

## *COMO NACÍAN LOS TARRACONENSES. EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ASISTENCIA AL PARTO EN LA CATALUÑA FRANQUISTA <sup>1</sup>*

**Josep Barceló<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Jesús Montes Muñoz<sup>2</sup>**

Correo electrónico: josep.barcelo@urv.cat

1.- Doctor en Antropología por la *Universitat Rovira i Virgili* (URV). Personal Docente e Investigador del Departamento de Enfermería de la URV.

2.- Doctora en Antropología por la *Universitat Rovira i Virgili* (URV). Ex-Profesora titular del Departamento de Enfermería de la URV.

Recepción: 26/05/2015      Aceptación: 15/06/2016



### **Resumen**

---

El presente artículo pretende reflexionar sobre las transformaciones sufridas en el modelo hegemónico de atención al embarazo y parto durante el periodo nacional católico y tecnocrático en Cataluña. Es por ello por lo que se analizan las implicaciones de las políticas de los discursos ideológicos durante el franquismo y su efecto en la evolución de las funciones y conocimiento práctico de las comadronas, a partir de un estudio circunscrito en el ámbito local de la provincia de Tarragona, con el fin de reconstruir el progresivo proceso de medicalización del parto.

---

<sup>1</sup> Proyecto AIRE (2010-2012) «*Las matronas a mediados del siglo XX. Profesión, historia y género*». Investigadora principal: María Jesús Montes Muñoz. Departamento de Enfermería, *Universitat Rovira i Virgili*. Tarragona. Una versión previa fue presentada a modo de Comunicación oral en el I Congreso Internacional "Género, Ética y Cuidado" Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial, celebrado del 22 al 24 de mayo de 2014 en Barcelona, con el título "*Políticas públicas en torno a la maternidad: describiendo la evolución de un cambio de paradigma en la atención al parto, en Cataluña, durante el franquismo*".

La metodología empleada combina fuentes archivísticas, provenientes del *Archivo Histórico del Hospital de Sant Pau i Santa Tecla* de Tarragona (AHSPT), con datos etnográficos recogidos a partir de las entrevistas realizadas, entre 2010 y 2014, a ocho matronas que ejercieron su profesión en la provincia de Tarragona a mediados del siglo XX.

En las primeras décadas del siglo XX se inició un proceso de transición, a cuya consolidación definitiva contribuyó la instauración del régimen franquista, que sustituyó el modelo tradicional de atención al parto por un modelo mucho más medicalizado y con un papel preponderante de la profesión médica.

La supeditación de las matronas al discurso médico fue una realidad aceptada y transmitida a través de los estatutos de estas profesionales. A pesar de ello, los relatos de las matronas entrevistadas se centraron más en la satisfacción del trabajo bien realizado, resaltando las parcelas de independencia y de toma de decisiones individuales. Como característica común, en todas ellas persiste una profunda identidad profesional marcada por sentimientos de orgullo.

***Palabras clave:*** Maternidad, políticas públicas, atención sanitaria, matronas.

## **Abstract**

---

The present article reflects the changes in the models of care during pregnancy and childbirth that took place under the Franco dictatorship, using an ethnographic research model to analyse the historical processes. The data collected come from interviews conducted between 2010 and 2014 with eight midwives who exercised their profession in the province of Tarragona in the mid-twentieth century. We also consulted written sources left by local midwives and doctors as well as documents from the Historical Archive of Sant Pau i Santa Tecla Hospital in Tarragona.

In the first decades of the twentieth century, the traditional model of maternity care gave way to a more medicalized model in which the medical profession played a leading role. The subordination of the midwives to the medical discourse was accepted and transmitted via their statutes. The control of their training facilitated and reinforced this subordinate position. However, the stories of the midwives interviewed focused more

on the satisfaction of a job well done, highlighting their areas of independence and individual decision-making. Common features underpinning their experiences were a strong feeling of professional identity and a sense of professional pride.

**Keywords:** Maternity, public policies, health care, midwives.

### **Agradecimientos**

---

Agradecer a los profesores: Dr. Josep M<sup>a</sup> Comelles Esteban, Dra. Lina Casadó Marín, Dra. María Jiménez Herrera, Dra. M<sup>a</sup> Antonia Martorell Poveda y Dr. Enrique Perdiguero Gil su apoyo en la elaboración del presente artículo.

