

FAMILIA Y MATERNIDAD: LA LACTANCIA EN PAMPLONA (1900-1935)

*Sagrario Anaut Bravo*¹

RESUMEN: A partir de finales del siglo XIX y desde las instituciones política y sanitarias, la lactancia materna pasó a un primer plano del debate sobre la salud y la muerte de la población navarra. Su difusión se encaminaba a paliar el problema de la elevada mortalidad infantil, a modelar la conducta de las mujeres y a consolidar un tipo de familia acorde con la nueva sociedad burguesa, defensora de la estabilidad, el trabajo, la limpieza y la salud.

ABSTRACT: Motherly lactation became the first subject of discussion about health and the death of Navarrese population at the end of XIX century. Motherly lactation's spreading tried to put on the right way the problem of high infantile death rate, to model the behaviour of women and to consolidate a kind of family according to the new burgess society, defender of stability, work, cleanliness and health.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad infantil - Lactancia - Maternidad - Higienismo.

Los reformadores sociales, los médicos e higienistas fueron dando forma, a lo largo del siglo XIX, a un movimiento reformista que reclamaba cambios en todos los aspectos de la vida privada y pública, individual y colectiva, del país. Del análisis de la realidad española que llevaron a cabo, entresacaron como problemas centrales, las altas tasas de mortalidad y las deficientes condiciones de vida de la población trabajadora. En torno a estos dos problemas van a vertebrar distintos discursos con contenidos, propuestas y objetivos cada vez más diversificados y mejor definidos. En este sentido, la citada corriente reformadora intervendrá indirectamente en los conflictos sociales, proponiendo racionalizar la vida cotidiana y el trabajo para suavizar la incidencia de la miseria sobre la mortalidad y las tensiones sociales, y defenderá el crecimiento de la población, como garante del poder político, socio-económico y militar del país.

El principal obstáculo para alcanzar el crecimiento biológico de la población española eran sus elevadas tasas de mortalidad. La falta de control y conocimiento de las principales enfermedades infecto-contagiosas, mayoritariamente evitables, y el atraso socio-económico y sanitario del país, situaron sus niveles de

¹ UPNA.

mortalidad entre los más altos de Europa. Los consecuentes problemas que se derivaron para el crecimiento natural de la población iban a inquietar permanentemente en este contexto poblacionista y regeneracionista, e iban a reorientar los esfuerzos hacia la búsqueda de las causas, efectos, soluciones y evolución de la mortalidad. En conjunto, apostaron por una creciente intervención del Estado para paliar la pérdida de salud física y moral de la población.

Junto a la progresiva intervención del Estado y del colectivo médico-higienista, el discurso reformista recalcó también la importancia de la familia como instrumento de reforma social. El modelo de familia por el que apostaban debía estar acorde con la nueva sociedad burguesa. La familia era una unidad económica y de socialización e integración de sus miembros, por lo que serviría de catalizador de las propuestas políticas e institucionales en materia de salud, higiene, educación, economía doméstica, orden y estabilidad social, ordenación urbanística, etc. Para llegar a entrar en los hogares, se adoptó el recurso de la defensa de la infancia y la maternidad. Con la nueva valoración que adquirieron la mujer y la infancia, se llegará a potenciar dicha ingerencia y la redefinición del modelo de género. La mujer quedará relegada al espacio privado, al hogar, donde tenía encomendadas unas funciones de las que se le hace responsable. Llegar a ser buenas profesionales del hogar y mejor madres, implicaba abandonar el mercado laboral y recibir una educación precisa y moralmente ajustada a las necesidades del discurso higiénico-reformista de la época. Las necesidades económicas de muchos hogares populares requerían la búsqueda de ingresos adicionales al de varón. Al margen de las ayudas de naturaleza benéfica o asistencial, la principal estrategia de supervivencia de los núcleos familiares será el trabajo de las mujeres. Estas mujeres trabajadoras, madres y esposas, difícilmente podrán responder al modelo de mujer-madre deseada por el discurso de la domesticidad.

Como se puede suponer, se llegó a la conclusión de que las precarias condiciones de vida, trabajo y nutrición, la falta de una política sanitaria más centrada en la prevención, y la ignorancia y desidia sobre los principales preceptos higiénicos, eran las principales causas de la elevada mortalidad en España. Entre las primeras voces que se inquietaron por el pauperismo y las deficiencias en las condiciones de vida y trabajo que afectaban a las clases trabajadoras, sobresalió F. P. Monlau a mediados del siglo XIX. Desde entonces, población, "cuestión social"/orden social, salud, maternidad, higiene y prevención fueron conceptos que quedaron integrados dentro del discurso reformista de la época, que fue paralelo al proceso de industrialización y asalarización de la población. Todas estas cuestiones y otras más no estuvieron exentas de contenidos moralizadores.

La mortalidad infantil: un problema social y familiar²

Como se indicó con anterioridad, uno de los problemas que más inquietudes despertó entre los médicos, los reformadores sociales y los políticos en el primer tercio del siglo XX fue el de la elevada mortalidad de la población española. La lucha contra la muerte pasaba por el control de la mortalidad en edades tempranas. La muerte de los/as niños/as en los primeros meses y años de vida era consustancial a una sociedad que se movía dentro del régimen demográfico antiguo. Los cambios socio-económicos que se fueron viviendo, incluso en ciudades tan poco dinámicas como Pamplona, incrementaron la proporción de defunciones en esos momentos tan vulnerables de la vida.

