a luz.

“La razón de ello sería que las mujeres presentan un instintivo temor a dar a luz en una clínica. Este fenómeno espiritual, contra el que la Maternología del Nuevo Estado debe luchar abiertamente, deriva de una doble razón: por una parte, la incultura, el temor infundado; pero por otra parte también, y ésta más razonable y justificada, el ambiente hospitalario, triste y deprimente [...]. Para luchar, pues, en este sentido, hay que crear “Hogares de Maternidad”, con la característica fundamental de ser pequeños y acogedores”<sup>226</sup>.

Por tanto, queda patente una vez más que la costumbre de la población de acudir a los establecimientos que el Estado y sus organismos estaban poniendo a su disposición para proceder a la asistencia médico-sanitaria, todavía se hallaba en un estado imberbe. La costumbre de dar a luz en el hogar, con todas las connotaciones de orden espiritual que llevaba aparejadas, seguía muy arraigada en el corpus social. Aun así, aparece un gráfico en el que se representa el progresivo aumento de parturientas asistidas por mes en las Casas de la Madre de Auxilio Social entre el año 1940 y 1942<sup>227</sup>. Destaca el enorme crecimiento de las asistencias a mitad del ejercicio de 1940, pasándose de menos de 200 a superar las 700. A partir de ahí se observa cómo la atención en estos centros va aumentando, a excepción de algunos meses en los que las asistencias decrecen, aunque no de manera significativa<sup>228</sup>.

Otro aspecto comentado por Botella Llusí es la cuestión del aborto. La preocupación de la medicina vira en torno al tema de los abortos espontáneos o no deseados, en aras a establecer medidas preventivas de atención a este problema. Y por supuesto, la condena absoluta del aborto voluntario o “criminal”, apelando a la necesidad de que esta práctica no se convierta en acto impune y sea condenada por el Estado<sup>229</sup>.

---

<sup>224</sup> *Idem*, p. 57. Véase anexo figura 24.

<sup>225</sup> *Idem*, pps. 54-55.

<sup>226</sup> *Idem*, pps. 55-56.

<sup>227</sup> Véase anexo figura 25.

<sup>228</sup> *Idem*, p. 59.

<sup>229</sup> *Idem*, p. 56.

A tenor de estas cuestiones, el Dr. César Fernández-Ruiz<sup>230</sup> es un ejemplo de especialista que escribió un artículo en *Ser* sobre el aborto criminal. Su discurso es profundamente moralizante al defender que:

“biológicamente se demuestra en todo momento, con argumentos sobrados, que el embrión es una realidad viva, un ser humano efectivo, con todos sus derechos vitales, una vida real manifestada por sus propias funciones fisiológicas y por la repercusión de las mismas sobre el organismo de la madre”<sup>231</sup>.

Que estas palabras aparezcan en las primeras páginas del primer volumen de 1943 deja clara la posición de la medicina con respecto al aborto y, por supuesto, el hecho de que se trata de otra cuestión de primer orden en aras a alcanzar el objetivo repoblacional del régimen. Fernández-Ruiz achaca el aumento de esta práctica a la difusión del neomaltusianismo –o control del número de nacimientos por miedo de métodos anticonceptivos- y del *birth control* de las últimas décadas. Otras razones eran:

“la inmoralidad ambiente, el libertinaje sexual, la ausencia de principios éticos como norma de conducta de la vida contemporánea, incluso en el ejercicio profesional de algunos médicos, las dificultades económicas de vida familiar, la crisis de trabajo, y como denominador común, la falta de un concepto cristiano de la vida y del matrimonio”<sup>232</sup>.

Este discurso, tal y como se aprecia, reproduce los preceptos morales del franquismo, muy a tenor de la moral católica. De la misma forma denuncia la actuación de algunas figuras del mundo de la medicina que de alguna manera facilitan la práctica del aborto voluntario.

“Por una parte, la escasa cultura de las gentes las hace acudir preferentemente a las comadronas para consultar cualquier asunto relacionado con la gestación, y ellas, con una audacia que corre pareja con su falta de formación en todos los órdenes (salvo excepciones), y sin la cortapisa de una inspección eficaz, montan clínicas, abren internados y realizan toda clase de operaciones, amparadas más de una vez por el título de médicos desaprensivos”<sup>233</sup>.

---

<sup>230</sup> Director de la Maternidad Provincial y Maternólogo del Estado en Palencia. Este médico aparece referenciado en la cita 80 por ser autor de algunos estudios relacionados con la esterilidad y la eugenesia, y tratar aspectos como el aborto.

<sup>231</sup> FERNÁNDEZ-RUIZ, César, “El aborto criminal en España. Comentario médicosocial”, en *Ser*, vol. I, nº 12, enero 1943, p. 16.

<sup>232</sup> *Idem*, p. 17.

<sup>233</sup> *Idem*, p. 18.

Cabría preguntarse si esta opinión sobre la asistencia auxiliar y obstétrica era compartida por todo el corpus de la medicina de posguerra –con el objetivo de socavar las tradicionales funciones de la figura de la comadrona y como canal de absorción de las mismas por parte de los médicos ginecólogos, hombres en su mayoría, o así se aprecia en *Ser*- o si bien, se trata de una opinión personal. Debido a que durante la observación de algunos artículos esta opinión puede leerse entre líneas, podría afirmarse que la clase médica estaba copando a marchas forzadas las funciones que las profesionales de la obstetricia habían ejercido durante el pasado, poniendo en duda su, antes incuestionable, profesionalidad.

Los argumentos sobre el aborto criminal aparecen respaldados por la exposición de los siguientes datos. Fernández-Ruiz trabajó al frente de los servicios de ginecología de Madrid entre 1939 y 1941. Establece que, de 395 operaciones realizadas, 138 fueron intervenciones efectuadas por las secuelas de un aborto de este tipo, lo que equivale a 1/3 del total<sup>234</sup>. En otra estadística que elaboraron en conjunto con el jefe de la O.N.S. de Protección a la Madre concluyeron que de 9.000 mujeres asistidas, hallaron un aborto por cada cuatro partos en Madrid; “cifra extendida teóricamente a España supondría unos 167.000 embarazos frustrados al año, de los que 125.000 serían con toda seguridad criminales”<sup>235</sup>. Como indican estos datos, el empeño para erradicar el aborto criminal por parte de la elite médica del franquismo estaba clara.

En el siguiente artículo, redactado por el Dr. José Botella Montoya<sup>236</sup> se registran los datos recogidos en diferentes estadísticas realizadas entre 1932 y 1941<sup>237</sup>. Se observa un incesante aumento de los partos y los abortos hasta el ejercicio de 1939-1940 –con el registro de 2.419 partos y 1.108 abortos-. En el registro del siguiente curso hay una leve caída del número de partos (2.209) y de abortos (749). Llama la atención el registro del año 1936-1937, momento en que se disparan los partos (de 741 a 2.422), recién empezada la guerra -lo que resulta llamativo-, y el respectivo aumento de los abortos (de 110 a 500)<sup>238</sup>. La variación de las cifras muestra que los abortos van en aumento, lo que se traduce como un grave problema a tratar por la medicina, del mismo modo que los partos no parecen aumentar significativamente a pesar de las políticas de repoblación y pronatalistas. El contexto de la posguerra, con el comienzo de la autarquía, incide en los resultados registrados.

---

<sup>234</sup> *Idem*, p.19.

<sup>235</sup> *Idem*.

<sup>236</sup> Ginecólogo de la Obra “18 de Julio” y Jefe del Servicio IIº de la Maternidad Provincial de Madrid.

<sup>237</sup> Véase anexo figura 26.

<sup>238</sup> BOTELLA MONTOYA, Dr. José, “El aborto y sus complicaciones”, en *Ser*, vol I, nº 12, enero de 1943, p. 23.

Por tanto, y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se aprecia cómo en algunos escritos se potencia la figura del ginecólogo y tocólogo y su labor de intervención durante el embarazo, el parto y el puerperio. El Dr. Ramón Rebollo Domínguez<sup>239</sup> habla de la labor de los Centros de Maternología, de reciente creación por el régimen. “En la lucha que sostienen todos los pueblos por aumentar su potencia demográfica, la Obstetricia y Ginecología preventivas y curativas está en primera línea”<sup>240</sup>. El ginecólogo trata de vigilar los factores que inciden en la herencia y que influyen en la mortinatalidad; habla del ejemplo de la diabetes –enfermedad que puede reproducirse genéticamente-. El factor de transmisión de la enfermedad en sí podría ser letal si la enferma no se sometiese al debido tratamiento, aunque no especifica hasta qué punto inciden las alteraciones metabólicas de la maternidad y la insuficiencia pancreática y tisular en el feto<sup>241</sup>.

Otras formas de evitar la mortalidad fueron las campañas contra el alcoholismo, no solamente en la mujer sino en ambos sexos. El efecto del alcohol puede llegar a afectar al óvulo o a los espermios antes incluso de la concepción, causando daños irreparables en el feto. Cuando ambos sexos presentan síntomas de alcoholemia los porcentajes de mortinatalidad por del 86%, a lo que se suma el restando 14% de muertes precoces. El total de muertes, por tanto, es del 100%<sup>242</sup>.

Con el mismo propósito, se recomendaba cuidar al máximo la alimentación de la madre así como de la lactancia.

“Los excesos acarrearán perturbaciones indudables, si bien no tienen tanta importancia social como los defectos, dada la mayor cuantía de casos a que afectan estos últimos. Cada día se afianza más la idea de que es la alimentación racional completa la mejor profilaxis. No nos conformaremos con suministrar esta o aquella vitamina, que suponemos deficitaria; se impone una alimentación con ración adecuada en cantidad y calidad”<sup>243</sup>.

Lo relacionado con la alimentación era también de primer orden en la política pronatalista de repoblación.

---

<sup>239</sup> REBOLLO DOMÍNGUEZ, Dr. D. Ramón, “Centros de Maternología (su valor profiláctico), en *Ser*, vol. I, n° 12, enero de 1943.

<sup>240</sup> *Idem*, p. 66.

<sup>241</sup> *Idem*, p. 67.

<sup>242</sup> *Idem*.

<sup>243</sup> *Idem*, p. 68.

“Todas las alteraciones están íntimamente ligadas al factor constitucional de la mujer embarazada, a la clase de trabajo que realiza, a sus condiciones de vida; circunstancias que matizan otra faceta de la función del maternólogo en un aspecto social”.

En el primer volumen del año 1942 aparecen algunos estudios dedicados a la alimentación de los lactantes. El Dr. Ángel Enciso Arilla<sup>244</sup> publicó un estudio sobre el racionamiento del lactante con leche condensada, una práctica relativamente frecuente en la España de la posguerra. En este artículo se especifican las cantidades alimenticias que un niño debía tomar en función de su edad y peso<sup>245</sup>, además de que Enciso Arilla expresa su contrariedad con respecto a este tipo de lactancia. La “lactancia alternante” –que combinaba leche condensada o artificial con leche materna- era una práctica desarrollada en el contexto de la inmediata posguerra por varias razones de peso. Que una madre recurriera a la complementación de la lactancia materna con otro tipo de incentivos alimenticios podía deberse, principalmente, a una economía precaria que la obligaba a alimentarse deficitariamente y por tanto a no segregarse las cantidades de leche apropiadas para su hijo, o bien por las propias ocupaciones de la madre si ésta trabajaba fuera del hogar, algo también necesario en muchas familias por el propio contexto.

Sin embargo, la opinión de la medicina era la siguiente:

“si examinamos el fondo de la inmensa mayoría de las veces en que al médico se le piden normas para una lactancia alternante, hallaremos afán en la madre de conservar su belleza o su salud, o deseo de tener horas libres que dedicar a visitas, distracciones y a cuanto, en suma, se conoce con la frase de “vivir su vida”, o una sugestión por parientes o vecinas; en resumen, egoísmo o ignorancia, factores ambos contra los que el médico debe luchar con toda su energía y con todas las armas”<sup>246</sup>.

El plano de lo social se inserta en el discurso de la medicina para recalcar lo que a la mujer le corresponde por sexo: ser madre y además garantizar el alimento de su propio ser, como la más pura de las prácticas que le corresponde a la madre.