## Introducción

---

Autores como Martín, Comelles y Arnau (1991) describen la medicalización como un proceso complejo que se inicia entre los siglos XVIII y XIX, cuando los médicos definen el espacio hospitalario como “instrumento fundamental de las políticas de salud” y más aún en la educación médica. De igual modo, estos autores revisan algunos aspectos idiosincráticos del mismo en Cataluña, especialmente la emergencia del hospital local y las complejas relaciones entre el municipio, las profesiones asistenciales y los poderes públicos estatal y autonómico. Pero más allá de las particularidades propias de cada territorio del Estado, a nivel general, el proceso de medicalización en España tuvo su gran punto de inflexión en los primeros años del franquismo. En este contexto, el régimen se dedicó a reorganizar todas las instituciones para poder garantizar un control férreo sobre la sociedad española y, como indica Ruíz-Berdún (2013), la sanidad no se mantuvo al margen.

Bernabeu-Mestre (2002) apunta que para los sectores oficialistas de la sanidad española de posguerra, una de las principales problemáticas a combatir fue el descenso que había sufrido la tasa de nacimientos. Terminada pues la Guerra Civil, el régimen franquista impulsó toda una serie de medidas pro-natalistas con el objetivo de ver cumplido su deseo de llegar a los «Cuarenta millones de españoles».

Casadó (2015) señala que, con este fin se generó una visión muy determinista de la mujer, reducible a su papel como madre o madre potencial. Así, pues, la sexualidad, el trabajo y la educación de las mujeres se regularon de acuerdo con esta función, al considerar la procreación como un deber para con la patria. Este nuevo orden, según destaca Nash (1996: 279), obedecía a «una estructura jerárquica nacional de la sociedad, de la tradición, del sindicalismo y del catolicismo, que ejerció de legitimadora ideológica y proporcionó una cohesión cultural al Nuevo Estado». De este modo, el apoyo de la Iglesia fue fundamental, puesto que la política pro-natalista giró en torno a la protección de la familia y los principios morales del catolicismo.

A pesar de las medidas pro-natalistas del régimen, la mortalidad materno infantil continuó siendo muy alta en el contexto de posguerra. En este sentido, Rodríguez Ocaña (1998) describe diferentes fases en el esfuerzo público contra la mortalidad infantil en España durante el siglo XX. Hasta la Segunda República todas las iniciativas, como la creación de la Escuela Nacional de Puericultura en 1923, se caracterizaron por estar

poco coordinadas y realizar una acción benéfica dispersa. Pero fue con la llegada del franquismo fue cuando realmente se fomentó la Puericultura con el objetivo de difundir el discurso médico relativo al cuidado de la infancia. La lucha contra la mortalidad infantil vivió, entre 1940 y 1958, la mayor concentración de esfuerzos a cargo de la Sanidad del Estado, con el apoyo de la Sección Femenina y la consolidación de los seguros sociales sanitarios. En ese momento, la Puericultura se consolidó como la única actuación preventiva llevada a cabo en el Seguro (el de maternidad hasta 1948, Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a partir de dicha fecha). Sin embargo, aunque la Puericultura empezó bajo la dirección y supervisión médica, a finales de los años 1960, tal y como indican Rodríguez Ocaña y Perdiguero (2006), pasó a convertirse en un tipo de capacitación para personal auxiliar sanitario femenino y matronas hasta llegar a desaparecer del SOE.

Esta asunción de la necesidad de reducir la mortalidad infantil junto con la materna, por parte del primer franquismo, conllevó un progresivo intervencionismo médico en partos normales. Según Ruíz-Berdún (2013) «en el Nuevo Régimen no era algo nuevo el que los médicos se situasen dentro de las estructuras políticas con el fin de obtener no solo beneficio personal, sino un mayor empoderamiento corporativo en detrimento del resto de profesiones sanitarias». Aunque el colectivo de las matronas, tal y como asevera Ortiz (1996), era el de mayor tradición histórica y con una regulación profesional más consolidada comparado con el resto de profesiones auxiliares sanitarias, lo cierto es que la comadrona pasó de ser pieza clave y central en la atención al embarazo y parto (Ruíz-Berdún et al., 2012) a ser su auxiliar.