El creciente interés por todo cuanto rodeaba al binomio salud-enfermedad y al fenómeno de la muerte, se fue plasmando en algunas actuaciones concretas y, sobre todo a partir de 1880, en una literatura con contenidos diversos, pero con una clara intencionalidad. Se debía inculcar a la población que la muerte de los más jóvenes era un suceso evitable en el que el médico podía cumplir un papel crucial, pero en el que la responsabilidad de su prevención recaía sobre la familia y, en concreto, sobre la madre.

Entre los temas más reiterados en la literatura médica de divulgación, destacaremos los consejos dirigidos a las madres para mejorar los cuidados y alimentación de sus hijos/as, los fundamentos básicos de la higiene personal y familiar, la formación femenina a través de los manuales de economía doméstica, y los estudios demográfico-sanitarios. La producción editorial navarra sobre estas cuestiones fue relativamente escasa desde el punto de vista cuantitativo, pero lo suficientemente elocuente y precisa como para no pasar por alto ninguno de estos temas centrales. El interés por popularizar muchas de las prácticas higiénicas y médicas que se consideraban fundamentales para evitar y corregir algunos de los factores más letales entre la población pamplonesa, incitó a la publicación de esta información en casi todos los medios periodísticos³. Todos estos recursos informativos, además de las conferencias organizadas en las Escuelas Normales, en el Ayuntamiento u otras asociaciones como el Sindicato de Agrerías Católicas de Obreras de Pamplona, dieron forma a una conciencia social sobre la importancia de luchar contra la muerte y en favor de la salud.

Otro recurso empleado para incitar esa conciencia social serán los trabajos realizados por los médicos sobre cuestiones demográfico-sanitarias concretas. A partir de un estudio cuantitativo sobre la incidencia de la mortalidad general (S. Húder y A. Lazcano) y de la mortalidad infantil (C. Monzón) se van a justificar

²La mortalidad infantil comienza a ser un fenómeno socialmente preocupante en España a finales del siglo XIX. Con anterioridad, toda la atención estaba centrada en los problemas del abandono u orfandad, que fueron, en parte, afrontados a través de la creación de inclusas, casas de misericordia, asilos para niños y otros centros. Un ejemplo de ello es la extensa obra de J. J. de Uriz (1801), *Causas prácticas de la muerte de los niños expósitos en sus primeros años: remedio en su origen de un grave mal y modo de formarlos útiles a la religión y al estado, con notable aumento de la población, fuerzas y riqueza de España*.

³El *Diario de Navarra* parece ser el periódico navarro más comprometido con la divulgación y popularización de la salud y la higiene, pero hay numerosa información también en *La Avalancha*, *El Pueblo Navarro*, *El Pensamiento Navarro*, etc.

determinadas acciones médico-sociales e incluso políticas. En los casos citados, se insiste sobre la gravedad de la mortalidad en Pamplona y en su naturaleza evitable siempre que se adoptaran ciertas medidas preventivas dirigidas hacia tres frentes. El primero reuniría todos aquellos elementos relacionados con la alimentación, la limpieza personal y del lugar de residencia, y las condiciones de vida y trabajo. Un segundo campo es el médico-sanitario que remite a cuestiones como las vacunas, las mejoras de los centros hospitalarios y asistenciales o la valoración de la salud. Por último, el mejor método preventivo será la educación para la salud en la escuela, en la calle y en la propia familia.

"Es Pamplona una ciudad cuyo municipio debe acometer sin demora una enérgica campaña sanitaria, á fin de mejorar en lo posible su higiene pública, y disminuir el estrago de su excesiva mortalidad (...) Debe estimularse por todos los medios, bien persuasivos, bien conminatorios que estén al alcance de las autoridades, el celo de los vecinos en la limpieza de sus habitaciones y constante práctica de las máximas de higiene privada, sin cuyo estricto cumplimiento se esterilizaría la acción oficial" (A. Lazcano, 1909: 28).

Los médicos-higienistas y reformadores sociales navarros insistieron en que los temas cruciales para mitigar con rapidez la mortalidad eran las condiciones higiénicas de las viviendas y la alimentación, sobre todo en el primer año de vida. La preocupación por las condiciones de habitabilidad de las viviendas obreras abarcará cuestiones de muy diversa naturaleza. Se criticará el déficit crónico de viviendas para los obreros, la carestía de los alquileres, las deficientes infraestructuras sanitarias (alcantarillado, agua corriente, excusados, etc), el modelo de viviendas con una ventilación y aireación inadecuadas, así como la suciedad, el hacinamiento y las malas costumbres privadas. Un médico especialmente sensibilizado con el problema de la vivienda es A. Lazcano (1903 y 1909). En su *Plan general de higienización de las viviendas de Pamplona y medios de realizarlo en la práctica* (1909), traspasa los límites sanitarios y el propio ámbito de la vivienda para proponer un diseño higiénico de la vivienda particular y de la propia ciudad de Pamplona a través de la construcción de su segundo ensanche.

"El profuso cariño que profeso á mi pueblo y el haber observado durante 32 años de ejercicio profesional las malas condiciones higiénicas que tienen más del 90% de las viviendas de esta ciudad, me han impulsado á escribir á grandes rasgos en este opúsculo sus principales defectos y á indicar lo que debe ser una vivienda sana, para que los propietarios aprendan; los arquitectos tengan en cuenta sus observaciones al trazar sus planos; los constructores adquieran una sucinta idea de la vivienda higiénica, y las autoridades no otorguen permiso de edificación á viviendas insalubres y obliguen á sus vecinos con rigor inflexible á tenerlas limpias y aseadas" (A. Lazcano, 1909: 3).