A tenor de lo establecido, se ha considerado relevante tratar alguno de los argumentos que se publicaron en *Ser* para demostrar, científicamente, lo perjudicial del trabajo femenino y de las “actividades impropias de su sexo” para su misión de madre. Del segundo volumen de

---

<sup>244</sup> Jefe de Dispensario de la Institución Municipal de Puericultura de Madrid y Jefe de Zona de Pediatría y Puericultura en la Obra Sindical “18 de Julio”.

<sup>245</sup> ENCISO ARILLA, Dr. Ángel, “Racionamiento dietético del lactante con leche condensada”, en *Ser*, vol. I, nº 3, abril de 1942, pps.59-66.

<sup>246</sup> *Idem*, p. 64.



1943 se conserva un artículo del Dr. Antonio Vallejo Nájera en el que habla de medicina social e higiene. Expone lo siguiente:

“la pasada conflagración mundial permitió que la mujer ocupase puestos reservados hasta entonces al sexo llamado fuerte, y una vez conquistados los ha defendido con extraordinario tesón, pues desea la hembra contemporánea sacudirse los estigmas de esclavitud e instrumentos de placer que sobre ella pesaban, aspirando, en legítima ambición, incluso a intervenir en política y gobierno de los Estados. [...] Empéñanse en dedicarse a profesiones para las que carecen de condiciones biológicas, perdiendo en tan agotadora lucha salud y personalidad”.

[...] Hemos llamado la atención sobre la serie de reacciones neurósicas y neurastenoides que se desarrollan en muchachas púberes consecutivamente a los esfuerzos mentales que realizan al dedicarse a estudios para los que carecen de aptitudes. Fracasadas en sus aspiraciones, refúgiate en la enfermedad [...] Impórtale poco a la mujer la pérdida de la salud física o mental, pues estimulado el ya exaltado instinto ambicioso [...] láncese a profesiones fuera de sus aptitudes naturales”<sup>247</sup>.

Vallejo prosigue diciendo que:

“impulsada la mujer a los oficios hombrunos, también contrae los vicios del sexo opuesto, y son en ella el alcoholismo y el tabaquismo mucho más intensos, también más perniciosos, principalmente para las funciones maternas, con prejuicio de la raza”<sup>248</sup>. “La Medicina social y la Higiene mental han de intervenir en el trabajo femenino a los fines de prevención y corrección de los efectos patológicos resultantes de que la mujer se dedique a tareas para las que no está dotada biológicamente. A la sociedad le importan madres robustas y hembras prolíficas, mantenidas por varones vigorosos, aptos para la guerra y para la caza”<sup>249</sup>.

La noción de domesticidad y de retorno de la mujer al ámbito del hogar como otro de los factores de vigorización de la raza y la población permea entre las líneas del discurso de este psiquiatra de renombre.

Por otro lado, a pesar de todas las medidas preventivas que han ido comentándose a lo largo del análisis, en el volumen de 1944 aparece un artículo específico del ya mencionado Dr.

---

<sup>247</sup> VALLEJO-NÁJERA, Tte. Coronel Médico Dr. Antonio, “Medicina Social e Higiene Mental”, en *Ser*, vol. II, nº 18, julio 1943, p. 59. En el momento de la publicación Vallejo Nájera era Consejero Nacional de Educación y Sanidad y profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid. También Director del Sanatorio Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos).

<sup>248</sup> *Idem*, p. 59.

<sup>249</sup> *Idem*, p. 60.

José Botella Llusí, en el que habla de los problemas demográficos de la maternología<sup>250</sup>. Tras varios años de incentivación de la política de repoblación parecía que los datos dejaban constancia de que el contexto era una traba para la consecución a corto plazo de los objetivos del régimen. En la primera tabla<sup>251</sup>, Botella Llusí expone que a pesar de la tendencia hacia el descenso de la natalidad, España presenta un índice más satisfactorio que otros países europeos. La cifra española es de 19,8 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, por encima de Alemania (19,6), Francia (14,0) o Inglaterra (16,3). El país que registra la cifra más elevada de los que se incluyeron fue Italia, con una cifra de 32,7<sup>252</sup>.

Analizando la siguiente tabla<sup>253</sup> aparece la relación de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes desde 1900 hasta 1941. De 33,9 en el año 1900 se pasó a un 20,2 en el ejercicio de 1941, con cifras que van progresivamente decayendo conforme pasan los años. La cifra de 1939, año de finalización de la guerra, es de 19,8, experimentándose un leve crecimiento hasta alcanzar el 20,2 de 1941<sup>254</sup>. Estos datos demuestran que efectivamente el contexto de posguerra –con el déficit de la administración pública y una economía profundamente mermada– no era favorecedor para el incremento de la natalidad, porque las cifras de los últimos lustros ni siquiera se aproximan a la de 1900. Aparte debía tenerse en cuenta el índice de mortalidad infantil. Botella Llusí justifica lo anterior así:

“se deduce que aunque desde principios de siglo la natalidad ha disminuido, se mantiene en general por encima de la mayoría de los países de Europa, y después de la baja de nuestra guerra tiende a elevarse de nuevo”<sup>255</sup>.

La no disposición de las cifras de los años posteriores a 1941 impide un análisis en profundidad de los factores de economía mermada y de mortalidad infantil y maternal que subyacen como trasfondo de estos registros. La medicina se ampara en la comparativa con el resto de Europa a pesar del contexto de guerra en el que se hallaba.

Resultan interesantes los porcentajes de matrimonios estériles que aparecen más adelante<sup>256</sup>. Cada porcentaje corresponde a una región distinta y Botella Llusí expone que:

---

<sup>250</sup> BOTELLA LLUSÍ, Dr. José, “Especialidades. Problemas demográficos de la maternología española”, en *Ser*, vol. 1944, nº 33, octubre, pps. 47-52.

<sup>251</sup> Véase anexo figura 27.

<sup>252</sup> *Idem*, p. 48.

<sup>253</sup> Véase anexo figura 28.

<sup>254</sup> *Idem*, p. 49.

<sup>255</sup> *Idem*.

<sup>256</sup> Véase anexo figura 29.

“es curioso observar en dicha tabla que en las regiones menos civilizadas, donde aún se conservan puras las viejas costumbres, la esterilidad es menor. Este hecho es interesantísimo, porque demuestra que la vida moderna y la civilización disminuyen la fertilidad de la mujer. [...] queremos dejar sentado este hecho, que es una reivindicación de los principios tradicionales: religión, familia, amor a los hijos, deseo maternal y casamientos jóvenes”<sup>257</sup>.

Líneas después prosigue diciendo:

“podemos, pues, decir que la lucha contra la esterilidad debe cubrir los objetivos siguientes:

1. Profilaxis y lucha antivenérea.
2. Tratamiento de la esterilidad endocrina.
3. Lucha contra el aborto y la infección puerperal.
4. Aconsejar matrimonios jóvenes”<sup>258</sup>.

Porque el aborto seguía en aumento a la altura de 1944. En este sentido, la intervención médica sobre estos aspectos iba en relación con la prevención del aborto espontáneo e involuntario y la mejora de los tratamientos del mismo para evadir una posible esterilidad residual posterior. La lucha contra el aborto criminal, en opinión de Botella Llusía, correspondía en mayor medida a legisladores y moralistas que a maternólogos. Por este motivo, los mismos argumentos que en años anteriores reaparecen después. Además de que la clase médica se excusa, de alguna manera, de la incesante e incontrolable cantidad de abortos voluntarios estableciendo su intervención en el plano exclusivamente médico-preventivo y no moralizante.

Botella Llusía también analiza algunos aspectos sobre mortalidad materna y fetal. La labor prenatal seguía encaminada a la disminución de los partos distócicos –partos anormalmente lentos motivados por causa fetal o materna y que requieren de intervención más específica por el elevado riesgo que corren tanto la madre como el niño- y, por supuesto, a la asistencia del embarazo y el parto. Sin embargo, y aun con los supuestos esfuerzos por parte de la sanidad del régimen, las cifras generales de mortalidad materna y fetal por cada 1.000 habitantes son las siguientes. A nivel nacional, el número de madres fallecidas es de 4,1 y de fetos 38; en Madrid, son 3,1 madres y 31 fetos, y en la Casa de la Madre num. 1 de Auxilio Social, de aproximadamente 1.195 casos fallecen 8 madres y 26 fetos<sup>259</sup>. Esto demuestra que

---

<sup>257</sup> *Idem*, p. 50.

<sup>258</sup> *Idem*.

<sup>259</sup> *Idem*, p. 51.

Madrid presenta unas cifras inferiores con respecto a las nacionales y, el hecho de que, igual que se apreciaba en los párrafos anteriores, la medicina trató de “suavizar” los datos analizándolos en comparación con Europa –en plena Segunda Guerra Mundial- o con el resto de España, que registra cifras más negativas que la capital, epicentro de la medicina nacional.

## Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han ido tratando una serie de temáticas que han resultado en suma interesantes y que han ido analizándose a través del tratamiento de la revista de medicina social *Ser*, base de sustentación de las siguientes conclusiones. En primer lugar, el régimen de Franco se afianzó mediante el uso de una serie de mecanismos que se posicionaron al servicio de sus aspiraciones ideológicas y políticas.

El corpus simbólico en torno a la política demográfica o de repoblación de la inmediata posguerra se manifestó de muy diversas formas y fue comandado por la clase médica del falangismo, que jugó un importante papel durante los primeros años del régimen. Resulta curiosa la forma en que parece que el franquismo confió a la medicina del contexto establecer las directrices de la política demográfica, orientar las políticas pronatalistas y el desarrollo de la política social y de prevención. De esta manera, la elite médica del franquismo logró ocupar un espacio de poder muy relevante y tomó parte en la perpetuación de la visión de la maternidad biológica como cimiento indispensable para la consecución de los objetivos repoblacionistas del primer franquismo.

Por tanto, desde la perspectiva de incentivar de la natalidad, el objetivo del régimen era encaminar su política sanitaria al descenso de las tasas de mortalidad materno-infantil que asolaban España. Este fue el motivo del desarrollo de la política social del primer lustro del franquismo y de todo lo relacionado con la asistencia, los seguros sociales y la política de protección a la madre y el niño.

Las preocupaciones del régimen, aparte de índole médico-sanitaria, viraban en torno al afianzamiento de un sistema totalitario de control de la sociedad, moral y espiritual, en el que la medicina y los organismos de sanidad dependientes de FET hacían las veces de instrumentos garantes de estos objetivos. Todo el entramado del régimen se puso al servicio de la política de repoblación, valiéndose de la propaganda y de un potente discurso que enaltecía los valores patrios y la figura de la madre como responsable de dar a luz a hijos sanos y robustos. Todo lo relacionado con la maternidad, en pro de la obsesión pronatalista del régimen –no siendo exclusivo de España sino que también había ocurrido en otros países- se convirtió en política de Estado como una particular forma de combatir el descenso demográfico. La preocupación por la salud y la despoblación fueron ámbitos de desarrollo de la medicina desde su perspectiva social y se posicionó como eje central de las políticas sanitarias y asistenciales de la época.

Estos presupuestos se impregnaron de las teorías eugenésicas que estaban en boga en el Occidente europeo de antes de la instauración del régimen. En otros países europeos se llevaron a cabo políticas de esterilización y programas de aplicación de medidas eutanásicas contra determinados sectores de la sociedad determinados por su “inferioridad biológica” y que entorpecían el progreso de la sociedad. La eugenesia española no era de corte racial sino que, en su sentido de mejora de la población nacional, se orientó hacia el incentivo de la natalidad para conseguir el deseado aumento demográfico, sinónimo de potencial económico y político de un país. Era una concepción “positiva” de la eugenesia que arraigó en España, a pesar de la influencia de algunos psiquiatras como Vallejo Nájera o López-Ibor, que defendían una necesaria esterilización entre aquellos individuos que consideraban “degenerados” e inferiores en sentido biológico.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, late la necesidad de establecer un nexo de unión entre la intervención de la clase médica del contexto del primer franquismo y el objetivo de incentivar la natalidad y disminuir la mortalidad poblacional. A través de las páginas de *Ser* ha podido comprobarse cómo el régimen, mediante la colocación de figuras de la medicina que en su mayoría procedían de las filas de Falange, se aseguró su propio afianzamiento recurriendo a la irrefutabilidad de la ciencia y la medicina, teniendo en consideración el plano moral y espiritual que encerraba la política natalista y maternológica del franquismo.

