



História, Ciências, Saúde-Manguinhos

ISSN: 0104-5970

ISSN: 1678-4758

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Castejón-Bolea, Ramón; Riquelme-Quiñonero, María-Teresa
Maternología, eugenesia y sífilis en España durante el primer franquismo,
1939-1950 Maternity, eugenics, and syphilis in Spain during the first Franco regime, 1939-1950
História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 29, núm. 1, 2022, Enero-Marzo, pp. 101-120
Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000100006>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386170670006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Maternología, eugenesia y sífilis en España durante el primer franquismo, 1939-1950

Maternity, eugenics, and syphilis in Spain during the first Franco regime, 1939-1950

Ramón Castejón-Boleaⁱ

ⁱ Profesor titular de Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina/
Universidad Miguel Hernández, campus de Sant Joan.
Sant Joan d'Alacant – Alicante – España

orcid.org/0000-0002-0825-5548

rcastejonb@umh.es

María-Teresa Riquelme-Quñoneroⁱⁱ

ⁱⁱ Profesora asociada, Facultad de Filosofía/Universidad Nacional de
Educación a Distancia.
Madrid – Madrid – España

orcid.org/0000-0001-6468-4462

mriquelme@fsf.uned.es

Recebido em 21 abr. 2020.

Aprovado em 14 nov. 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702022000100006>

CASTEJÓN-BOLEA, Ramón; RIQUELME-QUÑONERO, María-Teresa.

Maternología, eugenesia y sífilis en España durante el primer franquismo, 1939-1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.29, n.1, jan.-mar. 2022, p.101-120.

Resumen

En este artículo se analiza la maternología en Auxilio Social enmarcada en la política demográfica del primer franquismo, bajo la influencia del pensamiento eugenésico. Considerando que durante el franquismo el control del cuerpo de las mujeres se convirtió en una herramienta esencial de su biopolítica, se discute la presencia de ideas y prácticas eugenésicas en torno al problema sanitario de la sífilis en mujeres embarazadas y la sífilis congénita. Así mismo, se analiza el papel de Auxilio Social en la implantación de la vigilancia prenatal durante el embarazo y en el proceso de institucionalización y medicalización del parto en España.

Palabras clave: maternología; eugenesia; sífilis; historia; España.

Abstract

This article analyzes maternity in Social Assistance based on the demographic policy of the first Franco regime, influenced by eugenic thought. Considering that during the Franco regime the control of women's bodies became an essential tool of its biopolitics, the presence of eugenic ideas and practices around the health problem of syphilis in pregnant women and congenital syphilis is discussed. The role of Social Assistance in the implementation of prenatal surveillance during pregnancy and the process of institutionalization and medicalization of childbirth in Spain is also analyzed.

Keywords: maternity; eugenics; syphilis; history; Spain.

Bajo el franquismo, el control del cuerpo de las mujeres se convirtió en herramienta esencial de la biopolítica del régimen. Entendemos aquí que el concepto foucaultiano de biopolítica estaría compuesto tanto por el dispositivo disciplinario – orientado hacia el cuerpo individual – como por los mecanismos reguladores o dispositivos de seguridad, encargados de regular los procesos biológicos de conjunto (Cayuela, 2014, p.38). Fue precisamente el cuerpo maternal el que permaneció como punto central que definió las responsabilidades nacionales de las mujeres españolas (Morcillo, 2010, p.79). El concepto de biopolítica, entendido como los mecanismos reguladores de los procesos biológicos en su conjunto nos es útil para abordar las cuestiones de reproducción, enfermedad y heredabilidad. En este trabajo, nos centraremos en la primera etapa del franquismo caracterizado por el sistema autárquico y en el que el catolicismo integrista tuvo un enorme peso (Huertas, 2007, p.413). Al delimitar este periodo, también enfatizamos la necesidad de considerar las diferentes biopolíticas existentes dentro del franquismo. Como es sabido, la necesidad de controlar la salud de las mujeres durante el embarazo se había concebido en Europa en el marco de la preocupación por la morbi-mortalidad neonatal e infantil. Este control del cuerpo de las mujeres como cuerpos reproductores aparece vinculado en la época contemporánea, por tanto, al problema de la mortalidad infantil en el marco de la solución de los problemas demográficos, sociales y sanitarios (Barrachina, 2003, p.69). Existía, pues, una continuidad con unas tendencias que, surgidas en el último tercio del XIX, se habían reforzado tras la Gran Guerra en todos los estados europeos, “cuando la familia empezó a ser intervenida por el Estado para que reconciliara sus tradicionales funciones privadas con las públicas que ahora se imponían” (Cenarro, 2005, p.60; 2006, p.111-112). Por su parte, durante las primeras décadas del siglo XX los médicos tuvieron en la sociedad española una intervención significativa en la reconceptualización de la maternidad como un deber social femenino, así como en la medicalización de la maternidad a partir de la maternología (Nash, 2000, p.689; Colmenar, 2009).

En 1939, tras el final de la Guerra Civil, la preocupación por la despoblación se intensificó. Este clima motivó la adopción de nuevas regulaciones en materia demográfica. A principios de los años 1940, los estudios demográficos apoyaban la idea de que España sufría una grave crisis de población que no podía atribuirse exclusivamente a las consecuencias de la guerra, sino a una baja continua de la natalidad durante los decenios anteriores (Nash, 1996, p.284, 287). La respuesta a esta preocupación por el descenso de nacimientos fue una política demográfica franquista pronatalista que se basaba en la intervención del Estado en la política reproductiva y que se dirigió a incrementar la población.

Sin embargo, para algunos autores, este concepto quizás resulte un tanto restrictivo ya que, de igual modo, en el proyecto demográfico franquista se constata un interés tanto por la cantidad como por la calidad, lo que está en perfecta consonancia con el discurso fascista (Roca i Girona, 1986, p.233). Este interés por la calidad de la población, las preocupaciones eugenésicas, según A. Polo se encontraban “camufladas” en cuatro “escondites”. Uno de ellos era en el interés por la puericultura y la maternología (Polo, 2006, p.14). Así, por ejemplo, en la revista *Ser*, órgano de expresión en el ámbito de la medicina de la Falange Española, las ideas eugenésicas se plasmaron en forma de propuestas médico-sociales (Navarro, 2016, p.4). En *Ser* se apoyó la práctica de una eugenesia en consonancia con la moral católica

(Navarro, 2016, p.5), una eugenesia que ha sido denominada latina diferenciándola de la eugenesia anglosajona. Esta eugenesia latina estaría vinculada, y también condicionada, por la fuerte influencia de la Iglesia católica en estos países (Bélgica, España, Francia, Italia, Portugal y Rumanía en Europa y Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México Paraguay, Perú y Venezuela en Latinoamérica) con su “correlativo rechazo a las intervenciones directas sobre la vida o la reproducción” (Miranda, Vallejo, 2012, p.12). Ese rol de la Iglesia contribuyó a afianzar “mecanismos de coerción menos explícitos y más sutiles que los desarrollados en los países anglosajones” (Miranda, Vallejo, 2012, p.12; Turda, Gillette, 2014).

Algunos autores que publicaban en la revista *Ser* vieron posible la compatibilidad de la eugenesia con el catolicismo prescindiendo de aquellos elementos que entraban en contradicción con la norma católica – las prácticas contraceptivas, por ejemplo –, y adoptando medidas perfectamente válidas dentro del Estado español: la intervención higiénico-sanitaria y biológica y las medidas de contenido espiritual. El cuerpo era propiedad de la patria y el médico y la medicina social tenían que ponerse al servicio de la nación, pues todos los engranajes del Estado debían colaborar en el objetivo común de la grandeza de España (Navarro, 2016, p.5, 8-9). El franquismo consideraba a las mujeres como las principales responsables del porvenir de la raza – en una concepción biologicista y espiritualista del término (Jiménez, 1998, p.122; Di Febo, 2003, p.32) –, desde la concepción hasta el cumplimiento de la formación física y psíquica del niño, pasando por el embarazo y la lactancia. Era sobre todo la salud de los niños futuros la que preocupaba a los médicos a través de la salud de las madres (Jiménez, 1998, p.126; Barrachina, 2003, p.78, 87), y la maternología se concebía como un instrumento de utilidad social para la raza y la patria (Colmenar, 2009, p.176).