Como se deduce de las palabras de A. Lazcano, la higiene de las viviendas y de sus moradores requiere un compromiso de los agentes económicos y políticos y de los propios implicados con las propuestas de los médicos. El desinterés, la ignorancia y la búsqueda del beneficio económico en torno a la vivienda y su conservación agravaban la miseria, la enfermedad, el desorden y la inmoralidad de quienes viven en habitaciones insalubres. No solo la salud se ve afectada por estas deficiencias, también la propia familia desde el momento en que "muchos ciudada-

nos sea por costumbre ó por no habitar en viviendas higiénicas, se van a a la taberna, café, casino, permaneciendo más tiempo en estos lugares que en su habitación" (A. Lazcano, 1909: 27).

Mejorando las viviendas y generalizando el modelo de la familia burguesa se podía avanzar en materia de salud y en las condiciones materiales de vida de las familias obreras. Todos estos cambios irían acompañados de ciertas medidas encaminadas a la mejora de la alimentación. Se reclamaba por el mismo A. Lazcano (1903) y por la prensa navarra actuaciones municipales en el control de la calidad y precios de los productos básicos (leche, carne, vino y pan, sobre todo) y en la calidad del agua potable (S. Anaut, 1997). Son innegables los pasos que se dieron en estos temas a lo largo del primer tercio del siglo XX, sin embargo se hizo mayor hincapié en el problema de la alimentación deficiente de los menores de un año. Se detectó y diagnosticó por los médicos que la alimentación idónea durante ese primer año de vida era la lactancia materna, por lo que a las mujeres-madres se les encomendó y responsabilizó de la tarea de alimentar, cuidar y mantener sano a su hijo/a. Ya no bastaba con querer a los hijos, había que cuidarlos sanos y robustos por el bien de la ciudad y el país.

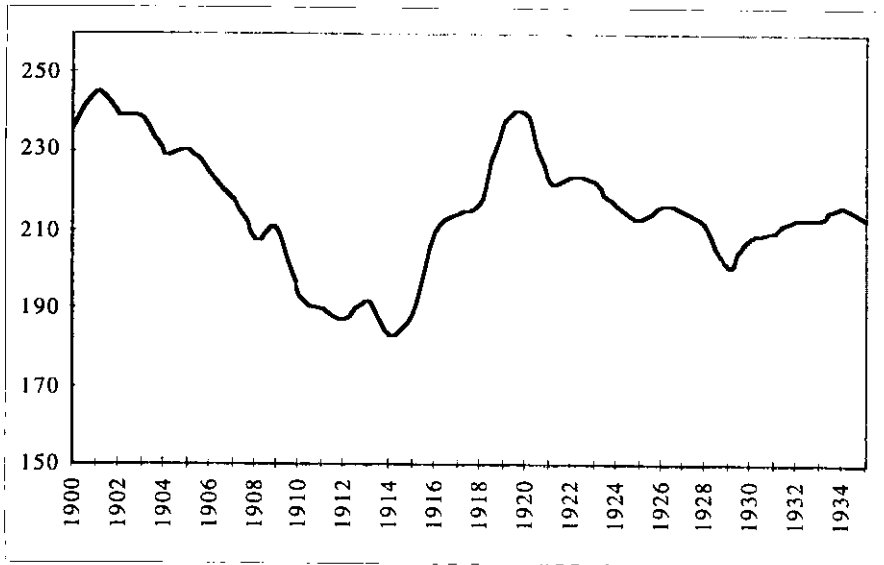
Este discurso higiénico-reformista pamplonés que reitera que "la población es el elemento de riqueza principal de los pueblos y para conservar y aumentar esta riqueza trabajan moralistas, higienistas y estadísticas" (*Diario de Navarra*, 16-8-1904), centrará su atención sobre la mortalidad infantil de la ciudad. La explicación y prevención de la mortalidad entre los más pequeños de la ciudad la sustentaron en su propia debilidad biológica, en la herencia recibida y en los factores exógenos (vivienda, alimentación, higiene, etc.). La mortalidad era en sí misma un problema, pero lo era todavía más cuando se comprobaba que en torno al 20% de las defunciones totales en Pamplona correspondían a menores de un año.

"¡Quién sabe los cientos y miles de vidas que solo en Pamplona hubieran podido conservarse si sus habitantes hubieran conocido hace 50 ó 100 años las causas de la mortalidad infantil! Porque bien conocidas por todos, seguramente haría ya muchos años que se hubieran puesto en práctica los remedios más indicados" (C. Monzón, 1903: 50).

En el gráfico 1 hemos recogido la evolución de la mortalidad infantil de Pamplona en el primer tercio del siglo XX. Razones suficientes para preocuparse tensan los médicos, higienistas y cuantos reclamaban una ciudad más dinámica y moderna desde todos los puntos de vista⁴. El problema médico-sanitario de la pérdida de salud de los más jóvenes iba a adquirir, por tanto, una dimensión social.