Lo más interesante es incidir en la realidad política e ideológica de la inmediata posguerra y demostrar que efectivamente existió un discurso avalado por la medicina que respondía al objetivo de incentivar la natalidad y proceder al aumento poblacional, centrado en el desarrollo de los estudios maternológicos, investigaciones y recomendaciones médicas sobre el embarazo, la lactancia, la higiene o la alimentación, que en los primeros años estuvo cargado de un componente providencialista de regeneración de la sociedad española. El ideal de feminidad aparece en el discurso franquista, en la medida en que la figura de la madre y el enaltecimiento de los valores maternos esconden el arduo trasfondo de postergación de la mujer al ámbito de la domesticidad. Fue como una especie de resurrección del “ángel del hogar” del XIX y que ahora, en la segunda mitad del siglo XX, iba a restablecer algunas de sus connotaciones morales y espirituales, como eran la abnegación o la sumisión con respecto al varón.

El “retorno a casa” de la mujer, después de los canales de emancipación femenina que se habían abierto antes de la república dentro desde el plano del catolicismo social y activista, durante la misma con la aprobación del sufragio universal y en plena guerra cuando muchas

mujeres ocuparon los puestos de los hombres que se encontraban en el conflicto e incluso fueron llamadas en defensa de la patria, era uno de los objetivos del régimen. Los numerosos escritos médicos que fueron apareciendo para demostrar científicamente lo perjudicial del trabajo en el cuerpo de la mujer iban a tenor de respaldar, una vez más, el hecho de la maternidad como misión exclusiva de la mujer.

El problema fue que esos canales de participación social que se habían abierto anteriormente tenían tanta potencia en la época que de ninguna manera iban a poder extirparse del plano de lo público. Por tanto, lo que llevó a cabo el régimen fue también el control de Sección Femenina o el Auxilio social para convertirlos en organismos íntegramente al servicio de la propaganda del régimen y en ejes reproductores de su compendio moral de postergación femenina. Fue el caso de Sección Femenina, que aparte del desarrollo asistencial con los cuerpos de enfermeras, procedió a incentivar la educación femenina en los valores maternos y de domesticidad del régimen. Paradójicamente, estos fueron también proclives canales de emancipación y promoción femenina.

En definitiva, la revista *Ser* fue un soporte propagandístico más de los muchos de los que dispuso el régimen de Franco para afianzarse entre la población y perpetuar sus premisas ideológicas. A pesar de que iba dirigida y estuvo escrita por la clase médica del falangismo, este tipo de documentos permiten demostrar la forma en que un régimen autoritario logró establecer un potente entramado de redes de poder mediante un discurso potencialmente propagandístico que impregnó todos los ámbitos de la sociedad, incluido el sanitario.

Aunque de la sensación de que la clase médica gozaba de cierta “independencia” o “cierto margen de libre albedrío” por el prestigio de la profesión y su carácter incuestionable – que además había ido copando las funciones que anteriormente correspondían a la beneficencia y la asistencia social de facultativos como las comadronas-, los escritos y los discursos que aparecen en la revista avalan que efectivamente la medicina también se posicionó al servicio de Franco, Falange y de todo el sistema totalitario franquista. El poder de actuación de los médicos, en este sentido, no traspasó los límites de lo estrictamente sanitario o que no tuviera relación con la salud pública.

## Bibliografía

- *Académicos numerarios del Instituto de España (1938-2004)*, Madrid, Instituto de España, 2005.
- ANDRÉS GRANEL, Helena, “Queremos escribir de nuevo la palabra mujer: Mujeres Libres y la construcción de una nueva identidad femenina”, en MILLÁN MUÑÍO, María Ángeles, y PEÑA ARDID, Carmen (ed.), *Las mujeres y los espacios fronterizos*, Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza, 2007.
- Maternidad consciente y voluntaria. Eugenesia y emancipación femenina en el anarquismo español, 1900-1939* (2016), tesis doctoral dirigida por Ángela Cenarro Lagunas, Universidad de Zaragoza.
- ALARÉS LÓPEZ, Gustavo, “Génesis y fortuna de un lobby regional en la España del franquismo: el Colegio de Aragón”, en *Severino Aznar Embid y el Colegio de Aragón (1945-1959). Epistolario*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 2013, pps. 5-35.
- ÁLVAREZ, Raquel, “Eugenesia y fascismo en la España de los años treinta”, en HUERTAS, Rafael y ORTIZ, Carmen (eds.), *Ciencia y fascismo*, Madrid, Doce Calles, 1998.
- ARESTI ESTEBAN, Nerea, “El Ángel del Hogar y sus demonios. Ciencia, religión y género en la España del siglo XIX”, en *Historia contemporánea*, nº 21, 2000, pps. 363-364.
- Médicos, donjuanes y mujeres modernas: los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Universidad del País Vasco, 2001.
- ARRIBAS, Sonia, CANO, Germán, UGARTE, Javier (coords.), *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y capitalismo*, CSIC, 2010. Artículos:
- BERGEN, Doris L., *War and Genocide: A Concise History of the Holocaust*, Rowman & Littlefield Publishers, 2009.
- BLASCO HERRANZ, Inmaculada, “Género y reforma social en España: en torno a la elaboración del Seguro Obligatorio de Maternidad (1915-1929)”, en *Ayer. Revista de Historia Contemporánea. Género y ciudadanía en el Franquismo*, nº 102, Marcial Pons, Madrid, 2016.
- BOLUFER, Mónica, *Mujeres e Ilustración. La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII*, Institució Alfons el Magnànim, Valencia, 1998.
- BRYDAN, David, “Axis Internationalism: Spanish Health Experts and the Nazi “New Europe”, 1939-1945”, en *Contemporary European History*, vol. 25, 2016, pps. 291-311.
- BURLEIGH, Michael y WIPPERMAN, Wolfgang Wippermann, *The Racial State: Germany 1933-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991.



- CAMPOS, Ricardo, “Entre la ciencia y la doctrina católica: Eugenesia, matrimonio y sexualidad en el primer franquismo”, en *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 40, 2018, pps. 51-71.
- “Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcatolicismo en el franquismo, 1936-1945”, en *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, vol. 23, suplemento dezembro, 2016, pps. 131-147.
- CANNING, Kathleen, *Gender History in Practice: Historical Perspectives on Bodies, Class & Citizenship*, Ithaca-Nueva York, Cornell University Press, 2006.
- CAYUELA SÁNCHEZ, SALVADOR, *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco*, Fondo de Cultura Económica de España, Madrid, 2014.
- CENARRO LAGUNAS, Ángela, “Entre el maternalismo y el pronatalismo: el Seguro de Maternidad en los orígenes de la dictadura de Franco (1938-1942)”, en *Ayer. Revista de Historia Contemporánea. Género y ciudadanía en el Franquismo*, nº 102, Marcial Pons, Madrid, 2016.
- La sonrisa de Falange. Auxilio social en la guerra civil y en la posguerra*, Barcelona, Crítica, 2006.
- CLEMINSON, Richard, “Iberian eugenics? Cross-overs and contrasts between Spanish and Portuguese eugenics, 1930-1950”, *Dynamis*, vol. 37, nº 1, 2017, pps. 89-110.
- DÍAZ-RUBIO, Manuel, *100 médicos españoles del siglo XX*, Madrid, You & us, 2000.
- FRANCO RUBIO, Gloria A. (ed.), *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*, en Mary Nash, “Maternidades y construcción identitaria: debates del siglo XX”, Icaria Editorial, Barcelona, 2010.
- GALLEGO, Ferran, *Ramiro Ledesma Ramos y el fascismo español*, Madrid, Editorial Síntesis, 2005.
- GARCÍA MARCOS, José Antonio, “Psiquiatría y eutanasia en la Alemania Nazi”, en *Claves de la Razón Política*, nº 120, marzo 2002, pps. 70-76.
- GONZALEZ DE PABLO, Ángel, “Por la psicopatología hacia Dios: psiquiatría y saber de salvación durante el primer franquismo”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, nº 37, 2017.
- JAGOE, Catherine, BLANCO, Alda y ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, Cristina, *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*, Barcelona, Icaria, 1998.
- JUDERÍAS, Alfredo, *Gregorio Marañón. Obras completas*, vol. VIII, Espasa Calpe, Madrid, 1972, pps. 247-364.

- LOZANO, Ester Bódalo, “La política social y familiar en la obra de Severino Aznar”, *Sociología: Revista del Departamento de Sociología da FLUP*, vol. XX, 2010.
- LUCENA, Isabel y RUÍZ SOMAVILLA, María José, “Un espacio para mujeres. El Servicio de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social en el primer franquismo”, en *Historia social*, nº 39, 2001, pps. 67-86.
- MATILLA, V., “Piga Pascual”, *202 biografías académicas*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1987, pps. 233-235.
- MOLINERO, Carmen, “Falange y la construcción del Régimen, 1939-1945. La búsqueda de unas bases sociales”, en RUIZ CARNICER, Miguel Ángel (ed.), *Falange. Las culturas políticas del fascismo en la España de Franco (1936-1975)*, Zaragoza, Institución “Fernando el Católico” (CSIC), 2013, pps. 181-199.
- “La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista”, en *Revista HNiC: historia moderna i contemporània*, nº 4, 2006, pps. 325-326.
- MORCILLO GÓMEZ, Aurora, *En cuerpo y alma. Ser mujer en tiempos de Franco*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2015.
- MORENO SECO, Mónica, “Ideal femenino y protagonismo de las mujeres en las culturas políticas católicas del franquismo”, *Arenal*, 15:2, julio-diciembre 2008, pps. 269-293.
- NASH, Mary, “Social Eugenics and Nationalist Race Hygiene in Early Twentieth-Century Spain”, *History of European Ideas*, 4-6. Vol. 15, 1992.
- “Pronatalismo y maternidad en la España franquista”, en BOCK, Gisela y THANE Pat (eds.), *Maternidad y políticas de género*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1996.
- NÚÑEZ, Diego, *La mentalidad positiva en España*, Madrid, Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, 1975.
- PALACIO LIS, Irene, *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Valencia, Universidad de Valencia, 2003.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique, *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Universidad Miguel Hernández, 2015.
- POSADA, Adolfo, *Breve historia del Krausismo español*, Oviedo, Universidad de Oviedo, 1981.
- POLO BLANCO, Antonio (2006), *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945)*, Murcia, Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.

- PONS PONS, Jerónia, “Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad”, XVI Encuentro de Economía Pública, Universidad de Sevilla, 2009.
- REVERTE, Jorge M., “Por qué fueron a Rusia”, en *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 34, 2012, pps. 15-29.
- ROCA i GIRONA, Jordi, “Esposa y madre a la vez”, y en BARRACHINA, Marie-Aline, “Discurso médico y modelos de género”, en BOCK, Gisela y THANE, Pat (eds.), *Maternidad y políticas de género. La mujer en los Estados del bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Cátedra, 1996.
- ROMERO TOBAR, L., “María Pilar Sinués, de la provincia a la capital del reino”, en *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, nº 767, 2014.
- SACHSSE, Christoph, “Introduction: “Mother Worlds”, en KOVEN, Seth y MICHEL, Sonya (eds.), *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare State*, Nueva York, Routledge, 2003, pps. 2-6.
- SÁNCHEZ BLANCO, Laura y HERNÁNDEZ HUERTA, José Luis, “La educación de los Hogares de Auxilio Social en el franquismo”, *El largo camino una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación*, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009/ coord. Por REYES BERRUEZO, María, y CONEJERO LÓPEZ, Susana, vol. 2, 2009, pps. 427-438.
- SERRALLONGA I URGUIDI, Joan, “El cuento de la regularización sanitaria y asistencial en el régimen franquista: un primera etapa convulsa, 1936-1944”, en *Historia Social*, nº 59, Valencia, Fundación Instituto de Historia Social, 2007, pps. 77-98.
- VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco, *La invención del racismo. Nacimiento de la biopolítica en España, 1600-1940*, Madrid, Ediciones Akal, 2009.
- y MORENO MENGIBAR, Andrés, *Sexo y Razón. Una genealogía de la moral sexual en España (Siglos XVI-XX)*, Madrid, 1997, pps. 171-172.
- UGARTE, Javier, “De la selección natural a la intervención del Estado”, pps. 157-180, en VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco, *La invención del racismo. Nacimiento de la biopolítica en España, 1600-1940*, Madrid, Ediciones Akal, 2009.
- WIESNER, Merry, “Luther and Women: The Death of Two Marys”, en OBELKERICH, Jim (ed.), *Disciplines of Faith, Studies in Religion, Politics and Patriarchy*, Londres, Nueva York, Routledge, 1987.

