

# La maternidad en España, primer tercio del siglo XX. Encrucijada de trabajo, salud y género

## La maternité en Espagne au carrefour du travail, de la santé et du genre (premier tiers du XX<sup>e</sup> siècle)

**CUESTA, Josefina**

Professeur d'Histoire Contemporaine  
Université de Salamanque. Salamanque (Espagne)  
jcuesta@usal.es

**CUESTA, Josefina**

Catedrática de Historia Contemporánea  
Universidad de Salamanca. Salamanca (España)  
jcuesta@usal.es

### Resumen

La preparación del seguro de maternidad generó en España tres encuestas en los años veinte, en las que los organismos de previsión difundieron las bases del futuro seguro y recogieron la opinión de los actores sociales: técnicos, trabajadores, organizaciones empresariales y obreras -también femeninas-, asociaciones mutuas, instituciones médicas y algunas individualidades de la sociedad española. Estas voces de la sociedad civil, que son el objeto de estudio en este trabajo, ponen de relieve el carácter poliédrico, de construcción social, y las múltiples variables que inciden en un hecho hasta entonces considerado sólo como natural, biológico y privado, como es la maternidad; hecho que en los años veinte se inserta en el espacio público y en el creciente ámbito de la previsión social, y desde ella, en la nacionalización de las mujeres, que se extiende por Europa durante la primera mitad del siglo XX.

Palabras clave: seguro de maternidad, madre trabajadora, previsión, lactancia materna

### Résumé

Dans les années 20, l'élaboration de l'assurance maternité en Espagne a généré trois enquêtes au cours desquelles les organismes de prévoyance diffusèrent les bases de la future assurance et recueillirent l'opinion des acteurs sociaux : techniciens, travailleurs, organisations patronales et ouvrières - féminines également -, associations d'aide mutuelle, institutions médicales et divers membres de la société espagnole. Ces voix de la société civile, qui font l'objet de notre étude, mettent en évidence le caractère polyédrique, de construction sociale et les variables multiples qui influent sur un fait jusqu'alors uniquement considéré comme naturel, biologique et privé, à savoir la maternité ; fait qui, dans les années 20, s'insère dans l'espace public et dans le cadre d'une prévoyance sociale croissante et, partant, de la nationalisation des femmes et s'étend à l'Europe pendant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

Mots clés : assurance maternité, mères travailleuses, prévoyance, allaitement maternel

## **I. Introducción**

El análisis de las perspectivas sociales sobre la maternidad en las sociedades contemporáneas ha aportado perspectivas esclarecedoras para el conocimiento del proceso de elaboración de discursos y de la construcción histórica del concepto de maternidad, aunque tiene una historia reciente (Aresti, 2001; Bolufer, 2007; Bock y Thane, 1996; Cabré Pairet y Ortiz Gómez, 2009; Cova, 1997; Morata Marco, 2004; Ortiz Gómez, 2004; Perrot, 1998; Suárez Suárez, 2009). Y si tradicionalmente se ha considerado “la maternidad como una función primordial de las mujeres, en los discursos morales y en las instituciones sociales de cada época” (Bolufer, 2007, p. 63), han variado *las formas* en que ha sido concebida, imaginada y organizada a través del tiempo y del espacio.

Por ello es preciso aproximarse a este fenómeno natural, pero histórico, desde la perspectiva de una construcción imaginaria e histórica, en la que se articulan las instituciones sociales, el orden simbólico y la configuración de la subjetividad individual. En efecto, la expansión de la medicina social, de las teorías eugenésicas y la implantación de las políticas de previsión social proyectan una nueva mirada sobre las relaciones entre mujeres, trabajo y salud a principios del siglo XX (Arenas, 1995; Aresti, 2001; Boch y Thane, 1996; Cabré Pairet y Ortiz Gómez, 2009; Caporale, 2005). Ante esta nueva perspectiva, las mujeres trabajadoras serán objeto de especial atención por los diversos actores sociales, desde las organizaciones femeninas y médicas hasta las instancias oficiales, especialmente en lo referente a las condiciones de la maternidad. Precisamente el análisis de la maternidad y de su institucionalización como seguro social, en la España de los años veinte, tiene la virtud de poner de manifiesto las relaciones entre higienismo, medicina, mujeres, trabajo, salud y enfermedad, que subyacen en el proceso de construcción social de la salud y en su aplicación legal. De hecho, estas concretas relaciones se insertarán en los usos políticos del saber sobre la salud, en el campo específico de las políticas de género y de las relaciones de las mujeres con el Estado; en suma, en la progresiva nacionalización de las mujeres, analizada en la obra de Duby-Perrot (Duby y Perrot, 2000: 39-106).

La implantación de este seguro en España da lugar a encuestas y a un amplio debate sobre los conceptos y sobre las relaciones entre trabajo femenino, salud, enfermedad y maternidad, desde la perspectiva de los diferentes actores en juego. Nuestro objetivo en el presente trabajo, es bucear en esta pluralidad de opiniones que emanan de la sociedad, desde la óptica de la previsión. Con ello pretendemos completar la perspectiva de la maternidad como construcción social, y poner de manifiesto cómo se elaboran los conceptos y las condiciones de la protección de la maternidad, desde las opiniones de los propios actores sociales, y cuán plurales y diversas son esas perspectivas. Este ángulo de aproximación presenta la maternidad, no tanto como hecho natural, biológico y objetivo, sino como una realidad social poliédrica, compleja, de múltiples enfoques y diversas condiciones y soluciones legales, variable históricamente. Proporciona una aproximación a los procesos, no siempre paralelos ni concluyentes, de la demanda social y de la respuesta legal.

## **II. Género, clase, trabajo y salud**

En la España del primer tercio del siglo XX, y en el caso de la maternidad, se percibe la transición desde la salud y el trabajo como experiencia personal femenina, a su progresiva institucionalización como derecho y como campo de previsión social - ya voluntario, ya obligatorio -; además se produce la transición del hecho del parto de la esfera privada, familiar, a la esfera pública, estatal.

Las opiniones vertidas por los diversos actores sobre este tránsito traslucen las relaciones sociales que se desvelan entre mujeres, trabajo, salud y maternidad, e ilustran los nexos y distonías entre el discurso oficial y las perspectivas sobre la realidad femenina, más plural. Permiten, además, analizar el proceso que conduce, desde ambos discursos, a la consideración jurídica del trabajo y de la salud. La maternidad puede ser abordada en este caso, además, como encrucijada y representación de las formas culturales de comprender el cuerpo, las edades de las mujeres, la vida y la muerte; como forma de analizar las relaciones familiares y sociales, de desentrañar las relaciones entre padre, madre, hijo-hija o entre individuo, familia y comunidad; y, en la sociedad industrial, se presenta como lugar de conflicto o de encuentro entre el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres, haciendo patente una problemática de conciliación que ha llegado hasta nuestros días. Tampoco están ausentes de esta cuestión los cambios de las relaciones entre espacio privado y espacio público. Se pueden rastrear, además, las diferencias entre un feminismo social (Llona, 1998) y un feminismo político.

En la aproximación a las relaciones entre salud, trabajo femenino y sociedad emergen el contexto y los factores internacionales que han incidido en la construcción social de las relaciones entre salud-trabajo-género (creación de la Organización Internacional del Trabajo, Convenios y conferencias internacionales, políticas sociales de otros Estados) y se desvelan los nexos y las relaciones entre instituciones u organismos nacionales o internacionales (Cuesta, 1994). Todo ello se apoya en la transmisión de conocimientos y en la internacionalización de las prácticas sanitarias, que revelan la transferencia de saberes y de prácticas científicas desde los lugares de producción (instituciones sociales, expertos, profesionales de la medicina), pasando por las campañas y las dinámicas de circulación del saber a través de personas, conferencias, publicaciones o redes de expertos, hasta su aplicación social y sus usos políticos y ciudadanos. Pero también se manifiestan los factores sociales y políticos que les condicionan.

Esta compleja problemática puede ser percibida desde el rol de los diferentes actores: voces femeninas y masculinas, individuales y colectivas, bien sean éstas sindicales, patronales, profesionales o de los administradores; o desde la perspectiva sectorial, por ejemplo las diferencias entre mundo rural y urbano, o entre las diferentes variedades regionales, o desde la perspectiva profesional de los propios trabajadores, o calibrando la función del experto y su importancia -médicos, inspectores de trabajo, sociólogos, actuarios-, o en la constitución de comunidades profesionales - asociaciones de médicos -, u organizaciones de previsión privada o colectiva - mutuas, compañías de seguros -, o en la emergencia de nuevas profesiones, o de nuevas funciones en las antiguas, y en la circulación de personas y de ideas (conferencias, debates, publicaciones, encuestas).