⁴Esta mortalidad era elevada en comparación con otros ámbitos españoles como se ha comprobado al cotejarla con los resultados obtenidos en trabajos como: ARBAIZA VILLALONGA, M.; GUERRERO, A.; PAREJA, A., "Mundo rural y mundo urbano en la transición de la mortalidad vizcaína (1770-1930)", en *Boletín de la ADEH*, XIV-II, 1996. PAREJA, A., *Inmigración y condiciones de vida en la villa de Bilbao (1825-1935)*, Tesis doctoral, U.P.V., 1997. REHER, D., PEREZ MOREDA, V., y BERNABEU, J., "Mortalidad infantil y juvenil en Madrid, Castilla-La Mancha y País Valenciano", en *Serie Documentos de Trabajo*, C.S.I.C., Madrid, 1994. SANZ GIMENO, A., *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en el Madrid rural, siglos XIX y XX*, Tesis doctoral, U.C.M., 1997.

Gráfico 1: Evolución de la tasa de mortalidad infantil corregida de Pamplona, 1900-35⁵.



FUENTE: Elaboración propia.

Como ocurriera en otros puntos del país, se alegó como principales causas de semejante problema social y médico en Pamplona, la ignorancia y desidia de las madres en la alimentación e higiene de sus hijos/as, la preferencia por la lactancia artificial o con nodrizas, la corta duración del período de lactancia, las numerosas deficiencias de las viviendas, y los problemas vividos durante el embarazo y el parto, sobre todo, por razones como los embarazos no deseados, el exceso de trabajo y la precaria asistencia de profesionales en esos momentos. Teóricamente, se daba por supuesto que la muerte de los/as menores de un año no obedecía a dolencias de naturaleza infecciosa, sino a las condiciones familiares en las que nacían. Como puede comprobarse, la mortalidad en esas edades era responsabilidad de la madre. Los médicos de la época insistían en que la lactancia materna protegía de la debilidad biológica inicial e inmunizaba a los lactantes de las enfermedades infecciosas, en especial de las de naturaleza digestiva que causaban estragos en los meses estivales. La divulgación de estas opiniones terminaba culpabilizando a la madre de la muerte de su hijo/a.

Pero volvamos sobre las cifras para comprobar si tenía alguna justificación fundada en Pamplona el discurso médico recogido en la prensa y otras publicaciones sobre la maternidad y la lactancia que analizaremos en el próximo apartado. Como se deduce de las cifras recogidas en el cuadro 1, a medida que nos alejamos del instante del nacimiento, las probabilidades de supervivencia irán en aumento. El momento crítico para un niño/a era y es el del nacimiento y su primera semana de vida, por lo que las tasas correspondientes a los decesos neonatales (menores de un mes) se corresponden con esta certeza. La íntima relación de estas

⁵La representación gráfica de la mortalidad infantil (menores de un año) se ha realizado a través de medias móviles sobre cinco años.

Familia y maternidad: la lactancia en Pamplona (1900-1935)

defunciones con la gestación y nacimiento y con el medio familiar en que se halla el recién nacido, hacía muy difícil la labor de prevención y lucha directa contra la muerte. El desconocimiento de muchas de las causas endógenas de defunción o al menos de remedios para atajar las mismas, el estado embrionario de la pediatría, la falta de una política sanitaria de alcance nacional al respecto, la ilegitimidad del niño/a o el mismo hecho de considerar que era natural una elevada mortalidad en esos primeros momentos, pueden justificar el enorme peso que representaban las defunciones neonatales.

Cuadro 1: Evolución de la Tasa de mortalidad neonatal o menores de un mes (TMN) y de la postneonatal de uno a seis meses (TMPN1-6) y de 7 a 11 meses (TMPN7-11) en Pamplona entre 1900 y 1935 (tantos por mil).

| <i>Año</i> | <i>TMN</i> | <i>TMPN1-6</i> | <i>TMPN7-11</i> |
|------------|------------|----------------|-----------------|
| 1900 | 128,9 | 68,3 | 39,65 |
| 1905 | 110,3 | 102,6 | 19,2 |
| 1910 | 89,8 | 55,3 | 41,8 |
| 1915 | 98,3 | 71,8 | 33,8 |
| 1920 | 104,7 | 78,5 | 30,3 |
| 1925 | 89,1 | 88,1 | 36,6 |
| 1930 | 88,3 | 79,4 | 31,7 |
| 1935 | 119,4 | 49,2 | 28,9 |

Superado el primer mes con vida, se inicia una nueva etapa en la que los factores exógenos (destete, nueva dieta sólida, habitación, etc.) se suman a los endógenos (dentición, cólicos del lactante, etc.). Por la relevancia que va a adquirir en los discursos de los médicos el paso más o menos paulatino de la alimentación láctea a la semisólida y sólida⁶, será preciso observar, en Pamplona, si éste tuvo alguna repercusión sobre la mortalidad postneonatal. Aunque no hay un momento preciso para realizar este cambio en la dieta, suele iniciarse en torno al sexto mes, ya que la inmunidad que confiere la leche de la madre no parece durar mucho más, aunque siempre dependiendo de los casos. Así pues, subdividiremos los óbitos posneonatales en menores y mayores de seis meses (cuadro 1). La evolución de ambas mortalidades es indicativa de la falta de correlación entre la protección de la lactancia materna y una menor mortalidad infantil. Si bien se ha demostrado que la mortalidad descende con el paso de los meses, más difícil resulta justificar esa caída por la inmunidad que confiere la leche materna. Es indudable que es mayor la morbilidad y mortalidad entre los niños lactados con biberones o con nodrizas que entre los alimentados con leche materna, e igualmente que desde que se inicia la

⁶ En estos meses se podía compaginar la alimentación láctea materna o con nodrizas con la no láctea, ya que suele coincidir con una disminución de la cantidad y/o calidad de la leche materna, sobre todo cuando la madre se incorpora pronto al mercado laboral o cuando la alimentación de ésta es insuficiente.

mezcla en la dieta de productos diversos con la leche materna los riesgos para la salud crecen. Sin embargo, estas certezas no se ajustan del todo a la realidad que describe la muerte.

