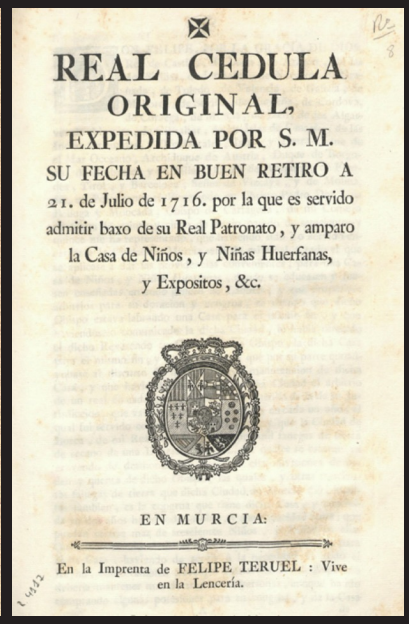
CUADERNOS DE HISTORIA
DE LA PEDIATRÍA ESPAÑOLA
Número 30 · segundo semestre de 2025





"La puericultura y las Casas Cuna en España"


REAL CEDULA
ORIGINAL,
EXPEDIDA POR S. M.
SU FECHA EN BUEN RETIRO A
21. de Julio de 1716. por la que es servido
admitir baxo de su Real Patronato, y amparo
la Casa de Niños, y Niñas Huerfanas,
y Expositos, &c.

EN MURCIA:

En la Imprenta de FELIPE TERUEL: Vive
en la Lencería.



aepCH
Comité de Historia

Comité de Historia de la Pediatría y Documentación Pediátricas de la AEP

Víctor Manuel García Nieto
José Manuel Fernández Menéndez
Juan José Fernández Teijeiro
Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi
Fernando Ponte Hernando
Miguel Ángel Zafra Anta
Óscar Girón Vallejo
José María Olivares Rossell

Foto de portada:
Composición de imágenes alegóricas a las Casas Cuna en España

Edita:
Asociación Española de Pediatría
Paseo Pintor Rosales, 22, 1º dcha. 28008 Madrid

Diseño y maquetación:
angelgobierno@linealcreativos.com

Número 30
Segundo semestre de 2025

ISBN: 978-84-09-86461-4

Cuaderno de Historia de la Pediatría número 30
(segundo semestre de 2025)

"La puericultura y las Casas Cuna en España"

Índice:

Homenaje a la Puericultura.
José Manuel Fernández Menéndez
..... Pág. 4

Centro Provincial Infantil y Maternal de la Excma. Diputación Provincial de Sevilla (Antigua Casa Cuna). De la beneficencia al derecho: mis vivencias del proceso de desinstitucionalización. Un testimonio personal del tránsito histórico en la protección a la infancia.
Ignacio Gómez de Terreros Sánchez
..... Pág. 24

Casa Cuna de Fraisoro. Casa Central de Expósitos. Gipuzkoa. 1903- 1994.
Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi
..... Pág. 65

Casas de expósitos en Murcia y Cartagena.
José María Olivares Rossell
..... Pág. 72

Pobreza, infancia y beneficencia en Cádiz: la Casa Cuna entre los siglos XVIII y XX.
Óscar Girón-Vallejo, José Antonio Aparicio Florido
..... Pág. 91

Homenaje a la Puericultura

José Manuel Fernández Menéndez. Servicio de Pediatría.
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Es el hospicio, el viejo hospicio provinciano,
el caserón ruinoso de ennegrecidas tejas
en donde los vencejos anidan en verano
y graznan en las noches de invierno las cornejas

[...]

Mientras el sol de enero su débil luz envía,
su triste luz velada sobre los campos yermos,
a un ventanuco asoman, al declinar el día,
algunos rostros pálidos, atónitos y enfermos.

El hospicio
Antonio Machado. Campos de Castilla (1907-1917)

Siempre hubo hospicios. O, al menos, se han descrito hospicios desde la época romana; aunque estos hospicios, bien documentados ya en fechas tan tempranas como el siglo IV, eran más bien albergues o asilos donde alojar a pobres y enfermos.

La aparición de los hospicios como institución benéfica en que se acoge, cuida, alimenta y educa a niños huérfanos, abandonados o por completo vulnerables por alguna otra razón, es algo más tardía. Quizá haya que esperar al final de la Edad Media porque, si creemos la tesis de Philippe Ariès, no había lugar para los niños en el mundo anterior al siglo XII. Ni siquiera para recluirlos en hospicios.Siempre hubo

huérfanos y niños abandonados. Sólo a partir de cierto momento empezó a haber orfanatos, hospicios, orfelinatos, inclusas, casas de expósitos, etc. Su funcionamiento era dispar y su financiación irregular. En general, eran instituciones de beneficencia mantenidas por la iglesia, ya directamente, o bien a través de hermandades, cofradías u otro tipo de congregaciones religiosas. La norma era la escasez, la penuria extrema, sin perjuicio de que en unos pocos la apariencia externa sea enormemente valiosa. Sirva como paradigma el que pasa por ser el primer orfanato del mundo dedicado específicamente a acoger niños abandonados. Nos referimos al florentino Os*pedale degli Innocenti* fundado en 1419, debido a Filippo Brunelleschi, y obra maestra de la arquitectura renacentista.

En Oviedo el antiguo hospicio, de elegante traza barroca, es uno de los edificios más destacados de la ciudad. Durante un tiempo además de hospicio cobijó entre sus muros la Gota de Leche de la clariniana Vetusta, hasta que ésta, en 1932, pasó a unas mejores instalaciones en la calle General Elorza. Ahora, convenientemente rehabilitado y transformado, se ha convertido en el muy conocido y televisivo Hotel de la Reconquista, auténtico epicentro de los premios Princesa de Asturias.

Hospicios, orfanatos, inclusas. Cuántos nombres para una misma inclemente y mísera realidad. De esos nombres el más extraño es el de inclusa. El origen de ese nombre se ha contado muchas veces, pero por si se diera la circunstancia de que algún lector de estas líneas no lo sepa voy a permitirme transcribir aquí la explicación que proporciona el Dr. Juan Luis Morales (1):

> «Sobre el nombre de *Inclusa* hay dos versiones. La una, lo cree debido a su significado etimológico (cerrada por todos lados, sin salida); y la otra, la que más comúnmente se admite (y que parte del parecer del Licenciado Quintana), lo considera debido a una corrupción de la palabra *Enkluisen* (ciudad holandesa de la que un soldado de Felipe II trajo una imagen de la Virgen, que regaló a la Cofradía de la que era hermano, y a la que llamaban Virgen de Enkhuysen), después Inkluiysen y, por último, Inclusen e Inclusa (Mesonero Romanos, Madrid Viejo). Para Rodríguez Pinilla esta Virgen fue traída de la Isla de L´Écluse, cuya corrupción, a la postre, se presta a lo mismo».

En realidad, esa ciudad se llama Enkhuizen y en el siglo XVI, como otras muchas ciudades de los Países Bajos, en ese momento bajo dominio español, poseía un nombre españolizado: Encusa.

Bueno, por ahí irán los tiros y, en cualquier caso, *si non è vero, è ben trovato*.

La variedad de nombres eufemísticos que llegaron a tener los hospicios fue muy amplia. En el tercer parágrafo hemos mencionado algunos. Los más comunes. Otro nombre frecuente para designar estas desoladas instituciones fue Casas de Misericordia.

Es sabido: *april is the cruellest month*. Cierto, abril engendra lilas de la tierra muerta, mezcla recuerdos y anhelos… En abril empieza la posguerra. Justamente en el Segundo Año Triunfal de aquella sucia posguerra situó J. Margarit (premio Cervantes en 2019) uno de los poemas más secos, duros, crueles y bellos de su sólida trayectoria creativa. Su título *Casa de Misericordia.* El poema no miente, rememora una precisa Casa de Misericordia. El poema, léanlo, nos horada, nos enmudece. El poema finaliza: «la poesía es hoy la última casa de misericordia».

Un eufemismo se usa para evitar nombrar lo desagradable. No por casualidad la lis-

ta de términos eufemísticos para designar a los hospicios puede alargarse: casas de desamparados, casas de la esperanza… Y también, Casas Cuna.

Hospicios que recibieron el nombre de Casa Cuna fueron bastantes. No está en mi propósito ni en mis posibilidades enumerarlos. Consignaré únicamente dos. La Casa Cuna de Sevilla y la Casa Cuna de Fraisoro. Por supuesto, de esas dos casas cuna, y de unas cuantas más, se habla en ese mosaico asombroso e inagotable que es la obra colosal del Dr. Morales: *El niño en la cultura española*.

La Casa Cuna de Sevilla se remonta al siglo XVI. «Tiene su antecedente en los niños *enechados*, recién nacidos abandonados por sus padres en las puertas de las Iglesias, en las horas de la madrugada, o en el mismo arroyo, por lo cual morían la mayoría de ellos como es lógico; cuando no eran destrozados por los numerosísimos perros vagabundos que recorrían la ciudad a todas horas» (1).

Nos cuenta el Dr. Morales (1) que la Casa Cuna de Fraisoro fue creada en 1901, quedando su sostenimiento a expensas de la Caja de Ahorros Provincial, siendo inaugurado su hermoso edificio el 30 de julio de 1903, en donde se instalaron los niños expósitos provenientes de la Casa Torno de San Sebastián. Se trata de una Casa Cuna atípica y ejemplar. Cumple funciones de hospicio, pero dispone de la tecnología para esterilizar y «maternizar» la leche propia de las Gotas de Leche. Nada que ver con los ruinosos caserones de ennegrecidas tejas. Fue una avanzada institución de puericultura.

Como en otro capítulo de este mismo número de *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española* se habla más extensamente de esta Casa Cuna de Fraisoro sería absurdo intentar añadir por mi parte algo más.

Casas Cuna, un sintagma equívoco

Lo que sí considero preciso aclarar es que bajo el mismo sintagma Casa Cuna se denominan también a otro tipo de instituciones que, aunque emparentadas con las Inclusas, no desempeñaban exactamente el mismo cometido. Me refiero a esas Casas Cuna que van surgiendo a la par que se va consolidando la Puericultura y cuya función es, en cierto modo, semejante a la de las modernas guarderías. Ese tipo de Casas Cuna, de aparición mucho más tardía que la de los hospicios, también acogen a lactantes y niños pequeños, en ocasiones su actividad se solapa con la de éstos, pero su tarea básica no es la misma.

En los orfelinatos se proporcionaba techo y sustento a niños que carecen de familia. A los niños, con pocos días o semanas, se les abandonaba de modo anónimo. Solía existir un dispositivo (el «torno») mediante el que se garantizaba el anonimato. Y habitaban allí hasta que podían valerse por sí mismos llegada la adolescencia. Bueno, esa es la teoría. Hasta bien entrado el siglo XX un porcentaje enorme, terrorífico, de los niños recogidos en los hospicios vivían allí pocos meses. La razón es simple: se morían. Pocos llegaban a la edad de poder asomar a un ventanuco, al declinar el día, su rostro pálido, atónito y enfermo.

> «En los orfanatos de París se estima que entre 1700 y 1780 murió el 52 % en el primer año de edad y que el 74 % no cumplía el segundo año; en los de Londres entre 1730 y 1750 murió el 75 % antes de cumplir los cinco años. En Dublín fue peor, pues entre 1775 y 1796 sólo sobrevivieron 45 niños de los 10.272 ingresados» (2).

Que Oliver Twist haya sobrevivido es un milagro.

«De 18.077 expósitos ingresados durante el año 1859 en las inclusas españolas murieron 12.232» (3). Con cifras así los comentarios sobran.

Ya se dijo y se repite ahora. Casa Cuna es uno de los muchos nombres que recibieron las inclusas. Pero, andando el tiempo, modalidades de Casa Cuna hubo varias. Un modelo arquetípico de las Casas Cuna surgidas al socaire del Movimiento Higienista sería el de una Casa Cuna en la que los niños, en general menores de tres o cuatro años, no viven permanentemente, sólo habitan allí bastantes horas del día hasta que, finalizada su prolongada jornada laboral, sus madres pasan a buscarlos. Y en esas horas que pasan en la Casa Cuna se les asea, se les vigila, se les educa y se les alimenta.

Los hospicios hunden sus raíces en el tránsito de la Edad Media a la Edad Moderna. Y muchas veces estos hospicios se denominaron Casas Cuna. La confusión es difícil de evitar porque el mismo nombre de Casas Cuna recibieron unas instituciones ligadas a los cambios sociales originados por la revolución industrial y que forman parte del entramado de establecimientos de protección benéfico-social surgidos al calor del Movimiento Higienista. En ese Movimiento Higienista la Puericultura desempeñará un rol decisivo. Por tanto, no es desmesurado afirmar que estas nuevas Casas Cuna son instituciones de puericultura.

«La expresión institucional más característica de la Puericultura fueron los Consultorios de Niños de Pecho y las Gotas de Leche» (4). En el modelo francés de Gotas de Leche, que fue el seguido en España, podríamos describir las Gotas de Leche como instituciones de puericultura, al frente de las cuales siempre hay un médico, en las que se convoca a los niños antes de que enfermen, se les pesa y se les explora, se ofrece asesoramiento individualizado a las madres en temas de higiene y de nutrición infantil, y por último, siempre por último, cuando, lo que —hay que situarse en la época— era muy común, la lactancia materna se malogra, se proporcionan biberones de leche esterilizada y modificada en su composición para asemejarla a la leche materna.

Disponer de proveedores fiables de leche y de tecnología para modificarla, esterilizarla y suministrarla en recipientes desinfectados es el componente determinante de las Gotas de Leche. Todas las Gotas de Leche poseían su sala de máquinas; era uno de los elementos definitorios de las mismas.

El cometido básico de las Gotas de Leche era garantizar una correcta alimentación en los lectantes. Lo que sucede es que, con el tiempo, muchas Gotas de Leche fueron sumando a esa mi-

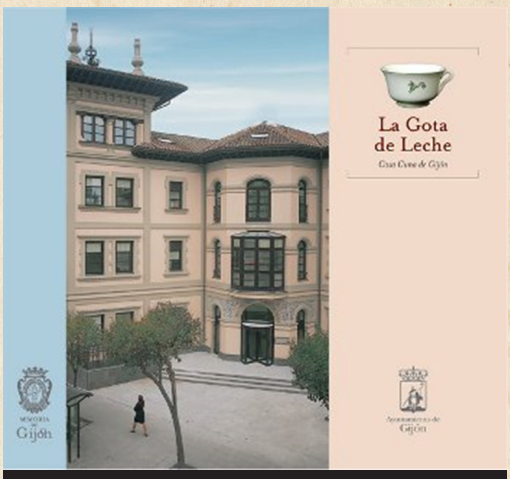


FIGURA 1: Portada del folleto editado en 2003 por el Ayuntamiento de Gijón que lleva por título «***La Gota de Leche, Casa Cuna de Gijón***». Dicho título refleja como en la apreciación popular se concedía gran importancia a ambas funciones del edificio.

sión otras; así bastantes funcionaron también como consultorios pediátricos, policlínicas infantiles, centros de vacunación, etc., y no fue infrecuente la simbiosis Casa Cuna/Gota de Leche.

Un ejemplo, en el año 2003 el Ayuntamiento de Gijón, en su colección «Memoria de Gijón», publicó un excelente folleto que justamente se titula*: La Gota de Leche. Casa Cuna de Gijón* (5). Es decir, ya desde el título se resalta en ese trabajo la función que el edificio de la Gota de Leche de Gijón desempeñó asimismo como Casa Cuna.

Ese rótulo bifronte del folleto refleja



FIGURA 2: Portada de la décima edición, publicada en 1915, del libro ***Puericultura e Higiene de la primera infancia***. En el prólogo su autor, Francisco Vidal Solares, cuenta que desde el 1.º de Mayo de 1890 en su Hospital de Niños Pobres de Barcelona funcionaba un Consultorio de Niños de Pecho en el que, de ser preciso por constatar escasez de leche materna, se ofrecía leche maternizada y esterilizada.

que en la percepción popular ambas tareas se consideraban indisociables. Cierto, La Gota de Leche de Gijón impulsada, desarrollada y dirigida desde su creación en los meses finales de 1924, hasta su jubilación en 1964, por el Dr. D. Avelino González Fernández, disponía también de una Casa Cuna con 30 plazas para hijos de trabajadoras fabriles (6).

En las pocas líneas que anteceden mi intención ha sido enfatizar que, si bien desde hace siglos hubo lugares, habitualmente muy precarios, para albergar a niños expósitos —los hospicios, orfanatos, inclusas, Casas de Misericordia, Casas Cuna, etc.—, con el nombre de Casa Cuna se conoce también a un tipo de institución más reciente, con funciones sin duda parcialmente sobrepuestas a las de los orfelinatos, pero con una finalidad diferente: proporcionar de manera temporal higiene y alimentación adecuada a niños pequeños de familias con escasos recursos, fundamentalmente a hijos de madres trabajadoras por cuenta ajena.

La découverte de l´enfance

Philippe Ariès fue un historiador peculiar y tremendamente controvertido. Quizá su aserto más conocido y que ha suscitado más polémica sea su frase, tantas veces repetida, con la que inicia el capítulo segundo, titulado *La découverte de l´enfance*, del libro que algunos han convertido en una obra de culto.

Nos referimos, ya lo han adivinado, a *L´enfant et la vie familiale sous l´Ancient Régime* (7). La frase es la siguiente: «L´art médiéval, jusqu´au XII^{e} siècle environ, ne connaissait pas l´enfance ou ne tentait pas de la représenter; on a peine à croire que cette

absence était due à la gaucherie ou à la l´impuissance. On pensera plutôt qu´il n´y avait de place pour l´enfance dans ce monde».
Una traducción aproximada podría ser:

> «El arte medieval, hasta aproximadamente el siglo XII, no conocía la infancia o no intentaba representarla; cuesta creer que esta ausencia se debiera a la torpeza o a la impotencia. Más bien cabe pensar que no había lugar para la infancia en ese mundo».

«No había lugar para la infancia en ese mundo». Es un truco retórico: repetir lo importante.

El debate que esta afirmación fuerte de Philippe Ariès ha producido, y su conclusión de que muy lenta y gradualmente el niño pasaría en las centurias ulteriores a ser una especie de adulto en pequeño, pero no habría sido hasta los siglos XVII y XVIII cuando se habría efectuado un auténtico «descubrimiento de la infancia» y el niño ocuparía ya un lugar propio, ha sido intenso y enconado. Si seguimos a Ariès, no habría sido hasta el siglo XVIII cuando la sociedad reparó en la necesidad de conceder a los niños una atención específica. Dejemos a Ariès. Todos los siglos lo son, pero de que el siglo XVIII ha sido muy importante caben pocas dudas. El hoy olvidado Teilhard de Chardin afirmaba en su obra capital *El fenómeno humano* (8) que «en todas las épocas el Hombre ha creído hallarse ante una "encrucijada de la Historia"; existen, sin embargo, determinados momentos en que esta impresión de transformación se hace más evidente y se convierte en particularmente justificada: hacia el final del siglo XVIII el golpe de timón se había dado ya de una manera franca en Occidente. Desde entonces hemos entrado en un mundo nuevo».

En efecto, el siglo XVIII es no sólo el siglo de la Ilustración, de las luces, del culto a la «diosa Razón»; es también el siglo en que alborea la estadística y el siglo en que se inicia la revolución industrial.
El efecto sinérgico de una nueva forma de pensar (desafiar los dogmas establecidos afirmando la superioridad de la razón sobre la superstición), de acopiar, organizar y analizar más y mejores datos, junto a la oportunidad de poder sustituir, con mejor rendimiento, el trabajo humano o animal por la nueva tecnología del vapor (Watt patentó su máquina de vapor en 1769), posibilitó que a finales del siglo XVIII la humanidad iniciase lo que Angus Deaton, premio Nobel de Economía del año 2015, denominó *El Gran Escape* (9).

La revolución industrial estaba en marcha, aunque no todo fueron ventajas con la revolución industrial. Dejemos hablar a Angus Deaton:

> «La revolución industrial atrajo a millones de personas del campo a las nuevas ciudades, donde había nuevos medios de vida en las fábricas, pero pocos medios o ninguno para enfrentarse a los riesgos de salud derivados del hacinamiento en habitaciones estrechas. La vida rural puede ser razonablemente saludable en ausencia de infraestructuras para la canalización de los desperdicios humanos, pero esto no es así en el caso de las ciudades. Con frecuencia los animales domésticos (caballos para el transporte, vacas para obtener leche, cerdos criados para servir de alimento, …) vivían muy cerca de sus propietarios en las nuevas ciudades. También había residuos peligrosos procedentes de las fábricas y el agua para beber

> era contaminada por desechos humanos o de otro tipo. Cuando el agua para beber era el mismo en que se eliminaban los excrementos, esto que ya había sido un problema desde la revolución neolítica se amplificó a escala industrial. La esperanza de vida en las ciudades disminuyó muy por debajo de la esperanza de vida en el campo».

La cita ha sido larga, pero sustanciosa. El resumen: con la revolución industrial la esperanza de vida en las ciudades disminuyó. ¿Por qué? Porque los más indefensos, los niños, comenzaron a morirse más. Con las cuestiones clave conviene insistir. Escuchemos ahora a la experta en demografía histórica Bárbara Ana Revuelta Eugercios (2):

> «La historiografía internacional conoce como *urban penalty* o *graveyard effect* a la sobremortalidad experimentada por las ciudades desde el siglo XIX y las primeras décadas del XX asociada al proceso de urbanización e industrialización. Entre todas esas muertes, existía un grupo que preocupó particularmente a políticos, médicos y reformistas: la mortalidad en los primeros años de vida».

Ese incremento de la mortalidad infantil, más allá del drama familiar, llegó a ser un problema de Estado. Esa situación inaceptable está en el origen del Movimiento Higienista. Dentro de ese Movimiento Higienista comienza a asomar en la segunda mitad del siglo XIX una nueva especialidad de la medicina, la Puericultura.

«La Puericultura fue la expresión profesional de las campañas de prevención de la mortalidad infantil» (10). En el prolongado proceso de cristalización de esa nueva especialidad médica "la Pediatría" encargada en exclusiva de la atención a la infancia, el núcleo fundamental que consiguió configurarla fue la Puericultura.

Las Casas Cuna con entidad propia, no como un nombre más de las casas de expósitos, surgen en el mismo momento histórico en que despunta la Puericultura. Son dispositivos asistenciales en los que se cuida y alimenta a lactantes y niños pequeños cuyas madres por razones, entre otras, laborales no pueden ocuparse de ellos durante gran parte del día. Y en bastantes casos esas modernas Casas Cuna estuvieron ligadas a la que fue la institución más representativa y más cardinal de la Puericultura, las Gotas de Leche (6).

En el siglo XVIII se espolea el combate —queda mucho combate— contra la superstición, se inicia rudimentariamente la valoración y tratamiento matemático de los datos —la palabra «estadística» procede del término prusiano *statistik* y en su origen se refería al análisis de los datos del Estado—, se descubre una máquina de vapor eficiente.

Volvamos a Ariès. Aunque sus tesis no son aceptadas de modo unánime, sí parece que, de algún modo, con todas las reservas, se produce en el siglo XVIII otro suceso reseñable: el sutil cambio operado en la consideración social de la infancia.

Es difícil aceptar que alguna vez haya habido una absoluta indiferencia ante el niño, pero sí que es preciso admitir, con Ariès, que el niño estuvo lejos de ser el centro de las preocupaciones de las familias y de la sociedad durante un largo periodo histórico. Las transformaciones sociales en los países más avanzados a lo largo de los siglos XVI y XVII

(incipiente urbanización, lento tránsito desde de una familia extensa y troncal a otra más vagamente nuclear, embrionarios acercamientos a una educación escolar) permiten intuir una parsimoniosa e irregular modificación de la sensibilidad hacia la infancia. Y este viraje hacia una mayor apreciación de la particularidad de la edad infantil se hizo ya un poco más difusamente perceptible en el siglo XVIII.

Afirmar que la Ilustración haya supuesto un giro copernicano respecto al aprecio y el respeto a la infancia sería mentir. Se cita siempre, por algunos de manera solemne, la publicación en 1762 de *L´Emile, ou De l´éducation* de Rousseau como un jalón decisivo en ese cambio de actitud. La matización que sobre esto efectúa el catedrático de Pedagogía Buenaventura Delgado es sensata (11): «el impacto del *Emilio* fue importante, lo que no quiere decir que, de inmediato, provocase un cambio de actitudes ni una reforma de los métodos de enseñanza, ni un mejor conocimiento del niño. Desgraciadamente después de 1762 el niño y el adolescente fueron tan desconocidos y tan maltratados como en siglos anteriores».

No, la sociedad no se percató, en serio, de algo tan elemental como que todos los niños tienen que ir a la escuela hasta después de la Revolución francesa. Condorcet fue el artífice: *Cinq mémoires sur l´instruction publique* (1791); *Rapport sur l´instruction publique* (1792).

Alfred Caron, orillado por la posteridad

La palabra «puericultura» es un neologismo que tiene fecha de nacimiento: el 1 de octubre de 1863. Caron fue su inventor. Volveremos sobre esto. El término «puericultura» y, más importante, la práctica profesional que con ese término se nombra, surge en la segunda mitad del siglo XIX. La Puericultura es la respuesta médica en el seno del Movimiento Higienista a la brutal mortalidad infantil que golpeaba a los países industrializados. Ya se dijo: La Puericultura constituye la expresión profesional de la lucha contra la mortalidad infantil. Con todo, sí parece que el modo de aproximarse al mundo infantil en el siglo XVIII inicia un pequeño giro. Un indicio de ese cambio en la mirada hacia el niño es que un esbozo de puericultura —no de ejercicio profesional, sólo de consejos por escrito— pudiera empezar a adivinarse una centuria antes de la invención de esa palabra.

Efectivamente, autores como Francisco Guerra (2) nos han proporcionado un listado amplio de libros publicados en el siglo XVIII en los que se divulgan algunas de las ideas que llegarían a conformar una parte del cuerpo doctrinal de la puericultura; por ejemplo, instrucciones acerca de las ventajas de la lactancia materna, de los regímenes de vida, la ropa y la educación más adecuada para los niños, etc. Habría sido una especie de endeble «protopuericultura» *avant la lettre*, con un nulo desarrollo en el ejercicio profesional y ningún resultado mensurable. En suma, *parole, parole*. Ir hacia atrás, hacia los libros del arte de comadres, es meternos en otras rosaledas que no hacen al caso.

Frías Roig el prestigioso pediatra, creador del pionero Instituto de Puericultura de Reus, apunta la posibilidad de que el vocablo «puericultura» ya hubiese existido en siglo XVIII. Estas son sus palabras exactas (12): «Otros tratadistas discuten a Caron la paternidad del vocablo [`puericultura´] y se lo atribuyen al médico ginebrino Balleyserd, quien,

a mediados del siglo XVIII, publicó una obra de higiene general del niño con el título "Traité de Puericulture"».
Creemos que esos «tratadistas» a los que alude Frías yerran. El fallo es disculpable. Ahora cualquiera puede obtener con total rapidez una información inaccesible hace pocas décadas. Muy posiblemente esos autores que Frías menciona se estén refiriendo a la obra de un *citoyen de Genève* llamado M. Ballexserd (no Balleyserd) que en 1762 publicó en París un libro titulado *Dissertation sur L´Education physique des enfans, depuis leur naissance jusqu´à l´âge de puberté*. Este libro, que en absoluto contiene el término «puericultura», sí trata aspectos de lo que un siglo largo después sería el campo de la puericultura y tuvo alguna influencia, como lo demuestra el hecho de que en 1780 fuese reeditado. Esta nueva edición estaba revisada y corregida por M. David, Doctor en Medicina y profesor de Cirugía y Anatomía en Rouen. Todavía más, la primera edición de este texto de Ballexserd ya había sido traducida al español en 1765 (*Crianza física de los niños desde su nacimiento hasta la pubertad: Disertación*).