Todo ello acarreó un cambio de paradigma en los modelos de atención al embarazo y al parto durante el periodo nacional católico y tecnocrático en España. Es por ello por lo que, en el presente artículo, se analizan las implicaciones de las políticas y discursos ideológicos durante el franquismo y su efecto en la evolución de las funciones y conocimiento práctico de las comadronas, a partir de un estudio circunscrito en el ámbito local de la provincia de Tarragona, para reconstruir el progresivo proceso de medicalización del parto en Cataluña durante el régimen franquista.

## Material y método

---

El presente artículo es fruto de un estudio cualitativo que combina fuentes archivísticas o primarias, con fuentes secundarias provenientes de la bibliografía especializada en la temática de estudio y trianguladas con datos etnográficos recogidos a partir de las entrevistas realizadas, entre 2010 y 2014, a ocho matronas que ejercieron su profesión en la provincia de Tarragona a mediados del siglo XX.

La técnica utilizada para la recogida de datos etnográficos fue la entrevista en profundidad con uso de un guion establecido que permitía identificar las experiencias y opiniones de las matronas entrevistadas. Para la muestra inicial se identificaron doce matronas, tres a través de los registros del Colegio de Enfermería de Tarragona y el resto siguiendo la estrategia de bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron: que la matrona hubiera ejercido en la provincia de Tarragona, tanto en zonas rurales como urbanas, entre los años 1950 al 1960. Se excluyeron aquellas matronas cuya situación cognitiva no les permitió expresarse de forma autónoma y también aquellas que desestimaron su participación en el estudio. La muestra final fueron ocho matronas en edades comprendidas entre los 70 y 88 años. Las entrevistas fueron realizadas en el domicilio de éstas. Inicialmente, y tras recoger su aceptación, se realizó una primera entrevista a todas ellas que, una vez transcritas y realizado un primer análisis, dio lugar en cuatro informantes a la planificación de un segundo encuentro para la clarificación o ampliación de la información. Las entrevistas se realizaron entre los años 2010 y 2014. Todas ellas fueron grabadas digitalmente. Su duración aproximada fue de 90 minutos y se transcribieron de forma literal.

Para el análisis de datos, en primer lugar, se realizó una lectura de cada entrevista procediendo a su categorización a partir de una codificación abierta, obteniendo una identificación inicial de conceptos. Una segunda lectura consistió en la revisión y agrupación de las categorías para, finalmente, definir las sub-categorías. A lo largo de todo el proceso y por el número de matronas entrevistadas no se buscó la saturación de los datos, sino conocer la tendencia general de lo considerado «normal» en la asistencia a los partos por estas mujeres. Siguiendo la orientación etnográfica de la investigación y para completar los datos y su contextualización, se revisaron diferentes textos de autores médicos de la época y de especialistas en la materia de estudio que, finalmente, se

triangularon con las fuentes archivísticas provenientes del archivo histórico del hospital local de Tarragona.

## **Resultados y discusión**

---

### ***Resultados obtenidos a partir de consulta de fuentes archivísticas y documentales***

Bosch Marín et al, (1950) estimaban que entre los años 1947 a 1949, el 94,1% de los partos fueron atendidos en el domicilio, mientras que en residencias hospitalarias solo se atendieron el 5,1%. En consonancia con estos datos, Salazar (2009) añade que en 1945 morían, en España, alrededor de unos 30.000 niños en el parto debido a:

«la enorme tardanza de las mujeres parturientas en acudir a las maternidades, la escasa competencia de las comadronas y las "taras" fisiológicas del feto, consecuencia muchas veces de las intoxicaciones profesionales de la madre trabajadora».

Este fragmento visibiliza un tipo de discurso médico, que con la implantación del SOE llegó a ser hegemónico, fundamentado y legitimado en torno a las complicaciones puerperales y a su mejor control en un ámbito hospitalario (Rodríguez-Ocaña, 1988) que, además de culpabilizar a la madre, también culpabilizaba a la comadrona. Este mismo discurso médico, en cuyo seno se escondían intereses corporativistas y económicos y al que se le articularon otros aspectos tales como corrientes políticas, dogmas religiosos, cuestiones morales o de género de la época, terminó por transformar a mediados del siglo XX el modelo tradicional de atención al embarazo y parto.