Las razones que explican la relevancia de los decesos de 1 a 6 meses de edad en la capital navarra debió radicar en la falta de efectividad de la lactancia materna, en la difusión de la lactancia con nodrizas o artificial y en la incorporación antes del sexto mes de un suplemento alimenticio no siempre líquido. Un extenso comentario en esta línea lo proporciona C. Monzón (1903: 20-21):

"(Por) el egoísmo tan desarrollado y arraigado en la sociedad actual (...) se comprenderá perfectamente que sea hoy muy rara la mujer que lacte á su hijo, si cuenta con medios de fortuna. Si se trata, como con tanta frecuencia se hace, de alimentarlo los primeros días artificialmente, ya sea por esperar la nodriza ó por otros motivos, entonces es necesariamente enfermo el niño desde que nace por la imposibilidad de que digiera la alimentación tan impropia que se le suministra, unas veces por las malas condiciones de preparación, otras por mala elección cuanto á calidad, y siempre por no ser su alimentación natural".

Con similares razonamientos hemos encontrado numerosos comentarios en la prensa local a comienzos del siglo XX, por lo que parece que en Pamplona la lactancia materna no estaba muy extendida ni siquiera entre los sectores con escasos recursos (no olvidemos la importancia en el mercado laboral de las mujeres). Igualmente, se debió suplementar antes de lo habitual la lactancia materna, con las consecuencias que ello tiene tanto por la intolerancia propia de la edad como por la falta de higiene en la preparación de los alimentos⁷. Por consiguiente, este tipo de costumbres o comportamientos agudizaron la elevada vulnerabilidad de los/as niños/as de uno a seis meses. La educación, en este sentido, jugaría un papel central a la hora de corregir malos hábitos y los problemas sanitarios de la infancia.

En consecuencia, la mortalidad infantil desciende a medida que avanza la edad, aunque el cambio de la dieta, que suele coincidir con el período de la dentición, actúa en detrimento del estado de salud. Según nuestras investigaciones (S. Anaut, 1997: 508-509), las principales causas de muerte infantil son las respiratorias, seguidas de las digestivas y los vicios de conformación, por lo que el discurso higienista pro lactancia materna no se ajustaba del todo a la realidad de Pamplona⁸. La coincidencia temporal del cambio de dieta, el destete y la dentición debieron complicar procesos morbosos que a la postre pudieron ser letales. El doctor C. Monzón parece darse cuenta de esta circunstancia y, siendo un decidido defensor de la lactancia materna, relativiza los problemas ligados al destete.

"Cuantos se han ocupado en todos los tiempos de la higiene infantil convienen en que el destete es evidentemente causa de aumento de mortalidad. El destete en sí no debe contribuir en manera alguna al aumento de la mortalidad, (...) pero lo es sin duda alguna, por la deficiencia en los cuidados que en esa época

⁷D. Reher comenta al respecto (1988: 107): "*En Cuenca, sin embargo, esta protección no era casi nunca completa debido a la costumbre que existía de suplementar la leche materna a una edad muy joven, entre los 2 y 6 meses*".

⁸A esta misma conclusión ha llegado A. Pareja para Bilbao (1997: 277-281).

deben prodigarse al niño; deficiencia que obedece principalmente á ignorancia" (C. Monzón, 1903: 24).

Maternidad responsable: la lactancia materna

El necesario control de la mortalidad infantil requería, por lo expuesto, una mayor valoración de la infancia y, particularmente, de un cierto nivel educativo y de sensibilización de las mujeres-madres. Como es conocido, la infancia adquirirá desde las últimas décadas del siglo XIX un protagonismo inusitado entre los médicos-higienistas, los nuevos especialistas en la infancia y todas aquellas personas ligadas a la acción social. No sin razón, el siglo XX puede considerarse como el siglo de los niños. Aunque el papel de las autoridades sanitarias y administrativas y el de los médicos-pediatras navarros fue clave en la promoción de la infancia y de la juventud, entraron en juego igualmente decisiones familiares e individuales afectadas por elementos culturales y económicos que limitaron o potenciaron esa labor general en favor de una infancia sana. Conscientes de esta realidad, las madres se convierten en los principales instrumentos de acción social y familiar.

El discurso de la domesticidad y el desarrollo de la maternología en el primer tercio del siglo XX⁹, centraron los debates en torno a la maternidad como un mandato biológico y un cometido social de toda mujer (J. Duby, 1993: 629). Esta mujer-madre asumirá la responsabilidad total de velar por la salud y educación de sus hijos/as. Este modelo de "buena madre" era difícilmente aplicable a la madre-obrera, una mujer desprotegida social y legalmente en el ámbito laboral y doméstico¹⁰. El control y protección de la madre-obrera era fundamental para reducir los niveles de abandono de los más jóvenes, mejorar la salud de todos los miembros de la familia y rebajar la mortalidad infantil. A tal efecto se pusieron en marcha, con mayor lentitud de la que se reclamaba, distintas formas de asistencia sanitaria, económica y moral. En la primera década del siglo XX ya se hacía mención de los primeros pasos que se estaban dando sobre este particular,

"La creación de sanatorios, protección á mujeres embarazadas, púerperas y niños en lactancia con instituciones como la conocida *gota de leche*; fundación de gimnasios y baños públicos (...) Unanse a los ligéramente esbozados, los importantes servicios de índole sanitaria que hoy existen á cargo de la Pro-

⁹Ilustran el discurso de la domesticidad en la prensa navarra los siguientes fragmentos de *El Pueblo Navarro*: "Para defender el feminismo del hogar, el derecho de la mujer a ser la orientadora de la educación de sus hijos y a ser libre dentro de su "parlamento" casero, sin tiranos que la exploten y sin hombres que la maltraten, para esta modalidad humana y social del feminismo van todas nuestras energías" (16-6-1926). "Sobre todo ahora en que desgraciadamente tienes diez y ocho años, el solo fin, el único fin de tu vida, es el matrimonio. Así fue para tu abuela, mi madre; así fue para mí" (28-3-1926).