### **III. La salud de las obreras, una cuestión pública: la función de los expertos (1900-1921)**

Desde comienzos del siglo XX, la maternidad ha dejado de ser una realidad silenciosa en la vida social y se convertirá en un elemento clave en la construcción de la identidad de las mujeres en España en el siglo pasado (Cova, 1997, 2004; Kinbiehler, 2001; Méndez Vázquez, 2007; Mira Abad y Moreno Seco, 2004; Bolufer, 2007; Concha y Osborne, 2004). Podemos percibir en las publicaciones de este periodo, cómo, en el discurso oficial, se asiste al estallido del antiguo “modelo maternal” acuñado desde siglos (Aresti, 2001; Cova, 2004; Rich, 1996). En España, durante las dos primeras décadas del siglo, se abría camino un discurso renovador sobre el concepto de salud, pero también sobre el trabajo y, más aún, sobre el trabajo femenino. Aunque circunscrita a ciertas elites de la sociedad - médicos,

administradores -, la publicística de la época era insistente sobre el tema y calaba lentamente en la sociedad. Aquí se inserta la propaganda a favor de la protección de la maternidad.

A pesar de estos lúcidos antecedentes, cuando el Instituto Nacional de Previsión inicia su reflexión sobre la protección a la madre trabajadora, en forma de seguro de maternidad, vuelve la vista atrás y constata un fracaso prolongado durante más de veinte años (Martínez Quinteiro, 1988). Gómez de Vaquero reconoce en *El Sol*, que la Ley de 1900, protectora de la mujer que trabaja y da a luz “ha sido una cosa inerte, letra muerta” (Gómez de Vaquero, 1923: 88). No se ha guardado el reposo antes ni después del parto, pero no por ignorancia, sino por necesidad. Frase que recoge Leal Ramos al defender la creación de Mutualidades Maternales:

“Ni el reposo potestativo antes del parto, ni el obligatorio, posterior a ese trance, que conmueve todo el organismo de la madre, se ha guardado, no ya por la ignorancia de esas *pobres mujeres*, que hasta el momento del alumbramiento, y desde muy pocos días después, ocupan su lugar en el trabajo, sino porque la Ley que trató de tutelar a *esas infelices*, reservándoles su puesto y obligándoles a abstenerse de todo trabajo físico durante las primeras semanas del puerperio, no se cuidó de hacer viable su prohibición, y la mujer, necesitada del rendimiento de su trabajo fue la primera *interesada en eludir la observancia de aquella Ley*, teóricamente humanitaria, por no perder su jornal, aún a costa de poner en riesgo su salud y acaso su vida” (Leal Ramos, 1923: 143).

Ante la “letra muerta” de la legislación anterior, los propagandistas de la previsión se aprestaron a insuflar energía a la política social de previsión que emprendían. Para ello habían de contar con la sociedad y, “especialmente con la opinión de los más interesados”, y se empeñaron en “plantear el problema del seguro de maternidad a la vista de patronos y obreros, de las clases sanitarias y de los representantes del mutualismo” (*Anteproyecto*, 1927: 3). Iniciaron un denso proceso de producción, difusión y circulación de las ideas y de las experiencias que la nueva medicina social y la previsión habían extendido por toda Europa desde principios de siglo. Tres grandes “encuestas” recogen esta transmisión-divulgación-recogida de opinión pública de la sociedad, sobre la maternidad en los años veinte en España: una Conferencia de Seguros Sociales, celebrada en Barcelona en 1922, la encuesta sobre maternidad (1925-26) (*Resumen*, 1926) y la consulta sobre el Anteproyecto del seguro de Maternidad (*Anteproyecto*, 1927). Más conocida la primera, en este trabajo nos detendremos fundamentalmente sobre las opiniones recogidas en estas dos últimas consultas.

### **A. El discurso de las elites: trabajo, sanidad, seguros sociales y protección de la maternidad**

Si en la primera postguerra mundial se propugnaba, a nivel internacional, una revisión del concepto de trabajo, en España se extendía además una nueva perspectiva social de la sanidad, y de la legislación social “como instrumento de regeneración sanitaria del país (Martín Salazar, 1920: 167). Discurso que vinculaba la reforma sanitaria, incluso el progreso, con la higiene y la medicina social, y con las políticas demográficas y poblacionistas: “Hace años que se repite incansablemente que la política demográfica de España es, en su parte fundamental, política sanitaria” (Serrano, 1950: 21), se recordaba todavía en 1950, aludiendo a la Conferencia de Seguros sociales de Barcelona, de 1922.

En efecto, en las dos primeras décadas del siglo, los países que se habían adelantado en la implantación de los seguros sociales obligatorios (Alemania, Austria, Gran Bretaña)

actuaban como espejos donde mirarse. La protección de la maternidad realizada en Francia, Italia o Alemania, en forma de seguro, era objeto de información y de circulación social, y se presentaba a estos países como modelo de sociedades avanzadas: “Alemania e Italia han transformado sanitariamente sus respectivos países, realizaron una transformación enorme en sus condiciones de vitalidad”, afirmaba José Maluquer y Salvador, reconociendo en Alemania “una disminución enorme [de la mortalidad] en lo que a la tuberculosis se refiere” (Maluquer, 1921<sup>a</sup>: 99). En efecto, se vislumbraba el futuro seguro bajo: “la necesidad de una profilaxia social”, de “una vigorosa política de saneamiento [...] que acabe con la espantosa sangría de la tuberculosis y con la vergüenza de las enfermedades endémicas” (Maluquer, 1921b: 46) y como “obra de verdadero progreso, obra justa, obra humanitaria, obra de progreso social” (Marvá, 1921: 187).

El Inspector general de Sanidad (Manuel Martín Salazar) tenía una visión clara sobre este tema para España, que caminaba con mayor lentitud que otros países europeos en el campo de la legislación social:

“A decir verdad nosotros hemos echado siempre de menos, sobre este punto los [seguros] de enfermedad y maternal, que son los más relacionados con los intereses sanitarios del país, y que sin embargo, no han sido todavía seriamente tratados en nuestra legislación” (Martín Salazar, 1920: 167).

El arraigo en esta perspectiva sanitaria, vinculada al progreso, se asentaba sobre otro discurso que reflejaba bien las lacras de la sociedad española de principios de siglo y vinculaba enfermedad y pobreza, y éstas con vida obrera:

“La enfermedad como causa de pobreza, y la pobreza como causa de enfermedad se entretajan y forman un círculo vicioso que, a manera de argolla, sujeta al obrero a la esclavitud de la miseria” (Murillo, 1918: 208, citado por Rodríguez Ocaña, 1986: 231).

No es de extrañar la importancia concedida, desde los inicios del siglo XX, a los niveles de salubridad, pues la triada “obrero-pobreza-enfermedad” conformaba un conjunto cruelmente indisoluble hasta los años treinta, que reaparecerá de nuevo, dramáticamente, desde la guerra civil hasta bien entrados los años 50 (Lobato, 1995: 160). “Los dos factores de muerte y de degeneración son indudablemente la miseria y la ignorancia”, había escrito Tomás Balbás en la *Revista Bascongada* (p. 521). El concepto de “muertos de clase”, atribuido a las víctimas de la tuberculosis, se aplicaba especialmente “a familias obreras que ejercían habitualmente un trabajo productivo por el que no percibían los recursos mínimos indispensables para posibilitar su supervivencia”. No es de extrañar que se propugnara la “lucha contra la miseria, la pobreza, las enfermedades, la tuberculosis -el fantasma-, [en suma] por la dignidad del obrero” (Ortega Munilla, 1921: 230).

Estas afirmaciones se atribuían también a la condición de las mujeres trabajadoras, donde la cuestión de la maternidad acentuaba aún más la urgencia de la política sanitaria:

“Frecuentísimo es entre nosotros que en la faena de la mujer se den circunstancias, que en mayor o menor grado, la conviertan en *penosa e insalubre*: inmovilidad durante largas horas, automatismo agotador, trabajo en pie ante los telares y otras máquinas de diversas industrias, bárbaras faenas de carga y descarga en los muelles, mercados, etc, estancia en locales húmedos (fábricas conservas de pescado), tareas de agitación incesante (faenas agrícolas, limpieza de trenes y tranvías, fregado, etc.), trabajo de mostrador, también de intensa actividad y en pie, aunque la Ley llamada

“de la silla” [...] haya venido en parte a remediar el mal” (López Argüello, 1925: 52-53).