Según explican Pons y Silvestre (2010), previo a la creación del SOE, tan solo tres «riesgos sociales» eran objeto de los programas de seguros obligatorios: el Retiro Obrero (1919) –sustituido por un seguro de vejez en 1939–, la maternidad (1923) y los accidentes del trabajo (1932) –cuya primera reglamentación fue en 1900–. El SOE tuvo por objeto suplir las deficiencias del Estado en materia de seguros y cubrió a los trabajadores por cuenta ajena al ofrecerles prestación sanitaria, también a la familia del asegurado, en caso de enfermedad o maternidad; así como indemnizarles por los gastos funerarios en caso de muerte o por la pérdida de retribución. De todos modos, según

detallan Vilar y Pons (2012), en las zonas urbanas y industrializadas, como en el caso de Cataluña donde ya existía un sistema de mutuas privadas menos costosas para los trabajadores (Pons, 2010), la implantación del SOE topó en primera instancia con la oposición de los intereses corporativos del colectivo médico, así como de sus futuros usuarios. El organismo encargado de ofrecer los servicios del SOE fue el Instituto Nacional de Previsión (INP). Así fue como muchas mutuas patronales de accidentes de trabajo, a nivel estatal, se convirtieron en entidades colaboradoras del INP para la gestión del seguro de enfermedad: Mutua General de Seguros (MGS), Mutualidad de Seguros de la Agrupación de Fincas Rústicas de España (MAPFRE) y Asistencia Sanitaria para Empleados y Obreros (ASEPEYO), por citar algunos de los ejemplos más conocidos.

Pero si nos centramos en Cataluña (Allué, 2011), el modelo franquista de seguro (López, 1990), al no disponer de centros asistenciales propios en el territorio catalán, tuvo que concertar los servicios de los hospitales locales existentes en el territorio, así como de las clínicas y aseguradoras privadas, para ofrecer una mínima cobertura sanitaria a la población. De esta manera, se creó una precaria simbiosis entre el Estado y los respectivos patronatos de las instituciones asistenciales catalanas. Por un lado, el concierto aseguraba la prestación de servicios que eran competencia del Estado y, por otro, permitía la supervivencia económica de los establecimientos sanitarios catalanes. La cobertura financiera que daba la colaboración con el INP también permitió a los administradores de los centros asistenciales catalanes, la mayor parte de gestión municipal o privada, dar una mayor oferta asistencial en campos como el diagnóstico radiológico o la atención a los partos, puesto que no exigían demasiadas inversiones y que, además, permitían ampliar la clientela privada. Esta misma circunstancia fue aprovechada por los médicos a fin de instalar nuevas clínicas privadas; el negocio y la función asistencial de las cuales estaba basado, en un alto porcentaje, en la atención a los partos.

En Tarragona, por circunscribirnos dentro del área donde se realizó la investigación, desde la primera mitad del siglo XX y según detalla Ballester (2004), fueron apareciendo pequeñas clínicas privadas en una ciudad de menos de 35.000 habitantes:

«La Clínica del Dr. Rosselló, con 25 camas; la del Dr. Guasch, con 12 camas; y la Clínica de Santa Rosa (del Dr. Vidal Jané), que disponía de



30 camas. Destacar como Entidades de Seguro Libre: la Clínica Monegal que disponía de 68 camas, destinadas a enfermos con problemas quirúrgicos y que, más tarde, se amplió a enfermos no quirúrgicos».

Este proceso no se limitó a la ciudad de Tarragona sino que se expandió a otros núcleos de población menos densos, demográficamente hablando, del resto de la provincia. La crisis de este modelo de creación y sostenimiento de pequeños centros asistenciales privados con convenio con el INP llegó, en Tarragona, con la construcción e inauguración en 1967 de la Residencia Sanitaria provincial Juan XXIII que:

«...absorbió prácticamente toda la clientela de los hospitales de titularidad municipal de la provincia [y también clínicas privadas] y los situó ante el dilema de jerarquizarse o desaparecer, cercenando así la posibilidad de desarrollar progresivamente una red de hospitales comarcales de nivel 1» (Barceló, 2014: 444).