¹⁰"El pasado de la mujer es una formidable acusación envuelta en lágrimas. En la familia el marido absorbe su personalidad; en la sociedad carece de medios económicos y de capacidad para desenvolverse; en el Estado, vive como contribuyente explotada, con deberes y sin derechos" (M^a Ana Sanz, *El Pueblo Navarro*, 29-1-1922).

vincia (Hospital, Manicomio y Casa de Maternidad" (*Diario de Navarra*, 7-8-1908).

Todas las medidas e instituciones asistenciales con tutela pública y/o privada puestas a disposición de la protección maternofamiliar, en ningún caso, fueron suficientes, aunque influyeron de forma decisiva en la construcción de una infraestructura específica¹¹. Para completar esa labor sobre el terreno, el pensamiento higienista hizo hincapié en la educación de las madres en torno a los preceptos básicos de higiene y alimentación y de ciertos valores tradicionales (A. Uribe-Etxebarria, 1996: 55-119). Educar para prevenir va a ser la apuesta de todos aquellos grupos socio-económicos preocupados por la salud, la población/raza y el progreso material y espiritual de la sociedad. Esta educación debía darse desde la niñez y a lo largo de toda la vida fértil de la mujer. En cada momento y dependiendo de sus necesidades, los agentes que iban a intervenir, los contenidos aportados y el grado de participación personal que se le exigía tendrían que ser distintos.

La escuela propiciaría el primer contacto con los rudimentos de la economía e higiene doméstica, además de un reconocimiento de la importancia de la salud y de las enfermedades más letales. En este sentido hay que ver al maestro/a como un agente transformador de la realidad social y sanitaria de Pamplona. Su labor iba desde la vigilancia del estado de salud de sus alumnos/as, la divulgación de los contenidos de las Cartillas de protección de la infancia o las Cartillas anti-tuberculosas, hasta la enseñanza de los valores de la maternidad, la familia, el trabajo o la lactancia materna. Superada esta primera etapa, las prácticas basadas en redes de apoyo entre las mismas mujeres se hacía vital. La transmisión de las propias experiencias se estaba demostrando efectiva en la pretensión de sustituir ciertas prácticas tradicionales que se consideraban perjudiciales para la salud de los más pequeños de la familia. Este intercambio se encaminaba a sustituir o a modificar el cauce madre-hija por el de mujer-mujer o madre-madre.

El doctor C. Monzón se lamentó de la ignorancia de las madres en temas relativos a los cuidados de los/as hijos/as. Pero no podemos olvidar que lo que se ponía en tela de juicio, en comentarios como el siguiente, eran los conocimientos higiénico-sanitarios procedentes de la tradición, no el nivel educativo de la población pamplonesa¹².

"A tal degradación é ignorancia ha llegado nuestra sociedad á este respecto (lactancia materna), que nadie tiene en cuenta para nada, llegado el caso lo sagrado de los derechos del niño, dependiendo, por tanto, el privarle de su mejor alimento del capricho de una madre egoísta, cuando no de parientes ignorantísimos y no menos tocados de egoísmo" (C. Monzón, 1903: 21).

Entre las actividades que se organizaron con tales objetivos señalaremos las conferencias organizadas por el Colegio de Médicos, la Escuela Normal y el Sindicato de Agremiaciones Católicas de Obreras, en las que participarán médicos como el citado C. Monzón, S. Húder y C. Gil, junto a mujeres como M^a Ana Sanz, María Aramburu o Carmen Gyarre. Las principales asistentes procedían de las clases medias, pero la labor desempeñada en su contacto, siempre limitado, con las mujeres obreras y las desempleadas de las clases humildes ayudaron a la crea-

¹¹Se analizan con mayor detalles dichas medidas e instituciones en L. Valverde (1994), A. Uribe-Etxebarria (1996) y S. Anaut (1997).

¹²Sobre la alfabetización de la población de Pamplona puede consultarse J. Ema (1997).

ción, en los años veinte, de la Escuela Hogar o Escuela de enseñanza doméstica y de las Colonias de Vacaciones para Obreras. La primera se presentaba como un "rayo de luz que al penetrar en la inteligencia de la muchacha obrera, rasga el velo de su ignorancia y la capacita para resolver los problemas que la vida ha de presentarle" (*El Pueblo Navarro*, 2-10-1925), en tanto que las Colonias se encaminaban más a la mejora del estado de salud de las mujeres porque de ello dependerá "el vigor y la fortaleza de las generaciones por venir" (*El Pueblo Navarro*, 11-3-1926). La intencionalidad de este tipo de actuaciones queda perfectamente integrada en el discurso de la domesticidad que profesionalizó a la mujer como "buena madre y esposa".