#### Fuentes primarias y consultas on-line

- *Ser. Revista Médico Social. Delegación de Sanidad de FET y de las JONS*, vol. I, II, II, IV, V, VI, VII entre 1942 y 1946 (ambos incluidos).
- PARES (Portal de Archivos Españoles). Código Referencia: ES.28005.AGA/1.2.4.1.420// Consulta: 30/10/2019
- PARES; depósito: Archivo General de la Administración, Madrid. Código de referencia: ES.28005.AGA/2.5.3.2.2.771. Consulta: 02/11/2019.
- Fondo documental de 1941 a 1950 del Instituto Nacional de Estadística. Consulta online 06/11/2019.

# Anexo

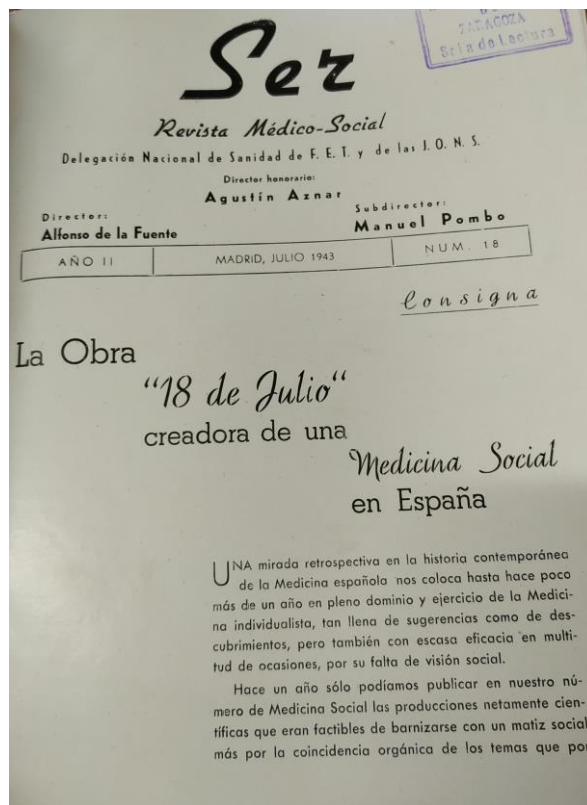


Figura 1



Figura 2



*Figura 3*



*Figura 4*

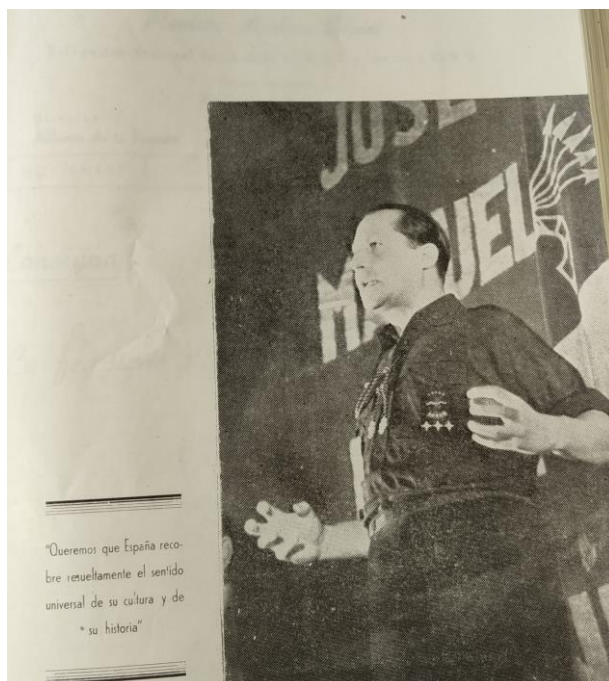


Figura 5

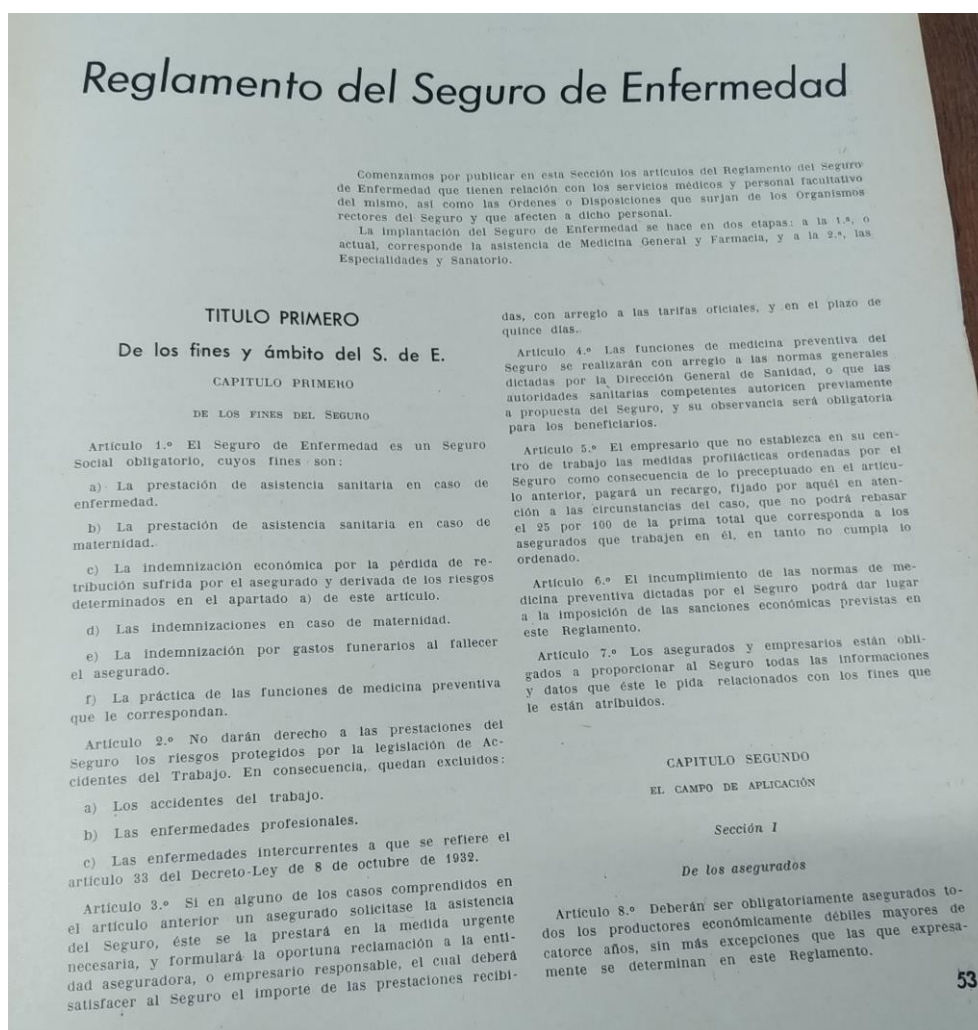


Figura 6



Artículo 9.º Son productores, a los efectos del Seguro, todos aquellos que con su trabajo intervengan en España en un ciclo cualquiera de la producción, bien sea por su cuenta, o por cuenta ajena, así como los que trabajan en su domicilio y los colocados en servicios domésticos.

Artículo 10. Se entenderán económicamente débiles los productores cuyas rentas de trabajo por todos los conceptos no excedan de 9.000 pesetas anuales.

Este límite es revisable y podrá ser modificado por orden del Ministerio de Trabajo.

No obstante lo dispuesto en el primer párrafo de este artículo, todos los trabajadores manuales serán obligatoriamente asegurados, cualesquiera que sean sus rentas de trabajo. En el caso de que éstas excedan de las 9.000 pesetas anuales, se considerará que esta cifra es la renta de trabajo a los efectos de cotización y prestaciones económicas.

Artículo 11. Para los productores por cuenta ajena, se entenderá por rentas de trabajo el importe del salario o sueldo tal como está definido por la legislación laboral vigente.

Artículo 12. Si un productor trabajase por cuenta de dos o más empresarios, se computarán los salarios o sueldos procedentes de las diversas empresas, para determinar la totalidad de sus rentas de trabajo.

Artículo 13. Para los productores por cuenta propia, o autónomos, se entenderá por rentas de trabajo la cifra a que ascienda el producto neto de su explotación.

Las reglas para la determinación del producto neto serán dictadas por la Organización Sindical.

Artículo 14. Cuando en un productor concorra la condición de autónomo con la de trabajador por cuenta ajena, se acumularán los distintos ingresos, para determinar la cuantía de las rentas de trabajo.

Artículo 15. Cuando un productor llegue a percibir rentas de trabajo superiores al límite establecido, perderá su condición de asegurado, sin perjuicio de poder continuar asegurado voluntariamente.

Artículo 16. El productor que perdiere la condición de asegurado por virtud de lo dispuesto en el artículo anterior, conservará el derecho a percibir las prestaciones sanitarias del Seguro durante un plazo de tres meses, contados a partir del último día del período en que satisfizo su última prima.

Este mismo derecho asistirá a los familiares que vivan con él y a sus expensas.

Artículo 17. El asegurado que llegase a percibir el Subsidio de Vejez o Invalidez, conservará durante un año el derecho a las prestaciones sanitarias del Seguro, y después, voluntariamente, mediante el pago de la prima que se señale.

Artículo 18. Los súbditos hispanoamericanos, los portugueses y los de Andorra gozarán de los beneficios del Seguro en las mismas condiciones que los españoles.

Los demás extranjeros que trabajen en España únicamente tendrán derecho a las prestaciones del Seguro en caso de reciprocidad pactada en Tratados o Convenios internacionales.

Artículo 19. Quedan exceptuados del Seguro los funcionarios públicos o de Corporaciones cuando, en virtud de disposiciones legales, deban obtener beneficios iguales o superiores a los que concede la Ley, tanto en prestaciones sanitarias como económicas, sometiéndose a las disposiciones que a tal efecto se dicten.

Corresponde al Seguro determinar los casos de excepción. Contra la resolución del Seguro se dará recurso ante el Ministerio de Trabajo.

## Sección II

### De los beneficiarios

Artículo 20. Serán beneficiarios del Seguro los asegurados y sus familias que vivan con él y a sus expensas.

Se considerarán familiares del asegurado el cónyuge, ascendientes, descendientes e hijos adoptivos, y los hermanos menores de 18 años o incapacitados de una manera permanente para el trabajo.

Artículo 21. Todo asegurado tiene la obligación de facilitar al empresario, para su afiliación al régimen, las circunstancias de los familiares que deben ser beneficiarios, con arreglo a lo dispuesto en el artículo anterior.

Del mismo modo queda obligado a dar cuenta al Seguro, por conducto del empresario o de la Organización Sindical, si es productor autónomo, de cualquier variación o repercusión que en el régimen se produzca, en un plazo de quince días.

Artículo 22. El Seguro podrá comprobar el grado de parentesco por medio del Registro Civil o del padrón municipal, obteniendo gratuitamente las certificaciones necesarias, en extracto sucinto, que serán extendidas en papel común.

Artículo 23. Los extremos relativos a comunidad de vida y dependencia podrán ser comprobados en todo momento por el Seguro.

Artículo 24. La incapacidad permanente para el trabajo de los hermanos del asegurado deberá ser comprobada por el Servicio Médico del Seguro.

## TITULO SEGUNDO

### De las prestaciones

#### CAPITULO PRIMERO

##### DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

### Sección I

Artículo 33. El Seguro prestará a sus beneficiarios una asistencia médica completa, tanto en los servicios de Medicina general como en los de Especialidades.