Pensamos que esos tratadistas a los que se refiere Frías se confunden de siglo y de autor, pero un libro con el título *Traité de Puériculture* sí existe. Hasta donde hemos podido comprobar es un libro poco mencionado. Su interés es reducido más allá de su rótulo y su fecha de publicación. Con todo, ahí van sus señas: *Traité de Puériculture ou art d´élever les nouveau-nés jusq´au sevrage* par P.-F. Leplanquais, chevalier de l´ordre impérial de la Légion d´honneur. Paris, 1869.

Regresamos al instante preciso en que está documentado el uso por primera vez del neologismo «puericultura». Nadie lo ha explicado tan bien como J. Brines (4). Le cedemos la voz: «El término puericultura fue usado por primera vez, bajo el Segundo Imperio, por el doctor Alfred-Charles Caron en la tercera sesión de fecha 1 de octubre del *Congrés médico-chirurgical de France* que tuvo lugar del 30 de septiembre al 3 de octubre de 1863 en Rouen. El título de la presentación era *Hygiène de la première enfance et des nouveau-nés ou Puériculture*, y se publicó en las Actas del Congreso. En ese trabajo hacía hincapié en la mala formación de las madres y de las nodrizas como causa de mortalidad infantil».

De Caron poco se sabe; o, al menos, yo poco sé. Quizá investigando en archivos franceses no digitalizados se pueda averiguar algo más. Es un autor sobre el que apenas nada se conoce con certeza. Ni siquiera dispone de entrada en la versión francesa de Wikipedia.

«*Intelijencia*, ¡dame el nombre exacto de las cosas! Que mi palabra sea la cosa misma». Alfred Caron logró eso tan difícil. Su palabra fue la cosa misma. De poco le sirvió. La posteridad le ha orillado.

La biografía conocida de Alfred Caron es muy exigua. Sin seguridad: pudiera haber nacido en Beauvais, capital del departamento de Oise, en fecha ignorada. Los pocos datos fiables que he podido encontrar proceden de la información que figura en la portada de sus libros, lugar en el que en la época se colocaba esa concisa sinopsis biográfica que ahora acostumbra a colocarse en las solapas.

Su primer texto conocido es de 1854 y lo escribe en colaboración con un farmacéutico (S. Letellier): *Observations lues a la Societé de Mèdecine pratique sur Le Traitement du Choléra par l´emploi du vin de Colombo composé*.

Ahí, en la portada de esa publicación, se nos informa que el Docteur C.-A. Caron es médecin des prisons de la Seine, du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, du sixieme dispensaire de la societé philantropique, membre de la Societé de médecine pratique et de plusieurs societés médicales de París.

Una duda: su nombre era Alfred-Charles Caron o, más bien, Charles-Alfred Caron. Más que una duda es una ociosidad. En lo sucesivo Alfred Caron.

Más adelante añadirá a estos cargos la membresía en la Societé academique de l´Oise. Omitiré mencionar que, en fuentes invasivas y dispersas, no contrastables, se citan posibles puestos de trabajo en el Dispensaire de Salubrité de Beauvais, en el histórico Hôpital Saint-Louis, en el Hôpital des Enfants malades. Tal vez algo de todo esto sea cierto, pero como no me consta su veracidad prefiero callármelo.

En 1858 se constata su primer acercamiento y preocupación por el problema de la salud infantil. En efecto, en una sesión del 4 de noviembre de ese año leyó en *la Societé de Médecine pratique* una comunicación titulada: L´*Hygiène des nouveau-nés considerée dans ses rapports avec le développement physique et moral des individus, au point de vue de l´amelioration de l´espèce*. Su inquietud sobre este grave problema es constante como lo demuestra el que en 1859 (*Le Code des jeunes mères, traité théorique et pratique pour l'éducation physique des nouveaux-nés, destiné aux personnes qui désirent élever elles-mêmes leurs enfants*) y en 1862 (*Projet de révision de l'ordonnance du 20 juin 1842, dans le but d'instruire les nourrices et d'améliorer le sort des nouveau-nés*) se siguiese ocupando de esta trascendente cuestión. En 1863 (exactamente el 31 de julio) había presentado en el 32e Congrés Scientifique de France una comunicación de título punzante: *Des causes de la mortalité des enfants dans les villes de fabrique, et des moyens d'y remédier*.

Vemos, por tanto, que ya había mucha reflexión previa cuando, como nos contó el profesor Brines, el 1 de octubre de 1863 en Rouen Alfred Caron dio a conocer su oportuno y, de modo retardado, triunfante neologismo: «puericultura». Menos de 2 meses más tarde, en concreto el 28 de noviembre de 1863, Caron repite su propuesta en una prestigiosa revista médica: Alfred Caron, "*La puériculture et l'hygiène de la première enfance*", *Le Courrier Médical*, 12e année, no 48, 1863, pp. 422-424.

La justificación de su neologismo en el sentido de que «la puericultura es a la salud y a la constitución de los niños lo que la agricultura es a la fertilidad del suelo, a la calidad de sus frutos» no fue bien recibida. En una comunicación de 1864, destinada a la Sorbona, el neologismo «puericultura» hubo de ser retirado del título de la misma (4). Comparar la higiene y el cuidado de los niños con el cultivo de los vegetales resultaba ridículo.

Caron porfía. En 1865 publica por sí mismo (Paris, Chez l´auteur, 22, Rue du Bouloi) un folleto de 16 páginas titulado *Introduction a la Puériculture et l´hygiene de la première enfance*.

Al año siguiente, en 1866, se edita en Rouen (Imprimerie E. Orville) un verdadero libro: *La Puériculture Ou La Science d'Élever Hygiéniquement Et Physiologiquement Les Enfants*. Se trata de su obra canónica.

Caron todavía siguió publicando trabajos de temática pediátrica (por ejemplo, en 1873: *Guide pratique de*

l'alimentation hygiénique et physiologique au sein ou au biberón) pero ya ninguno volvió a llevar el término «puericultura» en su encabezamiento.

La palabra puericultura cayó en desuso. Ya cité su utilización por P.-F. Leplanquais en 1869 (*Traité de Puériculture ou art d´élever les nouveau-nés jusq´au sevrage*) y en la vasta, densa y provechosa *Historia de la Lactancia* de J. Brines (4) se nos informa que en 1873 «el médico Edgar Grosjean de la Dirección Municipal de Nodrizas de la villa de París elaboró una memoria titulada *Puériculture* que fue premiada por la Societé Protectrice de l´Enfance de Lyon». Según parece, a partir de esa fecha el vocablo puericultura fue abandonado. Escuchemos a Catherine Rollet (13): «Objet de dérision —irrisión, burla, escarnio— le mot puériculture ressuscita dans la bouche du Dr Pinard à l´Académie de médecine (A. Pinard, Note pour servir à l´histoire de la puériculture intra-utérine. *Bulletin de l´Académie de médecine*, nº 34, 1895, p. 593-597». Es decir, cuando la desacreditada palabra «puericultura» reaparece lo hace como puericultura intrauterina y fue recuperada por un obstetra, Adolphe Pinard.

Otro obstetra, Pierre Budin, fue el encargado de rescatar y afianzar definitivamente la voz «puericultura» en la acepción que perduró durante décadas: como *puériculture après la naissance*. Sucedió esto en 1900 en el Congreso Internacional de Higiene celebrado en Paris (14). Ya en 1892 Budin había creado en el parisino Hôpital de la Charité un consultorio de lactantes. A finales del siglo XIX los avances químicos habían permitido conocer la composición de la leche humana y de otros mamíferos. También esterilizarla y modificarla para convertirla en más saludable para la alimentación infantil. A lo largo de los años 90 del siglo XIX en distintos lugares (Barcelona, Paris, Nancy, Fécamp) diversos médicos (Vidal Solares, Budin y Variot, Herrgott, Dufour…) -preferentemente obstetras- empezaron a ejercer la puericultura: detectando el fracaso alimenticio antes de que fuera irreversible y proporcionando leche saludable a las madres cuando la lactancia natural era irrecuperable (6, 14).

El nombre de lo que se estaba haciendo existía, pero no se usaba. Hasta 1900, con el espaldarazo, primero de Pinard y luego de Budin, esa acertada denominación que Alfred Caron había acuñado en 1863, no se consolidó.

De esa pléyade de médicos franceses, pioneros de la puericultura en la segunda mitad del siglo XIX, hubo otro cuyo inmenso genio fue también inventar un nombre feliz. Al revés que con Alfred Caron, con él, en reducidos círculos pediátricos, el futuro ha sido próvido.

Nos referimos a Léon Dufour, médico de Fécamp. En 1894 Dufour bautizó de un modo expresivo, pintoresco y desenfadado, «Goutte de Lait», la institución de puericultura en la que, en la estela del consultorio *de nourrissons* creado dos años antes por Budin en París, reconocía y pesaba periódicamente a los lactantes, proporcionaba consejos individualizados a sus madres, alentaba la lactancia natural y cuando ésta fracasaba —sólo cuando ésta fracasaba— proporcionaba a esas madres leche saludable, esterilizada y modificada en su composición, con la que alimentar a sus hijos.

Ese nombre sonoro y risueño, «Goutte de Lait», tomado de un verso de Musset, fue muy bien acogido y se popularizó rápidamente (6).

Esa Gota de Leche de Fécamp triunfó,

tanto en su organización y manera de funcionar como en el afortunado rótulo con el que Dufour la agració. Instituciones semejantes, y con ese mismo nombre, pronto se extendieron por toda Francia, países francófonos, España y naciones hispano-americanas.

Las Gotas de Leche fueron la institución más relevante y significativa de la Puericultura. El lugar, por excelencia, en el que la Puericultura se ejercitaba. Las Gotas de Leche fueron decisivas en la consolidación de la Puericultura y en su definitiva segregación de la Obstetricia. El fenómeno de las Gotas de Leche es de tal amplitud y alcance que el Nº 8 de *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española* está dedicado íntegramente, con carácter monográfico, a analizar su historia y significación (15). Por ello, no resulta pertinente abundar ahora más en la enorme transcendencia de estas primordiales instituciones de puericultura.

Léon Dufour sí tiene entrada en Wikipedia y de Léon Dufour sí disponemos de alguna biografía extensa y detallada (16).

Primeros pasos del vocablo «puericultura» en España

La palabra «puericultura» se origina en Francia. En un neologismo con padre conocido y fecha de alumbramiento bien documentada: el 1 de octubre de 1863. Sus primeros pasos fueron muy indecisos hasta el extremo de que estuvo a punto de extinguirse. En 1895 resurgió. Cuando en 1901 el senador Paul Strauss publica un texto de amplia resonancia, titulado *Dépopulation et puériculture*, ese vocablo de vida azarosa desborda los círculos médicos y llega al gran público.

¿Cómo y cuándo cruzó la frontera y entró en España el término «puericultura»? Todo apunta a que, tras el respaldo de Budín (1900) y el aldabonazo de Strauss (1901), esa entrada sucedió muy pronto.

En ausencia de una investigación exhaustiva es difícil de aseverar con rotundidad. Por consiguiente, lo que sigue se dice de manera provisional y con toda cautela: es bastante probable que la primera vez que se desplegó en España el concepto «puericultura», o, al menos, la primera vez que ello se hizo en un foro con repercusión pública, fuese el 26 de agosto de 1901 en el Teatro Arriaga de Bilbao.

Aconteció esto con ocasión de los primeros juegos florales celebrados en Bilbao. Había premios sobre diversos temas y en uno de ellos el premio se concedió al trabajo: *La Puericultura es el problema económico-social que más alegrías, riquezas y simpatías puede proporcionarnos*. El autor era un destacado medico higienista: Gerardo González Revilla, natural de la localidad burgalesa de Gumiel de Mercado, y avecindado en la capital de Vizcaya desde que obtuviera por oposición la plaza de Director de Sanidad Marítima en esa ciudad. Ese trabajo fue publicado en 1902 por la Diputación de Vizcaya con un título algo diferente: *La Puericultura (el cuidado de los niños)*.

Quizás la segunda vez que se escuchó -se escuchó, entiéndase, quedando constancia- en España el vocablo «puericultura» haya sido en Barcelona el 30 de enero de 1902. Ese día el Dr. Juan Viura y Carreras pronunció en la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona un discurso que llevaba por rótulo: *Bases de la Puericultura*.

El Dr. Viura era un distinguido higienista con dedicación preferente a la salud

infantil; médico en la Casa Municipal de la Misericordia (ya sabemos de qué estamos hablando) y en el Hospital del Sagrado Corazón de Jesús.

En ese mismo año 1902 existe, al menos, otro testimonio del empleo en España del neologismo ideado por Alfred Caron. En efecto, en septiembre de 1902 Francisco Vidal Solares envió una comunicación al IV Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia celebrado en Barcelona titulada: *Aforismos de Puericultura e Higiene de la Primera Infancia*.

En todas las publicaciones previas de Vidal Solares sobre esta materia (*Higiene de la Infancia*, 1882; *Consejos familiares sobre la Higiene de la Primera Infancia*, 1883; *Instrucción dialogada acerca de la Higiene de la Primera Infancia*, 1887; *Conseils pratiques sur l´Hygiène de la première enfance*, 1889; *Consejos prácticos sobre la Higiene de la Primera Infancia, con un apéndice acerca de las enfermedades de los niños*, 1898; *Consejos a las madres. Aforismos sobre Higiene de la Primera Infancia*, 1902) la voz «puericultura» está ausente. En cambio, a partir de septiembre de 1902, en todos sus siguientes escritos sobre este tema (*Consejos prácticos sobre Puericultura e Higiene de la infancia*, 1908; *Puericultura e Higiene de la Primera Infancia*, 1915) el título incluye siempre la palabra «puericultura» (6).

Por tanto, parece que el término «puericultura» se introduce en España hacia 1901, muy poco después de su reaparición en Francia. No obstante, todavía sin este nombre, la Puericultura en ejercicio ya había comenzado a practicarse en España unos 10 años antes. Consideramos de enorme interés reproducir las propias palabras de Vidal Solares en el prólogo de su obra *Puericultura e Higiene de la Primera Infancia* (17):

> «Nosotros, en el Hospital de Niños Pobres, de Barcelona, fundado en el mes de mayo de 1890, hemos procurado disminuir la mortalidad de los niños que acuden a ese asilo dedicado a la niñez desvalida; en efecto allí funciona el consultorio de niños de pecho desde hace 25 años (1º de mayo de 1890), y seleccionando a los infantes, cuyas madres no pueden criarlos con sus propios pechos, por escasez de leche, o porque sea ésta escasa o de mala calidad, les ofrecemos leche maternizada y esterilizada apropiada a la edad de su hijo, sosteniendo esta lactancia artificial hasta que tenga éste catorce o diez y seis meses y esté acostumbrado a digerir las papillas o sopas que recomendamos; allí pesamos semanalmente a los niños para informarnos del estado de su desarrollo y poder aconsejar a los padres el uso del medicamento que les es preciso.»

Se aprecia que lo que Vidal Solares está describiendo es, en cierta medida, muy semejante al Consultorio de Lactantes creado por Pierre Budin en 1892 en «*L'hôpital de la Charité*» de París y a la «*Goutte de Lait*» que en 1894 Léon Dufour inauguró en Fecamp. Ahora bien, ese consultorio de Vidal Solares en el que, por escasez de leche, se ofrece leche maternizada y esterilizada empezó a funcionar en 1890. Dos años antes que el de Budin. Cuatro años antes que el de Dufour.

No se trata aquí de efectuar ni siquiera un apresurado y somero recorrido por el desarrollo en España de la Puericultura y de su institución más señalada y trascendente -las Gotas de Leche-. Sí queremos dejar constancia una vez más (18) de que en virtud del Real Decreto

de 23 de mayo de 1923 (Gaceta de Madrid Núm. 145 de 25 de mayo de 1923; páginas 789-790), inspirado por Enrique Suñer Ordóñez, se creó la «Escuela Nacional de Puericultura y Laboratorio de Investigaciones» y de que, también bajo la dirección de Enrique Suñer, en 1926 se inició en esa Escuela Nacional de Puericultura la labor docente.

De modo alegórico podríamos resaltar este hecho —la fundación y puesta en marcha de la Escuela Nacional de Puericultura— como el hito decisivo que consigue emancipar irrevocablemente a la Pediatría de la tutela que arrastraba desde tiempo inmemorial de la Obstetricia.

Como es un mensaje importante, una idea-fuerza, lo repito otra vez: en el prolongado proceso de cristalización de esa nueva especialidad médica "la Pediatría" encargada en exclusiva de la atención a la infancia, el núcleo que consiguió configurarla fue la Puericultura.

Elogio y vindicación de la puericultura

En el año 2025, hace escasos meses, se ha producido en el ámbito hispano un acontecimiento editorial mayor, de elevado interés para todos los médicos y futuros médicos (19). La traducción al español de un libro que apareció en inglés en el año 2006 con el título *Bad Medicine: Doctors Doing Harm Since Hippocrates*. Con independencia de que en la traducción se haya modificado su título, a mi modo de ver de manera desafortunada, por el más presuntamente comercial de *Matasanos* (20), su lectura es, pienso, ineludible para todo médico que desee conocer la historia del retraso en el desarrollo de la medicina. Recordemos, por ser cierto, el repetido *dictum* de Auguste Comte: «*Pour comprendre une science, il faut connaître son histoire*».

Con alguna destacada excepción (Jenner, 1796; Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, 1803-1806) se puede afirmar que hasta bien avanzado el siglo XIX la medicina fue una disciplina casi completamente ineficaz, cuando no directamente dañina. Entre los indiscutibles avances médicos que fueron surgiendo, poco a poco, desde mediados del siglo XIX siempre se mencionan con justicia, entre otros, los siguientes: las vacunas, la anestesia, la antisepsia, los antibióticos.

David Wootton en su imprescindible obra *Bad Medicine* menciona todos estos avances y, con gran perspicacia, algún otro (por ejemplo, la trascendencia de la aplicación de los argumentos estadísticos a los estudios médicos). Con todo, es preciso efectuar a Wootton una objeción firme: su olvido de la Puericultura. Quizá la explicación, estoy conjeturando, radique en el hecho bien conocido de que por Inglaterra no se extendió el modelo francés de Gotas de Leche. Si alguna crítica feroz cabe hacer a su, por otra parte, excelente libro es su reduccionista anglo-centrismo.
Es doloroso constatar que en este imperdonable olvido de la Puericultura Wootton está muy nutridamente escoltado.

Empecemos por el -tal vez- historiador más insigne de la medicina en España: P. Laín Entralgo. En su monumental *Historia Universal de la Medicina*, editada en siete extensos volúmenes que fueron publicándose entre 1971 y 1975, dedica sendos capítulos específicos a la Pediatría en los dos últimos tomos. Así en el volumen VI el historiador alemán Eduard Seidler escribe (páginas 203-209 y 214-215) un texto titulado: *El desarrollo de la pediatría moderna*. Pues

bien, en esas nueve páginas no aparece ni una única vez la voz «puericultura». Es cierto que alude a los afanes higienicosociales de la pediatría en el siglo XIX y a su «resuelta orientación científico-natural: la química de la alimentación y la resolución bacteriológica del problema de las enfermedades infecciosas». Se nos hace insuficiente. Además, en esas 9 páginas menciona un número incontable de autores; entre ellos no figuran ni Alfred Caron, ni Pierre Budin. Tampoco Léon Dufour o Francisco Vidal Solares, etc.

En el volumen VII, más centrado en el siglo XX y en las diversas especialidades médicas, el encargado de escribir sobre pediatría es Ernesto Sánchez Villares. Con Sánchez Villares el punto de mira se ajusta. Suya (página 279) es esta frase: «La atención a los aspectos preventivos en los primeros años de la vida otorgan a la Puericultura significado sustantivo».

Sin embargo, cuando Laín redacta en 1978 su epítome *Historia de la Medicina* (21) entre sus apretadas 722 páginas no hemos sido capaces de detectar el término «puericultura». No, Caron, Budin, Dufour, no forman parte del dilatado índice alfabético de autores.

No se trata de aburrir a nadie. En el texto canónico de otro gran historiador de la medicina en España (22) -José María López Piñero- cuando se analiza el origen de la Pediatría (páginas 632-633) el vocablo «puericultura» no se utiliza. Esta omisión la subsana años después al publicar junto a Juan Brines su enciclopédica *Historia de la Pediatría* (23). Por supuesto, ya en solitario, Brines en su imprescindible *Historia de la Lactancia* sí glosa y descifra el acontecimiento de la aparición y progreso de la Puericultura con la amplitud que el tema merece (4).

Hablando de historias de la pediatría, aunque mi propósito es la concisión, sería imperdonable no mencionar la *Historia de la Pediatría Española* de Luis Sánchez Granjel, obra aparecida en 1965 y reimpresa de nuevo en 1980 (24). Se trata de una obra seminal que, tras 60 años, es posible necesite ya una revisión actualizadora. Granjel, de modo entremezclado, se ocupa de la Puericultura en los capítulos VI (*La Pediatría como especialidad*) y VII (*Pediatría de entreguerras*).

En este mismo apartado sobre historias de la pediatría una última y mínima anotación. Ángel Rafael Colón (25), profesor emérito en la Universidad de Georgetown (Washington D.C.) ha escrito en inglés un texto (25) que en español podría titularse algo así como: *Crianza de los niños. Una Historia de la Pediatría*. Ya por su título se intuye que en su enfoque se contemplan aspectos que competen a la Puericultura. No obstante, en su interior la palabra «puericultura» no aparece. Es como si ese neologismo fuese intraducible al inglés. Con todo, en la parte dedicada al siglo XIX, sí se detiene instantáneamente a citar a Pierre Budin («obstetrician Pierre Budin organized in Paris (1892), the first postnatal clinic, where newborns were examined and weighed»), a comentar brevemente la positiva contribución de proporcionar leche esterilizada en el decrecimiento de la mortalidad infantil; también “puntualmente, a pie de página” menta a Gaston Variot y a Leon Dufours [sic].

En otro gran tratado (2), por extensión y por ambición, escrito en español sobre Historia de la Medicina sí se alude superficialmente (página 239) a que «se comenzaron a integrar ideas de Puericultura en los libros de médicos, clérigos y madres, que instruían acerca de las ventajas de la lactancia materna,

los regímenes de vida, la ropa y la educación de los niños» del siglo XVIII. Pero cuando de verdad se encara el origen de la Pediatría en el siglo XIX (páginas 310-312) el término «puericultura» y la institución más representativa de la Puericultura —las Gotas de Leche— ni se citan por su nombre, ni oblicuamente se comentan. En su agotador índice onomástico las figuras más eminentes de los inicios de la Puericultura no figuran.

Tampoco la Puericultura es objeto de interés para Pedro García Barreno en su libro, por tantos motivos ejemplar, titulado *El legado de Hipócrates. Los grandes temas de la medicina* (26).

La canadiense Jacalyn Duffin, destacada hematóloga y reconocida historiadora de la medicina, en su, no tan breve -588 páginas- como da a entender su título (*History of Medicine: A Scandalously Short Introduction*), aproximación a la historia de la medicina dedica el capítulo 13 —*Sin bebés no hay nación: Historia de la Pediatría*— a hablar específicamente sobre la Pediatría (27). Con acierto señala que «la Pediatría se ha centrado en la prevención de la enfermedad y la discapacidad en la misma medida que en la curación. Para lograr tales objetivos, se vio obligada a abordar los determinantes socioeconómicos de la enfermedad antes que otras especialidades médicas, y también de forma más efectiva». Es decir, habla de puericultura, aunque esta palabra no la emplea. Sí menciona, en cambio, de modo explícito a las *Gouttes de lait*, sin duda porque el modelo francés de Gotas de Leche se extendió con rapidez por el Canadá francófono.

Ya basta. La voz «puericultura» -asimismo el contenido de lo que ese neologismo expresa- también está ausente en otros muchos textos con pretensiones de abarcar de manera general los hitos fundamentales de la historia de la medicina y a los que el lector fácilmente puede acceder (28-34). Lo confieso, he buscado con desazón en todos esos libros, la mayoría excelentes, unas pinceladas sobre puericultura y nada.

Termino. Con desconcierto. Repasando las dos historias de la medicina que tengo en mi biblioteca escritas en francés por dos acreditados historiadores franceses resulta que en ninguna de ellas se alude a la puericultura, ni se expone lo que significó el fenómeno de las Gotas de Leche, ni se nombra a ninguno de los protagonistas de ese fenómeno (35, 36). Sorprende esta postergación en historias francesas de la medicina.

Ese desdén por la puericultura en autores alemanes, ingleses, norteamericanos…, pudiera tener cierta justificación. En esas naciones el término «puericultura» no arraigó. Si bien, y con independencia del rótulo bajo el que ejerciese su actividad, desde su origen en las últimas décadas del siglo XIX, en todos los países la Pediatría promovió iniciativas de higiene pública y de educación sanitaria, impulsó modificaciones legislativas en favor de la infancia y, en el plano clínico, se preocupó de garantizar una correcta nutrición a los lactantes. Todos estos campos de actuación son la divisa de la Puericultura, pero no en todas las naciones se usó este apelativo.

No, David Wootton no está sólo.

La pregunta es: por qué ese insistente olvido.

Insisto, entiéndaseme bien, no mero olvido del nombre. Olvido de la función. De esa función que en un momento crítico contribuyó a reducir las inadmisibles cifras de mortalidad infantil.

Nadie lo duda, las vacunas, la anestesia, la antisepsia, los antibióticos , supusieron avances médicos decisivos. Inexplicablemente a otra conquista médica de inmenso valor, al hecho —resumo mucho— de que, en el contexto de una mortalidad infantil inaceptable, determinados médicos comprendan que cuando un lactante está ya desnutrido e infectado su posibilidad de salvación es mínima y que, en cambio, si se anticipan, vigilan su desarrollo y, cuando detectan que está en riesgo de alimentarse insuficientemente, le proporcionan una leche saludable, la probabilidad de supervivencia se eleva, a este hecho en apariencia simple, pero muy eficaz, se le relega en los tratados generales de historia de la medicina.

La Puericultura fue un éxito colectivo. Hubo diversas figuras descollantes, pero, al revés que con otros grandes adelantos médicos (Röntgen y los rayos X, Fleming y la penicilina, etc.) es difícil personalizar el desarrollo de la puericultura en una o dos celebridades. De hecho, su institución más característica, las Gotas de Leche, no siempre con ese nombre, no siempre con el mismo modelo exacto de funcionamiento, echaron a andar en varios sitios por los mismos años.

Es imposible focalizar la historia de la puericultura en una fecha concreta, en un acontecimiento clave, en un único investigador brillante. La puericultura surge en un contexto histórico determinado, la llamada revolución industrial, cuyos límites son difusos. Su curso es sinuoso, prolongado, con múltiples afluentes. El intento de resumir la génesis y desarrollo de la puericultura en dos líneas (o en dos páginas) está condenado al fracaso. Caricaturicemos: la historiografía gusta de la mitomanía. Con la puericultura eso es inviable.

La puericultura la iniciaron médicos (al principio, sobre todo obstetras) pero se aprovecharon de los descubrimientos de la química. Por no irnos más atrás —qué debiéramos— habría que partir de von Liebig: «En el año 1849, el Barón Justus von Liebig defendió por primera vez que todos los tejidos del cuerpo estaban formados por proteínas, grasas e hidratos de carbono y, por lo tanto, la leche humana también estaba compuesta por idénticos componentes» (37). Avancemos rápido, en 1869 otro químico alemán, Paul Biedert, investigó las diferencias químicas entre la leche humana y la leche de vaca (38).

Años después, en 1884, el médico norteamericano Arthur Vincent Meigs realizó en Philadelphia un análisis científico comparativo entre la leche materna y la leche de vaca. Su trabajo («*Proof that human milk contains only about one percent casein: with remarks on infant feeding*») es de una enorme precisión. De los datos obtenidos en ese estudio surgieron las primeras tentativas para efectuar modificaciones en la leche de vaca con el propósito de asemejarla a la leche de mujer (4).