En consecuencia, la aplicación del higienismo al ámbito de la familia a través de la mujer y la infancia ayudó a la difusión de los principios de la maternología (G. Duby, 1993: 632). En este contexto se desarrolló un interesante y fructífero debate en torno a la adecuada alimentación de la madre y su hijo/a, desde la gestación y hasta el destete de éste. La certeza de que la alimentación idónea para los menores de un año era la lactancia materna quedaba refrendada por los inconvenientes que llevaba aparejada una lactancia con nodrizas o biberón (contagio de enfermedades, mal estado del agua o la leche empleada para los biberones, etc.). La lactancia materna era entendida y promocionada como "un deber sagrado al cual ninguna mujer puede sustraerse sin incurrir en las más graves responsabilidades" (C. Monzón, 1903: 29).

En esta época, recortar el período de amamantamiento y preferir la lactancia artificial o asalariada afectaba sobremanera a las probabilidades de supervivencia de los lactantes, de ahí la insistencia en la medicalización de los cuidados y alimentación de los/as niños/as y en la divulgación de la lactancia natural. El médico pasaba, así pues, a ser el agente central del proceso de modernización de las familias. En los escritos de C. Monzón (1903) y C. Gil (1930) se critica el egoísmo de algunas mujeres que por comodidad, disponer de recursos económicos o por no perder su hermosura se inclinan a contratar una nodriza. Para la clase médica pamplonesa el recurso de la lactancia mercenaria sólo era aceptable cuando la madre, por razones de salud y con mandato expreso del médico, no pudiera cumplir con "su deber", y cuando faltara la madre por fallecimiento o por estar asilado el niño/a en la Inclusa (A. Uribe-Etxeberria, 1996: 205-242; L. Valverde, 1994: 57-99). Por su parte, algunos articulistas del *Diario de Navarra* y *El Pueblo Navarro* comprendieron que no siempre el capricho femenino incitaba a abandonar la lactancia natural. Se apuntaban otros factores como la retirada espontánea de la leche por sobrecarga de trabajo, anemia o subalimentación de la madre, la necesidad de regresar al trabajo cuanto antes y las propias circunstancias familiares. Esta comprensión se entendía para casos particulares, ya que todos coincidían en que "las madres deben criar sus hijos", y especialmente las madres-obreras porque la muerte se ceba en sus hijos/as, y en que "la lactancia proporciona molestias y privaciones" a la mujer, pero "¿qué son éstas, si se comparan con las satisfacciones continuas, para la madre que en todos los momentos del día y de la noche acecha con amor la quietud, los movimientos, la vida de su hijo?" (*Diario de Navarra*, 15-6-1903). El amor maternofilial debe llenar la vida de la mujer-madre y dar sentido a todos sus sacrificios en favor de la vida y salud de su familia.

De comentarios como el que a continuación reproducimos, se puede concluir que, a pesar de los esfuerzos de los médico-higienistas y de la amplia labor de difusión y divulgación de los principios de la maternología en la prensa navarra, la

lactancia materna en Pamplona no estaba muy generalizada, por lo que era de esperar una mortalidad, sobre todo en los dos primeros años de vida, muy elevada¹³.

"Desgraciadamente, entre la moda (no lactar la madre) que comienza dificultando el desarrollo del producto de la concepción con sus ridículas exigencias y acaba prohibiendo á la madre la verdadera maternidad" (C. Monzón, 1903: 20).

La campaña prolactancia materna será paralela al rechazo de la nodriza y del trabajo de la mujer por cuanto le impedía cumplir con su condición de madre-esposa, y paralela a la exaltación de la infancia¹⁴ y la madre responsable que lacta a sus hijos/as.

"Admitido está como indudable que entre las causas que más influyen en la mortalidad infantil, ocupan los primeros lugares la lactancia mercenaria, fuera de la casa de los padres, el uso del biberón y el de las malas leches" (*Diario de Navarra*, 26-10-1903).

Al hablar de maternidad responsable, indudablemente, se está censurando la maternidad fuera del matrimonio. Las referencias a la prostitución y a la ignorancia de algunas jóvenes que son seducidas o engañadas suelen ser aducidas como las principales razones de los embarazos extramatrimoniales. Tanto en un supuesto como en el otro la inmoralidad de la nueva sociedad (A. Lazcano, 1903: 55) y el que "la mujer moderna está educada nada más que para gastar y divertirse, la grandeza de la familia no la conoce" (*El Pueblo Navarro*, 31-1-1926), eran los causantes de semejantes desmanes. La maternidad responsable o dentro del matrimonio se entendía como una tarea femenina encaminada a una correcta alimentación y cuidados de los/as hijos/as, a una esmerada educación moral y a la realización de los quehaceres de la casa. ¿Cómo cumplir con el principal cometido de lactar adecuadamente?, ¿qué cuidados y precauciones habría que tomar para el buen desarrollo físico del niño/a?.

En líneas generales, se recomendaba lactar de forma metódica y siguiendo las directrices del médico. Así, por ejemplo, se aconsejaba la crianza materna al menos hasta el primer año o, si era posible, año y medio, iniciándose en ese período un destete paulatino¹⁵. Las mamadas debían darse con regularidad y no atendiendo al llanto del pequeño, como solía realizarse, para evitar cólicos, diarreas y sobrealimentación. En ningún caso se aconsejaba ingerir agua con azúcar o leche de vaca en los primeros meses, ni dar el biberón si no era por escasez de leche materna. Cuando esta circunstancia se diera antes de los seis primeros meses, las

¹³En el primer tercio del siglo XX la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida se mantuvo en torno al 200 por mil (gráfico 1), en tanto que la probabilidad de morir antes del segundo aniversario partió de cerca del 90 por mil para quedar en torno al 30 por mil en los años treinta (S. Anaut, 1997: 502-504).