Como ha señalado Sara Navarro (2016, p.13), este concepto falangista, aunque “difiriera del concepto alemán”, tendía de igual manera a “mantener los valores de lo heredado y transmitirlo al futuro”. Por lo tanto, “los caracteres físicos tenían que ser ‘seleccionados’ para asegurar una raza óptima en bien de la Patria”. En la revista *Ser* se recogió esta preocupación por las enfermedades y dolencias hereditarias, así como por su relación con la degeneración racial (p.13). Sin embargo, convendría matizar que no todos en Falange compartían el mismo concepto de raza (Campos, 2016, p.136) y que los conceptos de raza española desarrollados durante el franquismo se inspiran en una reflexión que hunde sus raíces en el siglo XIX (Goode, 2009, p.209-210). Igualmente, conviene recordar que el “Nuevo Estado” franquista se construyó sobre una amalgama de grupos de derechas (monárquicos, tradicionalistas, fascistas y católicos) y estuvo muy marcado desde sus inicios por el catolicismo (Campos, 2016, p.132).

La institución social más emblemática del franquismo, Auxilio Social, se constituyó como Delegación Nacional de Falange en mayo de 1937 (Cenarro, 2006, p.7). C. Molinero (2005, p.12) ha afirmado que Auxilio Social fue el organismo que de manera más clara plasmó la voluntad franquista de reforzamiento de la comunidad nacional en relación con la centralidad del discurso de la política social, un discurso que se convirtió en punto de referencia política del régimen y en uno de sus instrumentos preferidos de propaganda. Una de las señas de identidad de Auxilio Social era su coincidencia con una de las grandes preocupaciones de la Europa de entreguerras: el descenso de la natalidad y la mejora

de la salud de la población (Cenarro, 2006, p.109-110), preocupaciones comunes con la medicina social. En consonancia con estas preocupaciones, la Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño (ONSPMN), puesta en marcha en julio de 1937 como un Departamento Central (a cargo de Jesús de la Fuente) y dependiente de la Delegación Nacional (Cenarro, 2006, p.87),¹ tenía como uno de sus objetivos conseguir madres “fuertes y productivas” que suministraran a España “un gran número de hombres fuertes”, es decir, una política demográfica pronatalista que estimulara el crecimiento del número de nacimientos, pero también su calidad. La ONSPMN fue dividida en la fase final de la guerra en dos secciones, la Sección de la Madre bajo el control de Jesús de la Fuente y la Sección del Niño, con Coral Parga al frente (p.88).

Nuestra intención en este trabajo no es estudiar el papel del discurso médico en la consolidación de los modelos de género en el primer franquismo (Barrachina, 2003) sino profundizar en el control del cuerpo de las mujeres por el Estado nacional católico como cuerpos reproductores en el marco de su política natalista y por la mejora de la calidad de la población. Para ello profundizaremos en la organización de la Sección de Protección a la Madre y en sus prácticas maternológicas, utilizando el caso del control de la sífilis en las embarazadas y de la sífilis congénita en el marco de estas instituciones (Castejón-Bolea, 2001, 2004). Con ello, esperamos contribuir al debate historiográfico sobre el alcance y la conceptualización de la eugenesia franquista (Campos, 2018). Nos interesan especialmente las actividades de control de embarazo diseñadas por estas instituciones para asegurar hijos libres de la sífilis congénita y así impedir la degeneración de la raza por esta enfermedad. Además, junto a estas actividades, resulta imprescindible conocer cómo estas prácticas científicas venían a legitimar el orden existente y la política demográfica, y, por ende, terminaron consolidando el proceso de medicalización del embarazo y del parto y configurando una determinada práctica obstétrica de carácter coactivo.

“Por la madre y el hijo. Por una España mejor”: la Obra Nacional Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño

La sanidad pública tras la Guerra Civil contó con el apoyo de dos organizaciones del Movimiento Nacional: Auxilio Social y la Sección Femenina (Rodríguez Ocaña, 1999, p.34). Auxilio Social, originalmente denominado Auxilio de Invierno, comenzó sus actividades en el otoño de 1936, las mantuvo durante toda la dictadura e incluso algunos de sus organismos sobrevivieron a la muerte de Franco en 1975 (Castejón-Bolea, Perdiguero-Gil, 2012). Desde el inicio de sus actividades en el otoño de 1936, el problema de la supervivencia de madres y niños se convirtió en un objetivo básico de la nueva organización, siendo los comedores infantiles los primeros establecimientos puestos en marcha por Auxilio de Invierno en Valladolid. De hecho, la Obra de Protección a la Madre y al Niño estaba planeada antes de la conversión del Auxilio de Invierno en Auxilio Social, desde la perspectiva de defensa de la maternidad y de la infancia (DNAS, 1937, p.38-39). En Auxilio Social, el cuidado de las embarazadas fue considerado en términos de protección de los futuros niños.

Para conseguir este objetivo se pretendía llevar a cabo el examen de todos los beneficiados de la organización; para ello se necesitaba la puesta en marcha de consultorios pre e

intranatales de maternología y dispensarios de higiene infantil o de puericultura. La reunión de todas las instituciones constituiría el Instituto de Maternología y Puericultura, órgano de máxima autoridad y jerarquía dentro de la organización. En el primer Congreso de Auxilio Social, celebrado en Valladolid entre el 13 y el 18 de septiembre de 1937, se definió su papel como herramienta de la política demográfica del “Nuevo Estado”, basándose en las funciones asistenciales, de formación de personal y de propaganda sanitaria: “Su función es la asistencia completa a la Madre y al Niño, a la que se añade la tarea de formación del personal especializado para toda la Obra y la de activa propaganda de los principios de higiene materna e infantil, correctamente orientada hacia una política demográfica Nacional-Sindicalista” (DNAS, 1937, p.51).

La propuesta de creación del Instituto de Maternología y Puericultura nunca se llegó a desarrollar, pero sí lo hicieron otras instituciones que vinieron a dar respuesta a los objetivos de las políticas de defensa de la maternidad y de la infancia en el marco de la política demográfica franquista. Estas instituciones fueron inicialmente los comedores y hogares para embarazadas y madres lactantes y las colonias para madres, a las que se añadirían posteriormente dos instituciones de marcado carácter médico, los Centros de Maternología y las Casas de la Madre (Cenarro, 2006, p.117-122).

En 1944, el doctor J. Botella,² jefe del Servicio de Maternología de Auxilio Social – uno de los tres negociados en los que estaba dividido el Departamento de Protección a la Madre y al Niño (Cantero, 1948, p.49-50) –, señalaba de qué manera los servicios de maternología debían seguir contribuyendo a la política demográfica pronatalista:

Estas necesidades consisten fundamentalmente en proporcionar a las mujeres la suficiente supervisión médica durante el embarazo, atención médica correcta durante el parto y el puerperio, y la mayor ayuda posible, particularmente en relación con la alimentación, en todas estas etapas. Así como ... atención durante el puerperio y la lactancia ... a un nivel más general, es necesario también luchar contra la esterilidad y el aborto, curar las condiciones ginecológicas que puedan causar lo anterior y, además, ‘reparar’ aquellas lesiones a consecuencia de los partos que parcialmente o totalmente hagan a una mujer incapaz para llevar a cabo su función maternal (Botella Llusía, 1944a, p.11).

Como hemos señalado, en el ideario falangista, la mujer fue utilizada como herramienta pronatalista y de mejora racial a través del cuidado de su eficacia reproductiva y de adjudicarle un papel adoctrinador de sus hijos (Navarro, 2016, p.18). Algunos autores han considerado que, al dirigir sus esfuerzos al cuidado y control de la vida, puesta al servicio de la conservación o mejora de una entidad superior, Auxilio Social se implicó abiertamente en los postulados eugenésicos (Cenarro, 2006, p.116). Para los dirigentes de Auxilio Social la mortalidad de los recién nacidos en 1939 se debía “a la enorme tardanza de las mujeres parturientas en acudir a las maternidades, la escasa competencia de las comadronas, debida en parte a su deficiente remuneración, y las ‘taras fisiológicas’ del feto (tuberculosis, sífilis, diabetes, anemia)” (Cenarro, 2006, p.114-116). En la ponencia “Auxilio Social y la política demográfica”, presentada a la cuarta Reunión de la Comisión Permanente de Auxilio Social, el 22 de septiembre de 1939, se hacía explícito el componente eugenésico de la política demográfica, “la mejora de la calidad de los productos de la concepción” (p.114-116).