En síntesis, la desaparición del parto domiciliario, en Catalunya, fue un proceso irreversible desde finales de los años cuarenta por la generalización de la afiliación al SOE. La totalidad de este proceso incidió de manera directa en la generación de un discurso médico que, en último término, tuvo como consecuencia la apropiación y monopolización de la asistencia al parto, centrándose en el control absoluto sobre la transmisión de saberes y toma de decisiones en el embarazo y el parto, y por tanto relegando a un papel secundario a la propia parturienta y a un rol auxiliar al resto de figuras sanitarias. De forma paralela, la medicalización del parto y también de la atención quirúrgica, ambos confinados a escenarios bien delimitados simbólicamente como eran la sala de partos y el quirófano, permitieron familiarizar a la población con el hospital o la clínica y cambiaron su imagen en el imaginario social colectivo. Por consiguiente, según señalan Rodríguez Ocaña y Perdiguero (2006), si bien en un primer momento el SOE cubría la asistencia a los partos normales a domicilio por parte de las matronas, el mismo reglamento de los servicios sanitarios del SOE (enero de 1948) pasó a convertirlas en auxiliares de los médicos, estimulándose a partir de entonces el parto sanatorial e iniciándose desde ese momento el proceso de medicalización del parto:

ocho días de ingreso gratuito para partos normales, creación de nuevas y modernas clínicas del Seguro y construcción de nuevas residencias maternas donde ir a parir.

Así pues, a mediados del siglo pasado, el parto dejó de ser visto como un hecho natural donde la matrona, titulada o de formación empírica, era la figura hegemónica en su atención (Ortiz, 1999) y solo en casos muy especiales o peligrosos se avisaba al médico titulado (Kenny et al., 1980); para pasar a ser imaginado mediante una ideología donde el parto era considerado como una cuestión básicamente médica. Es más, todavía a principios del siglo XX, el ambiente de las instituciones hospitalarias, benéficas o asistenciales en Cataluña era percibido, no solo por la población en general sino por los propios profesionales médicos, como desfavorable para asegurar el éxito del parto según refleja Maseras (1920: 49) al escribir:

«La viciación del aire en los hospitales y antiguas casas de maternidad, producida por los miasmas que se desprendían de las heridas y de los loquios o purgación de las paridas, acarrea terribles epidemias de fiebre puerperal que se extendían a las paridas de la población, transportadas por los médicos de dichos asilos, y que hacían indispensable el cerrar las maternidades para extinguirlas. La asistencia del parto en la propia casa, con los socorros y precauciones necesarios, da garantías para que éste (...) se efectúe, en la inmensa mayoría de los casos, sin ningún percance».

Fue a partir de la implantación del SOE cuando la progresiva hegemonía del discurso médico empezó a desprestigiar con más ahínco los conocimientos populares relativos al embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Del mismo modo subordinó, definitivamente, las matronas y sus conocimientos respecto de la figura del médico especialista, tal y como se desprende de las palabras de un médico de dicha época (Cardús, 1947: 69):

«...la comadrona será una auxiliar del tocólogo; preparará a la mujer para el parto, administrándole una irrigación rectal al comienzo de los dolores, le recortará el pelo de los grandes labios y le hará un lavado de los genitales externos con una solución de Meliformo. Estará junto a la

enferma, sobre todo durante las ausencias del médico; ayudará a éste en sus manipulaciones y observaciones; bañará y vestirá al recién nacido; hará la limpieza final de la enferma y la de los días sucesivos, etc...».

### ***Resultados basados en los discursos de las matronas informantes***

De esta forma, en contextos urbanos, avisar al médico cuando la criatura estaba próxima al nacimiento se convirtió en una obligación para la matrona, aunque el parto no presentase dificultad alguna. Las comadronas que ejercieron en zonas urbanas tuvieron que asumir estas nuevas normas y, aunque no conformes con ellas, las aceptaron porque:

«...así eran las cosas. Nosotras hacíamos todo el trabajo y ellos [los médicos] se llevaban los laureles» [Informante 1].

Sin embargo, en las zonas rurales y, por ello, carentes de interés económico por su baja densidad demográfica, las matronas siguieron monopolizando las funciones en la asistencia a los partos, con una supervisión y colaboración más o menos estrecha de los médicos de Atención Pública Domiciliaria (A.P.D.). De sus relatos se extrae que su ejercicio profesional fue de una autonomía casi total:

«El médico no estaba en los partos. La gente me venía a buscar a mí. Él [médico] estaba en su casa, en su consulta, paseando... y cuando se presentaba una situación fuera de lo normal, [yo] le llamaba pero no siempre le encontraba» [Informante 2].