Entretanto, la teoría microbiana de la enfermedad iba lentamente asentándose. Se iba abriendo paso la evidencia de que la leche y los biberones contaminados matan. Como es sabido el procedimiento térmico para eliminar microorganismos, sin desnaturalizar las propiedades nutritivas y organolépticas, fue descubierto por Pasteur en 1864 para evitar las pérdidas económicas que suponía el que el vino se agriase. Enseguida este procedimiento (después denominado «pasteurización») se aplicó también a la cerveza. La pasteurización propiamente dicha no se extendió a la leche hasta 1907.

Ya antes, en 1886, el químico moravo Franz Ritter von Soxhlet había descrito un método para esterilizar la leche (4, 39).

Se comprende, y el lector me sabrá disculpar, que hemos sobrevolado a mucha altura. Se han perdido multitud de detalles. Con todo, cotejando estas fechas y aquellas en que comienzan los consultorios de lactantes y las Gotas de Leche, se aprecia fácilmente el substrato que la ciencia química proporciona a esos médicos que tuvieron la idea feliz de controlar a los recién nacidos y lactantes antes de que su desnutrición y su infección hagan inevitable que la Parca los arrebate. Esa iniciativa tan elemental es el núcleo duro de la Puericultura. Esa iniciativa salvó muchas vidas. Como otros no lo hacen, hagamos nosotros su encendido elogio y su enérgica vindicación.

Las primitivas Casas Cuna eran ruinosos caserones de ennegrecidas tejas. La Puericultura, con esfuerzo y con altibajos, también consiguió dignificar la atención proporcionada en aquellas viejas Casas Cuna. Algunos ejemplos en los siguientes capítulos de este Nº 30 *de Cuadernos de Historia de la Pediatría Española*.

Bibliografía

1. Morales, J.L.: El niño en la cultura española (ante La Medicina y otras Ciencias; La Historia, Las Letras, Las Artes y Las Costumbres). Tomo I. Alcalá de Henares: Imprenta T.P.A., 1960.

2. Guerra, F.: Historia de la Medicina (tercera edición). Madrid: Ediciones Norma. Capitel Ediciones S.L., 2007.

3. Revuelta Eugercios, B.A.: Los usos de la inclusa de Madrid, mortalidad y retorno a principios del siglo XX (1890-1935) [Memoria para optar al Grado de Doctor]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2011. 607 p.

4. Brines Solanes, J.: Historia de la lactancia. Valencia: Albatros ediciones, 2014.

5. García García, E.: La Gota de Leche. Casa-Cuna de Gijón. Gijón. Ayuntamiento de Gijón, 2003.

6. Fernández Menéndez, J.M.: La Gota de Leche de Gijón. Gijón: Fundación Alvargonzález, 2019.

7. Ariès, Ph.: L´enfant et la vie familiale sous l´Ancien Régime. Paris: Éditions du Seuil, 1973.

8. Teilhard de Chardin, P.: El fenómeno humano. Madrid: Taurus ediciones, S.A., 1967.

9. Deaton, A.: El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. México D.F., Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2015.

10. Rodríguez Ocaña, E.: «La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España» en Historia Contemporánea 1998, 18: 19-52.

11. Delgado, B.: Historia de la infancia (2.ª edición). Barcelona: Editorial Ariel S.A., 2000.

12. Frías y Roig, A.: Errónea interpretación de la Puericultura y verdadero significado de la misma. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Servicios de Protección Maternal e Infantil. Madrid: Publicaciones «Al Servicio del Niño Español». Núms. 291-292, mayo-junio, 1962.

13. Rollet, C.: Les enfants au XIX^{e} siècle. Paris: HACHETTE Littèratures, 2001.

14. Rollet, C.: Le modèle de la Goutte de Lait dans le monde: diffusion et variantes en Les biberons du Docteur Dufour. Fécamp: Musées Municipaux de Fécamp, 1997.

15. García Nieto, V.M., de Arana Amurrio, J.I., Fernández Menéndez, J.M., Fernández Teijeiro, J.J., Gorrotxategi Gorrotxategi, P.J., Ponte Hernando, F., Zafra Anta. M.A.: «Historia y significación de las Gotas de Leche en España». Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 2014; 8: 1-40.

16. Le Luyer, B., Le Luyer, M.: Léon Dufour (1856-1928). Médecin fécampois au coeur de l´hygiène. Paris: Éditions Beaurepaire, 2023.

17. Vidal Solares, F.: Puericultura e Higiene de la Primera Infancia (décima edición). Barcelona: Luis Gili editor, 1915.

18. Fernández Menéndez, J.M., Girón Vallejo, O.: «En ciernes. La Pediatría en España hacia 1923» en Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 2023; 25: 7-14.

19. McClure, I.: Bad Medicine: Doctors Doing Harm Since Hippocrates. BMJ 2006; 333: 606.

20. Wootton, D. Matasanos. De sangrías, dietas y purgas, una historia de los errores de la medicina. Madrid: Shackleton Books S.L., 2025.

21. Laín Entralgo, P.: Historia de la Medicina. Barcelona: Masson S.A., 1978.

22. López Piñero, J.M.: La Medicina en la Historia. Madrid: La Esfera de los Libros S.L., 2002.

23. López Piñero, J.M., Brines Solanes, J.: Historia de la Pediatría. Valencia: Albatros, 2009.

24. Sánchez Granjel, L.: Historia de la Pediatría Española. Barcelona: Edición extraordinaria XVI Congreso Internacional de Pediatría, 1980.

25. Colón, A.R., Colón, P.A.: Nurturing Children. A History of Pediatrics, Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1999.

26. García Barreno, P.: El legado de Hipócrates. Los grandes temas de la medicina. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Espasa Calpe S.A., 2008.

27. Duffin, J.: Una historia de la medicina escandalosamente breve. Santa Úrsula (Tenerife): Editorial Melusina SRL, 2018.

28. Riera Palmero, J.: Aproximación a la Historia de la Medicina. Curso académico 1982-1983 (Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Valladolid). Salamanca: Europa Artes Gráficas, S.A., 1982.

29. Porter, R.: Breve Historia de la Medicina. Las personas, la enfermedad y la atención sanitaria. Torrelaguna (Madrid): Santillana Ediciones Generales, S.L., 2003.

30. Sánchez González, M.A.: Historia de la Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2012.

31. Kahn, A., Ameisen, J.C., Berche, P., Brohard, Y.: Una Historia de la Medicina o el aliento de Hipócrates. Barcelona: Lunwerg, S.L., 2012.

32. Rodríguez Pérez, M.E., Echavarría Rodríguez, R.: La Medicina en la Historia. México D.F.: Editorial Médica panamericana, 2021.

33. Gerste, R.D.: Sanar el mundo. La edad dorada de la medicina (1840-1914).

Móstoles (Madrid): Penguin Random House Grupo Editorial, 2023.

34. Gargantilla, P.: Historia de la Medicina. Un recorrido por los hitos de la ciencia médica a lo largo del tiempo. Madrid: Editorial Pinolia, S.L., 2023.

35. Dachez, R.: Histoire de la Médecine (de l´Antiquité au XX^{e} siècle). Paris: Tallandier Éditions, 2008.

36. Halioua, B.: Histoire de la médecine (3^{e} édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2009.

37. Martín Martínez, B.: «Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales» en An Pediatr, Monogr 2005; 3 (1):43-53.

38. Ballabriga, A., Carrascosa, A.: «Sobre la historia de la alimentación del lactante» en Nutrición en la infancia y la adolescencia (3ª edición) Tomo I (pp. 139-150). Majadahonda (Madrid): ERGON, 2006.

39. Martínez Vargas, A.: Tratado de Pediatría. Tomo I. Barcelona: Tip. Lit. J. Vives, 1915.

aepCH
Comité de Historia

Centro Provincial Infantil y Maternal de la Excma. Diputación Provincial de Sevilla (Antigua Casa Cuna). De la beneficencia al derecho: mis vivencias del proceso de desinstitucionalización. Un testimonio personal del tránsito histórico en la protección a la infancia.

Ignacio Gómez de Terreros Sánchez



I. Introducción

La atención al niño abandonado constituye uno de los capítulos más significativos y, a la vez, insuficientemente conocidos de la Pediatría y de la acción social en España. Durante más de cinco siglos, las Casas Cuna y los establecimientos de expósitos ofrecieron una respuesta —con frecuencia heroica, siempre insuficiente— ante el drama del abandono infantil. Estas instituciones reflejan, como pocas, la evolución de las actitudes sociales hacia la infancia: del niño visto como objeto de protección caritativa al reconocimiento del menor como sujeto pleno de derechos.

La Pediatría Social —heredera de la puericultura y consolidada como disciplina científica en el siglo XX— ha acompañado este tránsito. De igual modo, el proceso de desinstitucionalización infantil redefinió el sistema de protección, situando al niño en el centro de la intervención. En un momento de profundas transformaciones sociales y nuevos retos, comprender esta evolución resulta imprescindible para quienes se incorporan hoy al ámbito de

la protección a la infancia.

Nuestra aportación toma como referencia la experiencia de la Casa Cuna de Sevilla, una de las más representativas del país. Sus etapas condensan de forma paradigmática los cambios normativos, sanitarios y sociales que atravesaron todas las instituciones similares en España. Su trayectoria permite comprender, a través de una herramienta metodológica concreta, el paso de un modelo benéfico a otro basado en derechos, cuyo punto de inflexión puede situarse en la inauguración del Centro Provincial Infantil y Maternal —en nuestra etapa Centro Provincial Infantil (CPI)—, pues su faceta maternal era anecdótica.

Conservar esta memoria institucional e interdisciplinaria es hoy más necesario que nunca. Las nuevas generaciones de profesionales deben conocer de dónde venimos para identificar con claridad los principios que deben continuar guiando nuestro compromiso con la infancia.

Mi vinculación con la Casa Cuna de Sevilla forma parte esencial de mi vida profesional. Mi primer contacto con el CPI tuvo lugar el 21 de junio de 1968, cuando fui contratado como pediatra ante la jubilación del Dr. Guillermo Rodríguez Izquierdo. Recuerdo con nitidez mi llegada: el director del Centro, D. Manuel Laffón Soto, me recibió personalmente y mi incorporación se anunció mediante el antiguo sistema de megafonía, que utilizaba "toques de campana": dos para el médico y uno para el director.

Asumí la dirección del Centro el 29 de mayo de 1972 y permanecí en ella hasta el 1 de enero de 1983. Aquel primer contrato estuvo favorecido por la cercanía y la empatía que había surgido con el Dr. Laffón, fruto de nuestra colaboración en el Dispensario "La Gota de Leche". El Dr. Laffón fue para mí un maestro excepcional. Me enseñó lo que no aparece en los libros: la actitud, el respeto y la sensibilidad que debe tener un médico ante el niño y su familia. Su frase —*"Cuando un niño enferma, enferma la familia"*— ha guiado mi ejercicio profesional hasta hoy.

Reconozco que en aquella etapa inicial mis carencias eran muchas: escasa experiencia, desconocimiento del trabajo interdisciplinar y limitada formación en lo que hoy denominamos Pediatría Social, basada en la comprensión del niño como ser bio-psico-social. Sin embargo, traté de suplir esas limitaciones con entusiasmo y dedicación al incorporarme a una institución marcada por la huella de directores médicos de gran prestigio, como el profesor Dr. José González Meneses y el propio Dr. Laffón.

El centro que encontré era una Macroinstitución clásica: techos altísimos, habitaciones enormes repletas de camas, ausencia de aseos tal como hoy los entendemos, y una iglesia cuya magnitud y retablo impresionaban a cualquier visitante. En aquellos años (1968-1972), la Casa Cuna disponía de 266 plazas y mantenía una ocupación cercana a los 210 niños. Era la expresión más fiel del modelo asistencial de beneficencia propio de la época. Gracias a los avances sanitarios —dietética, antibióticos, medicina preventiva— la mortalidad había disminuido drásticamente, en contraste con la elevada mortalidad de épocas anteriores.

La morbilidad presentaba particularidades propias del contexto institucional, que detallaré más adelante. Pero lo más preocupante era la ausencia de una respuesta social y psicológica adecuada. El centro carecía de profesionales especializados en estas áreas y la atención escolar interna recaía en la comunidad religiosa y en un profesor de música. Los niños estaban bien alimentados, aseados y vestidos, pero su desarrollo psicológico, su integración social y su futuro profesional eran claramente deficientes. Muchos presentaban graves problemas de conducta que, con el tiempo, los hacían especial-

mente vulnerables a comportamientos antisociales.

Habíamos superado la fase exclusivamente sanitaria y se imponía la apertura de una etapa "educativa", basada en un enfoque integral. Era necesario sustituir la visión asistencialista por un modelo centrado en el desarrollo global del niño. En resumen, sobraban médicos y faltaban profesionales de la infancia capaces de ofrecer una atención multidisciplinar. Al mismo tiempo, era imprescindible avanzar desde la beneficencia hacia el reconocimiento del menor como sujeto de derechos.

Cuando compartí estas inquietudes con el Dr. Laffón, me respondió con una frase que marcó mi compromiso definitivo con el Centro: *"Ignacio, tienes razón. Es una nueva etapa y te toca a ti"*. Aquellas palabras significaron para mí la entrega de un testigo y la asunción de una responsabilidad que no podía eludir, ni por respeto a quienes habían dedicado su vida al Centro ni, sobre todo, por lealtad a los niños (Figura 1).

Debo agradecer también la confianza y el apoyo de las sucesivas corporaciones políticas y funcionariales. Sin su colaboración, el proceso de transformación no habría sido posible. La historia del exitoso camino hacia la desinstitucionalización y la creación de alternativas de protección representa un hito en la trayectoria de nuestra Corporación Provincial. Fue fruto de un trabajo conjunto, comprometido y generoso, que logró constituir una *"auténtica familia"* en torno al interés superior del niño,



Figura 1

principio que la Convención de los Derechos del Niño de 1989 consolidaría posteriormente y que no debemos permitir que caiga en el olvido.

II. Evolución de la Pediatría Social en España: de la Puericultura al enfoque bio-psico-social

La Pediatría Social es el resultado de un largo proceso histórico que comenzó a tomar forma en la segunda mitad del siglo XIX, cuando las altísimas tasas de mortalidad infantil obligaron a articular respuestas sanitarias, higiénicas y educativas. Las *Gotas de Leche*, surgidas en 1903, representaron los primeros espacios donde pediatras, puericultores, madres donantes y entidades benefactoras trabajaron conjuntamente para mejorar la salud infantil en escenarios marcados por la pobreza y la desigualdad.

En este recorrido destaca con fuerza la figura de Carlos García Caballero, verdadero maestro e impulsor de la Pediatría Social en España, como se recoge en el *Cuaderno n.º 26* de la Asociación Española de Pediatría, (AEP), a él nos remitimos.

La definición contemporánea de la Pediatría Social como un campo interdisciplinar —médico, psicológico, educativo y jurídico— es fruto de esta evolución y refleja también las transformaciones institucionales y la apertura de nuevas medidas de protección con perspectiva de derechos. A lo largo del siglo XX, la protección a la infancia transitó desde un modelo de caridad moral a otro fundamentado en la juridificación de sus derechos (Tabla1). Este cambio tuvo profundas implicaciones en la redefinición de los centros de acogida, en las políticas familiares y, especialmente, en el proceso de desinstitucionalización.
La aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), ratificada por España en 1990, supuso un punto de inflexión. Sus cuatro principios rectores (Tabla2), introdujeron un nuevo paradigma: la infancia dejó de ser objeto de tutela pasiva para ser reconocida como sujeto de derechos con capacidad jurídica progresiva.

Siglo XX, Principales hitos internacionales en la evolución de los derechos del niño (tabla1).

Año	Documento	Organismo
1924	Declaración de los Derechos del Niño	Sociedad de Naciones
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos	ONU
1950	Convención Europea de Derechos y Libertades (Tratado de Roma)	Consejo de Europa
1959	Declaración de los Derechos del Niño	ONU
1961	Carta Social Europea	Consejo de Europa
1967	Convención Europea sobre Adopción (rev. 2008)	Consejo de Europa
1975	Convención sobre Estatuto Jurídico de Nacidos Fuera del Matrimonio	Consejo de Europa
1980	Convención Europea sobre Custodia	Consejo de Europa
1986	Carta Europea de los Derechos del Niño	Parlamento Europeo
1989	Convención sobre los Derechos del Niño	ONU
1992	Carta Europea del Niño Hospitalizado	Parlamento Europeo

Tabla 2. Principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño

Principio	Contenido esencial
No discriminación	Igualdad ante la ley para todos los niños (Art. 2).
Interés superior del niño	Debe prevalecer sobre cualquier otro interés (Art. 3).
Supervivencia y desarrollo	Derecho a la salud, educación y bienestar (Art. 6).
Participación	Derecho a ser escuchados en decisiones que les afecten (Art. 12).

La referencia a la legislación española, se especifica en la presente Tabla 3.

Año	Norma	Impacto en la institucionalización
1849	Ley de Beneficencia	Consolida hospitales, hospicios y casas cuna bajo responsabilidad pública.
1904	Ley de Protección de la Infancia	Introduce la intervención estatal en abandono y maltrato.
1910	Ley de Puericultura	Fomenta la asistencia materno-infantil y la prevención.
1929	Seguro de Maternidad	Reconoce la importancia del binomio madre–hijo.
1932	Supresión del torno	Fin del anonimato absoluto en el abandono institucional.
1987	Reforma del Código Civil	Acogimiento familiar como medida prioritaria.
1996	Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor	Moderniza el sistema, prioriza la permanencia familiar.
2015	Ley de Protección de la Infancia y la Adolescencia	Refuerza el enfoque de derechos y limita la institucionalización.

III. Antecedentes históricos de las Casas Cuna en España

La atención a los expósitos tiene raíces medievales, pero fue entre los siglos XVI y XIX cuando las ciudades españolas organizaron estructuras estables para acoger a los niños abandonados. Las Casas Cuna, Inclusas u Hospicios se integraron en sistemas corporativos —cofradías, hermandades, diputaciones— que financiaban su funcionamiento mediante limosnas, impuestos o donaciones.

El torno permitía el abandono anónimo del recién nacido. Era un mecanismo socialmente aceptado para evitar el infanticidio, pero también reflejaba la idea del niño como objeto pasivo de caridad. Su supresión (1932) marcó el inicio del tránsito hacia modelos más humanizados.

A finales del XIX, el Estado asumió mayor responsabilidad:



Figura 2

- profesionalizó la asistencia,
- incorporó personal sanitario,
- estableció registros,
- y convirtió las antiguas inclusas en centros pediátricos.

La transformación no fue homogénea, pero las grandes capitales —Madrid, Sevilla, Barcelona, Valencia — sirvieron como referencia.

A finales del siglo XX, la evidencia científica demostraba que la separación temprana del niño de su entorno familiar tenía efectos perjudiciales en el desarrollo cognitivo, emocional y social. Las aportaciones de Bowlby, Spitz, Ainsworth y la psicología del apego fueron decisivas. La Convención del Niño consolidó el principio del "interés superior" como eje de decisión en cualquier proceso de protección.

Los estudios nacionales mostraban: retrasos evolutivos, dificultades de lenguaje, carencia de figura de referencia, problemas de conducta en adolescencia y escasa integración social posterior, evidenciando la necesidad de reducir la institucionalización prolongada, especialmente en menores de 0–6 años.

IV. La Casa Cuna en proceso de desinstitucionalización.

Cuando asumí la dirección de la Casa Cuna de Sevilla (el entonces Centro Provincial Infantil y Maternal de la Diputación) tuve la oportunidad de acercarme de primera mano a una de las historias más intensas y prolongadas de la protección a la infancia en nuestra tierra: la de los niños expósitos. Fueron sin duda las raíces de mi dedicación a la Pediatría Social. Pronto descubrí que en el archivo de la institución se conservaba, con un rigor sorprendente, la documentación relativa a los niños expósitos desde 1613 hasta 1910. Aquellas páginas guardaban la memoria de siglos de abandono familiar y social, pero también del esfuerzo institucional y por atender a los más desvalidos.

La investigación del profesor León Carlos Álvarez Santaló, recogida en su obra "Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental. Expósitos de Sevilla, 1613-1910", ayudó a poner palabras y contexto a lo que aquellos documentos mostraban. Durante mucho tiempo, el niño abandonado fue considerado objeto de caridad, destinatario de la beneficencia, más que sujeto de un derecho. El torno o la rueda, que permitía depositar en secreto al recién nacido, simbolizaba este modelo: el anonimato, la renuncia y la entrega a la institución, que registraba meticulosamente cada detalle de su llegada (Figura 2).

Este mismo proceso histórico fue estudiado también por la doctora María del Carmen Giménez Muñoz, que con su trabajo "Breve historia de los establecimientos benéficos en Sevilla desde su fundación hasta 1900" analizó la transición de una asistencia social, inicialmente en manos de la Iglesia y de iniciativas privadas, hacia una política asistencial progresivamente gestionada por los poderes públicos.

La mirada conjunta de estos investigadores nos permite comprender mejor la larga etapa en que la infancia abandonada se concebía como problema a resolver por la beneficencia pública basándose en una mezcla de deber moral, compasión y responsabilidad social que, si bien trataba de paliar la desgracia del abandono, no reconocía al niño como sujeto de derechos.

Cuando en 1972 me hice cargo de la dirección de la Casa Cuna, todo ese trasfondo estaba presente. Sentía que, de algún modo, caminaba entre la memoria de los viejos libros de registro y la realidad viva de los niños acogidos en aquellos años. Pronto comprendí que había que impulsar un cambio profundo para superar el concepto de beneficencia afirmando la protección de la infancia como un derecho.

Permanecí en el cargo hasta el 1 de enero de 1983, fecha en que presenté mi renuncia al mismo forzado por la entrada en vigor de la Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, pese al evidente descontento del entonces presidente de la Diputación D. Manuel del Valle Arévalo. Todavía guardo en la memoria sus palabras, que me impresionaron y reconfortaron: *"Una cosa es firmar la excedencia voluntaria de un funcionario y otra, la pérdida para los niños de un padre."* Es cierto que no se puede sustituir la figura paterna ni la de la familia, pero aquellos niños me veían como una referencia masculina cercana en quien podían confiar.

Recuerdo con nitidez escenas que aún me conmueven: aquel niño de nueve años que esperaba mi llegada al Centro, subido a un pilar para preguntarme si lo visitarían el fin de semana, o aquel otro que, al ver a compañeros marcharse con sus nuevos padres adoptivos, me rogaba que le buscara una familia. Estas situaciones dejan huellas imborrables.
La apertura a innovaciones y cambios institucionales fue un paso obligado. Las llamadas "familias amigas", que más tarde se consolidarían en la figura legal de la familia de acogida, nacieron entonces como respuesta valiente a la necesidad de evitar el deterioro emocional de los niños. Carecíamos de respaldo normativo, pero contamos con el asesoramiento del Teniente Fiscal de la Audiencia Provincial de Sevilla, D. Alfredo Flores Pérez, cuya cercanía y apoyo resultaron decisivos. Nos guiaba un principio claro: el derecho de los niños a un desarrollo sano debía estar por encima de cualquier formalidad administrativa.

No fueron decisiones fáciles. En ocasiones, tuvimos que afrontar adopciones contra el consentimiento de familias biológicas que, aun rechazando hacerse cargo, se resistían a perder un vínculo puramente formal. Llegamos

a vivir amenazas, incluso físicas. Pero el equipo siempre supo mantenerse firme, convencido de que cumplíamos con nuestra obligación y reconfortado al ver cómo la vida de los niños cambiaba radicalmente gracias a estas medidas. Quiero destacar, en este sentido, la valentía de nuestra trabajadora social, M.ª José Harto Vera, quien asumía visitas domiciliarias en zonas muy conflictivas, siempre con el chofer aguardando con el coche encendido para garantizar su seguridad.

En aquella época, la labor del Director Médico, además de sus responsabilidades legales y representativas, se centraba en actuaciones puramente médicas y en definir las líneas generales de asistencia, aspecto este último que posteriormente se elevaba a la Diputación. Sin embargo, las tareas que hacían posible el funcionamiento diario y la atención asistencial eran gobernadas por la Superiora y el Administrador. En el ámbito de las decisiones políticas y administrativas, el Diputado Visitador, actuaba como nexo de unión con la Corporación.
El problema radicaba en que habíamos superado una etapa sanitaria y debíamos dar paso a una nueva fase, que denominábamos "socio-educativa". Esto reflejaba la necesidad de sustituir la visión "solo asistencial" por una atención integral basada en un enfoque bio-psico-social**.** En otras palabras, sobraban médicos y faltaban profesionales especializados en la infancia, capaces de garantizar una atención más completa. Al mismo tiempo, debíamos evolucionar desde la concepción de beneficencia (como ayuda gratuita) hacia el reconocimiento de los niños como sujetos de derechos**.**

El cambio no habría sido posible sin la colaboración y apertura de la Comunidad Religiosa ni la disposición del personal del Centro para aceptar y adaptarse a esta transformación. Por ello, no quiero cerrar este prólogo sin expresar mi más sincero agradecimiento a las Hijas de la Caridad y a todos los trabajadores que, con esfuerzo y sacrificio, se entregaron al bienestar de los niños. Su actitud ante este profundo cambio fue ejemplar: a pesar de sus lógicas dudas y temores sobre posibles perjuicios personales, siempre pusieron por delante el bienestar de los pequeños.

Es justo reconocer el esfuerzo de todas las personas que participaron en esta etapa, la más gratificante y enriquecedora de mi vida. Fue un periodo de gran impacto personal y profesional, cuyas enseñanzas han dejado una huella imborrable y condicionantes en mis posteriores responsabilidades. Me consta que este sentimiento es compartido por quienes vivimos con ilusión y entrega aquella transformación, y que sigue reflejado en la amistad que mantenemos, en la continuidad de nuestras actividades colaborativas en beneficio de la infancia, y en mi permanente vinculación —aun estando en excedencia voluntaria con— la querida "Casa Palacio", referencia coloquial a la Diputación Provincial de Sevilla que tenía su sede en la Plaza del Triunfo.
Finalmente, no puedo dejar de agradecer la confianza y el apoyo de las sucesivas Corporaciones políticas y funcionariales, sin los cuales este reto no habría sido posible. Mi profundo reconocimiento a todos ellos.

Mis primeros cuatro años en la Casa Cuna (1968-1972) fueron esenciales para comprender su estructura y funcionamiento, aprendizajes clave cuando asumí la Dirección del Centro (1972-1983), tras superar la correspondiente oposición.

Los niños de la Casa Cuna fueron mis verdaderos maestros. Ellos me enseñaron:

- La importancia de la familia en el desarrollo personal, social e intelectual del niño. Debía evitarse a toda costa la institucionalización en edades tempranas (0-6 años, y especialmente 0-3 años), fomentando alternativas como las *familias amigas* o *familias de acogida.*
- El valor de la sensibilización, el compromiso profesional y el trabajo interdisciplinar e intersectorial, sin olvidar la formación y la investigación

en pregrado y posgrado.
- El papel del pediatra como defensor de la infancia, abogando siempre por los derechos del menor.
- La necesidad de un soporte social e institucional adecuado, tanto público como privado, para garantizar el éxito de los proyectos.

Así pues, mi vocación por la Pediatría Social nació en la Casa Cuna y en la Gota de Leche de Sevilla. El contacto cercano con menores y familias que afrontaban problemáticas a veces desgarradoras me marcó profundamente, comprometiéndome profesionalmente en un momento clave para el desarrollo de esta disciplina en España.

Este campo requiere profesionales con una sensibilidad y entrega especiales: generosos, abiertos al asesoramiento y sin protagonismos. Son actitudes profundamente vocacionales. Compartir experiencias con compañeros igualmente comprometidos en distintas regiones de España ha sido un privilegio y un gran apoyo en mi labor. Expreso aquí mi reconocimiento más sincero a todos ellos.