Artículo 34. La asistencia médica estará constituida por los Servicios siguientes:

- 1.º Medicina general.
- 2.º Cirugía general.
- 3.º Maternología, Pediatría y Puericultura.
- 4.º Ginecología.
- 5.º Enfermedades de los aparatos respiratorio y circulatorio.
- 6.º Enfermedades del aparato digestivo.
- 7.º Dermatología.

Figura 7



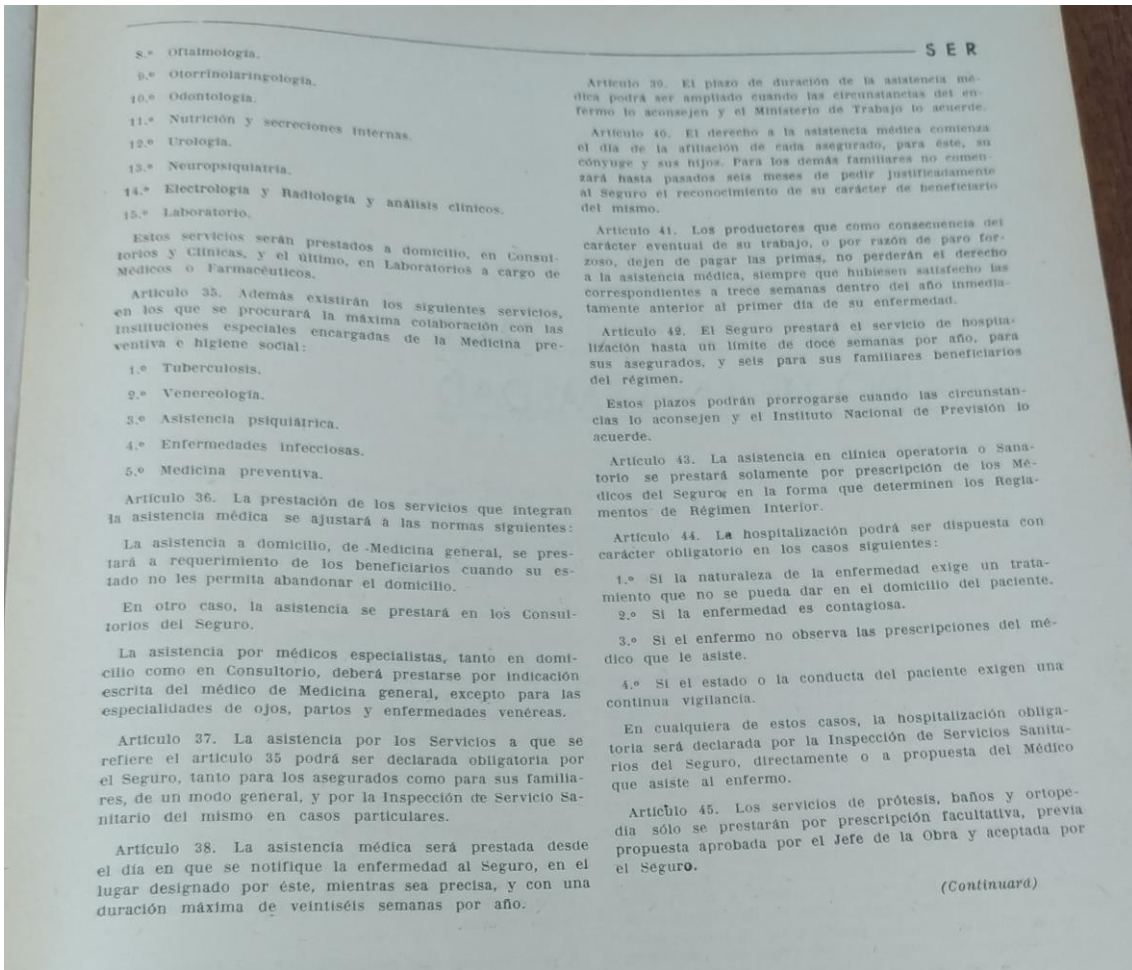


Figura 8



Figura 9



Figura 10

## Organización Nacional de la Obra Sindical "18 de Julio"

### MADRID

Iniciamos en este segundo número de nuestra revista SER, para conocimiento de sus lectores, una exposición esquemática de los servicios sanitarios de la Obra «18 de Julio» en cada una de las provincias españolas, con unos cuadros estadísticos y gráficos de los servicios prestados a nuestros beneficiarios en el transcurso del pasado año 1941, demostrativos de la labor llevada a cabo. Pero al comenzar esta exposición de la actual organización de la Obra, asentada ya sobre bases sólidas en toda la nación, tenemos que recordar que no se ha hecho sino poner en marcha la gigantesca labor proyectada, y que, por lo tanto, los datos que se vayan dando en esta primera etapa irán siendo superados de día en día en la medida que las posibilidades consientan.

Servicios realizados desde el día 1º de mayo hasta el 31 de diciembre de 1941

Especialidades	Núm. enfermos vistos	Total asistencias realizadas
(Desde 1.º diciembre)	16	47
Nutrición y secr. int....	573	1.857
Electrorradiología .....	3.316	4.193
Odontología .....		670
(Desde 1.º junio)	315	
Homeopatía .....		47.224
	21.879	69.132
Medicina general (Zonas)	34.419	116.356
Total general.....	56.298	

Para su mejor comprensión, a continuación se detallan algunos servicios:

Especialidades	Núm. enfermos vistos	Total asistencias realizadas
Tocoginecología .....	2.425	3.108
Pediatría-puericultura ...	1.292	2.883
Pulmón y corazón.....	938	3.218
Cirugía general zonas...	3.367	4.684
Oftalmología .....	2.131	6.882
Otorrinolaringología .....	2.299	6.401
Aparato digestivo .....	968	3.138
Dermovenerología .....	3.997	9.690
Neuropsiquiatría .....	242	453

Tratamiento	Enfermos tratados	Sesiones
Radioterapia superficial ...	22	96
" profunda .....	13	115
Electroterapia .....	53	924
Fototerapia .....	162	1.140


Se ha creado la Sección de Diagnóstico y una plaza artificial.

PULMON Y CORAZON	
Número de personas reconocidas .....	2.415
" de reconocidos sanos .....	1.477

Figura 11

SERVICIOS AUXILIARES DE MEDICINA, CIRUGIA Y PARTOS:		S E R
Mayo	.....	12.482
Junio	.....	14.822
Julio	.....	15.760
Agosto	.....	17.053
Septiembre	.....	19.245
Octubre	.....	21.472
Noviembre	.....	20.352
Diciembre	.....	20.535
		<hr/>
		141.221
ANALISIS CLINICOS:		
Mayo	.....	310
Junio	.....	349
Julio	.....	336
Agosto	.....	403
Septiembre	.....	483
Octubre	.....	486
Noviembre	.....	414
Diciembre	.....	387
		<hr/>
		3.168

Figura 12



## OBRA SINDICAL 18 DE JULIO

La Obra "18 de Julio" en Almería

**PREÁMBULO**

por el DR. AGUSTIN CASTRO CABRERA  
Secretario Nacional de la Obra.

Almería le cabe el orgullo de haber sido la primera provincia que tuvo puesto en marcha el Servicio de Asistencia Médica Sindical, bajo la disciplina de la Jefatura Nacional de la Obra «18 de Julio».

Tiene unos 400.000 habitantes, de los cuales corresponden a la capital unos 60.000.

Considerada en los aspectos higiénicos y sanitarios es una ciudad atrasada, que aun poseyendo buenas calles y edificios en el centro, está circundada por un cinturón de cuevas en sus alrededores, habitadas por familias miserables, y que constituyen focos de infección y propagación de enfermedades. Este ambiente hace que la extensión del TRACOMA, endémico en el litoral levantino, sea enorme.

La lucha contra esta terrible plaga, que deja sumidos a tantos seres en la noche eterna, la constituyen cuatro dispensarios en la capital (dos del Estado, uno del Ayuntamiento y otro de la Diputación), y ocho más en la provincia, distribuidos estratégicamente por los puntos del litoral donde existen focos (Cuevas de Vera, Antas, Garrucha, Mojácar, Carboneras, Roquetas, Adra y Albox). El interior de la provincia está libre de esta endemia.

Para dar una idea de la extensión del mal, basta decir que en algunas barriadas la Inspección Médica Escolar descubrió hasta un 98 por 100 de escolares afectados de Tracoma.

Pero, a pesar de estar suficientemente dotada en medios de lucha, ésta no es todo lo eficaz que debería, por carecer de medios coercitivos para que los enfermos acudan a los Centros de tratamiento. Esto demuestra, una vez más, la necesidad absoluta de una rigurosa disciplina en el aspecto sanitario, que evite hechos tan lamentables y que tanto perjudican a la colectividad.

**LUCHA ANTITUBERCULOSA.**—Existe un dispensario de clasificación en la capital, insuficiente para las necesidades actuales de toda la provincia.

Las luchas antivenérea y anticancerosa no existen en modo alguno.

**MATERNOLÓGIA Y PUERICULTURA.**—Posee Almería un pabellón con 14 camas en el Hospital Pro-

vincial, destinado a los Servicios de Maternidad. En la actualidad existe otro Servicio de Auxilio Social, con 25 camas de dotación, que ha venido a llenar un vacío, evitando así que muchos embarazadas tuvieran que dar a luz en la cueva que les sirve de morada, y que en la mayoría de los casos no tienen más ventilación que la de la pequeña puerta de entrada.

El número de sindicados es el siguiente: Capital, 13.000, y Provincia, 25.000. Los Sindicatos más florecientes económicamente son: Comercio, Pesca y Hermandad de Labradores. La principal industria de la provincia es el esparto.

**Resumen de la labor desarrollada por el Servicio de Asistencia Médica Sindical de la Obra Sindical «18 de Julio» durante el año 1941 en Almería**

SERVICIOS PRESTADOS EN DOMICILIO:	
Servicios médicos	3.698
" practicantes	15.928
<b>Total</b>	<b>19.626</b>

SERVICIOS PRESTADOS EN CLINICA:	
Medicina general	3.683
" interna	2.280
" externa	2.513
Enfermedades de la infancia y puericultura	1.168
" de la piel, venéreo y sífilis	24.667
" de la visión	94
(Correcciones ópticas)	2.464
" de las vías urinarias	247
" nerviosas y mentales	2.399
" del pecho	+205
(Reinsuflaciones de neumotórax)	2.826
" de garganta, nariz y oído	3.517
" de boca	685
Cirugía general	671
" ortopédica y traumatológica	27.678
Servicio de practicantes (inyecciones y curas)	
<b>Total</b>	<b>74.597</b>

99

Figura 13



SER



<b>MATERNIDAD:</b>	
Consultas de toxicología .....	936
Partos normales asistidos en domicilio .....	197
Partos distócicos asistidos en clínica .....	20
Visitas de comadronas a puerperas .....	1.097
<b>Total ...</b>	<b>2.249</b>

<b>INTERVENCIONES QUIRURGICAS:</b>	
Servicio de ojos .....	104
" " cirugía general .....	59
" " cirugía ortopédica .....	44
" " cirugía ginecológica .....	35
" " garganta, nariz y oído .....	77
<b>Total ...</b>	<b>319</b>

<b>LABORATORIO:</b>	
Análisis de sangre .....	3.616
" " orina .....	6.658
" " esputos .....	186
" " jugo gástrico .....	100
" " L. C. R. ....	1
Otros análisis .....	153
<b>Total ...</b>	<b>10.714</b>

<b>RAYOS X y ELECTROTERAPIA:</b>	
Radioscopias .....	922
Radiografías .....	109
Diatermia .....	40
Corrientes galvánicas .....	31
Onda corta .....	106
Rayos ultravioleta .....	16
<b>Total ...</b>	<b>1.224</b>

<b>SANATORIO:</b>	
Estancias de personas y curas correspondientes ...	1.285

**RESUMEN**

Servicios prestados en domicilio .....	19.626
Servicios prestados en clínica .....	74.597
Maternidad .....	2.249
Intervenciones quirúrgicas .....	319
Rayos X y electroterapia .....	1.224
Laboratorio .....	10.714
Sanatorio .....	1.285
<b>Total ...</b>	<b>110.014</b>

En las fotografías aparecen la fachada y detalles de varias de las dependencias de la clínica de Almería.