Ciertamente, colaboración y confianza fueron las relaciones que de forma mayoritaria encontramos a raíz de la investigación. Llamar al médico ante un problema era una obligación:

«Él sabía que si le llamaba es que era urgente. Incluso habíamos hecho fórceps y de todo en la mesa de la cocina» [Informante 3].

Así, pues, dependiendo de los contextos y de las relaciones establecidas con los médicos, las matronas tuvieron diferentes límites en sus funciones. Sin embargo, la relación de confianza fue la nota dominante al compartir clientas privadas y como estrategia de las propias matronas para evitar algunas situaciones que, de forma periódica, daban lugar a malentendidos con las propias parturientas:

«Me han llegado a decir que por qué no he llamado antes al médico; porque claro, cuando él llegaba ya estaba hecho casi todo el trabajo del parto» [informante 4].

En definitiva, las relaciones que establecieron matronas y médicos fueron mayoritariamente de cordialidad, siempre condicionadas a la mayor preeminencia médica y a su mayor prestigio social (Montes-Muñoz, 2012). En esta colaboración, y más allá de los discursos médicos oficiales, la mayor parte de las entrevistadas se sintieron protegidas ante los riesgos que se pudieron presentar en los partos, a la par que lo suficientemente autónomas como, sobre todo en los contextos más rurales, para tomar las decisiones oportunas durante todo el proceso del parto (Via, 1966).

## **Conclusiones**

---

El modelo tradicional de atención al parto, sobre todo a partir de la implantación del SOE, sufrió drásticos cambios debido a un progresivo intervencionismo médico y a la hegemonía de su discurso fundamentado y legitimado en torno a las complicaciones puerperales y su mejor control en un ámbito institucional. Estos hechos otorgaron al médico el control absoluto de la transmisión de saberes y de toma de decisiones sobre el parto, relegando a un papel secundario y residual a la propia parturienta y, también, a otras figuras sanitarias centrales hasta ese momento en este tipo de prácticas, como la matrona. Sin embargo, dadas las circunstancias de la época, las comadronas jugaron un papel fundamental, con más preponderancia en las zonas rurales respecto de las urbanas, en calidad de figuras transmisoras en la regulación de ciertos aspectos que tenían que ver con la sexualidad de las mujeres y los cuidados durante el embarazo y el parto.

Por otro lado, la culminación de este proceso dio a la institución asistencial un papel central, hecho que favoreció la medicalización de los hospitales locales y la aparición de pequeñas clínicas dedicadas, en buena parte, a la atención de partos y a todo lo que rodeaba al embarazo. En Cataluña este proceso cuajó de forma temprana en el desarrollo de una densa red de seguros privados de enfermedad que contrataban las clases medias, y algunos sectores del proletariado, por los déficits de la sanidad pública y por la tradición reformista desarrollada ya por la *Mancomunitat de Catalunya* y la *Generalitat Republicana* antes de la Guerra Civil. La medicalización del parto y de la atención quirúrgica, ambos ejerciéndose en espacios bien delimitados simbólicamente, como eran el paritorio y el quirófano, permitieron familiarizar a la población con el hospital y transformó su significado en el imaginario colectivo, pasando de ser considerado un establecimiento para tan solo pobres desamparados a tener una imagen de institución con funciones mucho más complejas y abierta a todas las clases sociales. De forma paralela, la supeditación de las matronas a los discursos médicos fue una realidad aceptada por la mayoría de estas profesionales. El control de su formación facilitó y reforzó esta posición de subalternidad. Con todo, los relatos de las matronas entrevistadas se centraron, fundamentalmente, en la satisfacción del trabajo bien realizado, resaltando una profunda identidad profesional marcada por sentimientos de orgullo. Analizar la totalidad de estos procesos desde una perspectiva local, focalizando en este caso el eje de la acción en la provincia de Tarragona, ayuda a comprender coyunturas de carácter más complejo, puesto que las dimensiones micro sociales se insertan y cobran sentido dentro de procesos más generales.