A su vez, para Auxilio Social, suministrar alimentos tenía una gran importancia “médica, social y nacional”. En 1937, en el primer Congreso, el suministro de alimentos se veía como un problema nacional, “porque no se puede pensar en una raza fuerte, si los hombres de hoy y las madres de mañana comen malamente” (DNAS, 1937, p.57-58). El suministro de alimentos a las madres dibujaba el interés de la organización como un aspecto de la preocupación por la calidad de los niños:

La madre no debe comer solamente para ella, sino para su hijo, y por ello las comidas de nuestros Hogares de madres antes del parto, para el parto y después del parto, deben ser siempre vigiladas por el Médico, con objeto de que tengan todos los elementos necesarios para ellas y para el organismo en formación ... Deben ser en algún momento atóxicas para librarlas en todo caso de posibles contingencias de enfermedad y aún de muerte en el parto, y luego, deben estar orientadas para que les ayude a dar leche abundante y en cantidad a los hijos (DNAS, 1937, p.57-58).

A finales de 1948, y con datos del Negociado de Maternología de Auxilio Social, existían 34 comedores para embarazadas y madres lactantes que ofrecían 3.922 plazas y que había asistido a 49.076 mujeres desde su puesta en marcha en todo el país (Negociado..., 1949, p.2-3) (Figura 1). Otros autores contabilizan 2.627 mujeres asistidas en estos servicios en 1943 (Sánchez Blanco, 2008). Estos comedores dependían de los centros de maternología y estaban a menudo anexionados a ellos, autorizando su asistencia el tocólogo director del centro. Es lógico suponer que la mayoría de las mujeres acudían a estas consultas porque eso les garantizaba una tarjeta de asistencia para los comedores, donde se les suministraban alimentos “científicos y racionales”, dos veces al día (Perdiguero-Gil, Castejón-Bolea, 2009). En 1945, según el jefe del Negociado de Maternología, doctor Harguindey, se había iniciado una tendencia de descenso en el número de asistidas que se vería agudizada a partir de 1948, señalando el declive de estas instituciones sociales y sanitarias y una mejora en la situación alimentaria de este grupo de mujeres (Negociado..., 1949, p.2). Esta tendencia se aprecia también en otras series publicadas (Sánchez Blanco, 2008).

Los efectos patológicos de una alimentación inapropiada en las embarazadas habían sido reconocidos ya en 1938 por la Comisión Técnica de Nutrición de la Sociedad de Naciones (Barona Vilar, 2014, p.83). Había en la organización una convergencia entre el interés en suministrar alimentación a las embarazadas y a las mujeres lactantes relacionado con el objetivo de mejorar la salud de sus hijos y la progresiva incorporación dentro de la ciencia de la nutrición de dietas específicas y nutrientes para ciertos grupos de población, en este caso embarazadas y madres lactantes. La cuestión de la mejora de la alimentación de las embarazadas y madres lactantes implicaba también, a nuestro entender, una preocupación eugenésica al tener como objetivo fortalecer tanto a la madre como a la descendencia, evitando “taras fisiológicas” del feto como las producidas por la diabetes o la anemia y mejorando la calidad de los hijos. Esta ayuda alimentaria de Auxilio Social fue importante en la disminución de la mortalidad materna y del lactante en los primeros años de la década de los 1940, según afirmaba el pediatra y profesor de la Escuela Nacional de Puericultura Antonio Arbelo Curbelo (1978).

Por su parte, las consultas para la vigilancia médica de las embarazadas ya habían sido incluidas en 1932 por los servicios estatales de higiene infantil de la Dirección General de



Figura 1: Comedor de mujeres lactantes (Comedor..., 1950)

Sanidad de la República dentro de sus planes, aunque no hubo tiempo para desarrollarlas. Durante el franquismo tanto desde estos servicios estatales como desde los de la Obra Maternal e Infantil del Seguro de Maternidad (OMI) – y a partir de 1948 desde el Seguro Obligatorio de Enfermedad –, se desarrollaron consultas para realizar actividades de control médico de las embarazadas (Rodríguez Ocaña, 1999), como parte de las medidas sociales y sanitarias que tenían por objeto proteger a las embarazadas, a las madres y a los niños de corta edad en un intento por reducir la mortalidad infantil y de las parturientas (Nash, 1996, p.302). Por tanto, las actividades desarrolladas en este ámbito por la ONSPMN vinieron a sumarse y, en muchos casos, a solaparse con las realizadas desde la Dirección General de Sanidad y desde el Seguro de Maternidad (Bernabeu-Mestre, Perdiguero-Gil, 2001) y, a nuestro entender, ocuparon un papel relevante durante buena parte de la década de los 1940, centrándose en una población femenina especialmente vulnerable y enmarcando sus actividades en objetivos claramente pronatalistas y sensibles a las preocupaciones eugenésicas.

Como es sabido, el objetivo demográfico de la política pronatalista del franquismo no fue alcanzado. La tasa de natalidad descendió de forma continua en los primeros diez años del régimen franquista y los patrones demográficos no se modificaron hasta mediados de los años 1950, cuando se experimentó una tendencia al alza de la fertilidad entre 1955 y 1965 (Nash, 1996, p.303-304). Sin embargo, hay evidencias de que después de la Guerra Civil y especialmente durante la década de 1940, la Sección de Protección a la Madre de Auxilio Social contribuyó a la creación de nuevas prácticas socioculturales para las mujeres – especialmente de aquellas pertenecientes a las clases populares y al bando de los vencidos en la Guerra Civil –, como la vigilancia prenatal basadas en la asistencia regular y periódica a las consultas de embarazo o prenatales en los Centros de Maternología. Estas prácticas pusieron sus embarazos bajo el control científico-médico de los hombres. Por su parte, las Casas de la Madre, maternidades realmente, terminaron realizando las funciones de los denominados Hogares de embarazadas previstos en los años de la guerra y que no tenemos constancia de que se desarrollaran.

La asistencia sanatorial del parto había sido favorecida por Auxilio Social desde la creación de la primera Casa de la Madre en 1939 en Madrid. En 1949, diez años después, se habían atendido una media de 1.322 partos al año en las Casas de la Madre de toda España. En 1957, la media había subido a 2.216, reflejando el proceso de institucionalización del parto. En total, entre 1939 y 1957, casi cuarenta mil mujeres habían dado a luz en las Casas de la Madre de Madrid y unas 2.500 habían sido ingresadas por motivos obstétricos (Mendizábal, González Allas, 1958, p.4, 6) (Figura 2). La mayoría de estas mujeres había recibido atención prenatal en los Consultorios de Maternología y aquellas afectadas de procesos patológicos durante el embarazo o con patologías previas que se habían agravado durante el embarazo eran hospitalizadas. Auxilio Social cubría los costos del tratamiento o de las medidas preventivas, y proclamaba ser la única organización maternal de beneficencia que ofrecía gratis estos servicios. Estas cifras muestran la importancia relativa de Auxilio Social en la década de los 1940, y especialmente en el primer quinquenio, en la difusión e implantación de la práctica de la consulta prenatal en las embarazadas, así como en el proceso de institucionalización y medicalización del parto.

La institucionalización de la embarazada antes del parto por necesidades médicas o sociales fue convirtiéndose en una práctica asumida culturalmente que también fue estimulada por el reglamento de servicios sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad de enero de 1948, al garantizar hasta ocho días de ingreso en institución cerrada para partos normales (Rodríguez Ocaña, 1999, p.38). Este proceso venía a suponer una ruptura con la escasa tecnificación de los cuidados del parto y de los recién nacidos durante el primer tercio del siglo en España (p.39). Aunque la ciencia de la maternología en Auxilio Social, articulada a través de los Centros de Maternología y las Casas de la Madre como servicios médico-sociales, no fue capaz de alcanzar los objetivos de la política pronatalista del franquismo, fue altamente efectiva, sin embargo, para difundir entre las mujeres con menos recursos económicos y más pobres las tecnologías de atención prenatal y de atención al parto en hospitales, así como unas prácticas médicas especializadas con un fuerte componente ideológico (Miguel, 1979).