Por otra parte, las palabras que había pronunciado Leal Ramos sobre la maternidad de las trabajadoras no tenían desperdicio: “pobres mujeres”, “esas infelices”, y proseguía:

“Encadenadas al trabajo, pusieron en peligro su existencia y comprometieron la vida del fruto de su entrañas por reintegrarse prematuramente al taller, a la fábrica, al lavadero o a la tierra” (Leal Ramos, 1923: 143).

Frases que denotan una conmiseración hacia un género y una clase social, sometida a la urgencia de la escasez y a las inclemencias de la insalubridad y de la enfermedad.

Ante este panorama, la reforma social se presentaba como “aventadora de las negruras con que la enfermedad y la invalidez invaden sus hogares”, [aventadora] de la “enfermedad y del pauperismo”, “de la miseria y el dolor” (Marvá, 1921: 209-16). Argumentos todos ellos que serían esgrimidos con insistencia por las elites sanitarias y por los administradores de la previsión en la defensa de la necesidad de los seguros sociales.

En consecuencia, el subsidio de maternidad se presentaba desde el punto de vista social como la medida de prevención más necesaria y más importante de todas:

“Porque ataca un mal que amenaza la vida de la sociedad en su raíz, en su fuente y lo ataca antes de producirse; y cuantitativamente es más importante que el que accidentes de trabajo, porque por cada accidente del trabajo hay diez o doce partos; y es de más eficacia, cuantitativa y cualitativamente que el seguro de invalidez, porque no se limita a curar y a sostener vidas valetudinarias, sino que ciega fuentes de muerte y de enfermedad; y es una medida de profilaxis y de higiene que, además de evitar la muerte de la madre y de los niños, les procura para el porvenir salud y vigor” (Leal Ramos, 1923: 144).

Sobre esta cuestión de la mortalidad maternal e infantil incidirán la mayor parte de los argumentos a favor de la previsión. Todavía en los *Informes* de 1927 sobre el seguro de maternidad redundará El Dr. D. Aurelio Ballesteros, de Santander:

“No nos sorprenderá que se consigne en nuestro “*Anuario estadístico de 1917*” una mortalidad por infecciones puerperales de 3.031 mujeres. Ahora bien, si consideramos que la mortalidad en las infecciones puerperales es aproximadamente de un 20%, tendremos que durante este año el número mínimo de infecciones, como consecuencia del parto, ha sido de 60.620, que seguramente habrán sido más, ya que al cálculo aplicamos los datos de la clínica, y sabemos que en los domicilios siempre hay más defectos y, por tanto, más infecciones; - y añadía a renglón seguido - el “*Anuario oficial estadístico de 1923*” da 18.581 abortos, contra una natalidad de 660.776, y una mortalidad de niños menores de un año, como promedio del decenio 1913-1923, de 96.084” (I.N.P., 1926).

En efecto, los argumentos para evitar la mortalidad infantil y a favor del vigor de la “raza” reforzaban todo el discurso: “el seguro de maternidad como medio de vitalizar la raza”, figura como una preocupación muy extendida en la época y vinculada al poder internacional de los Estados.

Desde comienzos de los años veinte, las minorías con preocupación social en España, en el Instituto Nacional de Previsión y en las Cajas de Previsión circularon con profusión estos

discursos a favor del seguro de maternidad. “El I. N. P. no cejó en este empeño: publicó varios estudios e informes” (I.N.P., 1926: 3).

### **B. La consiguiente culpabilización de la obrera (y del sistema)**

Si de la lectura de los discursos oficiales, y especialmente de los más preocupados por la cuestión social y por la maternidad, hemos anotado algunas de las expresiones de conmiseración con que se alude a las obreras sometidas a estas calamidades, no deja de sorprender cómo se refleja en los juicios y expresiones una cierta culpabilización de la víctima, que se hace extensiva al sistema, sin duda, que no la exonera a ella de juicios negativos, aunque inconscientes acaso.

La mujer trabajadora es considerada culpable de esta situación, en cierto modo, no ya por su ignorancia, a la que se invoca con frecuencia y que preocupa gravemente, sino por su incuria y descuido, en suma por su estado de necesidad. Se recuerdan:

“los males que pueden acarrear a la obrera *las imprudencias* relacionadas con el trabajo, en las épocas cercanas al nacimiento de su hijo”, “el proceder *irreflexivo* y de *la temeraria despreocupación* de la obrera en los tiempos en que la higiene y la prudencia más elemental presentan un mínimo de exigencias que no pueden impunemente desatenderse. Con todo ello, tal proceder y tal *despreocupación* son las normas habituales porque la obrera se rige en el asunto. (...) Las consecuencias de esta manera de obrar son, como hemos visto, las que la lógica impone de modo fatal y necesario. Abortos, partos prematuros y deformaciones del recién nacido, reconocen infinitas veces por causa única *el trabajo imprudente* en las proximidades del alumbramiento, graves enfermedades de la madre que amenazan su vida y realizan muchas veces la amenaza, son la consecuencia de la vuelta prematura al taller o a la fábrica” (López Argüello, 1925: 54).

La perspectiva crítica sobre las condiciones insalubres en que trabajan algunas mujeres, tampoco carece de cierta acusación y culpabilización de las propias obreras, ni de cierta crítica, especialmente dura, cuando se trata de la mortalidad infantil.

“Pero donde más terriblemente se notan los efectos de esta transgresión de las leyes elementales de la previsión y de higiene, es en las estadísticas de mortalidad infantil entre los hijos de los obreros. (...) Y por si pudiera, no ciertamente sin fundamento, achacarse tal resultado a las condiciones higiénicas de esta clase de trabajo, que en algunas de sus formas (trabajo de las cardas, casi siempre en atmósferas irrespirables), puede figurar a la cabeza entre los insalubres y nocivos, nos apresuramos a añadir que la mortalidad entre los hijos de los obreros de otras industrias arroja también la enorme cifra de 55%, a lo que no dudamos contribuye de modo principal *el incumplimiento de las leyes higiénicas que lamentamos en la obrera*” (López Argüello, 1925: 54-55).

El ponente de la Conferencia de Barcelona de 1922, como Inspector de Trabajo, tenía una gran experiencia y un buen conocimiento de las condiciones del trabajo de las obreras españolas. Y para no pecar de exagerado, ilustraba las afirmaciones anteriores con un caso que él había presenciado:

“Haciendo el autor de estas líneas una visita a una fábrica de conservas de pescado de Laredo, encontró, en cierta ocasión, tranquilamente sentada sobre un suelo húmedo y trabajando en el descabezado de la sardina, a una mujer que había dado a luz el día anterior. Y si bien este caso puede ser considerado como excepcional, el hecho de

reanudar la vida y el trabajo cotidianos a los tres o cuatro días después del parto, adquiere ya entre nuestras obreras caracteres de normalidad aceptada, como lo es igualmente el hecho de prescindir de toda medida higiénica que pudiera atenuar las consecuencias del mal” (López Argüello, 1925: 54-55).

Si las afirmaciones respecto a la falta de condiciones sanitarias en el parto, vertidas por los distintos expertos, adquieren un tono culpabilizador para las obreras, cierto es también que los autores de estas críticas las diluyen en las condiciones sociales en que han de desarrollar su vida y su trabajo, situándolas, en el fondo, también como víctimas de unas condiciones económico-sociales que las someten a esta situación, “necesitadas del rendimiento de su trabajo”. Se presentan, en efecto, como “consecuencia de la vuelta *prematura* al taller o a la fábrica”, “forzada también a ello, justo es decirlo, por las duras exigencias de la necesidad” (López Argüello, 1925: 52, 54, 55), o “por no perder su jornal, aún a costa de poner en riesgo su salud y acaso su vida” (Leal Ramos, 1923: 143).

#### **IV. Encuestas sobre las condiciones de la maternidad en la mujer obrera, 1925-1927**

Desde comienzos de los años veinte, las minorías con preocupación social del I.N.P. y de las Cajas de Previsión hicieron circular con profusión estos discursos a favor del seguro de maternidad (López Argüello, 1915, 1922). “El I. N. P. no cejó en este empeño: publicó varios estudios e informes” (*Resumen*, 1927: 3).