## Bibliografia

---

ALLUÉ, Xavier. *Allà Baix. L'Hospital Joan XXIII de Tarragona (1967-2009)*. Tarragona: Silva Editorial, 2011.

BALLESTER, Agustí. L'estructura sanitària del Tarragonès (1960 – 1970). *Revista Gimbernat*. 2004, vol. 42, p. 109-115.

BARCELÓ, Josep. *Poder local, govern i assistència pública: el cas de Tarragona*. Tesis doctoral dirigida por el dr. Josep M<sup>a</sup> Comelles y la dra. M<sup>a</sup> Antònia Martorell. Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, 2014.

BERNABEU-MESTRE, Josep. Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. *Revista de Demografía Histórica*. 2002, vol. 20, núm. 1, p. 123-143.

BOSCH MARÍN, Juan; DE LA CAMARA, Juan Pedro; SÁENZ DE TEJADA, Venancio. *270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el Seguro Obligatorio de Enfermedad durante los años 1947 a 1949*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1950.

CARDÚS, José. *Higiene del embarazo*. Huesca: Gráfica Oscense, 1947.

CASADÓ, Lina. Com neixen els catalans. Etnografía de Ramona Via en la Catalunya franquista. En PERDIGUERO, E. y COMELLES, J.M. (eds.) *Medicina y etnografía en Catalunya*. Madrid: CSIC, 2015.

COMELLES, Josep M<sup>a</sup>; DAURA, Angelina; ARNAU, Marina; MARTÍN, Eduardo. *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls: Estudis Vallencs, 1991.

KENNY, Michael; DE MIGUEL, Jesús. (comp.) *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, 1980.

LÓPEZ, Carmen. (coord.) *Historia de la acción social pública en España: beneficencia y previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990.

MARTÍN, Eduardo; COMELLES, Josep M<sup>a</sup>; ARNAU, Marina. El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls. *Dynamis*. 1993, vol. 13, p. 201-234.

MASERAS, Miguel. *Maternidad. Instrucciones para el Embarazo, Parto y Puerperio*. Barcelona: Imprenta Badia, 1920.

MONTES-MUÑOZ, M<sup>a</sup> Jesús. La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Catalunya. *Revista Educación Enfermería*. 2012, vol. 30, núm. 1, p. 198-207.

NASH, Mary. Pronatalismo y maternidad en la España franquista. En BOCK, G. y THANE, P. (eds.) *Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid: Cátedra, 1996, p. 279-308.

ORTIZ, Teresa. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*. 1996, vol. 16, p. 109-121.

ORTIZ, Teresa. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal*. 1999, vol. 6, núm. 1, p. 55-79.

PONS, Jerònia. El seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras (1942-1963). *Revista de la historia de la economía y de la Empresa*. 2010, vol. 4, p. 227-248.

PONS, Jerònia; SILVESTRE, Javier (eds.). *Los orígenes del Estado del Bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2010.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban. Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX. En: RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid: Siglo XXI, 1988, p. 227-265.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban. La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Historia contemporánea*. 1998, vol. 18, p. 19-52.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; PERDIGUERO, Enrique. Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX. *História Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2006, vol. 13, núm. 2, p. 303-324.

RUÍZ-BERDÚN, Dolores. Pilar Primo de Rivera y la reorganización de las carreras auxiliares sanitarias tras la guerra civil. En GONZÁLEZ, A. y BARATAS, A. (eds.) *La tutela imperfecta. Biología y farmacia en la España del primer franquismo*. Madrid: CSIC, 2013, p. 81-101.

RUÍZ-BERDÚN, Dolores; GOMIS, Alberto. La depuración de las matronas de Madrid tras la Guerra Civil. *Dynamis*. 2012, vol. 32, núm. 2, p. 439-465.

SALAZAR, Modesta. *Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa "Al Servicio de España y del Niño Español"*. Tesis doctoral dirigida por el dr. Josep Bernabeu-Mestre. Universitat d'Alacant, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, 2009.

VIA, Ramona. *Com neixen els catalans*. Barcelona: Club dels novel·listes, 1966.



VILAR-RODRÍGUEZ, Margarrita; PONS-PONS, Jerònia. The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962). *Social History of Medicine*. 2012, vol. 19, p. 1-21.