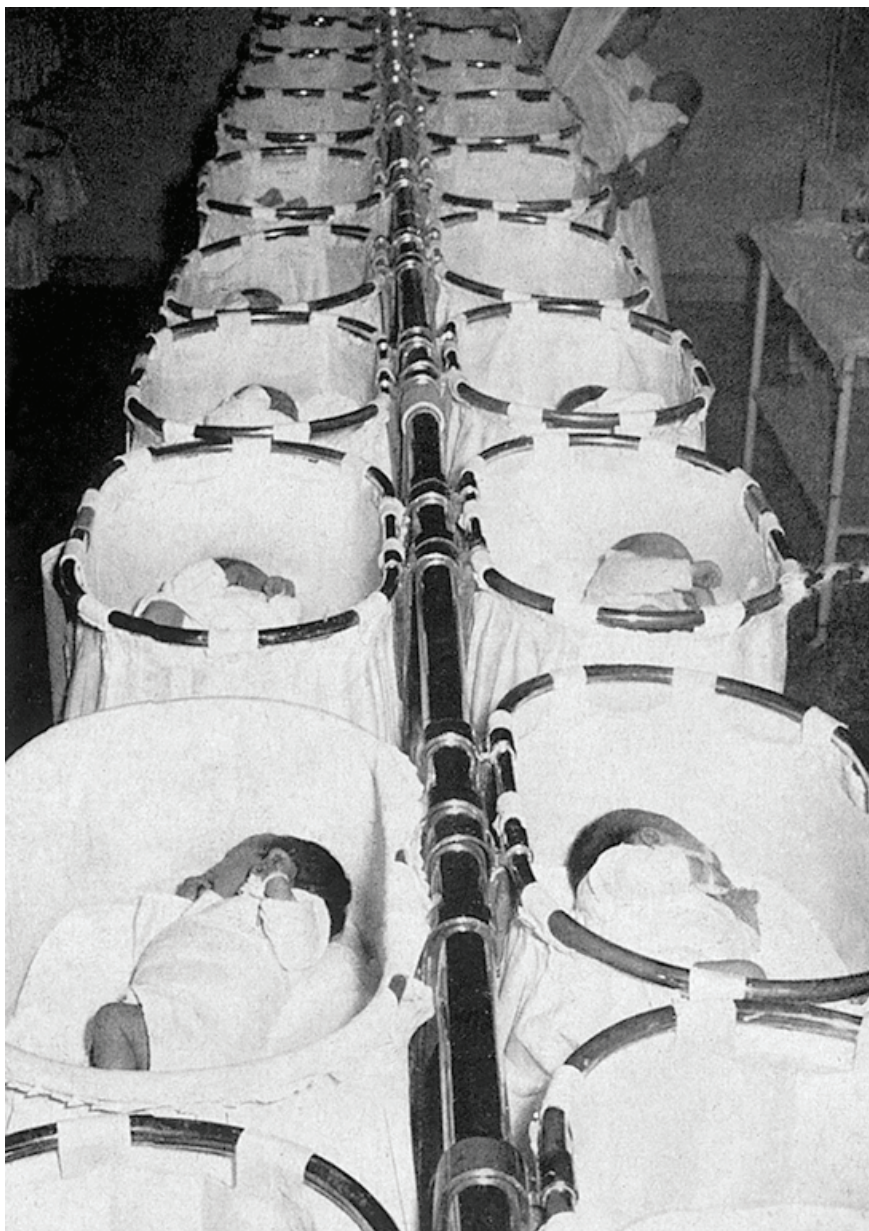


Figura 2: Casa de la Madre n.2 de Madrid (Casa..., s.d.)

Igualmente, la maternología dentro de Auxilio Social se convirtió en una herramienta para fomentar la reproducción en “calidad”, evitando que taras como la sífilis pasaran a la descendencia. El discurso y las prácticas de la maternología en Auxilio Social fueron especialmente receptivos a los planteamientos eugenésicos. J. Botella (1944b, p.5) lo expresaba así:

La maternología tiene una doble finalidad; debe conseguir el mayor número de hijos para la Patria y debe al mismo tiempo procurar que éstos sean lo más sanos y

robustos posible. Toda obra de maternología tiene que cumplir esta doble misión, y, por lo tanto, esta parte de la medicina, es un elemento de primera importancia en la política sanitaria ... Nada de extraño tiene, por tanto, que nuestro insigne Caudillo quiera que la natalidad española aumente en 'cantidad' y 'calidad'.

La sífilis en las embarazadas y la sífilis congénita en el primer franquismo

La preocupación por el impacto de la sífilis de las embarazadas en la descendencia y su repercusión en la política demográfica estuvo presente desde la creación de la Sección de Protección a la Madre de Auxilio Social. A. Cenarro (2006, p.121) ha señalado como en la cuarta reunión de la comisión permanente de la ONSPMN, celebrada en septiembre de 1939, "varias ponencias abordaron el tema de la maternidad, el embarazo y la lactancia". Una de ellas hacía referencia a los múltiples exámenes médicos a los que debían someterse las mujeres embarazadas, "con el fin de averiguar la existencia de cualquier tipo de dolencia, especialmente la tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades venéreas". El debate sobre la sífilis en las embarazadas y la sífilis congénita ya estaba presente en las sociedades europeas desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, bajo la influencia de la teoría degeneracionista y las preocupaciones poblacionistas y eugenésicas. Aunque se sabía desde hacía mucho tiempo que la sífilis podía ser transmitida de alguna manera a la descendencia por los progenitores, desde finales del siglo XIX en adelante, el debate fue creciendo de manera importante (Corbin, 1981; Castejón-Bolea, 2001; Vries, 2001).

La situación de la sífilis de las embarazadas en los primeros años de la década de 1940 era abordada por J. Botella en un texto publicado en 1944 en *Trabajos del Departamento Médico de Auxilio Social*. En una serie de 1.214 embarazadas a las que se les había realizado diagnóstico serológico³ (reacción de Wasserman y complementarias: Meinicke, Kahn y Citocol) se encontró una prevalencia de serología positiva del 6,5%.⁴ Las series que manejaba J. Botella en la bibliografía mundial arrojaban una prevalencia que oscilaba entre el 7,6% para población negra en EEUU y 2,01% en Viena, con un 4,4% en una serie de 2.100 gestantes en Buenos Aires (Botella Llusía, 1944c, p.1-14).

Estas cifras eran "aterradoras por lo que demográficamente significan" y así, aplicando la estadística de Gammeltoft para Dinamarca sobre la viabilidad de los niños de gestantes sifilíticas, J. Botella calculaba que, de las cuarenta mil gestaciones sifilíticas al año en España, veinte mil niños se perdían durante el embarazo y otros veinte mil anuales presentarían sífilis congénita. Sin embargo, los datos que suministraba Auxilio Social de las 75.307 embarazadas atendidas en sus 33 Centros de Maternología hasta diciembre de 1948 en toda España era de un 2,38% de mujeres diagnosticadas de sífilis mediante diagnóstico serológico con Wasserman y pruebas complementarias (Negociado..., 1949, p.19). Una cifra ligeramente superior, un 2,75%, encontraba V. Sáenz de Tejada (1944, p.11) en una serie de 3.500 embarazadas de nuevo ingreso atendidas entre 1941 y 1943 en el Centro de Maternología n.3 de Madrid.⁵

En cuanto a la denominada mortalidad fetal por sífilis, en la Casa de la Madre n.1, entre marzo de 1943 y marzo de 1944, los datos se situaban en un 2,65%, cifra que los maternólogos de este centro consideraban: "muy baja si se compara con la de toda España

(3,8%) y aun con las de las demás clínicas de Madrid” (Botella Llusía et al., 1944, p.9). De los 32 casos de muerte fetal, 12 habían sido de muerte prenatal (ocho casos de sífilis congénita) y veinte de muerte intraparto o en las primeras 24 horas de la vida (cinco casos de sífilis congénita). La sífilis había sido, según estos obstetras, la responsable de 15 casos de muerte fetal, lo que representaba un 1,24%, prácticamente la mitad de los casos de muerte fetal informada, una cifra considerable para ellos (Botella Llusía et al., 1944, p.9-10) y que, a su juicio, confirmaba la percepción de que la sífilis congénita era una causa mayor de mortalidad fetal y por tanto un obstáculo para la política demográfica del régimen (Figura 3). Estos maternólogos obtenían la tasa de mortalidad fetal sumando a las muertes fetales tardías, los fallecidos en las primeras 24 horas de vida. La cifra para 1944 era, según estos maternólogos, de 38 muertes fetales por mil nacidos vivos en toda España.⁶



Figura 3: Lucha antisifilítica en la gestación (Lucha..., 1950)

Hay que tener en cuenta – como discutiremos adelante –, que algunas de las parturientas, controladas la mayoría de ellas en los Centros de Maternología, habían recibido previamente tratamiento antisifilítico en caso de ser sospechosas clínica o serológicamente. La disparidad en las cifras venía a poner de manifiesto uno de los principales problemas a la hora de afrontar la cuestión de la sífilis en las embarazadas y de la sífilis congénita: la inexistencia de un diagnóstico serológico de laboratorio fiable y, por tanto, de un conocimiento exacto de la situación del problema de la sífilis en las embarazadas y en los niños en la década de los 1940 en España.