Figura 14

Obra Sindical '18 Julio Año 1941 ~ Almería.

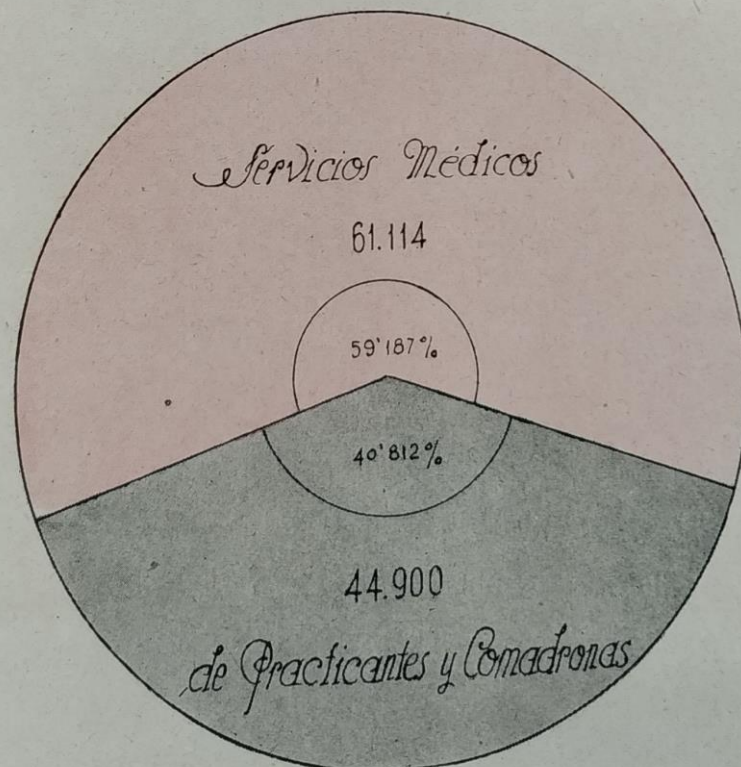
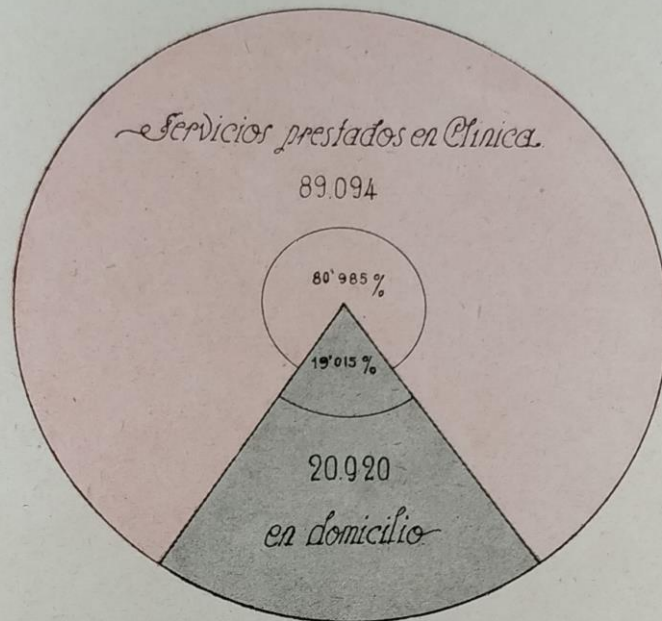


Figura 15

*Gráfico del número de familias beneficiarias del Servicio de Asistencia Médica Sindical*

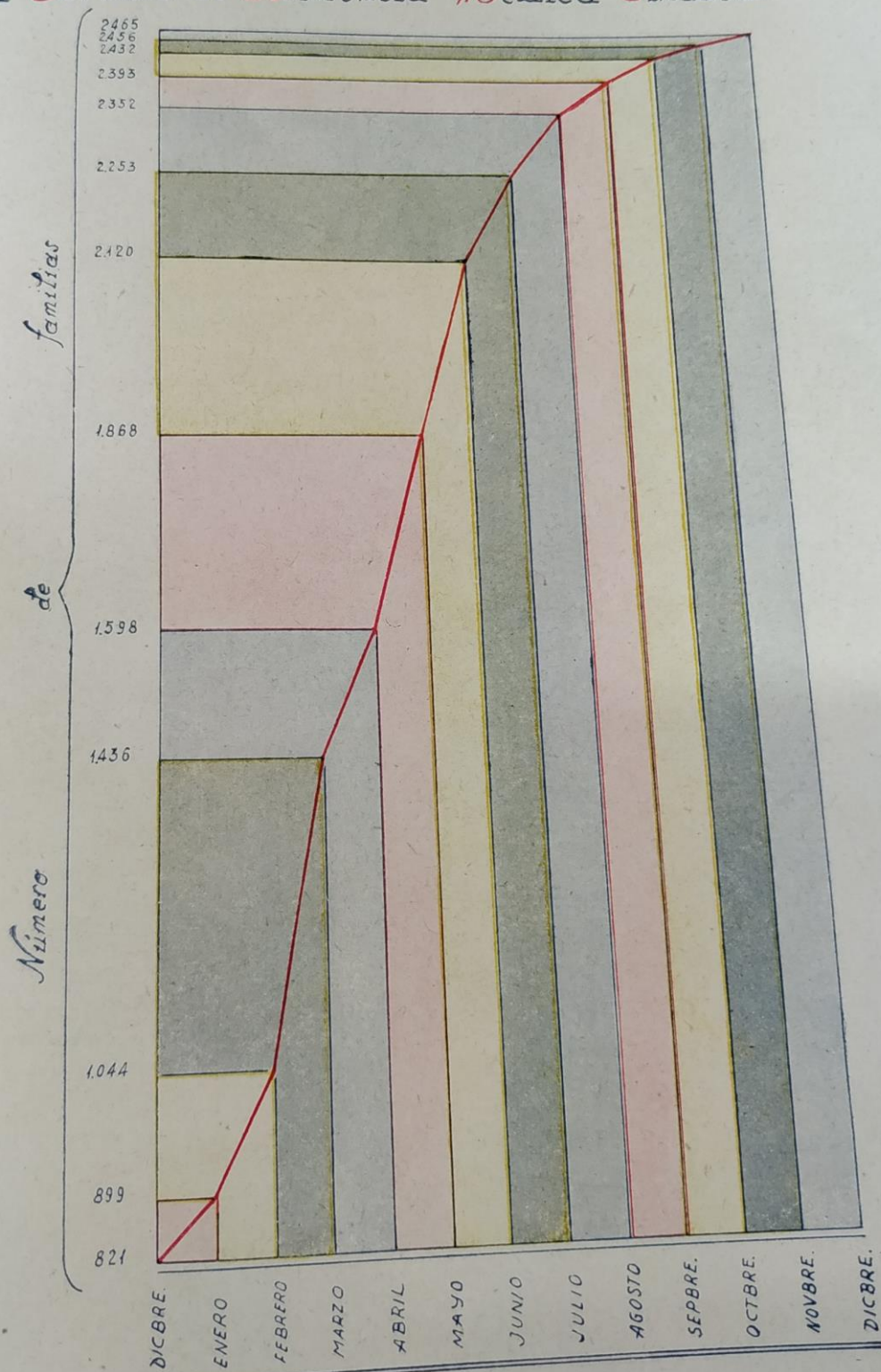


Figura 16



cial. Se crea la Obra de Auxilio Social, con sus secciones de comedores, guarderías infantiles, casas cunas... Todos estos centros dan lugar a necesitar un nuevo cuerpo de enfermeras: las enfermeras sociales. Se dividieron en Visitadoras y Guardadoras y fueron distribuyendo sus servicios en Auxilio Social, Organizaciones Juveniles, Guarderías, Jardines maternos, Cocinas dietéticas, Hogares o Escuelas y asistencia domiciliaria con fines de socorro sanitariosocial y económico.

Y junto a las enfermeras de guerra y enfermeras sociales, la magnífica labor que las camaradas de la Sección Femenina realizaron en Lavaderos de Frente, en la Obra «Descanso del Soldado», en talleres de confecciones de prendas, emblemas y banderas y en el servicio de Donantes de sangre, que vió la cifra de 6.000 camaradas que prestaron su sangre para los heridos del Ejército.

Y muchos nombres que ya no se olvidan: Brunete, Frente de Madrid, Ciudad Universitaria, Oviedo...

Y luego en la paz...

La Sección Femenina recibió del Caudillo la consigna urgente de velar por la sanidad nacional en aquellos rincones españoles a los que no podía llegar el Estado. Fué Franco quien pidió a las mujeres de España que se fijasen como esencial misión la de elevar el nivel sanitario cultural de la nación y ayudar al Estado en su lucha contra la mortalidad infantil.

Así, una de las tareas más importantes de la Sección Femenina en estos días de paz es mejorar las condiciones sanitariosociales de nuestro país y velar por el bien de una acertada política demográfica. La enfermera de guerra ha pasado a segundo lugar, sin que cese nunca en su formación, para evitar improvisaciones, siempre deficientes, y afianzar la organización de los servicios de guerra. Hoy es la enfermera social la que desempeña principal misión, dando lugar a la creación del Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias Rurales, destinado a trabajar en los pueblos, y que encuadradas dentro del Cuerpo de Enfermeras, llevan a los últimos rincones de España esa vigilancia sanitaria que les encomendó el Caudillo.

Constantemente se realizan cursos de Formación, en colaboración con la Delegación de Sanidad, para capacitar a las camaradas que tienen que realizar esta labor.

#### FORMACION DE ENFERMERAS (18 meses de duración en 2 cursos de 9 meses)

	Número de cursos	Enfermeras capacitadas
Año 1943 .....	17	153
Año 1944 .....	17	187
Año 1945 .....	30	203
TOTALES.....	64	543

#### Cursos de enfermeras visitadoras sociales

Año 1942 .....	6	147
Año 1944 .....	1	10
TOTALES.....	7	157

#### Cursos de enfermeras de guerra

Año 1943 .....	9	151
----------------	---	-----

#### Cursos de especialidades

Año 1942 .....	18	182
Año 1943 .....	21	207
Año 1944 .....	19	232
Año 1945 .....	11	75
TOTALES.....	69	696

#### FORMACION DE DIVULGADORAS SANITARIORRURALES

(Camaradas que realizan la labor en el medio rural)

	Cursos divulg.	Camaradas capacit.	Cursos ren.	Divulg. aprob.
Año 1940 ...	47	1.260		
Año 1941 ...	72	1.615		
Año 1942 ...	28	512	22	317
Año 1943 ...	51	774	24	247
Año 1944 ...	41	575	25	227
Año 1945 ...	20	303	17	208
TOTALES ..	259	5.039	88	999

Doble es la labor sanitaria de estas camaradas, labor sanitaria y labor social. En su labor sanitaria guían y dirigen a las madres en la lactancia de sus hijos; cuidan de que los hijos sean vacunados contra la tuberculosis, la difteria y la viruela, en las diferentes épocas que aconseja la Medicina; observan el desarrollo y crecimiento del niño en colaboración con el médico; hacen las gestiones necesarias para la madre en los Centros de Higiene Infantil, Dispensarios de Puericultura, Alimentación Infantil...; guardan en las horas de trabajo a los hijos de las madres campesinas u obreras; cuidan de los niños enfermos, siempre bajo las órdenes y dirección de un médico; visitan las casas necesitadas y socorren aquellas necesidades

Figura 17

S E R

que están a su alcance; cuidan de la limpieza e higiene y evitan focos de infección o contagio; visitan escuelas, comedores... o Abarcan, en fin, todo aquello que tienda a cuidar y mejorar la sanidad de casas, pueblos o ciudades.

En su labor social procuran que todos los trabajadores se acojan a los beneficios de las Leyes Sociales creadas para proteger a la familia del obrero o del campesino; realizan cuanto tienda a mejorar el jornal y las condiciones del trabajo de la obrera, y consiguen de los patronos mejoras para ella; solicitan de los patronos que inscriban a sus empleados en todos los seguros y subsidios; con la Escuela, para elevar el nivel cultural; con la Parroquia, en la formación religiosa; con el Frente de Juventudes, para dirigir al niño al servicio de España... Completando así con la labor social aquella gran tarea sanitaria.