V. La familia, centro del desarrollo del menor

El primer punto que quiero destacar es la importancia de la familia en el desarrollo personal, social e intelectual del niño. Esta fue la principal enseñanza que recibí al incorporarme a la Casa Cuna y me llevó a la firme convicción de evitar, siempre que sea posible, la institucionalización en edades clave; es decir, dentro de los seis primeros años de la vida, especialmente en los tres primeros años.

La profunda transformación social de los últimos años ha llevado a redefinir el concepto de familia, pasando de un modelo único a una diversidad de estructuras familiares, que no es óbice para que, en todas las culturas, la familia se constituya como el agente primario promotor de salud y calidad de vida del individuo (OMS, Ginebra, 1981), lo que exige una adecuada protección social, jurídica, política y económica. Núcleo central de los agentes socializadores, seguida por la escuela (incluidos los servicios sociales asociados) y, en círculos más amplios, por el barrio, los iguales, la cultura de la sociedad, los medios de comunicación y las instituciones políticas y religiosas. Como bien dice el proverbio africano: *"Para educar a un niño, hace falta la tribu entera."* Sin duda, los pediatras desempeñamos un papel clave tanto en el ámbito familiar como en el desarrollo infantil durante las primeras etapas de la vida.

El impacto de la familia en el desarrollo infantil

Durante los primeros años, el cerebro del niño está en pleno desarrollo anatómico, fisiológico y funcional.
Un elemento fundamental en este proceso es la construcción de vínculos afectivos sólidos que proporcionen seguridad y autonomía. Este vínculo debe reforzarse desde el nacimiento, fomentando la interacción entre padres e hijos. La calidad de esta relación fortalece el buen trato hacia los menores, favorece su desarrollo evolutivo y genera confianza en los progenitores.

En la Casa Cuna, la demanda de afecto por parte de los niños era, en muchas ocasiones, abrumadora. Esta realidad evidencia finalmente las dificultades que enfrentan los menores criados en macrocentros institucionales, donde la ausencia de una figura de referencia como modelo a seguir puede afectar gravemente su desarrollo futuro, a menos que existan mecanismos de resiliencia.

Uno de los cambios más significativos de inicio, fue la mejora en la comunicación entre los niños y sus familias. Se pasó de un régimen de una visita mensual a un modelo de disponibilidad abierta, detallado en un tríptico informativo cuyo contenido se explicaba individualmente a cada familia, concien-

ciándola sobre su importancia y responsabilidad en el desarrollo del niño.

La llegada de la psicóloga Encarna María Sánchez Espinosa permitió profundizar en la evaluación del entorno afectivo de los niños. Su primera impresión fue reveladora: *"La necesidad de contacto físico de estos niños es impresionante".* A los pocos días de su incorporación, los pequeños la seguían constantemente, lo que confirmaba la falta de experiencias vitales, estímulos, individualización y pertenencia, así como un importante retraso en el desarrollo del lenguaje (Figura 3).

Pude constatar que no se trataba de cantidad de contactos, sino de cuidar la calidad de los mismos. Cada momento de interacción era una oportunidad para generar seguridad y confianza en los niños. A lo largo de los años, una de mis mayores satisfacciones ha sido encontrarme con antiguos residentes que, con cariño, me reconocen por la calle, o recibir en mi consulta a los que llamo "nietos pediátricos".

La búsqueda de orígenes biológicos

Un aspecto crucial en los casos de adopción es el derecho del niño a conocer sus orígenes biológicos. Este derecho está ampliamente reconocido, pero en contextos de adopciones institucionales antiguas puede resultar difícil de satisfacer.

Hay que pensar que hasta 1996 (Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor) si una mujer daba a luz en un hospital podía solicitar total anonimato, una opción que hoy en día no es posible, ya que prevalece el derecho del niño a conocer sus orígenes. Recuerdo el dolor de muchas madres al entregar a sus hijos en adopción. Sus palabras aún resuenan en mi memoria: *"Por favor, doctor, búsquele unos buenos padres".* Los registros de la época solo contenían datos sobre el niño, sin reflejar información sobre la madre si esta no deseaba proporcionarla. Por ello, muchas solicitudes de búsqueda se encuentran con obstáculos administrativos insalvables.

Los "niños de los contenedores": una realidad que aún persiste

El derecho del menor a conocer sus orígenes biológicos y la imposibilidad legislativa del anonimato materno han dado lugar a fenómenos trágicos como los denominados "niños de los contenedores". Son casos esporádicos, pero de enorme impacto social, y desgraciadamente de difícil solución.

Es imperativo reforzar la protección a las familias y la prevención de estas y otras similares de abandono, ofreciendo apoyo psicológico, social y económico para evitar que ninguna madre se vea obligada a tomar una decisión tan desgarradora.



Figura 3

VI. El edificio moderno y la etapa provincial (finales del siglo XIX – primer tercio del XX)

En 1876, la Casa Cuna figura ya entre los centros dependientes de la Diputación Provincial de Sevilla (probablemente desde la Ley de 20 de junio de 1849). La construcción de la nueva Casa Cuna fue un proyecto promovido por la Junta de Señoras, presidida por Doña Regla Manjón Mergelina, viuda de Sánchez-Bedoya, con la colaboración de otras damas sevillanas (Figuras 4,5,6,7).

Con tal fin, en 1913 cedió a la Diputación su finca Huerta de San Jorge, entonces situada en las afueras, al norte de la ciudad, a la que se accedía por la prolongación del camino de Miraflores. La Diputación respondió dotando a Sevilla de un edificio acorde con sus fines benéficos y con el prestigio de la capital. La obra —considerada modélica— es una de las más importantes del arquitecto Antonio Gómez Millán. Proyectada en 1912, con un presupuesto aprobado de 299.205,42 pesetas, las obras principales se realizaron entre 1914 y 1916, en estilo regionalista. La primera piedra fue colocada por Sus Majestades, el rey D. Alfonso XIII y su esposa Dña. Victoria Eugenia, el 11 de febrero de 1914 y bendecida por el Cardenal Enrique Almaraz. El proyecto original contemplaba ocho edificios integrados en un parque, aunque por razones económicas solo se ejecutó una parte (Figuras 8,9,10).

En 1917, la Diputación Provincial de Sevilla asumió por completo el mantenimiento y la administración del centro, en cumplimiento de la Ley de Régimen Local sobre su acción tutelar. Se procedió entonces al traslado de los menores, con personal femenino remunerado (90 pesetas mensuales), además del cuadro médico. En total, 86 mujeres: 22 niñeras, 49 amas y 15 religiosas Hijas de la Caridad (Orden de San Vicente de Paúl), con su título de enfermeras.

Poco después fue nombrado director Don José González-Meneses Jiménez, quien redujo la mortandad en aquella difícil época. Pronto se in-



Figuras 4, 5, 6, 7







La inauguración oficial fue en noviembre de 1916 con la presencia de la Junta protectora, Hermanas y autoridades.

Figuras 8, 9 y 10



Figura 11

corporaron al Centro D. Guillermo Rodríguez Izquierdo y D. Manuel Laffón Soto los cuales, junto con el citado director, contribuyeron a aquella transformación sanitaria y pediátrica que situó a "la Cuna" en niveles óptimos de salud. El Dr. Laffón, Académico de la Real Academia de Medicina de Sevilla, continuó con la dirección del Centro Provincial Infantil y Maternal (1951–1972), que fue el nuevo nombre que dieron a la antigua Casa Cuna.

En 1932 había 198 niños acogidos; las mayores no pasaban de siete años, pues a partir de esa edad eran derivadas al Hospicio Provincial. La Segunda República suprimió el torno donde se depositaban los niños abandonados, aunque se mantuvo el anonimato en la entrega si la familia lo solicitaba.

En nuestro centro, en la preciosa sala de Juntas, conservábamos verdaderas joyas del historial institucional, como el Libro de Protocolo de la Casa Cuna de Sevilla**,** con valiosos grabados en excelente estado de conservación (Figuras 11 y 12).

También disponíamos de una biblioteca con libros perfectamente catalogados, donde se registraban las inscripciones de los niños desde 1613, seguidas por el nombre que se les asignaba y, en la mayoría de los casos, con la anotación *"murió"*).

En esas anotaciones quedaba constancia de las señas que acompañaban al niño —una medalla, una cinta, un papel— y de la asignación inmediata a una nodriza. Sin embargo, detrás de la precisión administrativa se escondía una realidad trágica: en algunos periodos, más del 70% de los pequeños no sobrevivía a los primeros meses de vida.

VII. Las Hijas de la Caridad y Miguel Pedro España Sevilla.

"*Un destino compartido"*

La historia de la Casa Cuna de Sevilla, está marcada por una entrega silenciosa de la **Comunidad de las Hijas de la Caridad**, que desde 1838 se hicieron cargo del gobierno interior y del cuidado de los niños expósitos. Todas dejaron memoria de abnegación y fe, enraizada en la espiritualidad vicenciana, pero también de un estilo de trabajo bien hecho, sostenido en medio de enormes dificultades. La Diputación, tras largos años de silencio, reconoció en 1980 los derechos sociales y laborales de las Hijas de la Caridad, con un convenio que dignificó su entrega. Fue un acto de justicia, aunque tardío, hacia mujeres que habían dado toda su vida a la infancia abandonada.

A esta labor se suma, como fruto y símbolo de esa misma institución, la vida insólita de Miguel Pedro España Sevilla, niño abandonado en el torno



Figura 12

en 1929 y que acabaría siendo administrador de la misma Casa Cuna. La narración de ambas trayectorias, comunitaria y personal, ilustra un mismo principio: poner al niño en el centro, incluso en condiciones de extrema precariedad (Figura 13).

El 17 de octubre de 1929, coincidiendo con una visita de la Asamblea de Diputaciones a la Casa Cuna —celebrada con ocasión de la Exposición Iberoamericana— fue depositado un recién nacido en el torno del Centro



Figura 13

(Figura 14). Sería bautizado como Miguel Pedro España Sevilla, en honor a Miguel Primo de Rivera, y Pedro, por D. Pedro Parias, a la sazón Presidente de la Diputación de Sevilla, los apellidos le identificaban para siempre con la Patria y con Sevilla.

La Diputación lo acogió bajo su protección, con la peculiaridad de que en 1933 se ratificó una cláusula que prohibía su prohijamiento: protegido, pero también confinado. Intentos de adopción de familias notables fueron impedidos por esta disposición. Aun así, Miguel nunca lo lamentó; consideraba su vida un regalo inmerecido.

Su infancia estuvo marcada por el Ama N.º 2, mujer que lo amamantó, lo siguió como niñera, más tarde se casó con el portero y terminó siendo su madre de hecho y abuela de sus hijos. Ese vínculo afectivo fue su raíz. Junto a ella, el trato de las Hermanas completó su educación moral y religiosa, además de sus primeras letras mediante el método Montessori (Figura 15).

Su itinerario escolar pasó por los Salesianos de Utrera, pero los estudios académicos no se ajustaban a sus capacidades, lo que le produjo sufrimiento: sentía no poder corresponder a lo mucho que había recibido. Y, sin embargo, la vida le reservaba un lugar clave: no como "hijo destacado" en el campo



Fue prohijado un niño por las Diputaciones españolas

Hace 75 años 1929 martes

■ En Sevilla, los miembros de la Asamblea de Diputaciones habían visitado el Manicomio y la Casa Provincial de Expósitos. Cuando se encontraban en ésta, se enteraron de que horas antes había sido depositado un niño. Entonces acordaron que fuese prohijado por todas las Diputaciones de España, y que actuase de padrino el presidente de la Diputación de Sevilla. Se le impusieron el nombre de Miguel, como homenaje al Marqués de Estella, y los apellidos de "España", como homenaje a la nación, y de "Sevilla" por haber nacido en aquella ciudad.

Diario de Sevilla - 22-Oct-04

Figura 14

de las letras, sino como trabajador incansable y honrado servidor de la Casa Cuna y de la Diputación.

La historia de la Casa Cuna de Sevilla se comprende, así, como la suma de dos corrientes convergentes: la comunidad entregada de las Hijas de la Caridad y la biografía ejemplar de un niño expósito que, hecho hombre, regresó para cuidar de la casa que lo cuidó, motivo del trabajo premiado por la Real Academia de Medicina de Sevilla Sevilla titulado *"Casa Cuna de Sevilla. Análisis clínico-humanista de una vivencia Institucional" del psicólogo del Centro Andrés Esteban Arbúes, publicado en las Memorias Académicas del 2.008, un verdadero homenaje a la figura de Miguel expuesto en sesión científica de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla* (Figura 16).



Figura 15



ACADEMIA 2 abril 2009. Presentación del trabajo premiado.

Figura 16

VIII. Casa Cuna – periodos atencionales

Sus tres periodos de atención (1917-1991)

El Centro Provincial Infantil y Maternal (antigua Casa Cuna) ha sido un modelo de atención socio-pediátrica-educacional, aún dentro de una estructura macro institucional. Su historia puede resumirse en los siguientes tres periodos:

1. Etapa socio-sanitaria marcadamente sanitaria (1.917-1.972) bajo la Dirección de los Doctores D. José González Meneses Jiménez y D. Manuel Laffón Soto (Figuras 17 y 18).

2. Etapa de atención socio-educativa con proyección de cambio, dentro aun de una estructura macro institucional, en el periodo 1.973 - 1.983, bajo la Dirección del Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez que se puede resumir en los siguientes aspectos: desmasificación con búsqueda de alternativa a la institucionalización; ambientación, con cambios estructurales; y desarrollo psicopedagógico (Figura 19).



Figura 17. *Dr. José González Meneses*

Desde 1.983 - 1.986, bajo la Dirección del Dr. Antonio González Meneses y González Meneses en donde se termina de sentar las bases de una reestructuración total del sistema y cierre del Macrocentro al completarse la etapa de transformación 1.986 – 1991 denominada "NOS MUDAMOS" bajo la Dirección del Prof. D. Manuel Acevedo Nieto, basado en una serie de programas alternativos al internamiento (Figura 20).



Figura 18. *Dr. Manuel Laffón Soto*



Figura 19. *Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez*

ETAPA SOCIO-SANITARIA (1917-1972) (Figura 21)

El Prof. González Meneses, Catedrático de Enfermedades de la Infancia en la Facultad de Medicina de Sevilla, había comenzado a prestar sus servicios a la Diputación Provincial en 1909 en el Hospital Central. Impulsó la construcción del Centro, que dirigió desde 1919 hasta su jubilación en 1952. Introdujo mejoras fundamentales, entre ellas la posibilidad de que las madres solteras permanecieran junto a sus hijos, los amamantaran y cuidaran, percibiendo un pequeño sueldo, para que no tuvieran que dedicarse a trabajar. Esta medida, innovadora, supuso una auténtica defensa del binomio madre-hijo, redujo la mortalidad y dignificó la maternidad. Para conseguirlo entabló una lucha firme contra los prejuicios que se oponían a toda innovación; sirva de



Figura 20. *Dr. Antonio González Meneses y González Meneses*

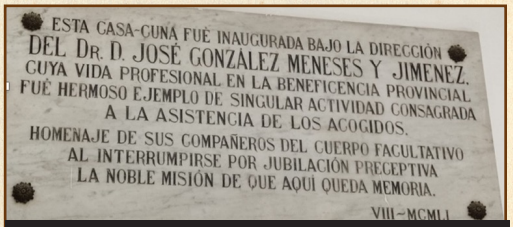


Figura 21

ejemplo el hecho de que, a las madres solteras, que se implicaban como niñeras, solo se le permitía ingresar un hijo en la Institución. Así mismo, bajo su dirección se vivió la etapa del inicio de la progresiva reducción de la alarmante mortandad institucional de la época (Figura 22).

En su discurso de apertura del curso académico 1935-36, González Meneses explicó el concepto de *Instituto de Maternología y Puericultura*, destacando el paso de una Casa de Expósitos a un centro de atención integral a la madre y al niño, con programas de apoyo a embarazadas, madres lactantes y nodrizas. Subrayaba así un principio que hoy sigue vigente: "no separar al niño de su madre".

La transcripción del mismo nos permite adentrarnos en los aspectos funcionales del Centro en sus inicios:

"Así llamamos actualmente a las antiguas Casas de Expósitos y Casas Cuna. Estas han experimentado en muchas localidades de España una completa transformación, más en consonancia con el sentir científico moderno. Ya no son establecimientos cuya misión principal consistía en amparar al niño expósito, que ingresaba en la casa por medio del misterioso torno. Este tuvo su época que afortunadamente, pasó para siempre.

Estos Institutos, cuando son completos, tienen un departamento destinado a la mujer embarazada, donde ésta se asila y recibe los cuidados necesarios, de todos órdenes, que exige su delicado estado. Después de parida pasa con su hijo, a otro departamento del Instituto que se llama «Asilo de madres lactantes»; allí amamanta al niño y es debidamente cuidada hasta que éste cumple diez o doce meses; entonces, esta madre dada de alta, para dejar su plaza a otra. Los sevillanos tenemos en la Avenida de Miraflores uno de estos Institutos que funciona bajo un reglamento inspirado en las más modernas concepciones de la Puericultura.

La Diputación Provincial, que, como sabemos, sostiene este establecimiento, tiene un magnífico proyecto, ya completamente estudiado, para labrar, en el jardín que precede al edificio, el Asilo para embarazadas o servicio tocológico; pero hasta que así pueda ser, este servicio se encuentra hoy instalado, con todo lujo de



Figura 22

detalles, en el Hospital Central, bajo la dirección del profesor Recasens.

Los niños nacidos aquí son llevados con sus madres al Asilo de Madres lactantes. Estas madres reciben un pequeño sueldo, de veinticinco pesetas, por criar a su propio hijo, cosa al parecer extraña pero que tiene por objeto estimularlas para que vayan al Instituto y además representa una muestra de la importancia que para la Diputación tiene la vida de un ciudadano; con esas pesetas la madre constituye un pequeño fondo que puede servirle para sustentarse a la salida del establecimiento, durante un par de meses, hasta que orienten nuevamente su vida. Estas madres en ocasiones pueden criar a otro niño a más del suyo, cuando el médico lo juzgue conveniente, recibiendo por ello mayor sueldo

Para los niños abandonados o cuya madre murió, tiene esta Institución nodrizas muy bien retribuidas; y es condición reglamentaría para que ingresen como tales nodrizas, presentación de certificado de defunción de su hijo o de haber cumplido cinco meses.

Con el amparo y protección que se presta a la madre en estos centros es seguro que ésta no abandonará al niño; así resulta que el número de verdaderos expósitos es casi nulo en nuestra provincia. Y por cierto que, los pocos que existen, son prohijados por matrimonios caritativos sin hijos. Los resultados estadísticos que se han conseguido desde que se transformó el régimen de nuestra antigua Casa Cuna, son alentadores; el aspecto del niño cuidado y amamantado por su propia madre es muy distinto al del antiguo expósito abandonado, y la tristeza que producía la visita de estos establecimientos se ha tornado en satisfacción y alegría; para ello no ha sido necesario más que cumplir aquel precepto fundamental de la Puericultura que tantas veces hemos repetido, «no separar al niño de su madre».

Reciba, desde esta alta Cátedra Universitaria, la Diputación Provincial, por expresión del más modesto de los Catedráticos, rendidas gracias en nombre de la Provincia de Sevilla que encuentra atendida una de sus más delicadas y simpáticas misiones, la de velar por los niños".

La vinculación del Dr. Manuel Laffón Soto a la Casa Cuna, fue el 7 de marzo de 1,927 (con sólo 25 años de edad) y como director por jubilación del Prof. González Meneses el 31 de agosto de 1951. En el momento de su jubilación el 28 de agosto de 1972 había superado los 45 años de ejemplar servicio al CPI.

A D. Manuel, como cariñosamente lo llamábamos los que tuvimos la fortuna de tratarlo, se le recuerda no sólo por su gran categoría profesional, sino también por su sencillez y humanidad, virtudes que, trasladada a su quehacer médico, lo convierten en un pionero de la moderna Pediatría Social, entendida —como decía el Prof. Debré— *"como un modo de ser".*

Su actitud ante la medicina y especialmente ante la Pediatría, lo llevaba a interesarse por el niño enfermo y por el niño sano, no solamente en lo que respecta a su individualidad, sino también al conocimiento del entorno y medio ambiental en que se desarrollaba. Esta actitud no era muy bien entendida en aquella época por algunos médicos clínicos, como él mismo manifestaba en su ponencia inaugural del curso 1946-47 de la Sociedad Médica de Hospitales de Sevilla.
La etapa que le tocó cubrir a D. Manuel en la Casa Cuna estuvo llena de especiales dificultades de índole sanitaria, como lo demuestra que, en 1927, año de su incorporación, la mortalidad infantil del Centro rozaba la mitad de los acogidos (concretamente un 47,2 %), motivada fundamentalmente por debilidades congénitas y problemas nutricionales e infecciosos. El año más trágico fue 1929,

con la muerte de 107 niños de los 183 que residían en el Centro.

A partir de 1940 estas cifras se redujeron considerablemente. Los avances higiénicos y de medicina preventiva —especialmente el uso de vacunas—, la mejoría de la nutrición con la aparición de la dietética científica y la disponibilidad de fármacos antiinfecciosos, como antibióticos y sulfamidas, fueron, entre otros, los motivos que condujeron a la práctica desaparición de la mortalidad institucional, como se refleja en el gráfico evolutivo. Un ejemplo de su preocupación nutricional era que el Dr. Laffón vigilaba diariamente la densidad de la leche destinada a los niños, entre sus otras obligaciones (Figura 23).

En el análisis de la gráfica de mortalidad del período 1949-1977 podemos apreciar dos importantes picos, correspondientes ambos a epidemias de sarampión, quedando igualmente manifiesta la desaparición de la mortalidad infantil en el Centro. Ello abrió el camino a lo que hemos denominado una nueva etapa "socio-educativa", filosofía que se consolidó en 1974, al ser aceptado por la Diputación Provincial que el CPI se incorporara al área de Educación, más acorde con su realidad. Esta estrategia favorecía el encauzamiento de las propuestas que sucesivamente se iban planteando en el desarrollo del proyecto y, más adelante, su integración en el área de Sanidad y de Servicios Sociales.

Legado de especial interés, respecto a lo anteriormente reseñado, constituye el dejado por el Diputado visitador del Centro en 1930 a través de los siguientes interesantísimos gráficos, que fueron dedicado por él mismo a los artífices de dicha etapa sanitarias, Dres. José González Meneses, Manuel Laffón Soto y Guillermo Rodríguez Izquierdo (Figura 24):

Etapa que conllevó especiales esfuerzos encaminados a la faceta afectiva de los residentes y a procurar la más óptima relación madre-hijo, muy en particular en los primeros meses de la vida, fomentando al máximo la lactancia materna (Figura 25).

SEGUNDA ETAPA: LA APERTURA SOCIO-EDUCATIVA (1973-1986)

En 1973 comienza una nueva etapa bajo la dirección del doctor Ignacio Gómez de Terreros Sánchez, y a partir de



Figura 23

1983 con el doctor Antonio González Meneses y González Meneses.

En los últimos años de servicio activo de D. Manuel Laffón y una vez contro-

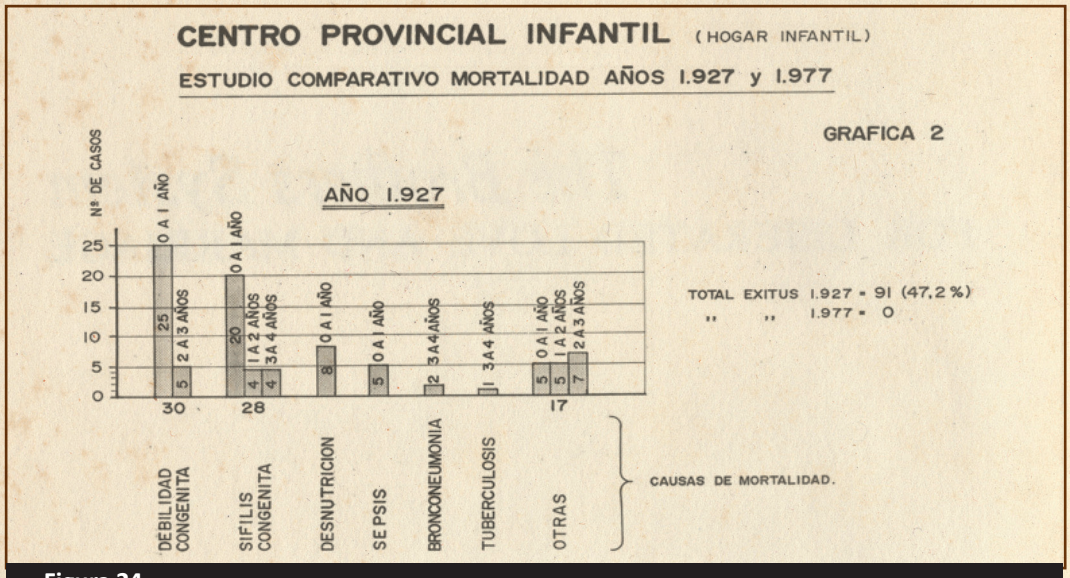


Figura 24

TABLA DE LOS FALLECIDOS DURANTE DIEZ AÑOS
CON EXPRESIÓN DE LAS EDADES Y ENFERMEDADES QUE LO PRODUJERON

	EDADES	Trastornos de Nutrición	Sepsis	Debilidad Congénita	Sífilis Congénita	Bronconeumonia	Tuberculosis	Otras	TOTAL
	0 á 1 año	116	30	195	232	18	30	37	658
	1 á 2 años	8	2	49	12	14	5	53	143
FALLECIDOS desde	2 á 3 años	6	3	5	14	5	0	30	63
1 de 1920 á fin de 1929	3 á 4 años	1	0	0	5	3	1	25	35
	4 á 5 años	0	0	0	0	1	2	4	7
	5 á 6 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	6 á 7 años	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTALES	131	35	249	263	41	33	148	906

Sevilla 12 Agosto de 1930

EL DIPUTADO VISITADOR

TABLA DE INGRESADOS
FALLECIDOS Y SALIDOS DE LA CASA

AÑO	De año anterior	Ingresados	Existencia	Bajas totales	Quedan	Fallecimientos	Salidas voluntarias
1920		174	174	114	60	78	36
1921	60	111	171	128	43	98	30
1922	43	106	149	133	16	91	42
1923	16	165	181	131	50	94	37
1924	50	153	203	155	48	115	40
1925	48	99	147	116	31	77	39
1926	31	130	161	109	52	69	40
1927	52	141	193	133	60	91	42
1928	60	137	197	135	58	91	44
1929	58	125	183	152	31	102	50
		1341		1306		906	400

A mis buenos amigos: Sres. D. José Meneses, Don Manuel Lafont y D. Guillermo Rodriguez Izquierdo, medicos en la actualidad de la Casa Cuna Provincial de Sevilla, dedica este cuadro estadistico, copilación de sus datos, para conocimiento de propios y extraños y como precedente para mejoramientos rápidos y sucesivos en los venideros años.

Figura 25

lada la faceta sanitaria y tras recibir "el testigo" de sus manos como nuevo director del Centro, iniciamos la planificación de la mencionada nueva etapa socio-educativa y de desarrollo integral del menor, con unos objetivos claros y concretos: un adecuado desarrollo psicopedagógico, una adecuada integración social, un adecuado crecimiento y desarrollo físico y una adecuada formación moral.

La ambientación de los espacios, las actividades estructuradas y el desarrollo psicopedagógico de los niños marcaron esta fase.

Se buscó la desmasificación, se plantearon alternativas a la institucionalización, analizando los condicionantes de su ingreso, que se especifican en el siguiente grafico(Figura 26):

– SITUACIÓN DE PARTIDA. ACCIONES PROPIAMENTE SANITARIAS.