“¿Sería exagerado el decir que la sífilis de las embarazadas nos causa treinta mil bajas al año?”, se preguntaba J. Botella (1944c, p.5) en un lenguaje impregnado de terminología militar. Ante esta situación la lucha había de organizarse llegando al diagnóstico “preciso y precoz” de la gestación luética. Pero esta estrategia basada en la realización sistemática de la reacción de Wasserman en todas las embarazadas no era viable: “exige un montaje sólo posible de llevar a cabo en las capitales y, aun así, con ciertas dificultades, a causa del escaso rendimiento de los laboratorios” (p.6). Por ello, planteaba un diagnóstico simplificado basado en el diagnóstico clínico durante el embarazo, el diagnóstico clínico durante el parto y el diagnóstico serológico simplificado. Veamos el rendimiento diagnóstico de estas tres estrategias. Para J. Botella, el diagnóstico de la sífilis por medios clínicos, y sin recurrir al laboratorio, era: “imposible de hacer con certeza en todos los casos ... No podemos, por tanto, recomendar al maternólogo práctico que realice el despistaje de la lúes basándose en la clínica, ni siquiera como medio de orientación; hay, pues, que recurrir al laboratorio” (p.8). El laboratorio era, por tanto, necesario para que el diagnóstico de la sífilis gestacional pudiera hacerse con “una cierta probabilidad de aproximación” (p.8). Sin embargo, para el diagnóstico de laboratorio era necesario contar con procedimientos sencillos y de rutina, que pudieran estar al alcance del médico práctico. Estas técnicas, que J. Botella recomendaba apoyándose en trabajos de autores extranjeros, permitían una aproximación diagnóstica y, en caso de ser positivos, indicaban la realización de las pruebas clásicas (Wasserman etc.) disponibles solamente en laboratorios de grandes poblaciones. A estos problemas se unían los falsos positivos y falsos negativos (errores por exceso y errores por defecto) de las pruebas serológicas, que aumentaban durante el embarazo. Una situación, pues, que imposibilitaba un diagnóstico exacto (tanto clínico como de laboratorio) de la sífilis en la embarazada dada la inexistencia de laboratorios con capacidad para realizar las pruebas con fiabilidad.

La situación con respecto a los tratamientos disponibles no era mucho más halagüeña. Estos seguían siendo el Neoarsenobenzol, un tratamiento arsenical, y los preparados de bismuto, en combinación. De una serie de 149 gestantes presumiblemente sifilíticas, en ocho casos hubo de suspenderse el tratamiento por intolerancia, con dos casos mortales. En un 16% hubo fracaso del tratamiento con partos prematuros, muertes fetales y fetos sifilíticos, lo que les situaba en una tasa de fracasos bastante similar a las estadísticas europeas y norteamericanas (Botella Llusía, 1944c, p.8).

Para J. Botella la lucha contra la sífilis en la gestación se basaba en persuadir a las gestantes para que acudieran precozmente a la consulta prenatal, para iniciar lo más pronto posible el tratamiento; en la práctica sistemática de reacciones serológicas y donde no se pudiera realizar una reacción simplificada que permitiera la orientación y el tratamiento combinado antes del cuarto mes. Tanto las mujeres con antecedentes de sífilis activa como los casos sospechosos clínicamente, aun con serología negativa, debían ser tratados, aunque este tratamiento no debía ser considerado exento de peligros (Botella Llusía, 1944c). Como vemos, el dilema que se presentaba ante la situación planteada por la sífilis en las embarazadas, tratar o no tratar ante la sospecha de sífilis, aunque el diagnóstico no fuera posible de manera fiable y por tanto no hubiera seguridad de este, era resuelto con un

marcado carácter eugenésico. Tratar el cuerpo de la madre para asegurar un “producto” de calidad, aunque ello significara un peligro para la salud de la madre y, en algunos casos, la posibilidad de muerte para ella.

En cuanto a la prevalencia de sífilis congénita en niños, en 1941, de los 8.662 niños ingresados en los Centros de Alimentación Infantil de Madrid se declaraba que un 4% de ellos presentaba heredosífilis (Falange..., c.1942). Una cifra que coincidía con la tasa de niños con sífilis declarada entre los 1.483 niños asistidos durante 1940 en el Centro de Alimentación Infantil de los distritos del Centro y del Hospicio de Madrid (Valenzuela, 1941).⁷ Hay que recordar la edad de los niños que atendían estos centros, entre 0 y 3 años, y las características socioeconómicas y de vulnerabilidad de esta población infantil.

El abordaje del problema de la sífilis en las embarazadas y en los niños en España estaba condicionado, por tanto, por las dificultades para la realización del diagnóstico serológico y del tratamiento curativo. La situación perduró durante toda la década de los 1940 y no había cambiado, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, para principios de la década de 1950. Así lo reflejó en su informe el norteamericano F.W. Reynolds, quien viajó a España entre el 8 y el 16 de octubre de 1951 como especialista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cinco meses después de que el gobierno español ratificara la constitución de la OMS (Castejón-Bolea, Rodríguez, 2017, p.101-108; Rodríguez Ocaña, 2019). F.W. Reynolds – que pertenecía al Servicio de Enfermedades Venéreas de la OMS – viajó a España en respuesta a la solicitud de ayuda que el gobierno español hizo a la OMS para la puesta en marcha de un proyecto de asistencia técnica para el control de las enfermedades venéreas. F.W. Reynolds se había iniciado en la lucha antivenérea en el equipo de James Earle Moore (1892-1957) en Johns Hopkins, pasó la Segunda Guerra Mundial en Sanidad Militar asignado a la base naval de Puerto Rico, y luego formó parte del Programa de Investigación sobre la Sífilis del National Institute of Health. Este programa continuaba la labor capital de la sección, dirigida por J.E. Moore, de Venéreas del Medical Research Committee, responsable del control de la introducción masiva de la penicilina. En 1950 se incorporó a la OMS y en 1953 era secretario del Comité de Expertos en Enfermedades Venéreas y Treponematosis (WHO, 1953).

En su informe, F.W. Reynolds (1951) describió los servicios de Salud Pública españoles, en particular aquellos dirigidos a la lucha antivenérea. El informe insistía en la dificultad de conocer de manera precisa la extensión y gravedad del problema, aunque su percepción era que la sífilis suponía “un problema de salud pública de gran envergadura en España”. F.W. Reynolds describió la situación referente al diagnóstico de la sífilis – clínico, microbiológico y serológico – y al tratamiento, así como la accesibilidad a ambos. El informe insistía tanto en la falta de antígenos fiables para el serodiagnóstico como en la ausencia de suministro de penicilina, la ausencia de seguimiento de casos y la carencia de control sobre la adherencia de los pacientes al tratamiento. En el último apartado del informe se mencionaban las dificultades para articular un programa de Salud Pública para estas enfermedades. Según sus palabras: “Se tiene la impresión de que mientras que la campaña contra la lepra está muy bien organizada y es eficaz, en la campaña contra las enfermedades venéreas hay muchos flecos” (Reynolds, 1951, p.10).⁸

Maternología, eugenesia y sífilis en Auxilio Social

Aunque la posibilidad de la “maternidad consciente” – un tema central del primer neomaltusianismo libertario desde la primera década del siglo XX – se convirtió en una opción admisible en los años 1930 del pasado siglo dentro de ciertos sectores sociales, señalando un cambio en la identidad de la maternidad (Colmenar, 2009, p.182-183), tras la Guerra Civil el control del cuerpo de las mujeres se convirtió en herramienta esencial de la biopolítica del régimen franquista. A. Cenarro ha señalado la modernidad de las propuestas de Auxilio Social en los primeros años de la Guerra Civil en relación con la imposición de modelos de género desde el discurso médico y científico sustituyendo al discurso religioso, una tendencia presente en los Estados nacionales desde comienzos del siglo XX. Así, según esta autora, en Auxilio Social la construcción de Hogares de Embarazadas y Consultas de Maternología se justificaba durante la Guerra Civil por la necesidad de preparar a la madre para la maternidad consciente. Una idea que fue relegada al olvido por relacionarse con ámbitos políticos y científicos de carácter progresista (Cenarro, 2006, p.6-7) o anarquistas (Molero-Mesa, Jiménez-Lucena y Tabernero-Holgado, 2018).