La preocupación social por esta protección era evidente en las minorías difusoras de la previsión, menos en las esferas del poder, especialmente tras la imposición de la dictadura de Primo de Rivera, que dilató *sine die* la aprobación de este seguro, a punto de implantarse, y de otros que estaban en preparación (Cuesta, J., 1988). Por ello, y por la dificultad de arraigo de las prácticas sanitarias, eugenésicas y de protección de la maternidad en las mujeres trabajadoras, el I. N. P. inició una campaña de propaganda de ida y vuelta sobre las condiciones que habrían de acompañar a este seguro. En otros lugares hemos analizado toda la campaña de propaganda, emitida desde el poder y las instituciones oficiales, pero no hemos prestado la debida atención a la voz de la sociedad civil, a las propuestas y opiniones de los actores desde la base.

Después de la Conferencia de Barcelona de 1922, el organismo oficial de previsión emprende dos amplias encuestas, difundidas por millares a empresas, a organizaciones obreras - masculinas y femeninas - y empresariales, a asociaciones médicas, a instituciones de previsión y mutuas, y a personalidades de diversas profesiones, especialmente médicos, inspectores de trabajo y abogados. La decepción en el I.N.P. debió ser notable ante el reducido número de respuestas recibidas. Por lo que después de una primera iniciativa, cuyo fruto fue el primer *Resumen de la información* (1926), volvió a reenviar otra consulta dos años después, en este caso con los contenidos del Anteproyecto de ley del seguro de maternidad. Algo aumentó el número de respuestas, aunque seguían siendo minoritarias respecto al abundante tejido asociativo del país y a la amplitud de opiniones solicitadas (*Anteproyecto del seguro de maternidad*, 1927).

El Instituto Nacional de Previsión, después de transcurridos veinte años desde su fundación, volvía a constatar que las cuestiones de los seguros, y aún peor, las relativas a la maternidad, no debían interesar a la mayor parte de la población. La distonía entre preocupaciones de las elites y las de la inmensa mayoría también eran una realidad en materia de previsión.



Cuadro n° 1: Respuestas recibidas a las encuestas sobre el seguro de maternidad, enviadas por el Instituto Nacional de Previsión (1925-1927)

<b>Respuestas a las Encuestas sobre maternidad (1925-1927)</b>	<b>1925</b>	Total por ramas	<b>Total</b>
<b>Asociaciones obreras</b>	<b>35</b>		<b>45</b>
Cámaras de comercio Industrias y comerciantes Asociaciones patronales		6 20 5	
<b>Total Asociaciones patronales</b>	<b>19</b>		<b>31</b>
Facultades de Medicina Colegios médicos Otras asociaciones sanitarias Médicos y catedráticos		1 4 7 34	
<b>Total Personas o entidades médicas</b>	<b>20</b>		<b>46</b>
Socorros Mutuos Cajas de Ahorro y Previsión		18 5	
<b>Instituciones de previsión</b>	<b>4</b>		<b>23</b>
Instituciones diversas		13	
Particulares (abogados: 3)	<b>10</b>	19	
<b>Otras Instituciones y particulares</b>			<b>32</b>
Fuente: I.N.P. (1927): Anteproyecto del seguro de maternidad. Bases sometidas a información pública, del 15 de abril al 15 de junio de 1927. Madrid, Sobrinos de la S <sup>a</sup> de Manuel Minuesa de los Ríos.			

Si las respuestas fueron escasas, un total de 170 informes enviados por 163 informantes (*Anteproyecto*, 1927), no así la diversidad de sus contenidos, ni de sus emisores. Entre éstos había instituciones de ámbito estatal, sindicatos obreros potentes, algunas organizaciones patronales de amplia implantación, mutualidades, organizaciones médicas representativas, e individualidades verdaderamente conocidas en la época. Entre las respuestas femeninas, destacan algunos sindicatos, una revista femenina (católica) y voces reconocidas en la sociedad española, fundamentalmente abogadas; alguna inspectora de trabajo.

Las cuestiones se referían fundamentalmente a extremos que había de legislar el futuro seguro, técnicas algunas, aunque aquí sólo hemos recogido las respuestas de carácter social más directamente relacionadas con el tema que abordamos: edades de las mujeres madres; plazos del permiso de maternidad, antes y después del alumbramiento; derechos y condiciones laborales y económicas que generaba el alumbramiento de las mujeres trabajadoras; prestaciones o subsidios que debían concederse; y condiciones de la lactancia materna.

De todas las respuestas nos ha interesado, fundamentalmente, la variedad de perspectivas y de opiniones de la sociedad española, que reflejan cómo un hecho biológico como la maternidad no engendra perspectivas unánimes, sino que revela múltiples situaciones y condiciones personales, sociales, económicas, laborales y de servicios de carácter oficial - edad, estado civil, condición social, espacio de trabajo, atención sanitaria-.

### **A. Las edades de las madres trabajadoras**

El “Convenio sobre protección de la maternidad” (n° 3 de la OIT, Washington, 1919) definía para su inclusión en el seguro: “el término *mujer* comprende a toda persona del sexo femenino, cualquiera que sea su edad o nacionalidad, casada o no”. La ponencia de la Conferencia de Barcelona proponía una misma edad, de 16 a 65 años, para los beneficiarios de los tres seguros -enfermedad, invalidez, maternidad-, corregida en las conclusiones de la misma Conferencia, de 14 a 65 años (Cuesta, J., 1988: 841).

El anteproyecto, y después R. Decreto de 1929, mantienen “la no discriminación (...) arraigada en Washington, en cuanto a la edad, nacionalidad y estado civil” (Cuesta, 1988: 568; Martín Valverde y otros, 1987: 641). Pero como en muchas de las cuestiones sociales, la realidad se presentaba y percibía mucho más diversa y variada, pues podía distinguirse entre la edad para cotizar y la edad para ser beneficiaria. En las respuestas a las dos encuestas citadas, las edades de las madres trabajadoras para tener derecho al seguro de maternidad oscilaron, desde los 12-50 años, la más amplia, a 14-45 años, o la similar de 15-45 años, ó 17-45 años; ó un poco más amplia, 15-50 años, propugnaban determinados médicos e inspectores del trabajo. En la horquilla más limitada, 20-40 años, coincidían la Cámara Oficial de Comercio e Industria de Valladolid y el Sindicato de Agremiaciones Católicas de Obreras -Pamplona- (*Resumen*, 1926: 8-9).

Ninguna de ellas reproducía las propuestas de la Conferencia de Barcelona, pues no respondían al tema desde la perspectiva de un posible beneficiario de un seguro, sino desde el ángulo de las edades de las madres obreras. Si algo sorprende de las respuestas era la temprana edad para el disfrute de este seguro que proponen las respuestas, no sólo por referirse a una muy temprana maternidad, sino porque -en este caso- llevaba aneja la condición de trabajadora, ya desde los 12 o los 14 años, cuando la legislación prohibía el trabajo a menores. Ninguna de las propuestas supera el umbral de los 50 años. Recogiendo una opinión media y la legislación sobre el trabajo, el Decreto que implanta el seguro de maternidad en 1929 impone a las aseguradas la obligación de cotizar desde los 16 a los 50 años.

### **B. Género y clase: Condiciones económicas de las mujeres trabajadoras para el acceso al seguro**

Las condiciones económicas propuestas para tener derecho al seguro maternal reflejaban también un amplio abanico de opciones y de aspiraciones sociales, sugeridas por determinadas asociaciones o por personalidades de la sociedad española. Unas seguían manteniendo esquemas de beneficencia al solicitar los derechos de protección a la

maternidad para todas las que carecieran de bienes. Otras opiniones, que eran mayoría, no limitaban ninguna condición económica en las mujeres trabajadoras y concebían la protección maternal vinculada a “cualquiera que sea” la condición de la mujer trabajadora. En la mayor parte de los casos se asociaba el seguro de maternidad a la condición de trabajadora, una limitación de clase social, y se condicionaba el derecho a un tope salarial determinado, en general generoso para 1925: no superior a 7, 8, 9, 10 pts. diarias, respectivamente o 10 pts. diarias.