Aportaciones de esta etapa sociosanitaria consistió en la actualización de los modelos de historias clínicas, introducción de material médico desechable, como jeringas y agujas, vías epicraneales, etc.

Fuimos los primeros en aplicar la vacuna del sarampión en Sevilla, ante los antecedentes reseñados de alta mortalidad de los brotes previos. Se estableció un protocolo de vacunación antirrubeólica dirigido al personal laboral y funcionarial femenino en edad fértil, y a las niñas de 11 años, en prevención de la rubeola congénita.

Se revisaron y actualizaron las dietas alimentarias supervisadas por expertos en nutrición, cocina–dietética de lactantes supervisada por una puericultora y, dado el no excesivo número de biberones, se instaura el sistema Milton de esterilización. Se mantuvo una habitación para madres lactantes y gestantes, en cumplimiento de la legislación, permitiendo su ingreso inmediato, servicio que solo se necesitó de forma muy ocasional. Reabrimos la enfermería de lactantes, dada su mayor morbilidad y sus peculiaridades, que exigían especial vigilancia y dedicación. Se in-

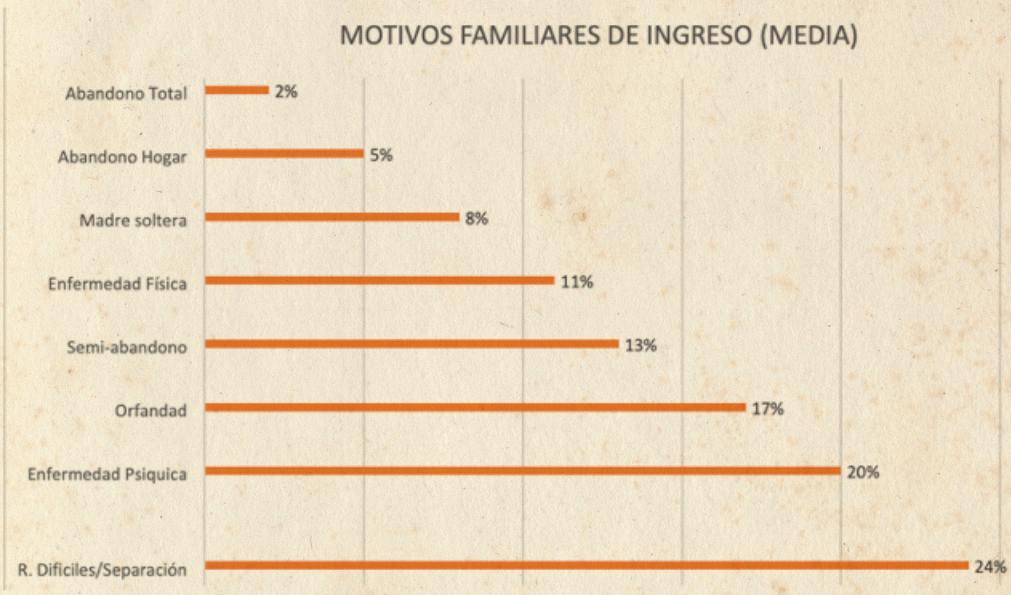


Figura 26

trodujeron los pañales desechables.

Implantamos protocolos médicos de actuación (anorexia, profilaxis de caries dental, etc.). El protocolo preventivo y terapéutico frente a pediculosis capitis permitió mantener el problema bajo control.

La "Operación aseo" consistió en construir aseos en todos los departamentos y en combatir y eliminar los denominados "*recaditos*" (bancos con orificios que contenían vasijas donde los niños hacían sus necesidades y que se colocaban de noche en el centro de las habitaciones, produciendo un desagradable olor). Hube de dirigir personalmente su destrucción en las calderas de la calefacción para desterrarlos, ante la resistencia de las niñeras acostumbradas a ese sistema.

Replanteamos la unidad de observación, cuyo origen era eminentemente preventivo frente a enfermedades infecciosas. Pasó a ser un centro de acogida donde se realizaban estudios psicológicos, sociales y médicos que favorecían la adaptación del niño, permitiendo su clasificación o la búsqueda de alternativas a la institucionalización. La práctica demostró su utilidad limitada, por lo que se decidió su cierre como tal, persistiendo el espacio como sede del gabinete psicopedagógico.

Nuestra preocupación por la primera infancia, básica en el desarrollo del niño, nos llevó a proponer la compra de un microbús, posteriormente un autobús, para desplazamientos escolares y actividades extraescolares. ¿por qué nuestros pequeñitos no podían ir de paseo como en cualquier familia? Recuerdo cómo la superiora Sor Trinidad, se reía de la iniciativa, pensando que no tendría respuesta y que nos tomarían por locos. Para facilitar los repetidos desplazamientos al Hospital de San Lázaro para estudios complementarios y consultas de especialidades, la Dirección Médica donó un coche que conducía "Juanito" (nuestro ordenanza, Juan Bernal Saborido). Fue una muestra de la implicación y disponibilidad de todo el personal en beneficio de "nuestros niños": el peluquero Joaquín Martín Guerra —que tanto cortaba el pelo como arreglaba bicicletas—; el equipo de cocina, y en el mismo José Álvarez Antúnez, con funciones de cocina y ordenanza; Valentín Guillén y Lupiáñez, jardineros; o nuestro guarda de noche, José García, con su carabina — que no sé si funcionaba, pero imponía respeto—.

Morbilidad y mortalidad. Como ya se ha mencionado, la mortalidad era prácticamente nula. No obstante, vivimos dos casos de muerte súbita del lactante. La mayor morbilidad se concentraba en el departamento de lactantes: procesos diarreicos y luchas contra la desnutrición, así como brotes de infecciones respiratorias de vías altas y bajas. Mi trabajo en el Hospital Infantil Virgen del Rocío, con la colaboración de compañeros expertos, ayudó a resolver problemas como la erradicación de *Giardia lamblia* en el departamento de lactantes, responsable de frecuentes diarreas de evolución tórpida.

Se ha mencionado la vacuna del sarampión. La incidencia de verrugas me convirtió en experto en el uso de las pinzas para su resolución. La sífilis congénita fue diagnosticada y tratada esporádicamente. Apenas tuvimos casos de tuberculosis. Otras patologías —apendicitis, hernias, convulsiones febriles o enfermedades menos habituales— mostraron una incidencia similar a la de otros entornos. Las virosis respiratorias, especialmente la gripe, se veían lógicamente favorecidas en su transmisión. La patología faringoamigdalar y ótica también era frecuente, así como conductas enuréticas o síntomas anoréxicos o digestivos de causa funcional. Respecto a los accidentes infantiles, se limitaron a los habituales en una colectividad. Destacó la decisión de suprimir el uso de columpios. El personal estaba muy sensibilizado y formado en su prevención.

En nuestro Centro, la consulta médica representaba para los niños un "juego". No usaba bata, procurando transmitir, como primera medicina, la que más necesitaban: amor y afecto. Total implicación del personal en la atención del niño enfermo, procurando ingresarlo en la enfermería lo mínimo posible.

Anecdotario sanitario

Recién incorporado al Centro se inició un brote de varicela (aún no existía vacuna). Indiqué el oportuno aislamiento en la enfermería. Mi sorpresa fue que sor Presentación, veterana enfermera, me sugirió no aislarlos, pues así acabaríamos con la varicela en quince días; de lo contrario, la tendríamos meses. Y así fue: en brotes posteriores, sin aislamiento, el problema quedó resuelto en semanas.

En el ámbito de la infectología, por mi experiencia hospitalaria, siempre he tenido pavor a los brotes de meningitis meningocócica. Surgió un caso en el Centro sin mayor problema, gracias al diagnóstico muy precoz y a la terapia inmediata. Se aplicaron los protocolos preventivos para colegios e instituciones. No obstante, ante la reiteración de un caso cada quince días y la falta de respuesta a las medidas preventivas instauradas en acogidos y cuidadores, don Manuel llamó al experto en Medicina Preventiva de la Dirección Provincial de Sanidad, el doctor Pedro Blasco Huelva. Tras visitar el Centro y analizar las amplias habitaciones —llenas de camas, con techos altos y múltiples ventanas—, indicó medidas sencillas: aireación de las habitaciones y separación entre sí de cunas y camas un metro. Nada de medicación preventiva, que ya había fracasado. La pandemia del COVID-19 me lo ha recordado. No volvió a aparecer ningún caso.

En mi actuación pediátrica me he comunicado siempre de forma fluida con los niños, ganándome su confianza y entrando en empatía con ellos. La psicología ha sido para mí un arma terapéutica fundamental en el abordaje del enfermo y su familia. Tuvimos el caso de una contusión craneal con afectación de conciencia —durante un juego, en un niño de unos siete años— que obligó a su traslado al hospital e ingreso en UCI. Al día siguiente fui a visitarlo y lo encontré con goteo, sondaje nasogástrico y uretral, e inmovilizado para evitar que se los arrancara. Estaba despierto, con facies inexpresiva, pero su mirada al verme me llevó a solicitar a los compañeros que me permitieran llevarlo a la enfermería del Centro. Me autorizaron bajo mi responsabilidad y el traslado se efectuó en ambulancia, manteniendo todas las vías.

Cuando llegamos al Centro con toda la parafernalia al uso, sor Presentación se indignó por el traslado y, por supuesto, por la idea de dejarla sola. La tranquilicé y, cuando ya estaba instalado en su cama, como aficionado náutico di la orden: ¡soltar amarras! Ante su sorpresa, a la media hora el niño estaba levantado y jugando. Mi presunción diagnóstica se corroboró: en la UCI el niño estaba aterrorizado; se desbloqueó al encontrarse en lo que era su casa y con personas que le mostraban cariño y confianza.

Otro caso de soporte psicológico fue el de Manolito, de 9 años. La hermana enfermera sor Josefa me llamó porque tenía fiebre alta y una clara amigdalitis pultácea. Las enfermeras con años al lado de un médico saben de sobra qué hacer; por eso me sorprendió su llamada. Me dijo que ya había iniciado el tratamiento habitual, pero que ese no era el problema: el niño no paraba de repetir: "Llama a don Ignacio". Por supuesto, acudí de inmediato.

– SITUACIÓN DE PARTIDA CORRESPONDIENTE AL ÁREA PSICOPEDAGÓGICA.

La definición de salud de la OMS —*"estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo ausencia de enfermedad"*— y nuestra concepción de calidad

de vida del niño —*"el caldo de cultivo que permite al máximo el desarrollo de sus potencialidades evolutivas"*— dejaban claro que, en la nueva etapa, había que desarrollar los aspectos psicopedagógicos y sociales, promoviendo al máximo el ambiente ecológico–social y familiar en el que nuestros niños se iban a desarrollar. Resaltamos la importancia del núcleo familiar, de la familia extensa y del entorno comunitario, no solo del Centro y su entorno inmediato, sino también de su zona de procedencia, algo que no se favorecía con anterioridad durante la limitada etapa de concepción sanitaria tradicional, por los motivos ya expuestos.

Como ejemplo significativo, nuestra primera medida —que provocó gran conmoción en el Centro— fue pasar de una normativa de visitas de una vez al mes a la visita libre, respetando el descanso y la actividad escolar. Así se recogía en el folleto informativo del Centro. Se reforzaron y estimularon al máximo las salidas a casa con sus familiares, así como las actividades escolares fuera del Centro, como se analizará más adelante.

En definitiva, se pasó de la antigua Puericultura a lo que hoy denominamos Pediatría Social, con una concepción integral de la atención. Ello solo fue posible cuando se superó la etapa sanitaria anterior: morbilidad controlada, nutrición adecuada y mortalidad prácticamente nula, en la cual persistían aspectos importantes, como el retraso de la talla de origen psicosocial. En niños adoptados a los que pude seguir evolutivamente, comprobé lo descrito en la literatura: ascenso sorprendente en la curva de talla, como si se hubieran administrado hormonas de crecimiento.

En contraste, en niños no adoptados, cada vez que se producía el paso de nuestros residentes a la Ciudad Juvenil Femenina y Masculina. Al llegar a la adolescencia, se evidenciaban sus repercusiones, en mayor o menor cuantía, en cuanto al desarrollo psicomotor, intelectual y afectivo, con posteriores inadaptaciones sociales y profesionales, así como alteraciones conductuales de índole sexual.

Respecto a las dificultades de comportamiento y rendimiento escolar en nuestro Centro, resulta ilustrativo el primer informe de la hermana responsable de la pedagogía, sor Carmen Pérez Calvo, sobre el rendimiento tras la primera experiencia de integración en colegios nacionales del entorno: El 60 % no superó la primera y segunda evaluación; el 30 % presentaba deficiencias en el lenguaje y solo un 10 % superó las evaluaciones. Eran ostensibles los problemas de conducta y la falta de interés por el estudio. No obstante, no todo era negativo: se iniciaron procesos esperanzadores, con un poco más de sociabilidad y conversaciones más variadas, aunque con un léxico muy pobre.

También es de interés el informe del profesor Francisco Galán Martín (música) relativo a su departamento psicocinético: "Las dificultades que presentaban estos niños, en su mayoría, eran por falta de vocabulario, interferencias hemisféricas, mala coordinación óculo–manual, agudizada arritmia, lateralidad, torpeza de articulación en las palabras y desconocimiento total de su propio esquema corporal".

En el apartado dedicado a la familia queda clara la etapa clave del desarrollo correspondiente a las edades de 0–6 años y el papel central de la familia en ese período. Se procedió a realizar un muestreo psicológico en el departamento de lactantes, utilizando la escala de Brunet–Lézine, con las siguientes observaciones orientativas:

a. El ambiente institucional deprime los cocientes de desarrollo, aunque no impide la maduración.

b. La conducta puede mejorar si el ambiente y el espacio en que se desarrolla la vida institucional se optimizan.

c. Los cocientes obtenidos muestran un retardo general que no es alarmante en ese momento, pero que, si persiste y se acumula, puede deteriorarse más adelante.

Urgía, por tanto, resolver la ausencia de profesionales del área social, psicología, pedagogía y cuidadoras/educadoras (puericultoras, auxiliares de puericultura), con especial cuidado en su selección y formación. Había que replantear la escolaridad, hasta entonces atendida internamente por la comunidad religiosa Hijas de la Caridad y el profesor de música, quien, con visión de futuro, aplicaba lo que hoy denominamos musicoterapia y estimulación psicomotriz. También mejorar, de manera prioritaria, el ambiente y el espacio institucional.

VIII. Jornadas Nacionales y Andaluzas de Hogares Infantiles.

La búsqueda bibliográfica y la asistencia a jornadas nacionales y andaluzas fueron claves para diseñar y desarrollar un proyecto que implicaba un cambio radical. Asistimos a las siguientes jornadas sobre internados infantiles de asistencia social:

– Pontevedra (1970), Málaga (1972) y Las Palmas de Gran Canaria (1973).

– Jornadas de Hogares, organizadas por la Comisión de Obras Sociales de las Hijas de la Caridad en colaboración con el CPI, celebradas en Sevilla en junio de 1979.

– Jornadas de Promoción Cultural de la Infancia, celebradas en Madrid (1981).

La bibliografía recogía numerosos trabajos sobre los efectos adversos del internamiento infantil, tanto en hospitales como en instituciones. Para diseñar una estrategia de cambio, se consideraba imprescindible, no generalizar dichos efectos sin tener en cuenta las peculiaridades de cada centro y su entorno social, así como reconocer que no todas las instituciones producen los mismos resultados ni en todas las edades. El ambiente institucional será más o menos perjudicial según la combinación de determinados factores.

La cuestión no es si los centros residenciales son "buenos" o "malos", sino: ¿Cuáles son las características que hacen adecuado un recurso para atender las necesidades de un niño? ¿Para qué tipo de menores y en qué circunstancias es adecuado cada recurso? Sus profesionales no deben recibir valoraciones globales e indiscriminadas del tipo: *"último recurso", "intrínsecamente malo*", *"nunca beneficia al niño*". Otros contextos tampoco están exentos de riesgo, incluida la propia familia o un hogar de acogida. Experiencias no favorables —aunque indeseables— pueden tener un perfil positivo si se atienden adecuadamente, especialmente en menores resilientes. A nivel hospitalario, personalmente lo denomino "hospitalismo positivo".

Se destacaron las características de los macrocentros clásicos:

– Masificación.

– Organización social artificial.

– Fomento de la dependencia y la pasividad de los internos.

– Irresponsabilidad facilitada por el funcionamiento institucional, que dificulta interiorizar y valorar las cosas y los propios actos.

– Sentimiento de estigmatización y falsa conciencia de sí mismo; pertenencia a la institución como hecho diferencial negativo.

– Alteraciones en la conciencia personal, con tendencia a ignorar la propia realidad personal, social y familiar.

– Respuestas adaptativas a conside-

rar: ansiedad, inestabilidad emocional, agresividad, regresión madurativa (enuresis, retraso escolar, etc.).

Ante ello, se hace imprescindible cuidar especialmente la seguridad afectiva y los contactos con la realidad (estímulos del exterior e iniciativas desde los propios recursos). Es necesario promover un ambiente institucional favorable, que posibilite relaciones profesionales satisfactorias, evite la masificación, dé continuidad a los vínculos afectivos y enriquezca los estímulos educativos según la edad. Se requieren marcos estables y seguros que faciliten experiencias nuevas asumibles por el niño, satisfaciendo sus necesidades de intimidad y expansión, teniendo muy presente la contraindicación absoluta de la institucionalización en la etapa de 0 a 3 años.

Las Jornadas —nacionales y andaluzas— marcaron el paso de un tiempo asistencial a un tiempo de ciudadanía para la infancia. Un proceso que la Pediatría Social ayudó a pensar, impulsar, sostener y difundir en el ámbito pediátrico, siempre con una mirada interdisciplinaria. Andalucía desempeñó un papel decisivo en ese tránsito: transformó las conclusiones nacionales y andaluzas en programas concretos, organizó equipos estables, formó educadores, diseñó alternativas y convirtió la reflexión en práctica.

Las Jornadas Andaluzas no fueron una réplica de las Nacionales, sino su maduración práctica, con una mirada no solo provincial, sino autonómica ya que fuimos pioneros en el proceso de transformación en Andalucía.

En las comunicaciones presentadas al V Simposio Nacional de Pediatría Social de Sta. Cruz de Tenerife (1981) y en la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura celebrada en Sevilla (1981), se marcaron dichos objetivos.

Respecto a las Jornadas de Hogares de carácter institucional a nivel andaluz, queremos destacar:

Jornadas De Hogares De Sevilla. Junio De 1979. (Figura 27) (Figura 28)

De especial relevancia fueron las I Jornadas de Hogares Infantiles de las Diputaciones Provinciales de Andalucía, organizadas por el CPI y celebrada en Sevilla en marzo de 1981, con participación de todos las Diputaciones Andaluzas, bajo la Presidencia de D. Manuel del Valle Arévalo, entonces presidente de la Diputación de Sevilla, así como de invitados de otras provincias españolas. Las Jornadas fueron inauguradas por el entonces presidente de la Junta de Andalucía D. Rafael Escudero Rodríguez.

Estas Jornadas representaron un “hito” en el replanteamiento que muchas corporaciones realizaron sobre planes de actuación inadecuados o desfasados, lo cual provocó reiterados contactos ante proyectos que tuvieron que frenarse o adaptaciones, incluso en macrocentros de reciente inauguración. En los siguientes cuadros se recoge la situación





Figuras 27 y 28

andaluza de población infantil de acogida en aquel momento y los motivos de ingreso (figuras 29 y 30).

Aquellas iniciativas tradujeron las ideas en programas y resultados concretos, demostrando que reformar las instituciones de protección infantil es posible cuando confluyen convicción técnica, liderazgo profesional y voluntad política.

Desde la perspectiva actual, todos estos procesos constituyen una lección de coherencia y compromiso: proteger a la infancia es devolverle su familia, su escuela y su comunidad. La Pediatría Social sigue siendo el marco idóneo para mantener vivo ese propósito.

El recorrido conjunto de las Jornadas Nacionales y Andaluzas configuró un proceso coherente y progresivo que puede sintetizarse en los siguientes ejes:

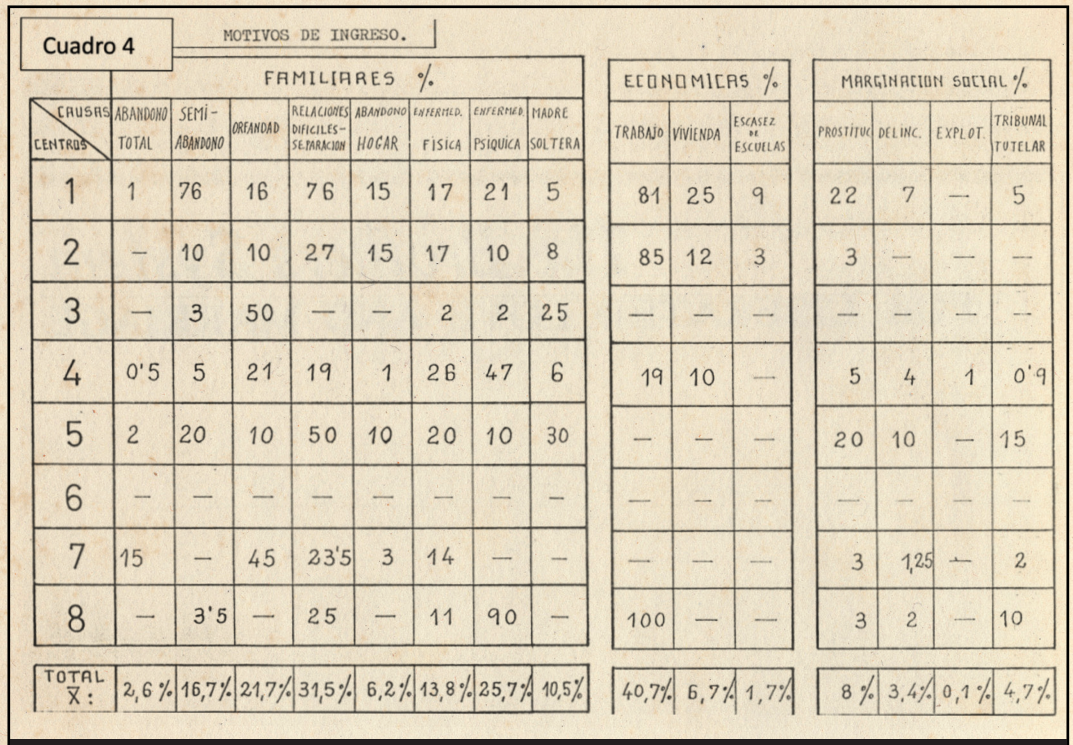
1. Reducción y transformación de los macrocentros en unidades pequeñas y abiertas.
2. Escolarización ordinaria y vida comunitaria como principios básicos.
3. Centralidad de la familia y mantenimiento de vínculos afectivos.
4. Profesionalización de los equipos y formación continua.
5. Agilización jurídica en tutela, guarda y adopción.
6. Coordinación interinstitucional y sectorización territorial.
7. Alternativas familiares y comunitarias como prioridad.
8. Promoción de una cultura de derechos que reconozca al niño como sujeto

CUADRO - RESUMEN I. - POBLACION INFANTIL ACOGIDA,

Estadísticas comparadas de la distribución por edades, sexo y porcentajes de la población infantil acogida en los Centros Provinciales de Andalucía.

CENTROS PROVINCIALES	DISTRIBUCION DE EDADES				TOTALES			DISTRIBUCION %						% SOBRE
	0 - 2	2 - 5	6 - 9	10-14	TOTAL V	TOTAL H	TOTAL	% 0-2	% 2-5	% 6-9	% 10-14	% V	% H	TOTAL CENTROS
ALMERIA	7	41	99	156	178	125	303	2,3	13,5	32,6	51,4	58,7	41,2	18 %
CADIZ	24	63	71	—	98	60	158*	15,1	39,8	44,9	—	62,02	37,9	9 %
CORDOBA	13	60	63	—	67	69	136*	9,5	44,1	46,3	—	49,2	50,7	8 %
GRANADA	25	32	100	184	209	132	341	7,33	9,38	29,32	53,95	61,29	38,70	20 %
HUELVA	13	45	120	90	149	119	268	4,85	16,7	44,7	33,5	55,3	44,4	16 %
JAEN	19	73	154	68	111	203	314*	6.00	23,2	49,04	21,6	35,3	64,6	19 %
MALAGA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	——
SEVILLA	23	98	43	2	124	42	166	13,8	59,3	25,7	1,2	74,6	25,3	10 %
TOTAL EN CENTROS DE ANDALUCIA:	124	412	650	500	936	750	1.686	16 %	29 %	39 %	23 %	56 %	44 %	100 %

Figura 29



Cuadro 4

MOTIVOS DE INGRESO.

CENTROS / CAUSAS	FAMILIARES %								ECONÓMICAS %			MARGINACIÓN SOCIAL %			
	ABANDONO TOTAL	SEMI-ABANDONO	ORFANDAD	RELACIONES DIFICILES-SEPARACION	ABANDONO HOGAR	ENFERMED. FISICA	ENFERMED. PSIQUICA	MADRE SOLTERA	TRABAJO	VIVIENDA	ESCASEZ DE ESCUELAS	PROSTITUC	DELINC.	EXPLOT.	TRIBUNAL TUTELAR
1	1	76	16	76	15	17	21	5	81	25	9	22	7	—	5
2	—	10	10	27	15	17	10	8	85	12	3	3	—	—	—
3	—	3	50	—	—	2	2	25	—	—	—	—	—	—	—
4	0'5	5	21	19	1	26	47	6	19	10	—	5	4	1	0'9
5	2	20	10	50	10	20	10	30	—	—	—	20	10	—	15
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	15	—	45	23'5	3	14	—	—	—	—	—	3	1,25	—	2
8	—	3'5	—	25	—	11	90	—	100	—	—	3	2	—	10
TOTAL X:	2,6 %	16,7 %	21,7 %	31,5 %	6,2 %	13,8 %	25,7 %	10,5 %	40,7 %	6,7 %	1,7 %	8 %	3,4 %	0,1 %	4,7 %

Figura 30

Desde la Pediatría Social, este proceso se lee como un cambio de paradigma: de la institución cerrada a la protección abierta; del asistencialismo a la promoción del desarrollo y de la tutela al reconocimiento de derechos.

IX. Programa de Desinstitucionalización

Proceso evolutivo de desarrollo

El proceso de transformación del CPI no habría sido posible sin la participación de un amplio equipo de profesionales que, desde distintas áreas, elaboraron los documentos técnicos de partida y promovieron el cambio de orientación del modelo institucional.

Intervinieron en este proceso:

- Área de Psicología: Andrés Esteban Arbúes, Encarna María Sánchez Espinosa, José Martín González y José Trigo Muñoz.
- Área de Pedagogía: Julián López Yáñez.
- Área educativa y docente: Sor Mariana Bernal Rendón, Sor Carmen Pérez y el profesor de música Francisco Galán Martín.
- Área deportiva y psicomotriz: Lorenzo Muñoz Izal (Delegación de Deportes), Ana María Cano Polanco (profesora de Educación Física), Manoli Gómez Reyes (natación) y Rafael Escalante (fútbol).
- Área social: María José Harto Vera (trabajadora social).
- Superioras de las Hijas de la Comunidad: Sor Trinidad Serrano, Sor Milagros Revilla y finalmente Sor Ana Galiano;
- Dirección: Ignacio Gómez de Terreros.

El conjunto de sus aportaciones con-

figuró la estrategia del proceso de desinstitucionalización del Centro, a corto, medio y largo plazo —preveíamos 10 años—. Esta transformación exigía cambios organizativos, estructurales y funcionales profundos: adecuar espacios, redefinir roles profesionales, incorporar personal especializado y, sobre todo, diseñar estrategias que garantizaran una respuesta integral a las necesidades de los niños en las fases clave de su desarrollo.