La maternología durante el franquismo reforzó la idea de que la esencia de la feminidad residía en la maternidad y contribuyó a hacer más rígida la separación entre los sexos, así como de los roles asignados a cada uno de ellos (Cenarro, 2006; Colmenar, 2009). Además, en el franquismo la maternidad no era solamente un deber de la mujer ante la religión y la familia, sino también frente a la patria. Para las casadas, la maternidad constituía un deber, a la vez, biológico, moral y social. Del mismo modo que el hombre tenía como misión defender la patria, la mujer debía, en la medida de sus posibilidades darle hijos. Por su parte, el Estado Nationalsindicalista debía proteger y amparar la maternidad para poder exigir su cumplimiento a las madres españolas. Para el doctor J. Botella (1944a), Auxilio Social venía a reconocer estas necesidades y a dar respuesta a ellas mediante un vasto plan de obras sociales y sanitarias para proteger a las mujeres y a sus hijos. La maternología dentro de Auxilio Social se convirtió, por tanto, en una herramienta de la política demográfica pronatalista y de protección y promoción de la salud de las mujeres y de los niños. Pero también está presente, y el caso de la sífilis congénita es ilustrativo, una intención deliberada de evitar la reproducción de “degenerados”, fomentando así una descendencia de niños “sanos” y “robustos”.

Las intervenciones de la Sección de Protección a la Madre sobre las embarazadas – alimentarias, de acogida, educativas, de control médico del embarazo y de asistencia técnica al parto y al puerperio –, buscaban todos estos objetivos. Así lo entendía J. Botella (1944a, p.5):

el cuidado del niño debe comenzar por la asistencia prenatal de la madre y continuar con su asistencia obstétrica, única forma de que la Puericultura encuentre más tarde una base firme en qué asentar su labor. Así lo ha comprendido la Obra de Protección a la Madre y al Niño de Auxilio Social y en consecuencia con ello, ha establecido una red de organismos de Maternología.

La biopolítica del primer franquismo pretendía conseguir el aumento y la calidad de la población y Auxilio Social era una herramienta de esta biopolítica, a la vez que se articuló

también como un mecanismo de integración de los vencidos: “Aún recuerdo las caras de sorpresa y de recelo de muchas madres al verse atendidas solícitamente en una institución bajo los emblemas del movimiento, donde para nada se les preguntaba el color de sus ideas. Eran madres de futuros españoles y eso nos bastaba” (Mendizábal, González Allas, 1958, p.29-36). Las medidas eugenésicas adoptadas no fueron, sin embargo, explícitamente enunciadas en la ONSPMN. De hecho, en la cuarta Reunión de la Comisión Permanente de Auxilio Social de septiembre 1939, se hizo constar que la “educación eugenésica” de los progenitores era muy conveniente, pero poco oportuna dada la vinculación que se establecía entre la ciencia eugenésica y la época republicana. Esta educación eugenésica incluía el consultorio prematrimonial y la “propaganda de los verdaderos principios de eugénica entre los futuros cónyuges” (Cenarro, 2006, p.122). Se aprecia, pues, un contraste entre prácticas con impronta eugenésica y el discurso público, en el que no se explicita una defensa de la eugenesia.

Sin embargo, si consideramos la eugenesia como un instrumento de coerción legitimado por la ciencia y una ideología de control social de sesgo biológico (Miranda, Vallejo, 2012, p.12), y tenemos en cuenta su intención deliberada de evitar la reproducción de “degenerados”, como se ha señalado anteriormente, las políticas articuladas en torno a la protección de las madres en relación con la sífilis de las embarazadas y la sífilis congénita por parte de Auxilio Social muestran prácticas de carácter eugenésico. Así, desde el año 1939 se articuló la necesidad de realizar controles sanitarios durante el embarazo, controles que debían ir acompañados de una serie de consejos y visitas periódicas de las enfermeras para obligar a las embarazadas a realizarlos y comprobar el adecuado cumplimiento de las indicaciones médicas (Cenarro, 2006, p.121), normalizando la práctica de los controles de embarazo y el control médico en aras de mejorar la progeñie.

Este proceso de normalización no estuvo exento de dificultades por la inexistencia de una cultura del embarazo “científico-médica” entre las mujeres de los sectores sociales a los que daba asistencia Auxilio Social:

A pesar de cuantos esfuerzos se han hecho últimamente, aún resultan escasas las mujeres que acuden de una manera precoz y regular a la consulta de embarazo ... uno de los objetivos primarios de la Sanidad del Nuevo Estado, ha de ser incrementar en todo lo posible el número de estas consultas y asistencia de ellas. Solamente así podrán ser resueltos problemas como el de la lucha contra la propagación al hijo de la sífilis de los padres, del aborto habitual y de las gestosis, al mismo tiempo que por este procedimiento se conseguirá reducir notablemente la morbilidad y mortalidad obstétrica ... Interesa, pues, por todos los procedimientos, sin excluir los de la propaganda escrita, hablada y mural, incrementar la asistencia a las consultas prenatales, la cual es, a pesar de los esfuerzos realizados todavía escasa (Botella Llusía, 1944a, p.8).

Los maternólogos como J. Botella planteaban una cuantificación de la elevación de la natalidad que los cuidados maternológicos correctos podían aportar al objetivo pronatalista, cuidados en los que la lucha antivenérea ocupaba un lugar significativo. Así este médico estimaba que “sólo con los cuidados maternológicos y obstétricos se puede conseguir una elevación de la natalidad en un 18 por 100” (Botella Llusía, 1944b, p.14-15), atribuyendo al correcto tratamiento de la esterilidad un 3% de incremento; al correcto tratamiento del aborto

espontáneo, un 6%; por efecto de una buena lucha antivenérea, un 6% y por mejora de la asistencia obstétrica, un 3%. Con estas medidas, la natalidad del año 1941 (20,2%) habría aumentado a 23,8%, “lo cual llevaría a colocarnos, sólo con los cuidados maternológicos, a la altura de los países con más alta natalidad de Europa” (Botella Llusía, 1944b, p.15).

El sueño franquista de un aumento de la natalidad, que diera a la patria más hombres y mujeres sanos y robustos, nunca se hizo realidad. De todas las medidas que J. Botella había propuesto para alcanzar ese objetivo en su organización de la maternología de 1944, solamente el incremento de las consultas prenatales – un mayor control médico sobre el embarazo –, pudo llevarse a cabo, y no sin dificultades. Igualmente, durante la década de los 1940 las Casas de la Madre colaboraron al incremento de la institucionalización y de la asistencia tecnificada al parto, contribuyendo de manera significativa, según sus protagonistas, a la disminución de la mortalidad materna y perinatal que se produjo en España. Como hemos visto, la sífilis significaba un obstáculo para la política pronatalista y eugenésica del régimen por su relación con la mortalidad perinatal y neonatal, la prematuridad y con la “debilidad congénita”. Sin embargo, ni las mejoras en el diagnóstico serológico ni en el tratamiento adecuado estaban en manos de los médicos maternólogos de Auxilio Social. No sería hasta la década de los 1950, en el contexto del Programa España 8 de la OMS, cuyo Plan de Operaciones se firmó en 1955, que se iniciarían las mejoras en el ámbito diagnóstico y terapéutico y cuyo impacto sobre el problema de la sífilis y la sífilis congénita se encuentra en estudio.

El problema de la sífilis de las embarazadas fue abordado con un marcado carácter eugenésico y con un sesgo de género. El tratamiento disponible fue utilizado en las mujeres embarazadas ante la evidencia de la existencia de sífilis diagnosticada o pasada anteriormente, aunque no estuviera activa en ese momento, o ante el diagnóstico de sífilis en el marido: “toda grávida con antecedentes sifilíticos propios o casada con marido sifilítico, debe someterse a tratamiento antisifilítico durante la gestación, aun cuando haya sido antes de ésta correctamente tratada y sea aparentemente sana” (Conejo, Conde, 1946-1947).⁹ Los posibles riesgos del tratamiento para las mujeres siempre quedaron en segundo plano ante la necesidad de asegurar “productos” sanos.

Consideraciones finales

La maternología en Auxilio Social se convirtió en un instrumento de la política pronatalista del Nuevo Estado y fue receptiva a los planteamientos eugenésicos. Una eugenesia en consonancia con la moral católica y vehiculizada en propuestas médico-sociales. Esta política, sin embargo, no alcanzó sus objetivos poblacionistas de aumento de la natalidad. Este hecho se ha explicado en términos del rechazo de las mujeres a la política pro-natalista, basado en las estrategias de supervivencia socioeconómicas por parte de las familias (Nash, 1996).