Mientras, las enfermeras realizan en las ciudades la misma tarea, y ayudan y cooperan con la Delegación Nacional de Sanidad cubriendo puestos en servicios sanitarios públicos, del Partido y centros particulares. Se

organizan diferentes Cursos y se forman así diversas especialidades dentro de la rama de enfermeras.

He aquí el cuadro de las enfermeras en activo que prestan servicio al Estado, al Partido o a centros particulares:

a) SERVICIOS DEL PARTIDO	
Enfermeras en la Obra "18 de Julio" .....	122
Enfermeras en el Frente de Juventudes .....	107
Enfermeras en Auxilio Social .....	305
Enfermeras en Sección Femenina .....	694
b) SERVICIOS DEL ESTADO	
Enfermeras en los servicios de la Lucha Antituberculosa .....	194
Enfermeras en los servicios de Puericultura ...	151
Enfermeras en los Centros de Higiene .....	101
Enfermeras en los servicios de Beneficencia ....	115
Enfermeras en los servicios de Hospitales Militares .....	13
Enfermeras en la Fiscalía de la Vivienda .....	10
Enfermeras de Centros particulares .....	114
<b>TOTAL DE ENFERMERAS EN ACTIVO .....</b>	<b>1.926</b>

En los pueblos y ciudades de España las Enfermeras y Divulgadoras realizan constantemente su labor formativa:

LABOR DE LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL  
(Datos hasta agosto de 1945)

	Año 1940	Año 1941	Año 1942	Año 1943	Año 1944	Año 1945	Totales
Visitas a niños .....	5.237	427.070	868.117	1.017.568	1.021.022	979.830	4.318.844
Charlas enseñanza a madres .....		74.805	223.108	390.820	183.581	160.579	1.032.893
Canastillas repartidas ...		4.563	16.380	17.667	24.829	(1) 7.047	70.486
Niños atendidos con ropas y medicamentos...	5.421	170.493	322.499	484.241	580.263	547.982	2.110.899
<b>TOTAL SERVICIOS ..</b>	<b>10.658</b>	<b>676.931</b>	<b>1.430.104</b>	<b>1.910.296</b>	<b>1.809.695</b>	<b>1.695.438</b>	<b>8.533.122</b>

(1) Faltan los repartos hechos en Navidad, que son los más importantes.

ASISTENCIA A ENFERMOS Y SOLUCION GENERAL DE NECESIDADES  
(Datos hasta agosto de 1945)

	Año 1940	Año 1941	Año 1942	Año 1943	Año 1944	Año 1945	Totales
Visitas realizadas a enfermos .....	7.042	503.939	607.241	859.135	677.045	601.300	3.255.702
Tratamientos aplicados (curas, vacunas e inyecciones) .....	29.899	328.253	547.967	869.261	1.077.983	576.168	3.429.521
Soluciones definitivas a diferentes necesidades por mediación de S. F. (ingresados en Centros sanitarios o sociales, hombres sin trabajo colocados, niños llevados a escuelas, etc.) ..		4.344	4.405	26.503	17.078	14.151	66.481
<b>TOTAL SERVICIOS ...</b>	<b>36.941</b>	<b>836.536</b>	<b>1.159.613</b>	<b>1.754.899</b>	<b>1.772.106</b>	<b>1.191.619</b>	<b>6.751.704</b>

Figura 18



peligro que para la vida de los niños significa la difteria.

En los pueblos donde se ha realizado la campaña, y en los barrios extremos de la capital, las Divulgadoras Sanitarias Rurales y Enfermeras de Falange han visitado todas las viviendas, para confeccionar una estadística de niños comprendidos dentro de la edad de vacunación. De acuerdo con la Jefatura de Sanidad se han habilitado centros sanitarios para aplicar la vacuna, y las camaradas de la Sección Femenina se han preocupado asimismo de que todos los niños cuya estadística tienen en su poder asistan los días y horas designados para la vacunación en los centros de Sanidad correspondientes.

Allí las Enfermeras y Divulgadoras han confeccionado las fichas de los niños vacunados, ayudando a los médicos a aplicar la vacuna. Se han repetido tantas veces como ha sido ne-

cesario las visitas a las viviendas de aquellos niños que no acudían a vacunarse.

Y de esta manera, día a día, en los pueblos de España nuestras camaradas han ido viniendo en todos los hogares la incompreensión y la ignorancia, tropezando con la apatía general de las familias, sin que por esto se desanimasen en su labor, que tantas vidas de niños ha rescatado.

Como resultado de esta labor, la mortalidad infantil por difteria, según estadística oficial, acusa un gran descenso a partir de la fecha en que comienzan la campaña, con arreglo a los siguientes datos:

Años	N.º de fallecidos
1937	1.650
1938	2.750
1939	4.022
1940	3.171
1941	1.575
1942	958

#### ESTADÍSTICA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIDIFTERICA

	Año 1941	Año 1942	Año 1943	Año 1944	Año 1945	Totales
Camaradas movilizadas	2.132	376	2.057	1.127	762	6.454
Visitas realizadas	126.287	54.648	127.147	27.162	9.603	344.847
Vacuna aportada por S. F. (dosis)	240.000	196.100	134.000	37.000	15.000	622.100
Niños vacunados en la capital	125.303	57.977	41.866	15.524	2.623	243.293
Niños vacunados en pueblos	364.203	132.267	134.365	33.733	8.364	672.932

Como consecuencia de la labor realizada por la Sección Femenina, nuestra Delegada Nacional solicitó del Ministro de la Gobernación fuese declarada obligatoria la vacunación antidiférica. Elevada la propuesta al Consejo de Ministros, se declaró obligatoria dicha vacunación por decreto de 11 de noviembre de 1943 («B. O. del Estado» de 4 de enero de 1944), que dice así:

«La eficacia de la inmunización preventiva antidiférica y la alta conveniencia de hacer obligatoria esta práctica ha sido reconocida ya por varios países europeos.

La experiencia de las Autoridades españolas es también hoy lo suficientemente intensa y dilatada para formar juicio propio de esta cuestión, y, en su consecuencia, pronunciarse en análogo sentido.

Por estas razones, oídos los informes emitidos por la Dirección General de Sanidad, del Consejo Nacional de Sanidad, a propuesta del Ministro de la Gobernación y previa deliberación del Consejo de Ministros,

#### DISPONGO:

**Artículo primero.**—A partir del primero de enero de mil novecientos cuarenta y cuatro se declara obligatoria la vacunación antidiférica para todos los niños comprendidos entre la edad de uno a cuatro años.

**Artículo segundo.**—El reglamento correspondiente señalará la intervención que en el cumplimiento de esta disposición habrán de tener las distintas Autoridades Sanitarias y las condiciones en que habrá de hacerse efectiva esta práctica.

Dado en Madrid a once de noviembre de mil novecientos cuarenta y tres.

FRANCISCO FRANCO»

#### COLABORACIONES CON EL ESTADO EN SERVICIOS SANITARIOS

De acuerdo con las necesidades de cada provincia, y encomendados por las Autoridades correspondientes, la Sección Femenina

Figura 19

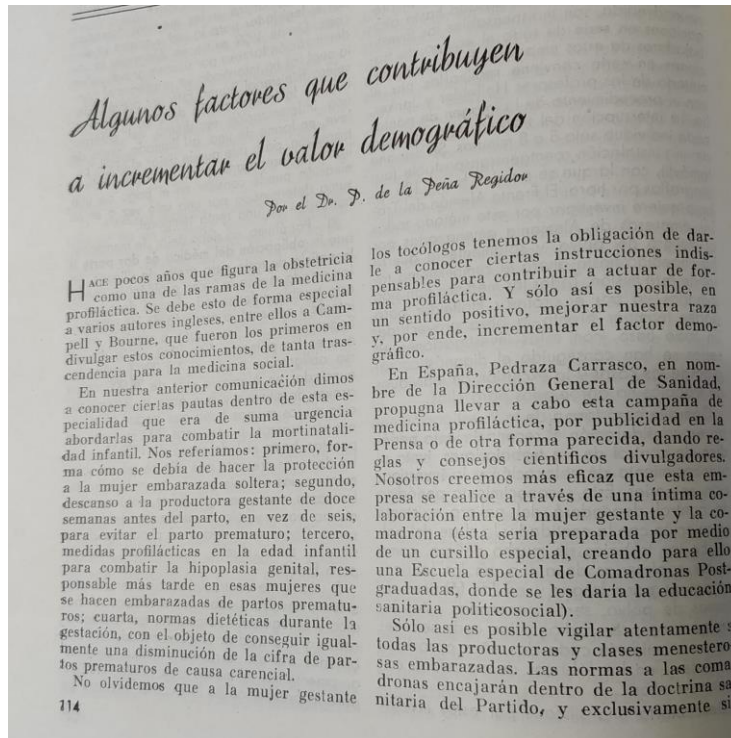


Figura 20

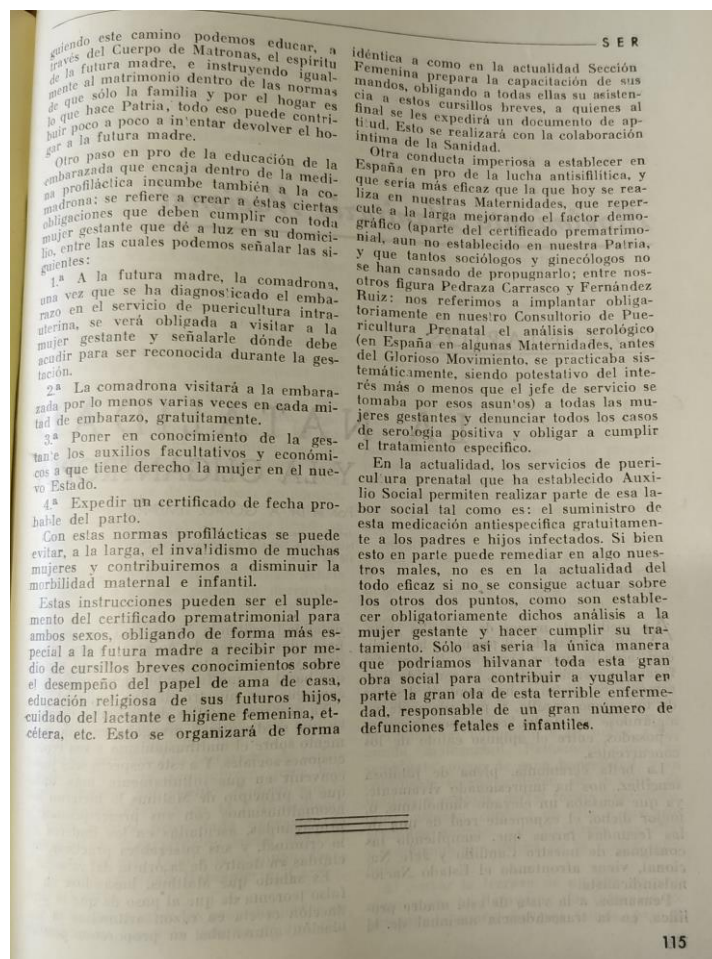


Figura 21

Los geneticistas, seleccionando biotipos y segregando seres tarados, nada tienen que hacer en una nación que considera al cuerpo como simple albergue de un alma con destino eterno.

Sabiendo que la herencia está supeditada a las múltiples combinaciones que surgen entre los «genes» de los progenitores y que las posibilidades de su potencialidad están en relación con la acción unívoca o antagónica del medio ambiental, somos conductistas en tanto actuamos sobre éste para eliminar las causas de morbilidad o degeneración biológica, pero no podemos olvidar los peligros sociales por el abandono a su libre voluntad de los desgraciados que son asiento de taras psíquicas y somáticas.

Nuestro porvenir demográfico ha de basarse en una política familiar, porque en España la familia es el vivero físico y espiritual; es, junto a un crisol de virtudes, el origen del gremio, del sindicato y del Municipio como pilares básicos del Estado, y es, junto a la unidad económica, la razón suprema de la lucha para ver proyectado sobre nuestra propia sangre el esfuerzo gigante de una vida.