Durante el periodo comprendido entre 1972 y 1983 ocuparon la presidencia de la Diputación Provincial de Sevilla: D. Mariano Borrero Hortal, D. Manuel Laguna Rodríguez y D. Manuel del Valle Arévalo. Posteriormente, D. Miguel Ángel del Pino Menchén desempeñó la Presidencia entre 1983 y 1995. Diputados Visitadores: D. Manuel Laguna Rodríguez, D. Antonio Sánchez García, D. Ignacio Delgado Pérez. Secretario General D. José Antonio Sáenz López.

Los distintos informes y estrategias se articularon siguiendo una línea continua de desarrollo, que abarcaba desde la detección del riesgo en la primera infancia hasta la creación de nuevas alternativas de protección, pasando por la atención psicoeducativa individualizada, la transformación del personal y la adecuación de los espacios. El hilo conductor fue siempre el mismo: situar al niño en el centro de toda decisión, garantizando su derecho a la individualidad, a la afectividad y al desarrollo pleno, y transformar una institución en una comunidad educativa abierta y humanizada.

La nueva etapa exigía una definición clara del organigrama, donde estuvieran representados todos los componentes implicados, previendo posibles situaciones conflictivas. Sin embargo, en la práctica no surgió el menor problema, gracias a la disponibilidad y compromiso de todos. El esquema organizativo adoptado fue el siguiente (Figura 31):

El "Equipo Asesor de Dirección" estaba constituido por el Director; Superiora de la Comunidad, el área de Trabajo Social (inicialmente voluntaria, asumida por Dña. Dolores Ruiz de Luna —procedente de la Casa Palacio de la Diputación— hasta la incorporación de Dña. María José Harto Vera); el área de Psicología (Desempeñada inicialmente de manera voluntaria por el psicólogo de la Ciudad Juvenil Masculina, D. Andrés Esteban Arbués, hasta ser reconocido como funcional en el Centro), así como por Encarna M.ª Sánchez Espinosa y Olga Torres Flores; el área de Pedagogía Sor Mariana Bernal Rendón y el Admi-

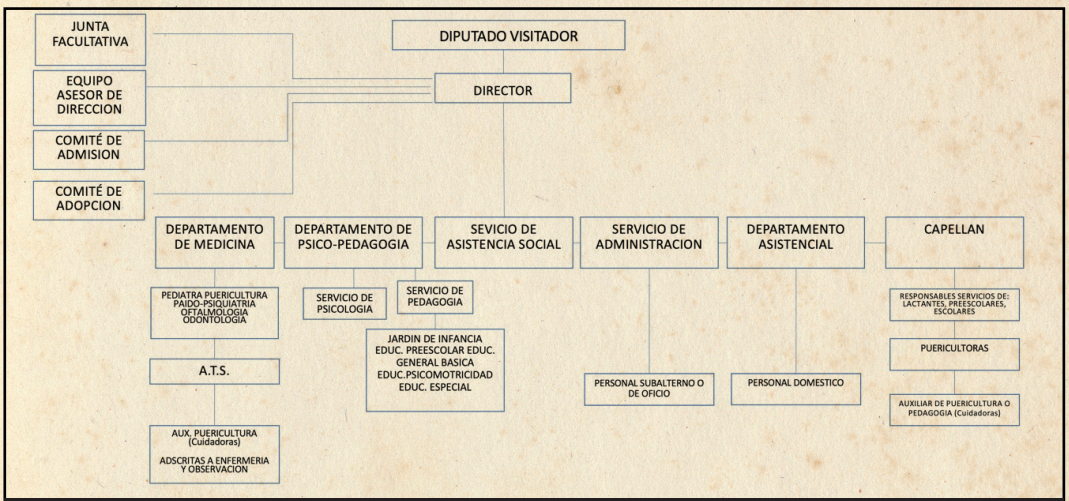


Figura 31

nistrador D. Miguel España Sevilla.

Es significativa la sorpresa que manifestaban familiares y amigos del equipo cuando se enteraban de que las reuniones con la Dirección —que solían celebrarse los jueves— podían prolongarse hasta las once de la noche.

Líneas estratégicas de intervención

- Información y sensibilización política, insistiendo en las repercusiones evolutivas a largo plazo (adultos con desajustes psicosociales profundos). Las propuestas se debatían en reuniones con el Diputado Visitador, alcanzándose una síntesis y una proyección clara del proceso transformador.

- Sensibilización de jueces y fiscales respecto a la problemática de los menores institucionalizados.

- Creación de un equipo interprofesional.

- Metodología científica (asistencia, docencia e investigación).

- Elaboración de expedientes muy completos, cubriendo toda la faceta bio-psico-social.

- Información y sensibilización comunitaria.

- Evitar la contraposición entre derechos sindicales/funcionariales y los derechos del menor, anticipando lo que posteriormente señalaría la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 3: *"el interés superior del niño prevalecerá sobre cualquier otro interés"*.

- Medidas a corto, medio y largo plazo, con la previsión de culminar el proceso en un plazo de diez años. Efectivamente, se completó en 1983, fecha de inicio del programa «NOS MUDAMOS».

Actuaciones paralelas

- Reestructuración urgente del funcionamiento y estructura del Centro.

- Diseño de nuevos modelos asistenciales.

- Búsqueda de alternativas al internamiento, considerando al lactante institucionalizado como situación de alto riesgo.

- Ayudas económicas para evitar internamientos o facilitar reinserciones familiares.

- Ayudas materiales (víveres, camas, etc.) en reinserciones temporales.

- Programas de *familias amigas*.

- Refuerzo del proceso de adopción: creación del Comité de Adopción. Atención a adopciones complejas —incluidas aquellas contra consentimiento—, superando amenazas y dificultades. Destacó la labor de la abogada M.ª José Ramírez.

- Diseño de nuevos modelos asistenciales: comunidades infantiles, centros de acogida, centros de día.

Problemas y riesgos identificados

- Burocratización excesiva, que termina convirtiéndose en un fin en sí misma.

- Precariedad de medios y obstáculos administrativos.

- Uniformidad inapropiada en la aplicación de distintas alternativas.

- Imposibilidad de realizar estudios previos adecuados.

- Escasez de alternativas diversificadas.

- Aplicación de medidas basadas en grandes rasgos sociofamiliares, sin profundización individual.

– Anteponer intereses ajenos al niño: familiares, escolares, sociales, etc.

Objetivos marcados

– Pleno desarrollo del menor.

– Calidad de vida e integración social.

– Efectividad en el ejercicio de sus derechos.

– Dinamismo en los planes de actuación.

– Flexibilidad en las respuestas según las situaciones.

– Evitar excusas para la no intervención (falta de respaldo administrativo o de medios).

– Crear un equipo interprofesional competente, sensibilizado e ilusionado.

– Prever etapas de freno o ralentización.

– Prevención del desánimo y las frustraciones.

– Intercambio de experiencias.

Asesoramiento exterior

Tras un análisis de la situación nacional, se identificaron dos instituciones de referencia: el Instituto Provincial de Puericultura de Madrid y el Hogar Infantil de Oviedo.

En Madrid, el Dr. Javier Matos, último director del Instituto tras el traslado de la Inclusa al edificio de O´Donnell, compartió generosamente su experiencia.
En Oviedo, se invitó a Dña. María del Carmen Zaloña —licenciada por la Universidad de Lovaina y directora del Hogar Infantil, anexo al Hospital General de Asturias—, quien acudió con su trabajadora social. Su visita fue decisiva, especialmente en la orientación del proceso de adopciones, modelo que inspiró la creación del Comité de Adopción propio.

A nivel internacional, se visitó el Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel Sbarra" de La Plata (Argentina), considerado un centro modélico. El recibimiento del Prof. Marco Cusmisky, su ayudante Prof. Roberto Mateo y la Superiora de la Comunidad fue excepcional. Posteriormente ambos profesores visitaron Sevilla, manteniéndose desde entonces una amistad personal y profesional muy fructífera.

Los colegas argentinos confirmaron dos aspectos clave:

– Que la orientación adoptada en Sevilla era la adecuada.

– La necesidad de establecer vínculos con los profesionales de la justicia, haciéndoles ver de primera mano el impacto de sus decisiones en la vida de los niños. Esta recomendación fue decisiva.

Contexto cultural y ético del proceso

El desarrollo del Programa fue mucho más que un proyecto técnico o administrativo: supuso un cambio cultural y ético. Las Jornadas mencionadas en capítulos anteriores contribuyeron decisivamente a generar una nueva sensibilidad hacia la infancia: el niño dejó de ser objeto pasivo de beneficencia y pasó a ser sujeto de derechos. La protección dejó de entenderse como custodia y se convirtió en promoción del desarrollo personal y social.

Desde esta perspectiva, la desinstitucionalización no significó *cerrar por cerrar*, sino abrir posibilidades: familia, escuela, comunidad y ciudadanía.

Programas específicos de intervención:

1. *Intervención en menores.*

Esta estrategia partía del principio de que el internamiento de niños menores de tres años constituye una situa-

ción de alto riesgo para su desarrollo, al confluir dos factores críticos el de la desvinculación materno-filial, y el de la crianza en régimen institucional, que conllevaba dos niveles de intervención: prevención y profilaxis (Tabla 4).

Esta estrategia representó un profundo cambio conceptual, al situar la intervención en la prevención y la individualización, anticipando los principios de la atención temprana y del acogimiento familiar. Se detectaron carencias significativas en las áreas afectiva, psicomotriz y del lenguaje, más que en las capacidades intelectuales clásicas. Estas dificultades no derivaban exclusivamente del internamiento, sino también de la procedencia sociofamiliar desfavorecida y de la falta de atención individualizada.

Se consideró imprescindible que los niños accedieran a entornos escolares flexibles, menos rígidos académicamente y con mayor atención personal, como condición indispensable para su progreso. Se adoptaron tres medidas fundamentales:

– Creación de clases de recuperación impartidas por pedagogos-terapeutas en horario de tarde.

– Integración en programas de educación especial, con apoyo externo.

– Incorporación de personal cualificado en el área de preescolar, como base preventiva de déficits posteriores.

Estas decisiones marcaron el inicio de un proceso de profesionalización educativa dentro del Centro, con el reto de luchar contra el fracaso escolar y el retraso en el lenguaje. Entre 1975 y 1978 se planificó una amplia red de intervenciones pedagógicas, psicomotrices y deportivas, incluyendo clases de preescolar y educación especial, reeducación del lenguaje, sesiones de psicoterapia y psicomotricidad, así como un programa de integración educativa con colegios públicos de la barriada de Pino Montano. Además, se introdujeron actividades deportivas y de ocio —natación, fútbol, psicomotricidad, actividades creativas— que reforzaban el desarrollo integral de los niños y su socialización.

2. Personal cuidador ("niñeras")

El análisis de la situación del personal de atención directa evidenció la necesidad de profesionalizar los cuidados infantiles.

El informe elevado por Sor Trinidad Serrano describía con detalle la distribución y las funciones del personal. Las jornadas comenzaban a las siete de la mañana y se extendían hasta la no-

TABLA 4. BASE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN NIÑOS DE 0-3 AÑOS

Prevención	Profilaxis
Agotar todos los recursos disponibles antes de aceptar el ingreso.	En caso de ingreso, procurar que la estancia sea enriquecedora y estimulante.
Considerar el internamiento como estrictamente transitorio.	Diseñar y aplicar fichas de observación del desarrollo de 0 a 3 años.
Priorizar la reintegración con la familia de origen o la búsqueda de alternativas familiares.	Elaborar programas de estimulación psicomotriz, social, cognitiva y de lenguaje, con revisiones periódicas.
	Establecer controles de desarrollo semestrales o anuales.

che, con múltiples tareas asistenciales, educativas y domésticas. La falta de personal para cubrir descansos generaba graves déficits en la atención, por lo que se propuso la incorporación de *niñeras-correturnos* y la figura de *niñera-veladora* para la vigilancia nocturna.

En la redacción de un primitivo Reglamento de Régimen Interior, la *niñera* se definía como "personal sin preparación alguna encargada del cuidado de los niños". Era imprescindible introducir personal formado —puericultoras y auxiliares de puericultura— con régimen laboral adecuado y turnos regulados.

La transición se cuidó con especial delicadeza: todo el personal nuevo debía respetar profundamente a las trabajadoras veteranas. La integración fue ejemplar. Las niñeras mayores, para quienes el Centro era su hogar, asumieron el cambio con dignidad y afecto hacia los niños. Con ello se pasó de un modelo tradicional a otro profesional y humanizado, basado en la competencia técnica y la calidad del vínculo afectivo.

Llegan "las niñas". Puericultoras y auxiliares de puericultura

Así las llamábamos por su juventud. La mayoría eran jóvenes de 18-20 años que, tras una rigurosa selección, éramos conscientes de lo que nos jugábamos en una etapa en que se carecía de Escuela de Educadores en Andalucía, y que ya existían en otras comunidades como Cataluña y Valencia (Figura 32).

Éramos conscientes de las limitaciones en la formación y experiencia del nuevo personal educador, pero esta circunstancia se veía compensada por su gran entusiasmo ante el reto que se les presentaba. Es por esto por lo que, desde el principio consideramos prioritario la formación de este personal con cursos, cursillos, charlas etc., atendiendo especialmente a la formación continuada. Dimos prioridad a la impartición de cursillos que denominamos "*Recuerdos en Puericultura* (tenían formación previa) *e introducción en la faceta del niño institucional"* campo este último donde se presumía con fundamento que acudían con total desconocimiento (Tabla 5).

Igualmente, se organizaron cursos enfocados con la faceta formativa y relacionados con la expresión y creatividad, que resultaron de gran rentabilidad practica y éxito de participación, con la colaboración del Instituto de Ciencia de la Educación de la Universidad de Sevilla, con un total de cuatro cursos en el periodo 1980-1982

De especial importancia fueron los Cursos de Estimulación Precoz dirigido por el Prof. Jaime Rodríguez Sacristán, realizado en su cátedra de la Universidad de Sevilla, por algunas educadoras y por Sor Josefa Lozano responsable del Departamento de Lactancia. Actividad complementada acudiendo con algunos niños al Centro Base de la Consejería de Asuntos Sociales y Familia.

Ello fue complementado con la creación de una biblioteca central, así como bibliotecas de apoyo en las distintas secciones del Departamento de Preescolares, que facilitara la labor de los educadores con los niños, aparte de la biblioteca propiamente de los mismos.

Para los futuros aspirantes a plazas de educadores, se confeccionó un manual del temario, el cual podían consultar en nuestra biblioteca, con el fin de facilitar unos conocimientos acordes con la



Figura 32

Tabla 5. Cursos de Actualización en Puericultura (1975-1982)

N.º	Título	Fechas
I	Problemas del niño en Institución	Nov 1975 – Feb 1976
II	El niño y el juego	Ene – May 1977
III	Actividades pedagógicas	Feb – May 1978
IV	Medidas preventivas	Feb – Abr 1979
V	Aspectos psicológicos	Ene – May 1980
VI	Enfermedades infecciosas en los niños	Ene – May 1981
VII	La conducta del niño en Institución	Feb – Abr 1982

función a efectuar Todo ello permitió contar con profesionales jóvenes, competentes, motivadas y profundamente comprometidas (Figura 33).

Cuando recayeron sobre mí tareas de dirección, tanto en el CPI como en la Jefatura de Servicio del Hospital Infantil, siempre tuve muy presente considerar dos circunstancias en cierto modo complementarias: una buena formación y conseguir un equipo de trabajo compacto.

Sus niños invitados de honor en sus bodas.



Figura 33

Potenciación de actividades de integración social

Este ha sido siempre uno de los retos prioritarios y más básicos para el desarrollo integral de los menores de la Casa Cuna de Sevilla. Acercarlos a su entorno social, hacerles partícipes de la vida comunitaria y de sus celebraciones, ha constituido una línea de actuación esencial.

Navidades, Semana Santa, la Feria de Abril, jornadas en la playa de Sanlúcar de Barrameda, fiestas de disfraces, excursiones al campo… Cada una de estas actividades ha sido una oportunidad para compartir, convivir y sentirse parte de una realidad social viva y cercana. En este apartado, las imágenes hablan por sí solas y expresan mucho más de lo que las palabras pueden transmitir. (Figura 34).



Figura 34

1. *Reestructuración espacial (edificio y equipamiento)*

   Urgía proporcionar a los niños un clima lo más parecido posible al familiar, evitando a toda costa cualquier forma de masificación asistencial. El clásico macrocentro institucional no se ajustaba a los requerimientos atencionales necesarios para una atención adecuada: grandes espacios, techos altos, ausencia de aseos (salvo la sala de baños), carencia de ambientación infantil y un mobiliario mínimo constituían un contexto inadecuado e incompatible con nuestra intención de disponer pequeños grupos que recrearan un ambiente familiar.

   Por Resolución de Presidencia (99/74) y acuerdos posteriores del Pleno (1975 y 1977) se aprobaron finalmente las obras de reestructuración. La colaboración del Departamento de Arquitectura, del Servicio de Mantenimiento y de todos los profesionales fue decisiva. La reforma —no muy costosa, pero sí sustancial— incluyó:

   – División de dormitorios en módulos pequeños con aseos propios.
   – Eliminación de los recaditos (operación aseo).
   – Bajada de techos.
   – Creación de nuevas zonas de juego.
   – Habilitación de despachos profesionales.
   – Incorporación de mobiliario sólido, funcional y atractivo.
   – Ambientación diferenciada, evitando la uniformidad.

   El Corte Inglés ejecutó el equipamiento bajo la supervisión del equipo de Arquitectura. Todos sus integrantes se volcaron con entusiasmo en el proyecto, compartiendo la ilusión de lograr, en la medida de lo posible, una adaptación y un cambio profundo de los espacios y equipamientos. Deseo expresar mi agradecimiento a los arquitectos Álvaro Gómez de Terreros y José Luis García López, así como a los aparejadores Juan Mellado, Juan María Prieto, José Luis Pachón, Feliciano Castro y Antonio Morilla, con quienes mantuvimos un contacto constante, siempre receptivos a nuestras orientaciones y sugerencias. (Figura 35, 36)

   La Casa Cuna de Sevilla se convirtió, a lo largo de aquella década, en un laboratorio pionero de transformación institucional en España. De un macrocentro sanitario-asistencial se evolucionó, mediante una labor sistemática y comprometida, hacia un modelo socioeducativo basado en la atención personalizada.

   Podemos concretar, que para que una institución sea adecuada debe orientarse no solo a la estructura, sino también a la intervención; no solo al niño, sino igualmente a la familia; no solo a la atención, sino al tratamiento. Asimismo, ha de garantizar el derecho del menor a disponer de un plan individual

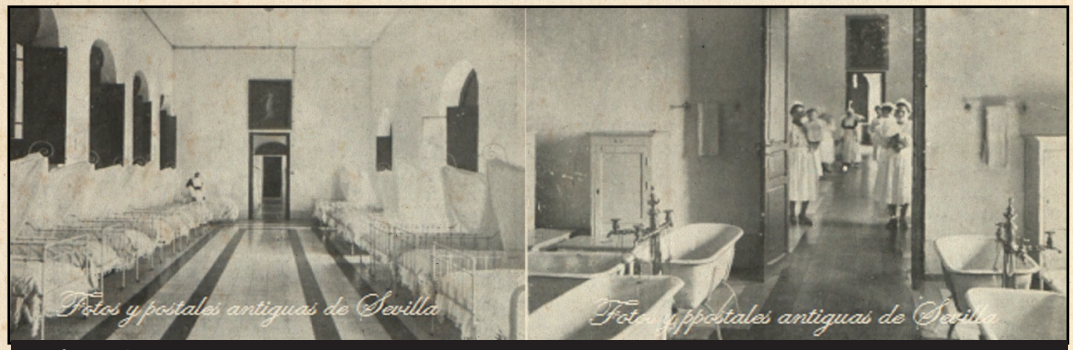


Figura 35

permanente, fundamentado en estándares y criterios de calidad.

Esa fue, precisamente, la estrategia pionera que nos permitió culminar —tras una década de esfuerzo— el cierre del antiguo centro y la consolidación de nuevas alternativas familiares y comunitarias de protección infantil.

Indicadores singulares de mejora. A modo de anécdota, recogemos algunos "indicadores" no técnicos pero representativos:

- Duración de los juguetes, especialmente tras la fiesta de Reyes. La impulsividad en su manejo hacía que duraran menos de 24 horas, recogiéndose al día siguiente un montón de chatarra. Este problema mejoró con el paso de los años.

- Altura de los televisores: pudimos colocarlos a alturas normales.

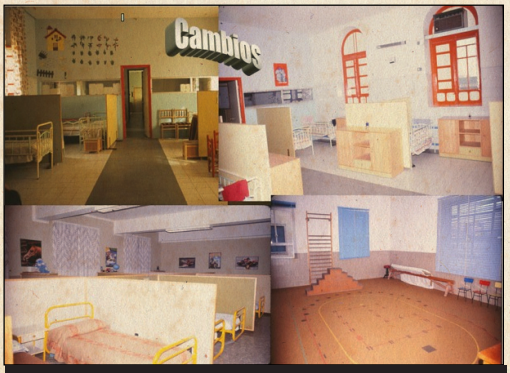


Figura 36

- Respeto a objetos de ambientación y adornos: durante la adecuación de espacios (bajada de techo, pseudo–habitaciones con mamparas, etc.), cuidamos al máximo la decoración infantil.

- Supervivencia de los peces de la pecera de escolares: los primeros duraron escasos minutos; poco a poco sobrevivieron según lo previsto.

- Reducción progresiva del número de residentes que pasaban la Navidad en el Centro.

Cuando llegó el momento de finalizar mi período en el Centro debido a la Ley de Incompatibilidades, tenía el convencimiento de que mantener una división por edades era inadecuado. Realizamos la primera introducción de un lactante en un grupo de escolares, con el personal educador muy atento a los comportamientos de los mayores y del pequeño. El resultado no pudo ser mejor: los mayores se convirtieron en su principal fuente de estimulación.
La experiencia, tan positiva, originó una apertura definitiva hacia las denominadas pseudocomunidades familiares, constituidas por niños de diferentes edades, y la desaparición del servicio de lactantes. Para evitar resistencias similares a las surgidas con los recaditos, presencié personalmente la retirada de los boxes de lactantes, símbolo del paso a una nueva etapa.

Fue, en definitiva, una experiencia de eminente carácter Pediátrico Social aplicada a la protección de la infancia, que integró la ciencia, la humanidad y la política pública bajo un mismo principio rector: el interés superior del niño.

– A nivel ciudadano. Prensa y actividades

No olvidamos los aspectos formativos ni las acciones dirigidas a la sensibilización de la sociedad, con la lógica prioridad a nuestro entorno. Para ello, aprovechábamos los reiterados contactos con directores, profesores y asociaciones de padres de los distintos colegios donde se escolarizaba a nuestros residentes.

Se procuraba dar visibilidad en la prensa sevillana (ABC, Correo de Andalucía) a los avances logrados, pero dejando también patente los problemas pendientes:

– En una fotografía en la que aparecía el Arzobispo de Sevilla, Monseñor Amigo, ante la entrada del Centro con un gran grupo de niños, se apuntaba: *"Visitas como esta ayudan al cambio. ¿Qué hacen tantos niños juntos si tienen su familia?, nos podíamos preguntar".* (Figuras 37, 38).

– En una imagen de niños jugando a la rueda, se informaba: *"Ayer en el Ateneo, mesa redonda sobre 'El niño y el internado'. "En el Centro Provincial Infantil no hay un niño abandonado" (Dr. Gómez de Terreros). 'El concepto que la gente tiene de Casa Cuna nos hace mucho daño'".*

– *"La Casa Cuna, una nueva pedagogía"… "En contra de la idea generalmente extendida de que estos niños carecen de familia, la realidad es que todos tienen unos padres, o al menos un padre o una madre, que por diferentes motivos se ven impedidos de dar a sus hijos los cuidados y la educación que todo niño tiene derecho a recibir. El objetivo fundamental del centro es crear un entorno que se asemeje lo más posible al de la vida familiar".*

– *"La Diputación normaliza la situación laboral de las monjas de la Cari-*



Figuras 37 y 38

dad". El convenio afectaba a las que prestaban servicios en Casa Cuna, San Lázaro y el Asilo de Cazalla.

– *"Volver a la Casa Cuna cuarenta años después".* Los trabajadores que habían estado en el Centro Provincial Infantil desde primeros de los años 70 se reunieron después de cuatro décadas.

– Cursos de verano de 1995: *"Historiadores y profesionales de la medicina recuperan en La Rábida la historia de la Casa Cuna de Sevilla".* Esta institución benéfica acogió durante más de cuatro siglos a niños abandonados.

Otro proyecto, propuesto por el Área de Psicopedagogía, fue la "Escuela de Padres", dificultado por las peculiares características familiares de la población objeto del programa, decidiéndose finalmente aprovechar los contactos familiares para aplicar impactos formativos.

– A NIVEL PROFESIONAL

En cuanto a la sensibilización y formación profesional, estuvimos presentes a través de ponencias, conferencias, congresos, jornadas, simposios y encuentros.

La cercanía física de la Ciudad Juvenil Femenina de la Diputación y el hecho de compartir numerosos profesionales (Administración, Psicólogos, Pabellón Deportivo, Escuela de Sordos, etc.) favoreció en gran medida la unificación de objetivos y planteamientos. La directora, Dña. Carmen Ariza Marín; su secretaria general, Dña. María Antonia García Cabrera; y Dña. Matilde Gullón Jalón constituyeron modelos de entrega y entusiasmo, siempre accesibles y en plena compenetración con nuestros planteamientos.

Igualmente, compartimos fluidos intercambios de impresiones con el director de la Ciudad Juvenil Masculina, José Luis García Prieto.

XI. Distinción y Añoranza

El 23 de mayo 2009, tengo el honor de recibir la Medalla de Oro de la Diputación Provincial de Sevilla, que asumo como reconocimiento al trabajo de un gran equipo sensibilizado y entregado *en dar repuesta a los Derechos de la Infancia. "Nuestra verdadera gran recompensa son sus sonrisas" (*Figura 39)

Añoranza del pasado. Vuelta a la "Casa Cuna" cuarenta años después.

El 20 de junio del 2013, se organizó un encuentro de profesionales .

Puericultoras, auxiliares de Puericul-



Figura 39

tura, niñeras de la etapa anterior, limpiadoras, lavanderas, costureras, personal de cocina, jardineros, porteros, ordenanzas, profesores, pedagogos psicólogos, asistentes sociales, grupo administrativos, pediatras, comunidad de H.H. de la Caridad, revivimos tantos años de esfuerzo en favor de *"nuestros niños"* con una profunda emoción, y gran descarga de lágrimas. (Figura 40).

La atención que recibimos del Instituto Internacional San Telmo de —su director general D. Antonio García de Castro y la presidenta de la Fundación San Telmo Dña. Rosario López Fernández— fue extraordinaria. Como exdirector del CPI y la educadoras Dolores Puerto e Isabel Elena León Rueda como representante del comité organizador, fuimos los encargados de expresar nuestro agradecimiento por tan cariñosa acogida y por todas las facilidades prestadas para hacer posible esta deseada reunión conmemorativa de los "HISTÓRICOS DE LA CASA CUNA".