Sin embargo, hay suficientes evidencias para sostener que se produjo una continuidad de los planteamientos eugenésicos dentro de la maternología en Auxilio Social. En el caso de la sífilis de las embarazadas y de la sífilis congénita, las propuestas y prácticas médicas muestran una voluntad de intervención sobre la reproducción. La alimentación de las embarazadas se convirtió en una de las intervenciones de la organización influenciada

por la eugenesia en relación con la mejora de la calidad de los recién nacidos, asegurando las mejores condiciones para su desarrollo y la inexistencia en ellos de “taras fisiológicas”, vinculándola con el incremento de la aptitud colectiva de la raza. En este proceso, los médicos dirigían las dietas en los comedores de una manera científica y racional, y se consolidaron dietas específicas para grupos de población con necesidades especiales.

Las ventajas de la vigilancia médica prenatal y la asistencia sanatorial del parto dentro de las instituciones de Auxilio Social se vincularon a una disminución importante de la mortalidad materna y de la mortalidad perinatal y neonatal. Esos resultados eran indiscutibles para las mujeres que buscaban seguridad para ellas y sus recién nacidos. Estas mejoras se enmarcaban en una transformación de la atención al parto en España que iban desde una escasa tecnificación de los cuidados del parto y del recién nacido a lo largo del primer tercio del siglo XX a una tecnificación e intervencionismo quirúrgico que llegaría a una tasa de cesáreas en la década de los 1990 del pasado siglo de alrededor del 20%. Como ha puesto de manifiesto Á. Cenarro, Auxilio Social se centró en los cuerpos de las mujeres más que en los aspectos morales o ideológicos. En este sentido, la organización contribuyó al proceso de medicalización del embarazo y del parto entre las mujeres españolas a lo largo del siglo XX. En este proceso, las mujeres pobres, sin recursos económicos, la mayoría pertenecientes a las perdedoras de la Guerra Civil, se beneficiaron de la mejora de la atención materno-infantil, haciéndose más dependientes de los recursos técnicos médicos, y el modelo de control médico del embarazo y del parto se extendió. Hacia finales de la década de 1950, un médico de la Casa de la Madre de Madrid afirmaba: “Ya pasaron los tiempos en que las madres deseaban parir en la cama de sus nupcias; el concepto de higiene y de cultura sanitaria ha ido parejo al nivel de vida, siendo muy pocas las mujeres que renuncian a una asistencia sanatorial” (Mendizábal, González Allas, 1958, p.29-36).

En el marco de la política pronatalista y bajo la influencia de las ideas eugenésicas, la sífilis de las embarazadas y la sífilis congénita se convirtió en un obstáculo para alcanzar los objetivos de la acción maternológica de Auxilio Social. La enfermedad ocupó un lugar significativo dentro las preocupaciones eugenésicas de los médicos de la organización y fue objeto de intervención desde finales de la Guerra Civil. Las dificultades técnicas del diagnóstico fiable y la falta de un tratamiento eficaz y seguro no fueron óbice para insistir en el diagnóstico y tratamiento sistemático y de carácter coactivo de todas aquellas mujeres embarazadas en las que existiera sospecha de la enfermedad, para interrumpir de esta manera – según el criterio de los maternólogos – la transmisión de la enfermedad. Para estos médicos, la transmisión a los hijos se evitaba tratando sistemáticamente a todas las mujeres embarazadas sospechosas de padecer o haber padecido sífilis o casadas con sifilíticos.

Una vez que se rechazó la posibilidad de transmisión de la sífilis a través del semen durante la concepción, el tratamiento de los hombres dejó de ser prioritario y el objetivo se centró en “esterilizar” mediante el tratamiento a las embarazadas sospechosas. Una esterilización no entendida como práctica médica para impedir la reproducción de estas mujeres sino como tratamiento médico para evitar la transmisión transplacentaria de la sífilis a sus hijos. Un concepto ya utilizado en la lucha antivenérea para hacer referencia a los enfermos que tras el tratamiento dejaban de transmitir la enfermedad vía sexual. Una práctica con connotaciones eugenésicas y con la que la maternología naturalizaba la desigualdad, convirtiendo a las

mujeres en el centro del control de la sífilis congénita. Bajo el franquismo, como ha señalado A. Morcillo, el cuerpo maternal definió las responsabilidades nacionales de las mujeres españolas. Es este cuerpo maternal el que se vio sometido a los tratamientos arsenicales y con bismuto – tratamientos largos, tóxicos, con efectos adversos importantes –, ante la sospecha de que su fruto podía ser de baja calidad para la comunidad nacional.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto “Las tecnologías del género en las configuraciones de la biopolítica en la España de la primera mitad del siglo XX: una cartografía desde la historia de la medicina (Tegecon)” (PGC2018-098333-B-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del gobierno de España.

NOTAS

¹ El nombramiento de Mercedes Sanz Bachiller como Delegada Nacional de Auxilio Social el 24 de mayo de 1937 ya comprendía dentro de este a las Obras de Protección a la Madre y al Niño.

² José Botella Llusá (1912-2002) fue jefe del Servicio de Maternología de Auxilio Social probablemente entre 1942 y 1944. En 1942 era colaborador de la revista *Ser*. Docente en la Facultad de Medicina de Madrid desde 1939, catedrático de Obstetricia y Ginecología en la Universidad de Zaragoza (1944) y en la Universidad de Madrid desde 1947. Rector de la Universidad Complutense de Madrid entre 1968 y 1972. Su extensa obra y el número de ediciones de estas reflejan la enorme influencia que tuvo en la obstetricia y ginecología españolas durante el franquismo. Se adscribió a Falange antes de la Guerra Civil.

³ El diagnóstico serológico es un diagnóstico indirecto que se realiza en el laboratorio mediante unos marcadores que se hacen reactivos a los 14-20 días de que la paciente se infecte.

⁴ Esta misma prevalencia de serología positiva de sífilis en embarazadas, el 6,5%, era asumida en el folleto propagandístico “Auxilio Social y el problema demográfico español, 1939-1950” pero ya se consideraba como la cifra existente de embarazadas afectas de sífilis entre las que habían sido atendidas en los Centros de Maternología de la organización.

⁵ El dato de la prevalencia de sífilis en estas embarazadas lo hemos calculado a partir de los datos publicados. No se especifica el método de diagnóstico de la sífilis en estas embarazadas.

⁶ La tasa de mortalidad perinatal se obtiene sumando a las muertes fetales tardías los fallecidos en la primera semana de vida. En 1990 fue de 7,6 muertes perinatales por mil nacidos vivos y en 2017 de 4,3. Esta tasa es un indicador más sensible que la mortalidad infantil para evaluar la cobertura y calidad de la atención materno-infantil.

⁷ No se especifica el método de diagnóstico de la sífilis congénita en estos niños.

⁸ Agradecemos a Esteban Rodríguez Ocaña haber podido consultar este informe.

⁹ Algunos autores, como José Gay Prieto, prestigioso dermatosifiliógrafo y catedrático en Granada y Madrid, no compartían este criterio.

REFERENCIAS

ARBELO CURBELO, Antonio. Medical audit. de la Escuela Nacional de Puericultura. In: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. *Escuela Nacional de Puericultura, 1926-1976: cincuenta aniversario de la actividad docente y asistencial*. Madrid: Garsi, 1978.

BARONA VILAR, Josep Lluís. *La medicalización del hambre: economía política de la alimentación en Europa, 1918-1960*. Barcelona: Icaria, 2014.

BARRACHINA, Marie-Aline. Discurso médico y modelos de género: pequeña historia de una vuelta atrás. In: Nielfa, Gloria. *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*. Madrid: Universidad Complutense, 2003. p.67-94.

BERNABEU-MESTRE, Josep; PERDIGUERO-GIL, Enrique. At the service of Spain and Spanish children: mother-and-child healthcare in Spain during the first two decades of Franco's regime,

1939-1963. In: Löwy, Ilana; Krige, John. *Images of disease: science, public policy and health in post-war Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001. p.167-186.

BOTELLA LLUSÍA, José. La organización de maternología de Auxilio Social. In: Auxilio Social/ Departamento Médico. *Trabajos del Departamento Médico de Auxilio Social*. Madrid: [s.n.], 1944a.

BOTELLA LLUSÍA, José. Problemas demográficos de la maternología española. In: Auxilio Social/ Departamento Médico. *Trabajos del Departamento Médico de Auxilio Social*. Madrid: [s.n.], 1944b.

BOTELLA LLUSÍA, José. Sífilis y gestación. In: Auxilio Social/Departamento Médico. *Trabajos del Departamento Médico de Auxilio Social*. Madrid: [s.n.], 1944c.

BOTELLA LLUSÍA, José et al. Estadística de un año de labor en la Casa de la Madre n.1 de Auxilio Social en Madrid. In: Auxilio Social/ Departamento Médico. *Trabajos del Departamento Médico de Auxilio Social*. Madrid: [s.n.], 1944.