En sentido médico la política familiar ha de cumplir tres fines primordiales: Fomento de la nupcialidad, Aumento de la natalidad y Disminución de la morbilidad y mortalidad infantil.

**FOMENTO DE LA NUPCIALIDAD**

Educando a la nueva generación en la necesidad de ir jóvenes al matrimonio, porque en esta edad la belleza del amor se concibe con la alegría de una dádiva y no como la necesidad de una limosna, característica de la edad madura.

**AUMENTO DE LA NATALIDAD**

La civilización y la vida urbana son los peores enemigos del índice demográfico. La concepción malthusiana de la lucha por la existencia y el egoísmo de una vida muéble sin preocupaciones, junto a la presunción de una permanente estética juvenil han logrado rebajar la natalidad

Figura 22

Natalidad por 1.000 habitantes	Año 1850	Año 1929
España .....	37,5	29,7
Inglaterra .....	33,4	16,5
Alemania .....	37,1	17,9
Francia .....	28,8	17,7
Italia .....	34,9	25

Figura 23



Mucha más importancia tiene, como se comprenderá, la lucha social contra el aborto criminal. Sobre este asunto no hemos de extendernos, ya que ha sido tratado con todo detalle en tiempos recientes. Digamos tan sólo que es necesario que el Estado castigue duramente este crimen, que además de serlo frente al derecho natural lo es mucho más todavía con arreglo a la concepción del Estado Nacional Sindicalista sobre la función maternal.

g) *Lucha contra la esterilidad y propaganda maternal*

Es muy grande el número de mujeres que no alcanzan, a pesar suyo, la maternidad. Se ha dicho que de dos médicos, uno bueno y otro malo, uno de los cuales estuviese en posesión de un remedio maravilloso para no tener hijos, mientras el otro fuese capaz de hacer que cualquier estéril los tuviera, sería este último aquel cuya consulta tendría más clientes. Y es porque todavía, a pesar del enorme esfuerzo que la maternidad supone, son más las mujeres que desean tener hijos que las que quieren tener pocos o no tener ninguno.

El Estado cumplirá una misión altamente beneficiosa proporcionando a estas que desean ser madres medios para ser tratadas de su defecto. Claro es que un gran número de esterilidades permanecen imposibles de ser curadas, pero no es menos cierto que con una sistematización del tratamiento se conseguiría que muchas mujeres llegasen a tener hijos.

Y como para que las interesadas acudiesen a ser tratadas en este sentido sería preciso convencerlas primero, habría que hacer una extensa labor de propaganda. No nos incumbe a nosotros el fijar cómo debería ser ésta, y solamente decir que con ella se lograría, además del fin primordial antes apuntado, el de que las mujeres acudiesen, siquiera fuera de tarde en tarde, a una consulta de Ginecología, con lo cual muchos trastornos y enfermedades hasta entonces ignorados podrían ser descubiertos.

3. *La Obra Nacional Sindicalista de Protección a la madre y al niño*

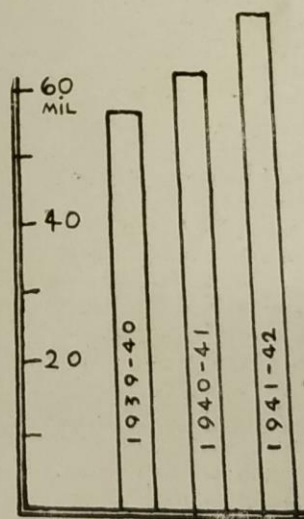
Hasta ahora el mayor esfuerzo por resolver los problemas anteriormente plan-

teados ha sido realizado por Auxilio Social. Mediante la Obra cuyo nombre acabamos de indicar, presta asistencia a un número enorme de embarazadas, de parturientes y de madres lactantes, en la forma que en los párrafos que siguen hemos de examinar. Hemos de hacer notar que la labor de Auxilio Social no está directamente inspirada en una norma de política sanitaria, sino en una obra social de asistencia y beneficencia. O dicho de otro modo, que esta institución no realiza directamente una labor encaminada a un fin sanitario, sino a un objetivo social. Si de una manera indirecta se presta una ayuda sanitaria completa a la embarazada y a la parturiente, ello es debido a que no se puede concebir una ayuda social sin aquélla. Bienestar social y salud no pueden ir de manera alguna desligados.

Pero el plan de obras sociales de Auxilio es tan vasto, que de este modo indirecto constituye de hecho el sistema de Maternología más completo que existe actualmente en España.

a) *La consulta prenatal*

La consulta de este tipo que se pasa en los Centros de Maternología de la Obra de Protección a la Madre y al Niño está ins-



Gráfica del aumento de asistencias en los últimos años. (Años de Auxilio Social, desde octubre de un año a septiembre del siguiente.)

Figura 24

tivo de las embarazadas actualmente en nuestra ciudad es, en comparación con el resto de la población, bastante satisfactorio. A pesar de ser el embarazo un momento de especial predilección para el establecimiento de trastornos carenciales, en un material bastante grande de embarazadas por nosotros examinadas no hemos encontrado nada más que una discreta anemia (téngase en cuenta que ya de por sí existe una anemia fisiológica de la gestación) y trastornos de carencia vitamínica A, benignos y no constantes. A pesar de tener la gestante una tan elevada propensión a los demás, no hemos observado cuadros de hipoproteïnemia entre las embarazadas atendidas en dichos comedores. En cambio, durante la época de dominación roja las estadísticas de la Maternidad de Madrid de los años 36 a 39 nos revelan que hubo enorme cantidad de cuadros carenciales, que dieron en gran parte lugar a gestosis graves. Si esto no ocurre ahora; si en término medio se hallan nuestras embarazadas en un buen estado relativo de nutrición, ello puede ser atribuido a la labor de los mencionados comedores.

uno de éstos en las proximidades de Madrid. La finalidad de estos establecimientos es la de proporcionar a las embarazadas que lo necesiten un lugar de salud y descanso, fuera del ambiente de una clínica, pero con la vigilancia y el cuidado médico necesario.

d) Casas de la Madre

Este nombre ha venido a sustituir al de Maternidad, o clínica de Maternidad, del mismo modo que en el ambiente de estos hogares se trata de eliminar toda apariencia de hospital. El tipo de asistencia obstétrica puede ser calificado de modelo; sin embargo, nada de grandes salas comunes y de aspecto triste, como otros establecimientos de esta índole suelen tener. Con ello las mujeres pierden el instintivo horror a dar a luz en una clínica.

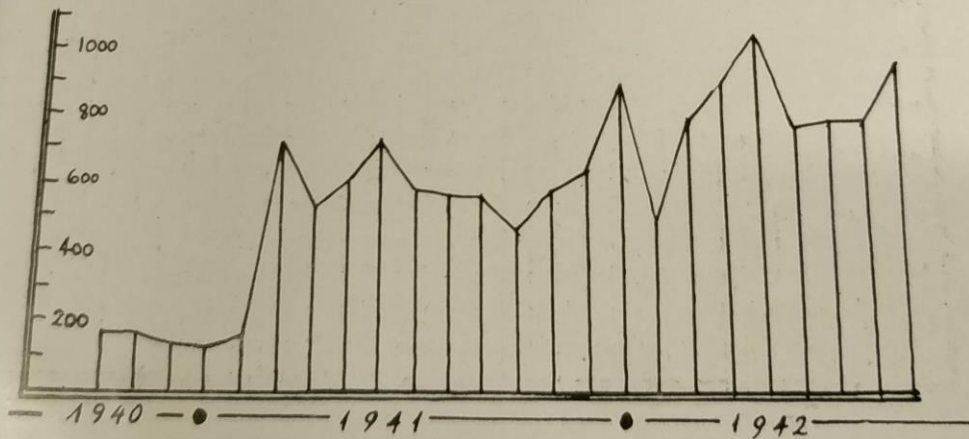
En la Casa de la Madre, de Madrid, se asisten al año 1.200 partos. Existen otras dos Casas de la Madre, una en Almería y otra en Mérida. En Madrid está muy próxima a inaugurarse la Casa de la Madre núm. 2, y otras cuatro o cinco serán abiertas en toda España en el corriente año.

c) Hogares de embarazadas

Esta necesidad ha sido tenida en cuenta, y se halla en proyecto la construcción de

e) Hogar de recuperación de madres

Ya hemos indicado en un apartado anterior la importancia de la recuperación de



Número cada vez mayor de parturientas asistidas por mes en las Casas de la Madre.

las madres para mantener la fertilidad de las mujeres y para evitar ulteriores debilitamientos y enfermedades de éstas faci-

litándoles un mejor periodo de la lactación. La Obra de Protección a la Madre y al Niño tiene en proyecto instituciones de

Figura 25

El

# ABORTO

y sus

## COMPLICACIONES

por el Dr. José Botella Montoya  
Ginecólogo de la Obra "18 de Julio" y jefe  
del Servicio II.º de la Maternidad Provincial de Madrid.

### ABORTO

El aborto es uno de los problemas médicos más importantes, no ya para el legislador, sino para el médico práctico e incluso para el investigador. Si calculamos el número de mujeres que abortan, unas a su pesar y otras voluntariamente, vemos que éste es enorme. Así, en Alemania el año 1939 hubo un millón de abortos. En Hamburgo se llegó a la cifra de 210 abortos por 100 partos. En Ucrania, en 1924, 185.000 abortos. En los Estados Unidos, el 92 por 100 de las mujeres habían abortado, obteniéndose en un grupo de ellas 1.391 nacimientos y 1.843 abortos. En España, en la Casa de Maternidad de Madrid, la estadística de los últimos diez años nos da las siguientes cifras:

	Partos	Abortos
Año 1932 a 1933	729	120
> 1933 a 1934	790	150
> 1934 a 1935	787	141
> 1935 a 1936	741	110
> 1936 a 1937	2.422	500
> 1937 a 1938	2.207	513
> 1938 a 1939	3.449	816
> 1939 a 1940	2.419	1.108
> 1940 a 1941	2.209	749

Esta estadística es de mi servicio exclusivamente; los años 1932 a 1936, y desde 1936 hasta 1941 incluyen también los de la clínica del doctor Bourkaib.

En la Rusia soviética, país en el que, por sus ideas materialistas, el aborto es permitido, llegaron a establecer centros especiales para abortar. Sólo en Moscú se establecieron catorce clínicas para practicar el aborto, con personal especializado, y en cada clínica se venían a realizar 150 abortos al mes. Pues bien, los resultados fueron tan aterradores que, a pesar de las ideas comunistas, tuvieron que dar una alarma, pues ellos mismos se asustaron del número de abortos que se practicaban, y que amenazaban con hacer desaparecer casi totalmente la natalidad. Actualmente, y por propia experiencia, se han convencido del peligro que supone para el porvenir de una nación y para la salud de sus mujeres, habiéndose suprimido tan disparatado sistema.

Hasta aquí nos hemos referido al problema desde un punto de vista puramente material, sin tener en cuenta los daños espirituales que estos abortos producen, los asesinatos que suponen, y lo monstruoso que

Figura 26



TABLA 1.<sup>a</sup>

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

España .....	19,8
Alemania .....	19,6
Francia .....	14,0
Bulgaria .....	22,8
Italia .....	32,7
Bélgica .....	16,8
Inglaterra .....	16,3
Estados Unidos .....	17,6
Japón .....	27,0

*Figura 27*

TABLA 2.<sup>a</sup>

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES EN 1939  
EN ESPAÑA

1900 .....	
1920 .....	33,9
1925 .....	29,2
1930 .....	30,6
1935 .....	28,7
1939 .....	25,2
1941 .....	19,8
	20,2

De aquí se deduce que aunque desde principios de siglo la natalidad ha disminuido, se mantiene en general por encima de la mayoría de los países de Europa, y de la

*Figura 28*

TABLA 4.<sup>a</sup>

PORCENTAJE DE MATRIMONIOS ESTÉRILES  
EN ESPAÑA

Andalucía .....	11,7
Aragón .....	10,2
Asturias .....	10,8
Castilla la Nueva .....	11,6
Castilla la Vieja .....	9,0
Cataluña .....	12,2
Extremadura .....	9,8
Galicia .....	9,1
León .....	9,1
Murcia .....	10,2
Navarra y Vascongadas .....	10,0
Valencia .....	10,0

*Figura 29*