Es preciso recordar que el salario femenino, considerado en esa época como medio, por la Caja Social Alavesa, eran de 3 pts. diarias, aunque para algunas organizaciones catalanas ascendía a 5 pesetas diarias. ¡Tan fluctuantes eran las situaciones sociales y las percepciones de la realidad! Otras respuestas designaban las mismas condiciones que habrían de regir para otros seguros; o similar a la “del seguro de enfermedad”. Tampoco la Confederación de los Obreros Católicos de Levante hacía con el de maternidad distinción de género, sino sólo de clase: “La que rija para los demás seguros, tendiendo a su elevación” (*Resumen*, 1926: 10-11).

En determinadas respuestas, en vez del salario diario se fijaba un tope salarial anual que podía ser igual al del seguro del retiro obrero: ingresos no superiores a 4.000 pts. anuales; no superior a 5.000 pts. anuales, y hasta una cifra no superior a 6.000 pts. anuales, defendían personalidades o asociaciones expertas en el campo social (*Resumen*, 1926: 10-11). Cantidad esta última que había sido sugerida por la ponencia y aceptada en las conclusiones de la Conferencia de Barcelona.

La condición para ser destinataria del seguro no iba vinculada a la necesidad -como defendían algunas respuestas- sino a la condición de trabajadora, como era inherente al seguro y había definido el Convenio de Washington, que incluía a trabajadoras de empresas industriales y comerciales, públicas y privadas (*Convenio sobre la protección de la maternidad*, 1919). Las demandas de la sociedad y la experiencia del retiro obrero habían impulsado a los expertos de la Conferencia de Barcelona a proteger en España como asegurados -en enfermedad, invalidez y maternidad- a todos los asalariados, e incluían expresamente a “aparceros, trabajadores a domicilio, a domésticos y a cuantos perciban retribuciones” de las administraciones públicas. Respecto al de maternidad había incluido “a todas las mujeres (asalariadas) en trance de parto comprendidas en el Convenio de Washington y en el seguro de enfermedad” (Cuesta, 1988: 841, 863).

La redacción del R. Decreto de 1929 ya no vinculaba la protección de la maternidad a los seguros de protección de la salud, sino al único que se había implantado hasta entonces: “serán beneficiarias (...) todas las obreras y empleadas que estén inscritas en el Régimen obligatorio del Retiro obrero” (Martín Valverde y otros, 1987: 641), incorporando una condición burocrática -la inscripción en otro seguro previo- que limitaba mucho el número de afiliadas. Además restringía el ámbito de las trabajadoras a “todas las asalariadas, excepto las dedicadas al servicio doméstico” (Martín Valverde y otros, 1987: 641), consolidando con ello una marginación de este grupo de trabajadoras que ha pervivido durante todo el siglo XX.

Decisión que indirectamente era el resultado de los compromisos aceptados en Washington, más limitados que la opinión española, y del freno impuesto por la dictadura de Primo de Rivera a la política de previsión social, aunque Eduardo Aunós pregonara otra propaganda. Para responder a múltiples demandas sociales en materia de maternidad, pero también muy notables en el campo del seguro de la vejez, la disposición transitoria segunda del decreto

preveía hacer un balance, después del primer trienio de aplicación del seguro, y proponer entonces su ampliación a las trabajadoras autónomas y a las mujeres de los obreros.

### **C. Asistencia ante la maternidad obrera: facultativa, doméstica y de hospitalización**

En el anteproyecto del seguro de maternidad se proponían diversas fórmulas de protección a la maternidad, tanto sanitarias y de asistencia, como económicas (pensión, hospitalización, subsidio, subsidio de lactancia) que, en general, fueron bien recibidas, aunque con modalidades y matices muy diferentes. Sintetizaremos aquí varias de ellas. Múltiples asociaciones coincidían en la necesidad de una asistencia gratuita. Ciertas individualidades y alguna organización proponían la asistencia facultativa domiciliaria e, incluso, defendían la libertad de elección de médico (*Resumen*, 1926: 12). Las respuestas, por lo común, defendían que “el seguro debe comprender la asistencia facultativa, doméstica u hospitalizada”. Importantes organizaciones médicas y varias voces femeninas se inclinaban por una asistencia facultativa domiciliaria, “reservándose la hospitalización para casos graves”; ésta parecía ser la opinión mayoritaria. Si bien otras incluían el momento del parto en la asistencia domiciliaria, tampoco excluían la hospitalización en los casos necesarios, y la necesidad de clínicas para esta hospitalización.

Alguna opinión médica vinculaba la asistencia facultativa a la hospitalización. Otras propuestas médicas sometían a vigilancia todo el proceso del embarazo y puerperio: “el médico llevará la dirección en todo lo referente a la asistencia al parto y la vigilancia atenta del embarazo y del puerperio” (*Resumen*, 1926: 13). Hacían así efectiva la medicalización de la maternidad y la sustitución de la comadrona por el médico, en el momento de socializarse y de profesionalizarse sus cuidados, en suma, en el momento de pasar el acto del parto del espacio privado al espacio público.

Ciertos inspectores del trabajo, muy experimentados en el contacto directo con las trabajadoras, eran explícitos en sus propuestas, diferenciando respectivamente espacios sanitarios y domésticos y competencias de médico y comadrona. Otras demandas ampliaban los cuidados a la infancia. Más completas aún eran las respuestas de Caja de Previsión Social Alavesa y del Colegio Provincial de Médicos de Zaragoza: la asistencia facultativa.

“deberá comprender: la consulta prenatal obligatoria para que las afiliadas puedan cobrar el subsidio; la asistencia facultativa a domicilio durante el alumbramiento; la consulta de puericultura e infancia; la asistencia doméstica; la de hospitalización, en su caso, según dictamen facultativo, en establecimientos especiales para dicho objeto” (*Resumen*, 1926: 14-15).

Las iniciativas presentadas en las encuestas españolas enriquecían las prestaciones previstas en el Convenio de Washington que preceptuaba: “recibirá (...) prestaciones suficientes para su manutención y la del hijo en buenas condiciones de higiene (...) y la asistencia gratuita de un médico o una comadrona” (*Convenio sobre la protección de la maternidad*, 1919). En Barcelona, las conclusiones de la ponencia las habían concretado escuetamente en asistencia facultativa, quirúrgica y farmacéutica en maternidades, clínicas y sanatorios; conclusiones completadas en las de la Conferencia, después de oída la primera información que allí se produjo, en asistencia facultativa adecuada, domiciliaria o en hospitales, clínicas, sanatorios, maternidades, casas-cunas, gotas de leche, dispensarios de obstetricia, puericultura e infancia, fomentándose la creación de nuevos organismos de esta índole. Las propuestas de la primera información social en España habían recuperado así una riqueza de organizaciones asistenciales -muy presentes en Cataluña y también en la Conferencia- que completaban la propuesta de la ponencia, amparando también al hijo -aunque sin mencionarlo- y acercándose más al espíritu del Convenio de la OIT.

A pesar de esta opinión social y de la recogida más arriba, el Decreto de 1929 recortaba las prestaciones: reconociendo la asistencia de comadrona o médico en el parto, como ordenaba el Convenio internacional, y “los servicios facultativos que reglamentariamente se determinen, para los periodos de gestación y puerperio” (Martín Valverde y otros, 1987: 641).

#### **D. La pensión maternal, clave de la protección a la maternidad de las trabajadoras**

La experiencia había demostrado que la protección efectiva de la maternidad no radicaba tanto en la asistencia sanitaria, cuanto en la contraprestación económica, única fórmula capaz de hacer eficaz aquella. En efecto, había quedado patente que, más que la ignorancia, era la necesidad económica la que impelía a las obreras a la transgresión de los descansos previstos para la maternidad. Instituciones fundamentales de previsión, organizaciones obreras -masculinas, femeninas, socialistas, católicas-, médicas, e individualidades médicas defendían además la necesidad de una pensión de maternidad igual al salario. Algunas voces propugnaban una pensión media no inferior al jornal medio de la obrera de la localidad. Otras demandas contabilizaban la pensión en una cantidad mínima concreta: 1 peseta diaria; abundantes iniciativas propugnaban una pensión de 2 pesetas diarias; de 2,50 pesetas diarias. Otras respuestas alcanzaban a proponer hasta 5 pesetas diarias, e incluso 6 pesetas diarias. En algún caso, la iniciativa popular contemplaba un salario progresivo de entre 1 y 4 pesetas diarias. Incluso a 12 pesetas/día durante las cuatro semanas posteriores al parto elevaban la pensión de maternidad algunas industrias. Iniciativas similares propugnaban 17,50 y 20 pesetas durante 12 semanas. Otras opciones reducían la pensión de la madre obrera a la mitad del salario o del jornal; al 60% del salario; a las  $\frac{3}{4}$  partes del jornal medio diario; al 80% del salario; o igualaban la pensión de maternidad a la de enfermedad.