CAMPOS, Ricardo. Entre la ciencia y la doctrina católica: eugenesia, matrimonio y sexualidad en el primer franquismo. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, v.40, p.51-71, 2018.

CAMPOS, Ricardo. Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcaticismo en el franquismo, 1936-1945. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.23, supl.1, p.131-148, 2016.

CANTERO, P. *Doce años de asistencia social en España: labor del Estado español, 1936-1948*. Madrid: Oficina Informativa Española. 1948.

CASA de la Madre n.2 de Madrid. Ministerio de Cultura y Deporte, Fondo Delegación Nacional de Auxilio Social, IDD (03)122.000, caja 75/25504, carpeta 87 (Archivo General de la Administración, Alcalá de Henares). s.d.

CASTEJÓN-BOLEA, Ramón. Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. *Asclepio*, v.56, n.2, p.223-242, 2004.

CASTEJÓN-BOLEA, Ramón. *Moral sexual y enfermedad: la medicina española frente al peligro venéreo, 1868-1936*. Granada: Universidad de Granada, 2001.

CASTEJÓN-BOLEA, Ramón; PERDIGUERO-GIL, Enrique. The protection of the mother section of Auxilio Social and the medicalization of pregnancy and delivery in twentieth century Spain. In: European Social Science History Conference, 9., 2012, Glasgow. *Proceedings...* Glasgow: International Institute of Social History, 2012.

CASTEJÓN-BOLEA, Ramón; RODRÍGUEZ, Esteban. El control de las enfermedades venéreas en España durante la década de 1950: los inicios del Proyecto España 8 de la OMS. In: Zarzons, Alfons; Arrizabalaga, Jon (ed.). *Al servicio de la salud humana: la historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: SEHM-CSIC, 2017. p.101-108.

CAYUELA, Salvador. *Por la grandeza de la patria: la biopolítica en la España de Franco, 1939-1975*. Madrid: FCE, 2014.

CENARRO, Ángela. *La sonrisa de Falange: Auxilio Social en la guerra civil y en la posguerra*. Barcelona: Crítica, 2006.

CENARRO, Ángela. Pronatalisme, reeducació i disciplina: el projectes mèdics i pedagògics a Auxilio Social, 1937-1940. *Recerques*, v.50, p.57-78, 2005.

COLMENAR, Carmen. La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el Franquismo. *Historia de la Educación*, v.28, p.161-183, 2009.

COMEDOR de mujeres lactantes. Ministerio de Cultura y Deporte, Fondo Delegación Nacional de Auxilio Social, IDD (03)122.000, caja 75/25504, carpeta 87 (Archivo General de la Administración, Alcalá de Henares). 1950.

CONEJO, José; CONDE, José María. El criterio de curación de la sífilis adquirida en sus relaciones con la sífilis congénita. *Actas Dermosifiliográficas*, v.38, p.1079-1081, 1946-1947.

CORBIN, Alain. L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption: contribution à l'histoire de l'hérédité morbide. *Romantisme*, v.31, p.131-149, 1981.

DI FEBBO, Giuliana. "Nuevo Estado", nacionalcaticismo y género. In: Nielfa, Gloria. *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*. Madrid: Universidad Complutense, 2003. p.19-44.

DNAS, Delegación Nacional de Auxilio Social. *1º Congreso: normas y orientaciones para delegados provinciales, 13-18 de septiembre de 1937*. Valladolid: Auxilio Social y Delegación Nacional, 1937.

FALANGE Española Tradicionalista y de las JONS y Auxilio Social. *Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño: labor desarrollada en beneficio de los niños españoles, de 0 a 3 años, durante el año de 1941*. Madrid: [s.n.], c.1942.

GOODE, Joshua. *Impurity of blood: defining race in Spain, 1870-1930*. Baton Rouge: Louisiana State University Press, 2009.

HUERTAS, Rafael. Psiquiatría y (bio)política en la España franquista. In: Vallejo, G.; Miranda, M. *Políticas del cuerpo: estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo XXI Iberoamericana, 2007. p.411-423.

JIMÉNEZ, Isabel. Medicina social, racismo y discurso de la desigualdad en el primer franquismo. In: Huertas, Rafael; Ortiz, Carmen. *Ciencia y fascismo*. Madrid: Doce Calles, 1998. p.111-126.

LUCHA antisifilítica en la gestación. Ministerio de Cultura y Deporte, Fondo Delegación Nacional de Auxilio Social, IDD (03)122.000, caja 75/25504, carpeta 87 (Archivo General de la Administración, Alcalá de Henares). 1950.

MENDIZÁBAL, Manuel María de; GONZÁLEZ ALLAS, Antonio. *Índice de la labor realizada en las Casas de la Madre de Auxilio Social en Madrid*. Madrid: [s.n.], 1958.

MIGUEL, Jesús M. de. *El mito de la Inmaculada Concepción*. Barcelona: Anagrama, 1979.

MIRANDA, Marisa; VALLEJO, Gustavo (dir.). *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales, 1912-1945*. Buenos Aires: Biblos, 2012.

MOLERO-MESA, Jorge; JIMÉNEZ-LUCENA, Isabel; TABERNERO-HOLGADO, Carlos. Neomalthusianismo y eugenesia en un contexto de lucha por el significado en la prensa anarquista española, 1900-1936. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.25, supl.1, p.105-124, 2018.

MOLINERO, Carmen. *La captación de las masas: política social y propaganda en el régimen franquista*. Madrid: Cátedra, 2005.

MORCILLO, Aurora G. *Seduction of modern Spain: the female body and the Francoist body politic*. Lewisburg: Bucknell University Press, 2010.

NASH, Mary. Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939. In: Duby, George; Perrot, Michelle (ed.). *Historia de las mujeres en Occidente*. v.5. Madrid: Taurus, 2000. p.627-646.

NASH, Mary. Pronatalismo y maternidad en la España franquista. In: Bock, Gisela; Thane, Patricia (ed.). *Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid: Cátedra, 1996. p.279-308.

NAVARRO, Sara. Eugenesia y Falange a través de la revista "Ser", 1942-1957. *Medicina e Historia*, v.2, p.1-22, 2016.

NEGOCIADO de Maternología. *Labor realizada por los Centros de Maternología y Comedores*. Madrid: Delegación Nacional de Auxilio Social, 1949.

PERDIGUERO-GIL, Enrique; CASTEJÓN-BOLEA, Ramón. Auxilio Social: health care and social policies in Spain during and after the Civil War, 1936-1939. In: Andresen, Astri et al. *Healthcare systems and medical institutions*. Oslo: Novus, 2009. p.129-144.

POLO, Antonio. *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo, 1939-1945*. Cádiz: Universidad de Cádiz, 2006.

REYNOLDS, Frank W. A brief enquiry into the organization and functioning of venereal disease control services in Spain. WHO 2 DC-VD 2-8 (Archives of the World Health Organization, Geneva). 1951.

ROCA I GIRONA, Jordi. *De la pureza a la maternidad: la construcción del género femenino en la postguerra española*. Madrid: Grafoffset, 1986.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. España y la Organización Mundial de la Salud en tiempos de Palanca: una evaluación provisional. *Asclepio*, v.71, n.1, p.254, 2019.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. La construcción de la salud infantil: ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria española. *Historia Contemporánea*, v.18, p.19-52, 1999.

SÁENZ DE TEJADA, Venancio. Labor realizada en el Centro de Maternología n.3 de Auxilio Social. In: *Trabajos del Departamento Médico de Auxilio Social*. Madrid: Auxilio Social/ Departamento Médico, 1944.

SÁNCHEZ BLANCO, Laura. Auxilio Social y la educación de los pobres: del franquismo a la democracia. *Foro de Educación*, v.10, p.133-166, 2008.

TURDA, Marius; GILLETTE, Aaron. *Latin eugenics in comparative perspective*. London: Bloomsbury, 2014.

VALENZUELA, Joaquín. *Datos estadísticos y memoria de los trabajos realizados en el Centro de Alimentación Infantil de los distritos del Centro y del Hospicio de Madrid, durante el año 1940*. Madrid: Industrias Gráficas, 1941.

VRIES, Petra de. "The shadow of contagion": gender, syphilis and the regulation of prostitution in the Netherlands, 1870-1914. In: Davidson, Roger; Hall, Lesley A. *Sex, sin and suffering: venereal disease and European society since 1870*. London: Routledge, 2001. p.44-60.

WHO, World Health Organization. *Fourth report of the Expert Committee on Venereal Infections and Treponematoses*. Technical report series n.63. Geneva: WHO, 1953.