¹⁴"¿Quién no quiere a los niños?(...) A todos nos interesa cuanto se refiere a los niños" (*Diario de Navarra*, 5-1-1910).

¹⁵C. Gil (1930: 66-67) recomienda iniciar el destete en el cuarto mes introduciendo en la dieta una papilla de harina, y prolongando la alimentación mixta hasta los doce meses para evitar complicaciones en el crecimiento del niño. Algunas de las novedades en esta materia, que el *Diario de Navarra* introduce en sus páginas, sitúan en el décimo mes la incorporación de alimentos como el huevo cocido en la dieta del lactante (7-5-1904).

recomendaciones para incrementar la producción de leche variaron desde "la succión energética" (*Diario de Navarra*, 16-6-1903) a la introducción de algunos aparatos saca-leches (C. Gil, 1930: 65). Además, todo cuanto rodeaba a la madre y a su hijo en esos momentos debía estar lo más limpio posible (desde las manos y pezones de la madre a la boca del niño).

Cuando no era posible lactar ni acceder a una nodriza con plenas garantías, la única alternativa que quedaba era la lactancia con biberón, para lo cual se recurría, sobre todo, a la leche de vaca o de cabra. Además de las dificultades para acceder a la compra de todos los utensilios del biberón, el empleo de leches animales implicaba serios peligros por su deficiente calidad, el desconocimiento de la cantidad y calidad de agua que se debía añadir o la desidia por practicar la esterilización de la leche y el agua mediante cocción. El reconocimiento de estos inconvenientes condujo a manifestaciones tan rotundas y alarmantes como que a "los niños que por una causa ú otra han de alimentarse y vivir á expensas de lactancia mixta, ó exclusivamente de leche, no materna, si se les da mala leche, se les roba el dinero, á la vez que se les asesina á mansalva" (*Diario de Navarra*, 18-8-1903).

De esta forma, la lactancia materna se justifica por razones propiamente médico-sociales (limitar la mortalidad y proteger a la infancia) como porque se consideraba la primera condición para ser "buena madre", sin la cual no era factible el diseño del modelo de familia cristiana y burguesa.

Como hemos ido exponiendo en las páginas anteriores, en particular los facultativos de Pamplona trataron de combatir el grave problema que era para la ciudad la mortalidad infantil. No cabe duda que sus análisis, críticas, propuestas e impulso de ciertas actuaciones en la materia fueron decisivas a la hora de controlar y reducir las tasas de mortalidad. Para ello hicieron una intensa labor divulgativa y de popularización de ciertos preceptos higiénicos y sanitarios en publicaciones especializadas, en la prensa, y en conferencias dirigidas a las mujeres (maestras, enfermeras y madres). Este intenso trabajo dio sus frutos a pesar de que todavía se cometían errores en los diagnósticos, se insistía en los indiscutibles efectos benefactores de la lactancia materna y se pretendía generalizar un modelo de familia y mujer, difícilmente aplicable en los sectores con escasos ingresos económicos. Esta corriente de pensamiento en Pamplona se inscribe en una época en la que se revaloriza al niño, a la madre y a la familia. Como resultado, la maternidad responsable y la salud de los más pequeños del hogar serán dos cuestiones y dos objetivos inexorablemente unidos por los médicos, higienistas y reformadores sociales, para asegurar el futuro de la ciudad.

Bibliografía

ANAUT BRAVO, S., "La infancia de Pamplona durante el primer tercio del siglo XX", en *Estudios de Ciencias Sociales*, nº 7, UNED, Pamplona, 1994.

ANAUT BRAVO, S., *Mortalidad y política sanitaria y urbana en Pamplona: la mortalidad infantil y juvenil y sus causas (1880-1935)*, Tesis doctoral, UPNA, Pamplona, 1997.

DUBY, G., PERROT, M., (dir.), *Historia de las mujeres en Occidente*, Edit. Taurus, Madrid, 1993, vol. 4.

EMA FERNANDEZ, J., *Alfabetización, escolarización y sociedad en Pamplona, 1843-1898*, Tesis doctoral, 1997, UNED, Pamplona (en prensa).

GIL, C., *La maternidad*, Pamplona, 1930.

HUDER, S., *Desarrollo de Pamplona en los últimos cien años*, Pamplona, 1935.

LAZCANO, A., *Higiene y salubridad públicas*, Pamplona, 1903.

MENDIOLA, F., " El tercio oculto: mercado laboral y relaciones de género en Pamplona (1840-1930)", en revista *Historia Económica*, 1998 (en prensa).

MONZON, C., *La mortalidad infantil en Pamplona*, 1903.

PAREJA, A., *Inmigración y condiciones de vida en la villa de Bilbao (1825-1935)*, Tesis doctoral inédita, U.P.V. (Campus Leioa), 1997.

REHER, D., *Familia, población y sociedad en la provincia de Cuenca, 1700-1970*, C.I.S., Madrid, 1988.

URIBE-ETXEBERRIA FLORES, A., *Marginalidad protegida: mujeres y niños abandonados en Navarra (1890-1930)*, U.P.V., Bilbao, 1996.

VALVERDE, L., *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, ss. XVIII y XIX*, U.P.V., Bilbao, 1994.