Si en la cuantía propuesta para la pensión de maternidad el abanico de respuestas iba desde la mitad del jornal hasta más que doblar su cuantía, a este beneficio se añadía, en muchos casos, una segunda ayuda: un subsidio en el momento del parto. En las respuestas sobre la cuantía del subsidio de maternidad la disparidad era aún mayor: desde 15 ó 17,50 ó 25 pesetas por cada parto, hasta 50 pesetas; o hasta 75 pesetas; ó 87 pesetas, e incluso 100 pesetas. Un subsidio de 125, 200, 250, 300 ó hasta 500 pesetas llegaron a proponer diversas personalidades y entidades. En ciertos casos se hizo la propuesta de un subsidio en especie, por el mismo valor, en forma de un equipo de recién nacido. Más explícita y menos pecuniaria era la proposición de la única Facultad de Medicina que respondió, la de Santiago de Compostela, que recogía ideas ya avanzadas en la Conferencia de Barcelona:

“No ha de limitarse a una pensión en metálico, sino que ha de rodearse a la embarazada y madre de las óptimas condiciones posibles, por medio de Maternidades, asistencia domiciliaria, Gotas de Leche, Comedores de madres, Consultorios de niños, Mutualidades maternas, Asilo de niños de pecho, Asilos para madres convalecientes, etc.” (*Resumen*, 1926: 15-21).

Estas propuestas respondían a la necesidad detectada entre las obreras españolas, pues el Convenio de la OIT de 1919 solo prescribía prestaciones suficientes para la manutención de madre e hijo, como hemos visto. En la Conferencia de Barcelona la ponencia fijaba tanto la cuantía de la pensión como la cuota, ambas iguales a las previstas en el futuro seguro de enfermedad; posición que las conclusiones de la conferencia adoptaron completándolas, al considerar la pensión “como sustitutivo de la retribución de su trabajo” (Cuesta, J. 1988: 863). El Decreto que impuso el seguro recogerá el sentir social con firmeza, al establecer como obligatoria durante el descanso, la indemnización durante las seis semanas

posteriores al parto, y las seis anteriores en caso de que así lo decidiera la prescripción facultativa (Martín Valverde y otros, 1987: 641).

### **E. La protección de la lactancia materna**

La higiene, la medicina social y las teorías poblacionistas habían puesto de relieve la importancia de la lactancia (Soler, 2011), y el Convenio internacional la incluyó entre los beneficios. Pues, en efecto, hasta entonces parecía ser incompatible con el trabajo asalariado fuera del hogar. Las opiniones surgidas desde la sociedad eran unánimes en la protección de este derecho de la madre y del recién nacido, aunque diferían en su importancia y en la forma de proteger la lactancia materna y de compensarla. Voces se alzaron proclamando su obligatoriedad: “La lactancia será obligatoria para toda obrera si circunstancias especiales no lo impiden”; otros médicos la limitaban a 2 meses desde el nacimiento, como mínimo, y proponían su tutela por instituciones sociales: “La lactancia deberá ser vigilada por medio de consultorios y facilitada por las Gotas de Leche y Casas-cunas”.

Parecía manifestarse un consenso en la necesidad de un subsidio de lactancia que compensara las pérdidas que podía ocasionar en el salario. Muchas de las propuestas llegaban a cuantificarlo: 50 pesetas a las madres que lactaran durante 40 días; ó durante 8 meses; otros defendían un subsidio diario de 1, 2 y hasta 4 pesetas diarias o 5 semanales, ó 25 mensuales. Como en ocasiones precedentes, otras opciones del subsidio económico de lactancia eran también proporcionales a la pensión maternal o al jornal: 20% de la pensión maternal, otras oscilaban del 20% del jornal al 40% del salario, o demandaban el 50% de los gastos ocasionados o conceder una pensión de lactancia, o contribuir a los gastos de nodriza, al menos en un 50%.

No todas las respuestas reivindicaban un subsidio de lactancia, que contemplaba el anteproyecto español y que establecería el R. Decreto. Más en la órbita del Convenio internacional, algunas respuestas obreras femeninas lo sustituían por la reducción del tiempo correspondiente en el horario de trabajo, y sugerían: “dar tiempo suficiente, descontándolo del jornal”, 10 minutos de descanso, mañana y tarde, 4 descansos de  $\frac{1}{4}$  de hora, durante el trabajo; o 2 descansos de  $\frac{1}{2}$  de hora; ó 2 descansos de 1 hora; ó 1 hora y  $\frac{1}{2}$  de hora (Resumen, 1926: 24). Otras iniciativas eran partidarias de medidas institucionales más que de subsidios, y proponían: “En todo centro de trabajo habrá una guardería para niños” al parecer a cargo de la empresa (Resumen, 1926: 24); también voces femeninas solicitaban guarderías, en este caso a cargo de la administración, central o municipal: “El Estado o los Municipios deberán facilitar local en los diferentes distritos donde poder dejar a los niños de pecho mientras trabajan las madres” (Resumen, 1926: 24).

La preocupación por la lactancia se extendió incluso a las madres que no pudieran lactar. “La lactancia deberá estar pagada por el seguro en todos aquellos casos en que las madres obreras no pudieran lactar”, defendía la Caja de Pensiones para la Vejez y Ahorros, de Barcelona (Resumen, 1926: 25). Algunas organizaciones solicitaban alimentos para los hijos o ayuda para las madres cuando “con certificación facultativa acredite no poder lactar, [y] críe a su hijo precisamente en su casa”. La Unión General de Trabajadores de Vizcaya defendía que: “a las madres que por deficiencia física no puedan amamantar a sus hijos se les debe atender en la forma y en la cuantía que se juzgue necesario” (Resumen, 1926: 26).

Algunas opiniones de la sociedad reclamaban una prestación que ya había sido prevista en el Convenio de la OIT, que la concretaba en términos de tiempo: “dos descansos de media hora para permitir la lactancia”. Aunque esta cuestión no había sido prevista en las conclusiones de la ponencia de Barcelona, si la recogieron las de la Conferencia, aplicando lo previsto en el Convenio: dos descansos de media hora, dentro de su trabajo, para

permitirle la lactancia. El Decreto pareció descuidar este punto, pues no era objeto de precepto alguno, dejando a las entidades encargadas de la administración del seguro el encargo de velar por el estricto cumplimiento del descanso legal y por que “lacten a sus hijos” y estableciendo un subsidio del Estado para premios de lactancia -que es muy diferente del derecho de tiempo para lactar-. El Reglamento que desarrolla el Decreto establece entre los beneficios del seguro “un subsidio cuando lacte a su hijo”, y dedica su punto IV al subsidio de lactancia (Martín Valverde y otros, 1987: 640-452).

#### **F. Relaciones entre trabajo femenino y maternidad: Periodo de duración de permiso de maternidad**

Como puede comprobarse, una de las cuestiones menos definidas, junto a las cuantías económicas de las ayudas, eran los periodos de tiempo del permiso maternal. Aunque diversas leyes habían realizado diferentes propuestas, y los convenios internacionales habían llegado a una transacción, las voces que se alzaron en la sociedad española presentaban una disparidad insospechada, aunque siempre dentro de márgenes más o menos oficiales, en general más reducidos que éstos. Las opciones oscilaban desde las de más corta duración: 8 días antes y 24 después del parto; ó 15 días antes y 30 después del parto (*Resumen*, 1926: 26), sin duda las más realistas, conociendo la realidad social como la conocía D.<sup>a</sup> Juana Salas de Jiménez.

Otras proposiciones propugnaban los plazos reconocidos oficialmente: 40 días, ó 40-45 días antes y 40-45 después del parto, 2 ó 3 semanas antes y 4, 5, ó 6 después del parto, o las 4 semanas anteriores y posteriores al parto, 2 semanas antes y 6 después del parto, o los que ampliaban el plazo a 5 semanas, 5 ó 6 semanas antes y después del parto, incluso 6 semanas como mínimo. La amplia propuesta del Convenio internacional fue escasamente apoyada en las opiniones españolas, sólo llegó a plantear el descanso hasta 6 semanas antes y 6 después del parto - éstas incluso “prorrogables cuando el estado de la madre lo reclame, previa certificación médica”- el conocido inspector de trabajo López Argüello (*Resumen*, 1926: 27). Esta postura había sido ya defendida en la Conferencia de Barcelona, tanto por la ponencia como en las conclusiones de la Conferencia. El Decreto recogía el mandato de la OIT, seis semanas de descanso obligatorio después del parto y derecho a seis semanas antes de él, en este caso previa certificación médica (Martín Valverde y otros, 1987: 641).