Del artículo publicado en *ABC*, el 21 de junio de 2013, por el periodista Fernando Carrasco —testigo del encuentro— bajo el titular *"Volver a la Casa Cuna cuarenta años después"*, recojo:

"Llegaron la mayoría de ellos, entre 1971 y 1973, al Centro Provincial Infantil —la Casa Cuna de toda la vida— cuando el pediatra Ignacio Gómez de Terreros era director y comenzaba a remodelar las estructuras de un centro ya entonces histórico para el devenir de tantos niños y niñas huérfanos, abandonados o provenientes de familias desestructuradas. Tenían entre 18 y 20 años y eran la mayoría mujercitas que comenzaban a labrarse porvenir en la Casa Cuna… Muchas de estas personas no habían vuelto a acudir desde que se marcharon. Otras en cambio sí. Pero en todas, en sus rostros, la emoción del reencuentro, la nostalgia de los momentos vividos; las anécdotas, los sufrimientos y las alegrías. Miles de historias que siguen guardando estas paredes avivadas por los cientos de fotografías que se proyectaron de aquel trabajo denodado por darse a los más desfavorecidos…"

Fue una jornada inolvidable y para mí, personalmente, *"la guinda"* fue la entrega que me hicieron con todo cariño de un diploma (fig. 41).

Termino con la anécdota de las ráfagas de la Virgen Milagrosa que tanto la caracterizan. Al visitar la capilla,



Figura 40

una hermana me indica: *"D. Ignacio a la Virgen le faltan sus ráfagas",* circunstancia que desconocía la presidenta de la Fundación San Telmo. Meses después me llama para comunicarme que se han encontrado y ya las tiene puestas.

XII. Epilogo

Nuestra psicóloga Encarna María Sánchez Espinosa nos señala lo que representó para todos los que tuvimos el privilegio de participar en tan extraordinaria experiencia: una etapa vital que nos permitió desarrollar mucha creatividad y explorar todo nuestro bagaje personal y profesional. Los apoyos directivos y de la propia Diputación en las facetas formativa y de soporte facilitaron un ejercicio profesional fructífero y apasionante.

Resultaba especialmente estimulante comprobar cómo quienes llevaban el Centro adelante valoraban el trabajo de los profesionales de la psicología, la educación y los cuidados. El apoyo constante a nuestros proyectos —especialmente por parte de Miguel España, nuestro administrador— fue determinante; aunque algunas de nuestras peticiones de material le sonaran *"raras",* siempre las lograba.

Principales aprendizajes de aquella etapa

– El valor del trabajo interprofesional. Personas de diferentes formaciones y experiencias trabajando juntas, con magníficos resultados en eficacia y efectividad. El respeto entre disciplinas generó un clima de cooperación modélico.

– La importancia del liderazgo del grupo. La sensibilización, el compromiso y la constancia respecto a los objetivos marcados, sin desfallecer, buscando siempre soluciones.

– El apoyo institucional, del que tuvimos el privilegio de disfrutar.

– La necesidad de invertir mucho tiempo en comunicación y sensibilización con otras redes e instituciones para impulsar cambios reales. Sin ese esfuerzo, los resultados no habrían sido tan satisfactorios.

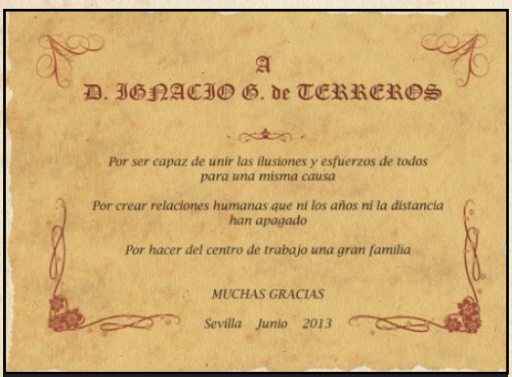


Figura 41

En este epílogo es fundamental poner en valor el esfuerzo de tantos profesionales, visibilizando el impacto social y profesional de una experiencia tan enriquecedora. No solo por lo realizado durante el proceso, sino también por la influencia que tuvo en los posteriores cambios atencionales en los distintos ámbitos en los que nos correspondió ejercer responsabilidades:

- En mi propio Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, en el enfoque de la atención integral y la adaptación ambiental realizada junto al psicólogo Andrés Esteban (CPI) y el Prof. Enrique Acosta (Facultad de Bellas Artes Universidad de Sevilla). El diseño de zonas por colorido según patología, los dibujos creativos, el parque infantil… supusieron un giro tal que, anecdóticamente, un compañero mayor nos dijo: *"estáis convirtiendo el Hospital en un puti-club"*. La reacción del Prof. Acosta ante el comentario me hizo sonreír mientras lo tranquilizaba. A partir de entonces pude observar el progresivo cambio ambiental en el resto de los hospitales del complejo.

Desde mi Jefatura de Servicio de Lactantes, creación de la Unidad de Pediatría Social, impulso de los movimientos asociativos de padres con menores afectos de patologías crónicas o de las denominadas "enfermedades raras", introducción de los padres en el área asistencial; *"caída de los cristales",* pañales desechables…

- Durante mi presidencia del Consejo Andaluz de Asuntos de Menores, los temas de internamientos institucionales y sistemas de protección estuvieron siempre en el centro de la agenda.

- La Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría, en sus actividades científicas, formativas e investigadoras.

- La designación de la Pediatría Social en mi nombramiento como Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Sevilla.

- La promoción, desde la Fundación Gota de Leche de Sevilla y con el apoyo de la Defensoría de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía, del Foro Profesional por la Infancia de Andalucía —www.fpia.eu— que reúne a los colegios profesionales e Instituciones vinculados a la infancia,

- El enriquecimiento derivado de contactos nacionales e internacionales.

- El papel de los profesionales en la *abogacía por la Infancia*.

- Su presencia en la formación de pregrado y posgrado.

A destacar la CREACIÓN DE ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato), promovida por profesionales que ejercieron su abogacía por la Infancia desde su vivencia en la Diputación Provincial de Sevilla, y a la que se unieron compañeros de otras instituciones.

El 24 de octubre de 1990 fueron aprobados sus Estatutos.

Así concluimos una etapa que no solo transformó una institución, sino también nuestras vidas, dejando un legado que permanece vivo en cada niño cuyo futuro ayudamos a reconstruir.

XIII. Bibliografía

- Álvarez Santaló LC. Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental. Expósitos de Sevilla 1613–1910. Sevilla: Consejería de Cultura, Junta de Andalucía; 1980.

- Anguita Osuna JE. Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la Ley de Beneficencia de 1849 y su reglamento de ejecución de 1852. *Aportes Rev Hist Contemp.* 2019;34(99).

- Conclusiones de las Jornadas Nacionales y Andaluzas de Hogares Infantiles 1970-1981

- Cruz Hernández M, Gómez de Terreros Sánchez I, García Caballero C. Historia de la pediatría social en España. Cuadernos de Historia de la Pediatría española AEP, nº 26. ISBN 978-84-095-5985-5. P 97-113. Disponible en: https://www.aeped.es/publicaciones/cuadernos-historia/cuadernos-historia-pediatria-espanola-no-26

- Esteban A, Martín J. Problemática en inicios de E.G.B. de niños en institución. *Rev Psicol Gen Apl.* 1979; 34:160–161, 920–925.

- Esteban A, Sánchez Espinosa EM. La práctica escolar en un Hogar Infantil (programa mixto y programa tutorial). En: *V Simposio Español de Pediatría Social*; 1981; Tenerife.

- Giménez Muñoz MC. Breve historia de la Casa Central de Expósitos de Sevilla en la segunda mitad del siglo XIX. *Rev Estud Cienc Soc Human Ámbitos.* 2007;(17):17–28.

- Gómez de Terreros I, Esteban A. Desarrollo integral del preescolar interno. *XV International Congress of Pediatrics.* N. Delphi; 1977. p. 37.

- Gómez de Terreros I, González A, Torres JE, Sánchez EM, Bernal M, Salmerón M, Galán F, Esteban A. Actualización de Hogares Infantiles. En: *Simposio Español de Pediatría Social*; 1981; Tenerife. p. 194–237.

- González Meneses A, Sánchez Espinosa EM, Bernal Rendón M, Salmerón Estrada M, Gómez de Terreros I. Estudio regional de la asistencia al menor carente de medio familiar. *Bol Inf Soc Pediatr Andal Occid Extrem.* 1981.

- González-Meneses A. El niño y la Pediatría Sevillana. Discurso de Recepción en la Real Academia de Medicina de Sevilla. Sevilla: Real Academia de Medicina; 1991.

- Molina A. La misión de las Hijas de la Caridad con los niños expósitos. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla, Área de Cultura y Deportes; 2003.

- Ortega F. Protección de menores y reforma institucional en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1983.

- Sánchez Espinosa EM. Proyecto de transformación del Centro Provincial Infantil de la Diputación de Sevilla. *Apuntes Psicol.* 1987;(20–21).

- Sánchez Espinosa EM, Bernal Rendón M. Problemática escolar de un Hogar Infantil en los primeros niveles de la E.G.B. En: *V Simposio Español de Pediatría Social*; 1981; Tenerife.

- Trigo J. Deprivación sociofamiliar e institucionalización de menores [tesis doctoral]. Universidad de Sevilla; 1989.

aepCH Comité de Historia

Casa Cuna de Fraisoro. Casa Central de Expósitos. Gipuzkoa. 1903- 1994

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi. Pediatra. Centro de Salud Pasaia San Pedro. Gipuzkoa. Grupo de Historia de la Pediatría de la AEP

Antecedentes

Con anterioridad a la creación de la Casa-Cuna de Fraisoro, el reglamento de Expósitos en vigor era el de 1844, que estableció cuatro Juntas de Expósitos, una en Donostia, otra en Tolosa, otra en Azpeitia y otra en Vergara[1]. Eran los cuatro partidos judiciales existentes en la provincia. La mayor parte de los niños abandonados eran hijos de madres solteras, de viudas o de casadas que no convivían con el marido. En los tres casos se producía un deshonor para la mujer, pero también para la familia, aunque el patrón típico era una sirvienta u obrera que tiene que abandonar su hijo porque si no perdería su trabajo. A eso hay que añadir otros colectivos como viudas pobres, viudos con hijos recién nacidos y matrimonios sin recursos[2].

Un cambio sustancial se observa en el nuevo Reglamento General de expósitos" que fue aprobado el 14 de noviembre de 1900. La principal novedad que incluía dicho Reglamento la necesidad de crear una "Casa central" de expósitos.

Creación de la Casa Cuna de Fraisoro

El proyecto de la Diputación de Guipúzcoa, para creación de esa Casa central de Expósitos, contó con la colaboración de la Caja de Ahorros Provincial que aportó 20.000 pesetas. El terreno destinado a ese fin fue la finca de Fraisoro, que reunía las siguientes condiciones: buenas condiciones higiénicas, hallarse allí en abundancia la materia prima de alimentación de los niños, la leche



Figura 1. Foto Pascual Marín. Tomado de Kutxa Fundazioa. Fototeka, 1944

(había una granja contigua) y hallarse allí el laboratorio donde se verificaban las operaciones necesarias para la esterilización y materialización de la leche[3] (figura 1). Las obras tuvieron lugar entre el 5 de abril de 1902 y el 18 de abril de 1903. El coste de la construcción se recoge en la tabla I.

Médicos de la Casa Cuna de Fraisoro

El primer director de la Casa Cuna de Fraisoro fue José Joaquín Albea Larzabal (1903-1909), médico de Billabona, localidad más próxima al establecimiento. Una de sus incorporaciones al cuidado de los recién nacidos fue el empleo sistemático del test de reacción de Wasserman para la detección de la sífilis lo que convirtió a Fraisoro en un centro de referencia estatal[5]. Además de médico de la Casa Cuna de Fraisoro lo fue del Hospital Provincial y ejerció también como toco-ginecólogo en la Clínica San Antonio de San Sebastián[6].

Le sucedió su hijo, Toribio Albea Arregui (1909-1923) A pesar de que la instalación contaba con mejores medidas higiénicas, máquinas esterilizadoras, vertederos de residuos, etc., las epidemias y otras enfermedades contagiosas hicieron que la tasa de mortalidad fuera todavía importante.

Tras su muerte por tuberculosis a los 44 años le sucedió el nuevo médico se Billabona, Jesús Alústiza Urteaga (1923-1951). Propuso el aislamiento y el exhaustivo control de los niños y niñas que ingresaban del exterior para combatir la mortalidad. Retrasó su jubilación de forma voluntaria y contó con la ayuda de su hijo José Antonio, que luego le sucedió (1951-1986) y fue el primer director de Fraisoro que no era simultáneamente médico de Billabona. Se formó como pediatra en el Hospital Niño Jesús. También colaboró en la Inclusa de Madrid, dirigida por el Dr. Muñoyerro. Fruto del análisis de la situación de la Inclusa Madrileña, denominada "Instituto Provincial de Puericultura", y del estudio de la mortalidad en el conjunto de España publicó un trabajo titulado "Estudio del niño abandonado en las inclusas. Su mortalidad en España y problemas que plantea"[7]. En él, señala las altas tasas de mortalidad infantil y las notables diferencias de mortalidad (más del doble) entre los niños que ingresan con su madre (27 % en los seis primeros meses) de los que lo hacen sin ella (57,3 %). Hace referencia también a los datos de Guipúzcoa donde los niños son amamantados en los dos primeros meses de forma natural y cuyas tasas de mortalidad son del 6 %.

A la jubilación del Dr. Alústiza se hizo cargo de la atención a los menores de la casa cuna el pediatra Víctor Ormaetxea Goiri, aunque sin nombramiento como director. Este pediatra siguió atendiendo a los niños y niñas a partir de 1994, cuando se cerró la Casa Cuna de Fraisoro y los niños fueron trasladados a la residencia Loistarain de San Sebastián. Refiere que como último motivo de preocupación fue la experiencia con el SIDA, enfermedad inicialmente

Tabla I. Coste de la construcción[4]

Primero y segundo plazo de la contrata	36.950,50
Tercero y cuarto plazo de la contrata	35.441,99
Dietas del arquitecto	254,75
Sobresante del encargado de la obra	2.274,00
Total	74.923,24

desconocida y que fue la causa de uno de los últimos fallecimientos de los niños acogidos.

Situación sanitaria de los niños acogidos

El análisis de las Memorias de la institución nos informa de la situación sanitaria de los niños acogidos. En la Memoria de 1924 se atribuye la alta mortalidad, con una tasa de 27,4, a las enfermedades infecciosas: bronquitis gripal, varicela y sarampión, a la escasez de nodrizas y a las deficiencias de la cantidad y calidad de leche de las mismas. En todas las memorias, aparecen los procesos infecciosos (respiratorios y digestivos) y los problemas nutricionales como las principales causas de mortalidad. También, como aspectos positivos y que reducen la mortalidad, se apunta a que el edificio está situado en el campo, sus excelentes instalaciones de puericultura y al régimen especial de la Casa de Maternidad contigua en la que las mujeres que dan a luz tienen la obligación de criar al pecho los dos primeros meses. La disminución de la mortalidad que se produce a partir de 1925, el informe realizado por la Diputación Provincial, lo atribuye a las mejoras introducidas en la Casa-Cuna, puesto que dice que: "Y con eso llegamos a los años 1926-1927, en que la Institución llegó a completar la organización y mejora de sus servicios. Así lo demuestran los resultados obtenidos y que se consignan en las Memorias anuales del establecimiento"[8]. En la figura 2 se pueden ver las tasas de mortalidad anual/agrupadas en periodos quinquenales donde se puede ver que en el año 27 hay un notable descenso de una tasa de 20/año de media en los periodos previos a una tasa de 6/año y que sigue disminuyendo en años posteriores.

Maternidad y Granja de Fraisoro

Una de las características especiales del "Complejo Fraisoro" es la existencia de una maternidad y una granja contiguas a la Casa-Cuna. Ambas instituciones contribuyeron a la disminución de la mortalidad, puesto que muchos niños eran alimentados con leche materna y otros con leche maternizada elaborada en la granja.

La Maternidad se creó en 1913 con capacidad para 10 mujeres y tuvo que ser ampliada, inaugurándose el nuevo edificio en 1924. Se encargó de su dirección el ginecólogo Julio Albea Urrutia, hijo y nieto de los dos primeros direc-

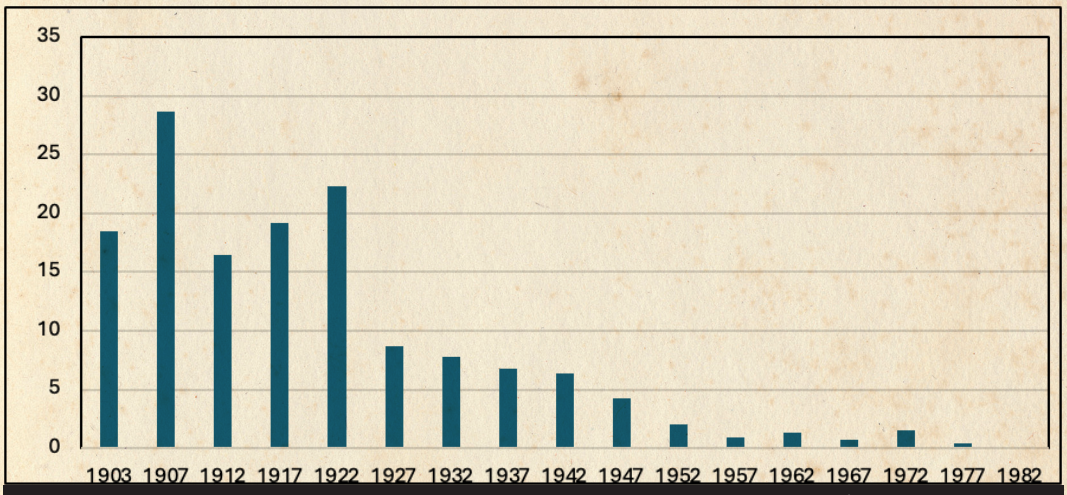


Figura 2. Tasas de mortalidad infantil en la Casa Cuna de Fraisoro. Medias/año. Datos de las Memorias y recogido por García Magriñá EM[5]

tores de Fraisoro, que se ocupaba de los partos complicados y los problemas ginecológicos de las madres[5].

En la maternidad (figura 3) había la obligatoriedad desde 1909 de que toda madre soltera que diera a luz, diera de mamar a su hijo durante dos meses[8].

Eso fue la causa principal de los buenos resultados según el Dr. Alústiza:

> *"Con esta obligación se consigue que no se separe la madre del hijo los dos primeros meses, el niño está sometido a la lactancia natural, tan indispensable, y el aumento de las defensas microbiológicas, disminuyendo las infecciones tan frecuentes en estos centros. En Guipúzcoa, debido principalmente a estas medidas, a que el número de niños no pasa de 120 (o sea, no hay hacinamiento), a que cada mujer, lo más, da de mamar a dos niños y unido a que el establecimiento reúne las condiciones higiénicas (entre otras, la de estar en el campo, con un aire puro) hace que la mortalidad anual de dicho centro sea muy baja, llegando a ser inferior al 6 %"[7].*

La granja anexa era previa a la maternidad y a la Casa-Cuna. Se inauguró el 7 de septiembre de 1898 por medio de un proyecto potenciado por la Diputación Foral de Gipuzkoa con el objetivo de ofrecer una enseñanza práctica de la agricultura y ganadería a los jóvenes de Gipuzkoa. Prácticamente paralela a la creación de la "Granja Modelo Fraisoro" comenzó la idea de la implantación de un laboratorio en el mismo. A la vez que se le daba un impulso a la Escuela Provincial de Agricultura, Lechería y de Sidra.

En esta granja una de las actividades que se realizaba era la maternalización de la leche para lactantes. En un documento de 1909 explicaba a los alumnos la forma de su realización:



Figura 3. Foto Paco Mari. Tomado de Kutxa Fundazioa. Fototeka, 1951

"Leche maternizada. La leche de vaca, por tener mayor cantidad de caseína que la leche de mujer, suele hacer daño a los niños sin estar previamente preparada o maternizada. Muchos para maternizar la leche le añaden cierta cantidad de agua, pero así no solo se hace disminuir la cantidad de caseína, sino que se rebajan también los demás elementos de la leche y por tanto sus propiedades nutritivas.

Para maternizar bien la leche se le añade primero una cantidad de agua igual a su peso y esta mezcla se pasa por una desnatadora para obtener una crema con el 3 por 100 de grasa; se añade a esta crema un poco de lactosa y después de esteriliza"[9].

Orgullo, admiración y honestidad

Una de las características de la Casa Cuna es el orgullo y admiración que los guipuzcoanos tenían por ella. Así describía el doctor Cortajarena las instalaciones en una visita que realizó a dicho centro al poco tiempo de su inauguración:

"Causa grata emoción el visitar un edificio no suntuoso, que no debe serlo, sino grande, ventilado, situado en una cumbre y protegido por todas las precauciones higiénicas. Allí se alojan los desgraciados expósitos, que son cuidados por las hermanas de la Caridad, y a los que se suministra leche maternizada, y obtenida de aquellas hermosas vacas de razas del país y extranjeras, perfectamente cuidadas en la quinta de Fraisoro. Una visita detenida al laboratorio de preparación de la leche, la limpieza que en todos sus departamentos se observa, acabaron de convencerme del celo y solícitos cuidados de la Diputación Provincial de Guipúzcoa"[10].

Este orgullo por la institución hacía que fuera mostrada a los visitantes, sobre todo, a los que se ocupaban de la salud infantil, como sucedió en el II Congreso Nacional de Pediatría celebrado en 1923. Así recoge la prensa local la visita de los congresistas a estas instalaciones.

"Al llegar a la Casa-cuna fueron recibidos los excursionistas por el presidente de la Diputación, señor Elorza, y una comisión de diputados. Los excursionistas recorrieron detenidamente las dependencias de la Casa-Cuna y de la Granja, haciendo grandes elogios de la instalación y felicitando efusivamente a los representantes de la Corporación provincial"[11].

Incluso en la Prensa de Madrid hubo artículos en los que se valoraba positivamente esta Casa-Cuna: "Guipúzcoa sostiene en Villabona una institución que enorgullece a España: la Casa-Cuna de Fraisoro donde se atiende con desvelo a los niños desamparados. No hay detalle de higiene, ni humanitarismo, ni científico que falte en esta ejemplar Casa-Cuna de Guipúzcoa"[12].

En la figura 4 se puede ver a un grupo de niños, nodrizas y Hermanas de la Caridad en el centro.

En los últimos años ha habido polémicas sobre la adecuada o inadecuada adopción de los niños acogidos en diversas instituciones de este tipo. Esa polémica llegó también a la Casa-Cuna de Fraisoro. Para despejar las dudas, la Diputación Provincial encargó a la Sociedad de Ciencias Aranzadi un estudio para comprobar si las adopciones en la Casa-Cuna de Fraisoro cumplían la legalidad. Como resultado de este se afirma que "no hubo irregularidades sistemáticas en las adopciones de niños que estaban bajo tutela de la Diputación, en la Casa-Cuna de Fraisoro. El estudio se centra en el período que va desde 1940 a 1990 y, según ha desvela-

do directora foral de Derechos Humanos, Marina Bidasoro, evidencia que el cuidado de los niños que estuvieron en la Casa-Cuna de Fraisoro fue adecuado y que las adopciones que estuvieron en manos de la Diputación cumplían la legislación vigente del momento.

De los 2.627 expedientes personales de niños acogidos en estas instalaciones en estos 50 años, la Sociedad de Ciencias Aranzadi ha tenido acceso a 2.579. Más del 50 % de estos menores, en concreto, 1.323, fueron devueltos a sus familias biológicas, ya que ésta fue la "prioridad" principal, mientras que el 32 %, es decir, 853, fueron dados en adopción.

El número de fallecidos ascendió a 171, lo que supone una tasa de mortalidad inferior a la registrada de media en la época, por la buena alimentación y cuidados del centro.

De los niños que pasaron por las instalaciones de Fraisoro, 107 fueron derivados a otras instituciones, ya que al cumplir cinco años tenían que dejar el centro.

Respecto a las adopciones, respetaban escrupulosamente las condiciones legales ya que se comprobaba que los candidatos reunían las condiciones requeridas, que la madre biológica diera el visto bueno y se realizaba un control posterior[13-14].

Esta revisión final, realizada en 2014, sirve de colofón a este breve estudio sobre las características sanitarias de esta casa cuna.

Conclusiones

Las casas cuna fueron un instrumento para atender a los niños expósitos durante el siglo XX.



Figura 4. Foto Paco Mari. Tomado de Kutxa Fundazioa. Fototeka, 1951

El análisis de la Casa-Cuna de Fraisoro en Guipúzcoa, desde 1903 a 1994 nos permite ver la evolución del cuidado sanitario y de las enfermedades que sufrían estos niños, desde los problemas, respiratorios, gastrointestionales e infecciosos en los primeros años hasta la aparición del SIDA en los últimos.

El hecho de ser un complejo con granja, donde se elaboraba leche maternizada, maternidad y casa cuna y el estar en un entorno rural contribuyó al descenso de la mortalidad, que en otros centros similares era más elevada.

El estudio de la Sociedad Científica Aranzadi, comprueba la buena gestión de las adopciones del centro.

Bibliografía

1. Reglamento de expósitos de Guipúzcoa. Tolosa. 13 de marzo de 1844.

2. Martínez Martín MA. Gipuzkoa en la vanguardia del reformismo social. Beneficencia, ahorro y previsión (1876-1936). Donostia-San Sebastián. Fundación Social y Cultural Kutxa. 1996.

3. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Casa cuna de Fraisoiro: Su creación e influencia en la asistencia médica a los expósitos guipuzcoanos.. Bol. S. Vasco-Nav. Pediatr.1995. 29, 90:131-136.

4. Registro de las sesiones celebradas por la Excma. Diputación Provincial de Guipúzcoa. San Sebastián, Imprenta de la provincia,1903, pp. 51-52.

5. García Magriñá EM. Mujeres de barro, infancias de cristal: Fraisoro 1903-1985. La Casa-Cuna Central de Expósitos de Guipúzcoa. Andoain, Manuel Larramendi Kultur Bazkuna, 2020, 245 pp.

6. José Joaquín Albea. https://www.comgi.eus/es_jose_joaquin_albea.aspx

7. Alústiza Iriarte JA. Estudio del niño abandonado en las inclusas. Su mortalidad en España y problemas que plantea. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, Sección de puericultura, Maternología e Higiene escolar. Publicaciones “Al servicio de España y el niño español”, nº 77. 1944; 24 pp.

8. Diputación Foral de Guipúzcoa. Casa Cuna y Maternidad de Fraisoro. 1924-1944. San Sebastián. Imprenta de la Diputación Foral de Guipúzcoa. 1946.

9. Granja Provincial “Fraisoro”. Apuntes de lechería para los alumnos de la escuela de agricultura de dicha granja. San Sebastián. Diputación de Guipúzcoa. 1924.

10. Cortajarena. La Gota de Leche. La Voz de Guipúzcoa 28-9-1903, p. 1

11. La excursión a Fraisoro. La Voz de Guipúzcoa 6-9-1923, p.7

12. Los niños de la inclusa. ABC, 27 de marzo de 1927.

13. Aranzadi: Las adopciones en la casa cuna de Fraisoro cumplían la legalidad. https://www.noticiasdegipuzkoa.eus/sociedad/2014/03/24/aranzadi-adopciones-casa-cuna-fraisoro-4238520.html

14. Tramitadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa no se han encontrado irregularidades en las adopciones entre 1940 y 1990. https://gipuzkoadigital.com/tramitadas-por-la-diputacion-foral-de-gipuzkoa-no-se-han-encontrado-irregularidades-en-las-adopciones-entre-1940-y-1990/

aepCH Comité de Historia

Casas de expósitos en Murcia y Cartagena

José María Olivares Rossell

I. Introducción

Las casas de expósitos fueron instituciones benéficas destinadas a la acogida, protección y mantenimiento de niños abandonados, una realidad frecuente en las ciudades hispánicas desde la Edad Media y que alcanzó una gran relevancia entre los siglos XVI y XVIII. Estos establecimientos, vinculados inicialmente a hospitales, cofradías o casas de misericordia, surgieron como respuesta organizada ante la creciente presencia de recién nacidos dejados a las puertas de templos, hospitales o espacios públicos. Su función principal era garantizar la supervivencia de estos menores y gestionar su cuidado, a menudo mediante la entrega a nodrizas encargadas de criarlos a cambio de un salario[1].