#### **V. Breve balance: trabajadoras y maternidad**

Estas opiniones dispares, brevemente reseñadas por razones de espacio, permiten vislumbrar algunos trazos de la opinión vertida sobre la maternidad obrera, en la sociedad española y la relación con su proceso legal. El interés que suscita el análisis de la maternidad y su seguro en el primer tercio del siglo XX se inserta en la gran ola que recorre toda Europa y Estados Unidos durante este periodo (Cova, 2004, Ripa, 2010). España se incorporará a este proceso con los últimos países occidentales, en el periodo de entre-guerras, en el contexto de la expansión del estado protector, y en el de un difícil pacto social, en el ocaso de la Restauración, entre empleadores, trabajadores y el Estado: los tres grandes actores del *tripartismo*, impulsado por la OIT, desde 1919. Aunque ya llegaba tarde. No obstante las encuestas en torno a la maternidad son un exponente de ese *tripartismo*.

Y si en Europa se percibe una cierta demanda social de protección a la maternidad de las obreras, protagonizada por las organizaciones femeninas, en el caso español responde, sobre todo, al interés de las organizaciones de previsión - mutuas e I.N.P.- y se inserta en los progresos de una medicina social, del higienismo y de la eugenesia; y expresa una demanda

en su mayor parte masculina; tampoco faltan voces femeninas, colectivas e individuales, éstas de prestigio. La participación femenina ha obtenido un primer resultado: cambiar el concepto de la maternidad como “enfermedad”, -concepto y seguro dentro de los que figuraba el parto, en un principio, antes de la Conferencia de Barcelona-, a ser considerada como “un riesgo a efectos del seguro” (*Anteproyecto*, 1927: 150), que significa un estado de plena salud “ya que debe fomentarse”. En el Decreto que legisla el seguro desaparece esta relación entre ambos conceptos (Martín Valverde y otros, 1987: 641).

Las voces de la sociedad civil que presentamos sucintamente se inscriben en la producción legal de un seguro de maternidad, y en la circulación de sentido en la sociedad que es su destinataria. Responden a encuestas que, más que la invariabilidad de un hecho de la naturaleza - la maternidad -, ponen de manifiesto sus relaciones con el trabajo, su incidencia en las mujeres trabajadoras, sus diversas representaciones, y las variaciones que rodean al hecho de la maternidad -edades, tiempos, prestaciones, lactancia- explicitados sólo a través de la preparación del seguro y de su institucionalización en España. Además pone de relieve la distancia entre las demandas sociales y la legislación resultante (Cuesta, 1988: 561).

Variaciones que se asocian a los diversos actores, entre las que se pueden subrayar: las propuestas patronales, que comprenden desde las aún ancladas en el sistema de beneficencia, a las no muy abundantes, pero existentes, que propugnan la protección de la fuerza de trabajo femenina e, incluso, o de la natalidad. Las organizaciones femeninas están muy poco representadas en las respuestas, más aún si tenemos en cuenta la abundancia de sindicatos femeninos de carácter católico o socialista. Junto a la escasa presencia de las organizaciones obreras femeninas - algunas de ellas de carácter conservador, y de importante arraigo, como la Acción Católica de la mujer (Cuesta, 1988: 513, nota 38) -, es necesario subrayar las voces y las respuestas de mujeres, algunas individualidades de primer rango en la vida española, como Clara Campoamor, - la futura defensora del voto de las mujeres en 1931- o Juana Salas o Julia Peguero, y la convergencia de sus propuestas; si bien también en este caso es preciso subrayar algunas variaciones y diferencias entre las propuestas de las señoras casadas, presentes en la Conferencia de Barcelona (1922), y las presentadas en las encuestas por el sector de mujeres profesionales.

En este campo es necesario precisar una diferencia fundamental: la petición del seguro de maternidad proviene de sectores sociales principalmente burgueses u obreros cualificados: las obreras que pueden permitirse el riesgo de perder el salario durante algunas jornadas; pero al reposo previsto en el seguro no pueden aspirar las obreras pobres, pues no pueden permitirse perder una jornada de salario. Por lo que es preciso apuntar aquí una diferencia fundamental: las relaciones de clase se superponen a las relaciones de género. De ahí la diferencia de propuestas o de umbrales de salarios o de subsidios que manifiestan distintos niveles dentro de las capas de trabajadoras españolas, el muy diferente estadio de organización obrera o mutualista - atención a las voces colectivas provenientes de Cataluña o del País Vasco - y una muy distinta sensibilización ante los problemas de las mujeres obreras.

Y esta pretendida indiferencia de las obreras ante los riesgos y necesidades de la maternidad, no era cuestión de ignorancia femenina sólo, sino de necesidad obrera, como apuntaron algunos expertos (Palacio, 2003). No obstante estas necesidades económicas, no toda la protección a la maternidad obrera o a la lactancia que se solicita en las encuestas es cuestión de dinero, llámese pensión o subsidio. Hay demandas de dinero, pero también de tiempos - permiso maternal, permisos de lactancia -, y de instituciones protectoras, ya



asistenciales ya hospitalarias. En algunos casos se perfila quién debe ser el responsable de estas instituciones: la fábrica - para las guarderías -, o los ayuntamientos, o el Estado.

Se propone, en efecto, todo un programa de protección social para las madres trabajadoras (Bock y Thane, 1996). Se perfila, además, una delimitación de espacios para la maternidad y de los tipos de asistencia que les corresponden. Aunque los médicos, apoyados en la medicina social y en las teorías eugenésicas, intentan aprovechar el amplio mercado de asistencia que les abren los seguros sociales y “medicalizar” la maternidad, en muchas de las opiniones vertidas por estas voces conocidas de la sociedad española, queda aún patente la disección de dos espacios (Perrot, 1998) y de dos profesiones asistenciales para el parto: el domicilio y la comadrona para el alumbramiento normal, y el médico y la hospitalización para el parto con riesgo. Aunque empieza a extenderse la demanda de seguimiento médico durante todo el embarazo, y de servicios de hospitalización para el parto.

La profesión médica impulsa su incorporación a la asistencia en este acto clínico del alumbramiento, en detrimento de las comadronas o de la familia, ampliando con ello su campo de actuación, e impulsando la emergencia de nuevas funciones y de nuevas modalidades de asistencia en antiguas profesiones - de la vieja mutualidad de médico y botica, a la nueva asistencia social (Aresti, 2001).

En conclusión, en la preparación del seguro de maternidad y en la opinión pública que se genera en la España de los años veinte, podemos constatar un nuevo ejemplo de feminismo y de maternidad social (Ripa, 2010), en lugar de un feminismo político, que si tiene en cuenta a las mujeres, es solamente a “las” - y “como”- madres trabajadoras, pero todavía no como ciudadanas de pleno derecho.

### Referencias bibliográficas

ARENAS C. (ed.) (1995). *Industria y clases trabajadoras en la Sevilla del siglo XX*, Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

ARESTI N. (2001). *Médicos, donjuanes y mujeres modernas: los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao: Universidad del País Vasco, Servicio Editorial-Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitaipen Zerbitzua.

BALBÁS T. Protección a la maternidad. En *Revista Bascongada*, pp. 521 y ss.  
[http://meta.gipuzkoakultura.net/bitstream/10690/70907/1/AM\\_315198.pdf](http://meta.gipuzkoakultura.net/bitstream/10690/70907/1/AM_315198.pdf) (consultada el 17.6.2011).

\_\_\_\_\_ Mortalidad infantil. En *Revista Bascongada*, pp. 520 y ss.  
[http://meta.gipuzkoakultura.net/bitstream/10690/70907/1/AM\\_315198.pdf](http://meta.gipuzkoakultura.net/bitstream/10690/70907/1/AM_315198.pdf) (consultada el 17.6.2011).

BOCK G. y THANE P. (eds.) (1996). *Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de Bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid: Cátedra.

BOLUFER PERUGA M. (2007). “Formas de ser madres: los modelos de maternidad y sus transformaciones (siglos XVI-XIX)”. En Méndez Vázquez, J. (Coord.). *Maternidad, familia y trabajo. De la invisibilidad histórica de las mujeres a la igualdad contemporánea*, (s.l.) Fundación Sánchez Albornoz: 61-80.

BORDERÍAS C. (ed.) (2009). *La historia de las mujeres, perspectivas actuales*. Barcelona: Icaria editorial.

CABRÉ PAIRET M., ORTIZ GÓMEZ T. (2009). Entre la salud y la enfermedad: mujeres, ciencia y medicina en la historiografía española actual. En Borderías, Cristina (ed.). *La historia de las mujeres, perspectivas actuales*. Barcelona: Icaria editorial, 2009.

CAPORALE BIZZINI S. (coord.) (2005). *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*, Madrid: Cyan.

CARRERA SUÁREZ I. y SUÁREZ LAFUENTE S. (Coords.) (1994). *Como mujeres: relejendo a escritoras del XIX y XX*. [Oviedo]: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

CONCHA M<sup>a</sup>. Á. de la & OSBORNE R. (coords.) (2004). *Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad*. Barcelona: Icaria.

*Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad. Barcelona: noviembre 1922*. (1925). Madrid: Sobrinos de la sucesora de M. Minuesa de los Ríos (2 tomos).

*Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919*, en <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp1.htm> [consultado el 10 de julio 2011].

COVA A. (1997). *Maternité et droit des femmes en France (XIXe-XXe siècles)*, Paris : Anthropos-Ed. Economica.

\_\_\_\_\_ (2004). « La maternité, un enjeu dans le premier XXe siècle ». En Gubin, E. y otras (dirs.). *Le siècle des féminismes*, Paris : Les Éditions de l'Atelier.

CUESTA J. (1988). *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

\_\_\_\_\_ (1994). *Una esperanza para los trabajadores. Las relaciones entre España y la Organización Internacional del Trabajo (1919-1939)*. Madrid: Consejo Económico y Social.

DUBY G., PERROT M. (dirs.) (2000). *Historia de las mujeres. 5. El siglo XX*. Madrid: Taurus.

GÓMEZ de VAQUERO E. (1923). “Cuestiones del día. En torno a la política social” en *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, 56, abril-junio, pp. 86-89.

Instituto Nacional de Previsión (1926). *Resumen de la información pública sobre el seguro de Maternidad*. Madrid: Sobrinos de la S<sup>a</sup> de Manuel Minuesa de los Ríos.

Instituto Nacional de Previsión (1927). *Anteproyecto del seguro de maternidad. Bases sometidas a información pública, del 15 de abril al 15 de junio de 1927*. Madrid: Sobrinos de la S<sup>a</sup> de Manuel Minuesa de los Ríos.

KNIBIEHLER, Y. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Buenos Aires: Nueva Visión.

LEAL RAMOS, L. (1923). “Mutualidades maternas”. En *El Correo de la Mañana* (Cáceres), reproducido en *Anales del I. N. P.*, 3, julio septiembre, 143-145.

LOBATO, I. (1995). “Las condiciones de la vida obrera en Sevilla. La salud, 1900-1975”. En C. Arenas (ed.). *Industria y clases trabajadoras en la Sevilla del siglo XX*, Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, pp.159-181.

LÓPEZ ARGÜELLO, A. (1915). *El trabajo de la mujer*, Santander: [Imprenta La Propaganda Católica].

\_\_\_\_\_ (1925). “El seguro de maternidad. (Datos y experiencias)”, en *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, Barcelona: noviembre 1922*, Madrid, Sobrinos de la sucesora de M. Minuesa de los Ríos, II, 51-71.

LLONA GONZÁLEZ, M. (1998): “El feminismo católico en los años veinte y sus antecedentes ideológicos”. En *Vasconia*, 25, 283-299, en <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/vasconia/vas25/25283299.pdf> [consultado 30 octubre 2011].

MALUQUER y SALVADOR J. (1921<sup>a</sup>, abril-junio). “Reglamentación del seguro obligatorio”. Conferencia dada en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación, 28 de marzo de 1921. En *Anales del I. N. P.*, 2, 83-102.

\_\_\_\_\_ (1921b, enero-marzo). “Información española. La semana de previsión en Valencia”. Conferencia del Sr. Maluquer y Salvador. En *Anales del I. N. P.*, 1, 44-45.

MARTÍN SALAZAR, M. (1920). “La legislación social y la campaña sanitaria”, resumen de la Conferencia pronunciada por el Inspector general de sanidad, Dr. D. Manuel Martín Salazar, ante la Sociedad Económica de Amigos del País, de Sevilla. En *Anales del I. N. P.*, 3, julio septiembre, 167-171.

MARTÍNEZ QUINTEIRO, M<sup>a</sup> E. (1988). “La fundación del I.N.P. Las primeras experiencias de previsión social”. En Montero García, F. *Orígenes y antecedentes de la previsión social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 259-330.

MARVÁ, J. (1921). “La semana de Previsión de Bilbao. Los discursos. El General Marvá, 14-21 de septiembre de 1921”. En *Anales del I. N. P.*, 3, julio septiembre, 187-213.

MÉNDEZ VÁZQUEZ J. (coord.) (2007). *Maternidad, familia y trabajo. De la invisibilidad histórica de las mujeres a la igualdad contemporánea*, (s. l.): Fundación Sánchez Albornoz.

MIRA ABAD A., MORENO SECO M. (2004). “Maternidad y evolución de la identidad femenina en la España del siglo XX”. En Val Valdivielso, M<sup>a</sup> I.; Tomás PÉREZ, M. S., DUEÑAS CEPEDA, M<sup>a</sup> J., Rosa Cubo, C. de la (Coords.). *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica*. Valladolid: Universidad de Valladolid, pp. 315-334.

MORATA MARCO, E. M<sup>a</sup>. (2004). “La Maternidad como objeto de estudio de Historia Social. Debate historiográfico sobre el proceso de profesionalización de la maternidad en los orígenes de los Estados de Bienestar”. En Val Valdivielso, M<sup>a</sup> Isabel; Tomás Pérez, Magdalena S; Dueñas Cepeda, M<sup>a</sup> Jesús, Rosa Cubo, Cristina de la (Coords.). *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica*. Valladolid: Universidad de Valladolid, pp. 295-313.

MURILLO PALACIOS F. (1918). “La defensa social de la salud pública”. *Medicina Ibera*, 2/5, p. 208. En Rodríguez Ocaña, Estaban. *Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX*. En *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid: Siglo XX de España editores, 1986, p. 231, nota 11.

NASH, M. (1983). *Mujeres, familia y trabajo en España (1875-1936)*, Barcelona: Anthropos.

ORTEGA MUNILLA J. (1921). “La dignidad del obrero”. En *ABC*, reproducido en *Anales del I. N. P.*, 3, julio-septiembre, 230-232.

ORTIZ GÓMEZ T. (2004). “Historia de la medicina e historia de las mujeres”. En Val Valdivielso, M<sup>a</sup> I.; Tomás Pérez, M. S.; Dueñas Cepeda, M<sup>a</sup> J., Rosa Cubo, C. de la (Coords.). *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica*. Valladolid: Universidad de Valladolid, pp. 105-120.

PALACIO, I. (2003). “Mujeres ignorantes: madres culpables: adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX”. En *Cuadernos del Departamento de Educación Comparada e Historia de la Educación*, 50. Valencia: Universidad de Valencia.

PERROT M. (1998). *Les Femmes ou les silences de l'Histoire*, Paris : Flammarion.

RICHE A. (1996). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.

RIPA Y. (2010). *Les femmes, actrices de l'histoire. France, de 1789 à nos jours*, Paris : Armand Colin (2<sup>a</sup> ed.).

SERRANO GUIRADO E. (1950). *El seguro de enfermedad y sus problemas*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.

SOLER E. (2011). *Lactancia y parentesco. Una mirada antropológica*, Barcelona: Anthropos.

SUÁREZ SUÁREZ C. (ed.) (2009). *Maternidades: (de)construcciones feministas*, Oviedo: KRK.

VAL VALDIVIELSO M<sup>a</sup> I., TOMÁS PÉREZ M. S., DUEÑAS CEPEDA M<sup>a</sup> J., ROSA CUBO C. (Coords.). (2004). *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.