En el antiguo Reino y posterior Región de Murcia, las principales ciudades como Murcia, Cartagena. Lorca o Caravaca, trataron de dar respuesta al abandono infantil mediante la creación de instituciones específicas. Esta respuesta, inicialmente limitada a la caridad de los hospitales medievales, fue transformándose con los siglos en un sistema de beneficencia pública cada vez más secularizado y precedente de los actuales servicios sociales de protección a la infancia[2].

Durante el siglo XVIII, coexistieron dos visiones en el abordaje del niño abandonado: el utilitarismo ilustrado, que buscaba preservar la vida del futuro ciudadano para la nación, y el utilitarismo eclesiástico, cuyo objetivo primordial era salvar el alma del recién nacido a través del bautismo, un hecho que, más allá del rito religioso, marcaba la identidad y estatus legal del niño expósito[1].

Dada la alta mortalidad infantil en las inclusas, asegurar el sacramento del bautismo era una urgencia absoluta para evitar que el niño muriera sin haber sido "cristianizado". Debido a la fragilidad de los expósitos, que a menudo llegaban malnutridos o moribundos al torno, se practicaba dos tipos de bautismo: el *de solemnidad,* administrado por la jerarquía religiosa con todo el rito y el *agua de socorro o de necesidad,* que consistía en un bautismo de emergencia administrado rápidamente por cualquier persona, como la partera o la encargada del torno, para garantizar la salvación si el fallecimiento parecía inminente. Al ser bautizados bajo el amparo de la institución, los expósitos pasaban a ser considerados jurídicamente como "hijos de la Iglesia". Esto otorgaba a los obispos y prelados el patronato y la responsabilidad absoluta sobre su crianza y educación, vinculando el destino del niño a la red de caridad y colegios gestionados por las diócesis[3].

Las notas o cédulas de abandono que los padres dejaban entre las ropas del bebé solían indicar si el niño ya estaba bautizado para evitar la duplicidad del sacramento. Si había dudas, se procedía a un bautismo *sub conditione*. Más tarde, en el siglo XIX y a principios del XX, la "fe de bautismo" se convirtió en un documento obligatorio para cualquier trámite legal, incluyendo el ingreso en colegios de huérfanos o los expedientes de prohijamiento o adopción.
El sistema de la inclusa se basaba en un pacto implícito de secreto entre la sociedad y la institución. El objetivo primordial era proteger el honor de las familias, especialmente en casos de nacimientos ilegítimos, evitar el estigma social y, en casos extremos, el infanticidio. El principal instrumento de este

pacto era el torno: un cilindro giratorio de madera incrustado en la pared del edificio. El mecanismo permitía depositar al niño desde la calle sin que el depositante fuera visto por la persona que, desde el interior, recibía la criatura tras escuchar el aviso de una campana[4].

Precisamente por su intención protectora, el torno facilitó que el abandono se convirtiera en una estrategia de supervivencia para familias legítimas en situaciones de miseria extrema. En épocas de carestía, el número de ingresos de expósitos se disparaba, no por ilegitimidad, sino por la incapacidad de los padres para alimentar a sus hijos[1]. En este sentido, el abandono rara vez era un acto de desapego.

Muchos niños eran entregados con señales de identidad como medallas partidas, cintas de seda de colores específicos, escapularios o naipes cortados de forma irregular que funcionaban como un vínculo simbólico o una promesa de recuperación futura. Todo ello con vistas a que, si la situación económica de los padres mejoraba, podrían presentar la otra mitad del objeto para reclamar a su hijo. Por otro lado, el estado de las prendas servía a los administradores para catalogar el nivel de pobreza del entorno del niño[5].

La presencia de expósitos era un problema social generalizado en toda España: la mortalidad entre estos niños en Murcia durante los siglos XVI-XVIII podía alcanzar cifras cercanas al 80% en algunos periodos[3,6], lo que generó preocupación entre autoridades eclesiásticas y civiles, especialmente durante el reformismo ilustrado del siglo XVIII. Las inclusas, por tanto, surgieron no solo como respuesta a un drama social, sino que acabaron formando parte de un proyecto más amplio de organización del Estado en materia de beneficencia.

Ante la ausencia de leche artificial segura, la supervivencia de los expósitos dependía enteramente de las amas de cría o nodrizas. La mayoría de ellas eran vecinas de la huerta o pueblos cercanos que acogían a los niños en sus propios hogares a cambio de un salario mensual. El médico debía evaluar su salud y moralidad antes de entregarles al menor [1,5,7].

Dentro de este modelo asistencial, había dos modelos de lactancia mercenaria: por un lado, las amas de cría internas, mujeres que vivían en la inclusa y amamantaban a varios niños a la vez en salas que acababan convertidas en focos de infección por hacinamiento y falta de higiene; por otro, las amas externas**,** mujeres de zonas rurales (especialmente de la huerta de Murcia o zonas montañosas) que llevaban al niño a sus casas a cambio de un salario. Las nodrizas externas solían ser mujeres campesinas, casadas o viudas, que aportaban ingresos a la economía familiar a través del salario pagado por la institución asistencial. Estos salarios formaban parte esencial de la subsistencia rural y constituían una estrategia económica reconocida entre familias de bajos recursos. El sistema incluía controles periódicos por parte de la institución responsable para verificar el estado de salud del niño y el cumplimiento de las obligaciones de la nodriza[1,5,7,8] .

Con todos sus inconvenientes, estas mujeres desempeñaron un papel crucial en la supervivencia de los expósitos; sin su intervención, dado el fracaso de la lactancia artificial de la época, la mortalidad habría sido prácticamente generalizada.

La elevada mortalidad entre los expósitos hizo que los poderes públicos empezaran a reconocer la importancia de intervenir de manera organizada. La preocupación por mejorar la situación condujo, especialmente a partir de los siglos XVIII y XIX, condujo a reformas legislativas que buscaban regular la asistencia, controlar las instituciones benéficas y establecer un modelo provincial de beneficencia que integrara a estas instituciones dentro del sistema administrativo estatal[2] .

Los registros conservados muestran el funcionamiento cotidiano de estas instituciones **(figuras 1 y 2)**. En ellos se anotaba de forma minuciosa la entrada de cada niño, la fecha de recepción, la entrega a nodrizas, los pagos por leche**,** ropa y medicinas, así como los numerosos casos de mortalidad infantil, habitualmente señalados en los libros con una cruz. Estos documentos actuaban como instrumentos contables y administrativos, necesarios para justificar gastos, supervisar a las nodrizas y asegurar que cada niño recibiera la atención estipulada.

Las anotaciones solían estar redactadas con un lenguaje directo y práctico, reflejando la rutina de la institución, con expresiones recurrentes como “entró”, “se entregó”, “murió”, “se pagó” o “se asentó”. También se documentaba los gastos en concepto de manutención.

La acogida inicial de los niños abandonados no se realizaba exclusivamente en las casas principales, sino también en pequeños núcleos distribuidos por el territorio, generalmente en cabeceras comarcales, llamados hijuelas de expósitos. Estos centros funcionaban como delegaciones locales o subsedes dependientes de la Casa Provincial de Expósitos. En ellas, se efectuaba el registro y ofrecía una acogida provisional para, posteriormente, organizar el envío de lactantes a nodrizas externas. Su finalidad era descentralizar la recepción de expósitos en zonas alejadas de la capital y facilitar el control administrativo de los niños entregados a nodrizas en ámbitos rurales[2].

Sus funciones incluían la recepción inicial del expósito cuando era abandonado lejos de la capital, la inscripción antes de remitirlo a la Casa Provincial o asignarlo a una nodriza externa, así como la supervisión tanto de los pagos efectuados al ama de cría como del estado de salud del niño. La mayoría de las hijuelas de expósitos desapareció a finales del siglo XIX, debido a la reducción de la lactancia mercenaria tradicional, el avance de los transportes y cambios legislativos que reorganizaron la beneficencia, lo que llevó a la concentración de servicios en la capital murciana.

Como veremos a continuación, el recorrido por la historia de estas instituciones no supone únicamente reconstruir un sistema asistencial antiguo; implica adentrarse en la mentalidad de la época, en los mecanismos sociales de exclusión y amparo, y en la visión que la comunidad tenía de la infancia y la maternidad. A través de aquel ingenioso mecanismo que permitía entregar al niño de forma anónima, lo reflejado en los libros de registro y los sucesivos modelos de gestión, quedan retratadas instituciones cuyo funcionamiento nos ayuda a comprender las dinámicas sociales, económicas y morales que las sustentaron.

II. La atención a niños expósitos en la ciudad de Murcia.

2.1 Orígenes (siglos XVI–XVII). El Hospital San Juan de Dios.

Durante los siglos XVI y XVII, la ciudad de Murcia no disponía de un centro dedicado en exclusiva a la atención de los expósitos. La función de recogida de niños ilegítimos, huérfanos o abandonados recaía en el Hospital de San Juan de Dios, una institución que operaba bajo una lógica de acogida universal característica del humanismo cristiano de la época.

Este hospital se fundó dentro del antiguo alcázar andalusí, en el emplazamiento de la antigua iglesia de Santa María La Real, donada en su día a la Orden del Temple. Constituía la principal institución sanitaria de la ciudad y la segunda del Reino, tras el Hospital de la Caridad de Cartagena. Su origen puede rastrearse hasta 1527, cuando el Concejo decidió vender tres pequeños hospitales en declive para financiar la creación de un gran establecimiento asistencial. La construcción, imprecisa

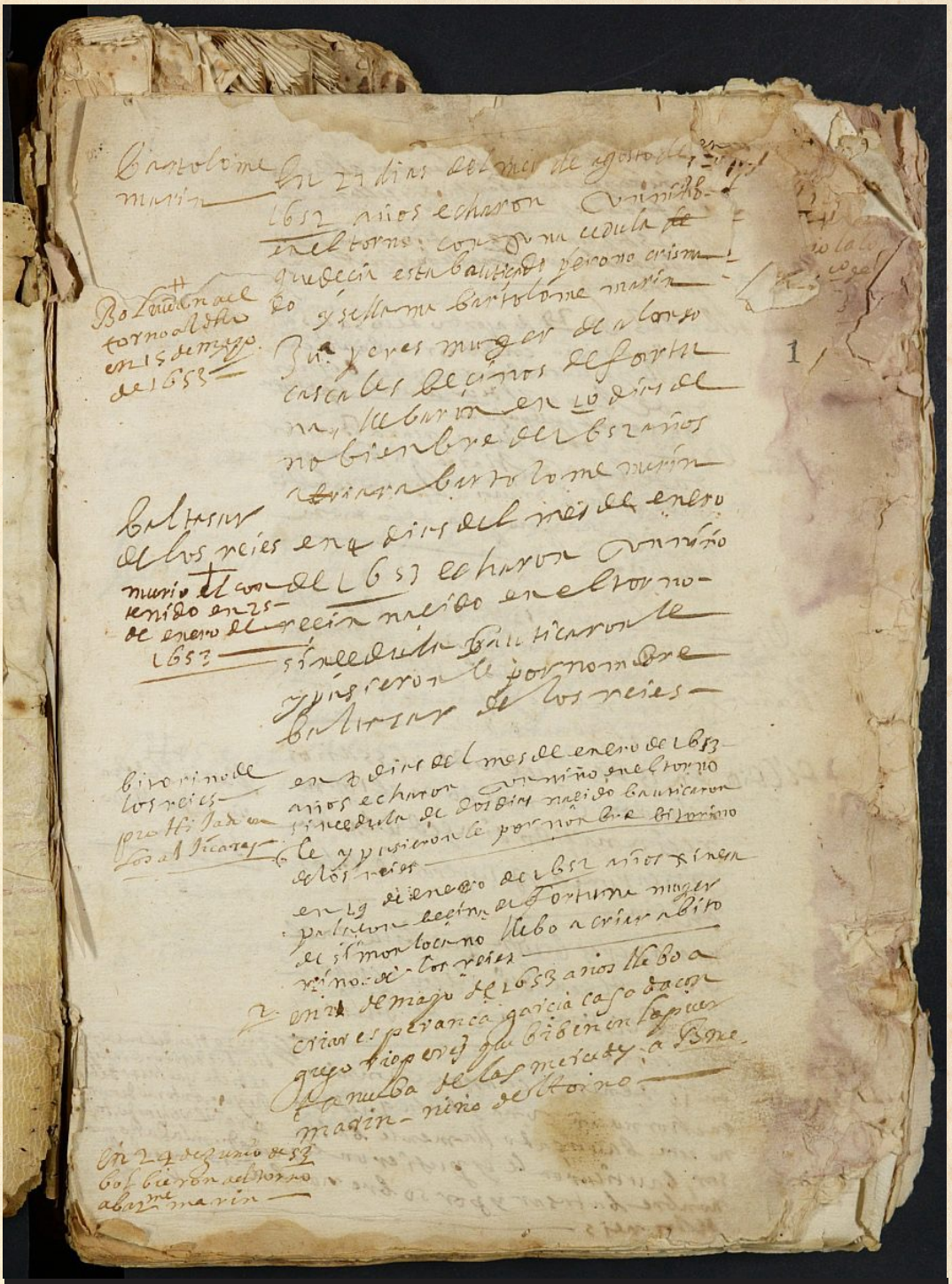


Figura 1. Libro de expósitos (1653-1657). Hospital San Juan De Dios. Fuente: Archivo Histórico de la Región de Murcia. En la imagen se puede leer los asientos de tres niños, llamados Bartolomé Marín, Baltasar de los Reies y Bitorino de los Reies.



Figura 2. Lista de pagos (nómina) de finales del siglo XVIII destinada a las amas de cría. Fuente: Archivo Histórico de la Región de Murcia.

en su cronología, se desarrolló probablemente entre 1540 y 1570, iniciando su actividad poco después[10].

En el año 1589, queda documentada por primera vez la intervención de la Hermandad de San Juan de Dios en la atención a los enfermos, aunque sin reconocimiento formal. La consolidación de su presencia llegó con la fundación del convento del Buen Suceso en 1613 y, cuatro años después, con las capitulaciones de 1617, que otorgaron a la Orden la administración del Hospital General bajo la supervisión del Concejo y del Obispado. Su financiación combinaba censos, rentas agrícolas y urbanas, y limosnas, con una renta ordinaria que superaba los 30.000 reales anuales. Sin embargo, el aumento constante de la demanda asistencial generó una situación crónica de infrafinanciación[11].

En este periodo, el concepto de hospital trascendía la mera asistencia clínica de cara a convertirse en un refugio para la debilidad social en todas sus formas, albergando por igual a enfermos, mendigos, peregrinos y niños abandonados.

El Hospital de San Juan de Dios, saturado por su polivalencia, no podía garantizar la supervivencia de los recién nacidos, quienes a menudo compartían espacio con enfermos contagiosos, acelerando las crisis de mortalidad que caracterizaron el final del siglo XVII. Los hermanos mantuvieron la gestión hasta la desamortización, tras la cual el centro pasó a denominarse Hospital Provincial (1837).

Problemas derivados del cauce del Segura y continuas reformas alteraron el proyecto original, dando lugar a un inmueble de apariencia modesta **(figuras 3 y 4)**. Fue finalmente demolido a finales de la década de 1950 para levantar en su solar el nuevo edificio de la Diputación Provincial[12] .

2.2 El proyecto reformador del Cardenal Belluga. Las Pías Fundaciones. Casa de Expósitos de Murcia (siglo XVIII).

El siglo XVIII supuso un punto de inflexión en la atención a los niños expósitos de la Región de Murcia, especialmente a partir de la llegada de Luis



Figura 3. Hospital San Juan de Dios (ubicación señalada en vista general de Murcia, basada en los registros existentes). Grabado finales siglo XVIII-principios XIX. Fuente: Archivo Municipal de Murcia.



Figura 4. Antiguo Hospital San Juan de Dios, poco antes de su demolición. Fuente Archivo Municipal de Murcia.



Figura 5. Retrato anónimo del cardenal Luis Antonio de Belluga y Moncada. Obra de dominio público.
Fuente original: Araldica vaticana.

Belluga y Moncada **(figura 5)** al obispado de Cartagena, cargo que desempeñó entre 1705 y 1724. En medio de las turbulencias de la Guerra de Sucesión, Belluga identificó la infancia abandonada como un "tesoro inmenso" que se perdía por la falta de recursos y la desidia social. Su visión no era meramente caritativa, sino que contenía los gérmenes del reformismo ilustrado: el niño abandonado debía ser rescatado, bautizado, educado y convertido en un súbdito útil para la Corona[13].

El referido colapso del Hospital San Juan de Dios y la necesidad de distinguir entre los servicios sanitarios y los asistenciales llevaron al cardenal Belluga a promover una fundación independiente especializada en la atención infantil. Su programa de *Pías Fundaciones*, puesto en marcha entre 1705 y 1724, supuso la creación de instituciones dedicadas a la atención de huérfanos, pobres y expósitos.

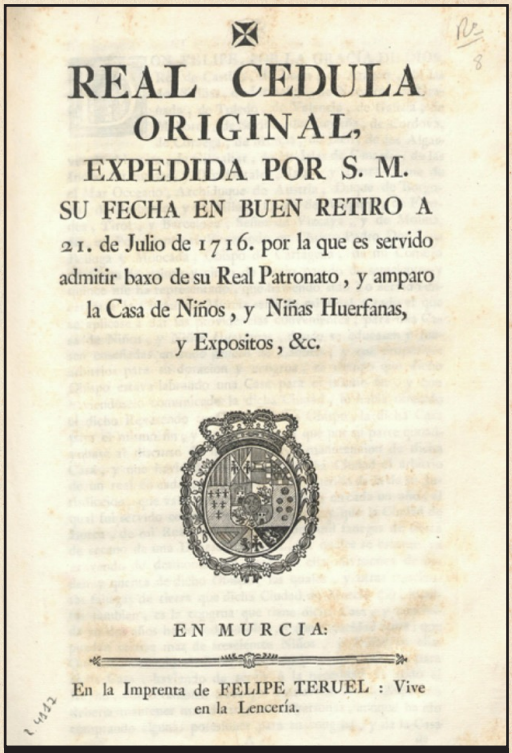
Aunque la idea de una institución dedicada a la atención de pobres, huérfanos y expósitos se gestó hacia 1710, la arquitectura legal y financiera se consolidó con la escritura fundacional del 22 de enero de 1715, respaldada por una Real Cédula de Felipe V que autorizaba el uso de fondos públicos para su mantenimiento **(figura 6).** Esta Real Cédula, expedida por el rey Felipe V el 21 de julio de 1716, formalizó la admisión de la Casa de Niños Huérfanas y Expósitos de la ciudad de Murcia bajo el Real Patronato y amparo de la Corona.

La Casa ya estaba terminada en ese momento y tenía capacidad para más de trescientas personas. Para asegurar su sustento, se recurrió a donaciones de tierras de las ciudades de Murcia, Lorca y Orihuela, cuya productividad iba destinada a su financiación.

La administración quedó a cargo de la ciudad de Murcia y el Cabildo de su Iglesia Catedral, imponiéndose la obligación de enviar anualmente al Rey y al Consejo de la Cámara una relación pun-

tual del estado de la Casa, incluyendo sus rentas, gastos y el número de niños acogidos, así como su destino (si se habían casado o aprendido un oficio).

Fundada en 1715 como obra principal del Cardenal Belluga, La Casa de Expósitos era un centro que albergaba tres departamentos distintos: Casa de Niños Huérfanos y Expósitos, Casa de Niñas Huérfanas y Expósitas y Casa de Huérfanos no Expósitos. La Casa de Niñas Huérfanas y Expósitas tenía capacidad para 160 niñas y adolescentes de entre 5 y 18 años. Estaba a cargo de las religiosas servitas (María Santísima de la Enseñanza), quienes las instruían para el matrimonio o la vida religiosa, otorgándoles una dote de 100 ducados al salir. La Casa de Niños Huérfanos y Expósitos albergaba a un centenar de infantes, preferentemente a partir de los 7 años y hasta los 12. En este periodo, les enseñaban un oficio útil para que pudieran independizarse al salir. La Casa de Huérfanos no expósitos atendía a niños que, aun teniendo familia conocida, carecían de recursos, dándoles el mismo trato que a los expósitos[13].



REAL CEDULA
ORIGINAL,
EXPEDIDA POR S. M.
SU FECHA EN BUEN RETIRO A
21. de Julio de 1716. por la que es servido
admitir baxo de su Real Patronato, y amparo
la Casa de Niños, y Niñas Huerfanas,
y Expositos, &c.

EN MURCIA:

En la Imprenta de FELIPE TERUEL : Vive
en la Lencería.

Figura 6. Real Cédula de Felipe V que formaliza la admisión de la Casa de Niños y Niñas Huérfanas y Expósitos de la ciudad de Murcia bajo el amparo de la Corona. Fuente: Archivo Municipal de Murcia.

Este centro empezó a funcionar en 1728 como institución plenamente autónoma. Belluga diseñó un complejo sistema que separaba a los niños por sexo y edad, alejándose del modelo de hacinamiento del hospital general y su consolidación llegó con la construcción del edificio ubicado en la calle Santa Teresa, cuya ocupación se dio entre 1741 y 1744, momento en que pudo sustituir totalmente las funciones del Hospital de San Juan de Dios y pasó a conocerse formalmente como Casa Provincial de Expósitos de Murcia.

Como casa de expósitos, tenía integrada la función de inclusa. Su cometido era recoger y criar a los niños expósitos, ilegítimos, huérfanos y pobres hasta los 6 años. La Inclusa de Murcia funcionaba de manera semejante a las inclusas europeas del Antiguo Régimen. No criaba directamente a los niños dentro del edificio, sino que los entregaba a nodrizas externas. Los expósitos eran enviados a mujeres de los alrededores, pagadas por la institución. La entidad registraba el nombre de la nodriza, los pagos, y las visitas médicas o inspecciones. Este sistema era vital, dado que la Casa no tenía capacidad para mantener a los bebés dentro del edificio.

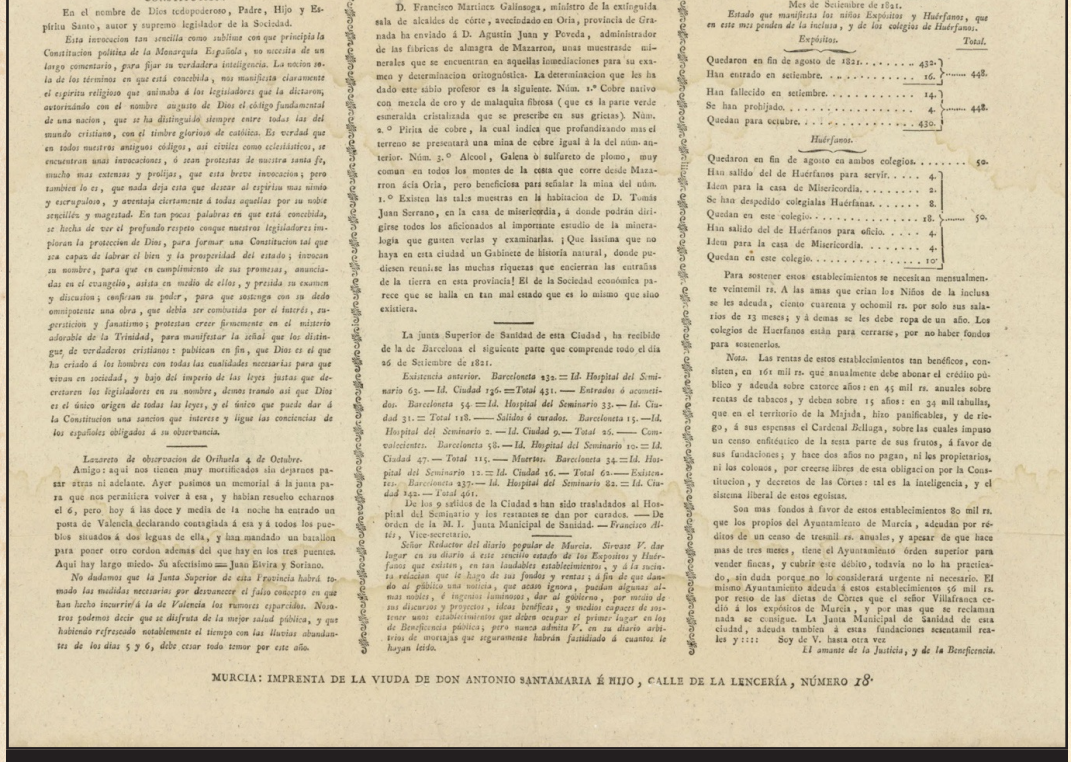
A pesar del celo administrativo de las Pías Fundaciones, la mortalidad de los niños en inclusas solía doblar o triplicar la de la población general, alcanzando niveles que los tratadistas de la época calificaron de “espeluznantes”. En la región de Murcia, se ha estimado que la tasa de mortalidad media en las inclusas durante el siglo XVIII rondaba el 74%. Esta cifra era ligeramente superior a la de otras regiones como Cataluña (61%) o Salamanca (67%) [1,9].

2.3 Casa de Expósitos y Maternidad de Murcia (siglo XIX).

La Constitución de 1812, así como varios decretos de las Cortes en el contexto de la Guerra de Independencia, tuvieron un impacto económico devastador en las Pías Fundaciones, provocando una crisis de financiación que puso a estos centros al borde del cierre[15]. Aunque la Constitución se presentaba bajo una advocación religiosa, su aplicación práctica permitió que los obligados al sostenimiento de las fundaciones eludieran sus pagos, sumiendo a la beneficencia murciana en una quiebra técnica, especialmente en los primeros años de la década de 1820. Este hecho motivó la publicación de un escrito en la prensa provincial de la época, denunciando la situación de expósitos y huérfanos **(figura 7)**.

La Casa Provincial de Expósitos se ocupaba de recién nacidos abandonados o entregados al torno, pero, inicialmente, no atendía partos. Las mujeres pobres, solteras o sin apoyo social no tenían un lugar seguro donde dar a luz, lo que favorecía el abandono neonatal, los partos en condiciones insalubres, y la mortalidad materna e infantil.

La Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849 reorganizó el sistema asistencial español, creando las Juntas Provinciales de Beneficencia y otorgándoles el control e inspección de todos los establecimientos bené-



Periódico Constitucional de la Provincia de Murcia. *Martes 9 de Octubre de 1821.* *N.º 32.*

CONSTITUCION.

En el nombre de Dios todopoderoso, Padre, Hijo y Espíritu Santo, autor y supremo legislador de la Sociedad.

Esta invocacion tan sencilla como sublime con que principia la Constitucion política de la Monarquía Española, no necesita de un largo comentario, para fijar su verdadera inteligencia. La nacion toda de los términos en que está concebida, nos manifiesta claramente el espíritu religioso que animaba á los legisladores que la dictaron, autorizando con el nombre augusto de Dios el código fundamental de una nacion, que se ha distinguido siempre entre todas las del mundo cristiano, con el timbre glorioso de católica. Es verdad que en todos nuestros antiguos códigos, así civiles como eclesiásticos, se encuentran unas invocaciones, ó sean protestas de nuestra santa fe, mucho mas extensas y prolijas, que esta breve invocacion; pero tambien lo es, que nada deja esta que destase al espíritu mas nimio y escrupuloso, y aventaja ciertamente á todas aquellas por su noble sencillez y magestad. En tan pocas palabras en que está concebida, se hacha de ver el profundo respeto conque nuestros legisladores imploran la proteccion de Dios, para formar una Constitucion tal que sea capaz de labrar el bien y la prosperidad del estado; invocan su nombre, para que en cumplimiento de sus promesas, anunciadas en el evangelio, asista en medio de ellos, y presida su examen y discusion; confiesan su poder, para que sostenga con su dedo omnipotente una obra, que debia ser combatida por el interés, sugerstícion y fanatismo; protestan creer firmemente en el misterio adorable de la Trinidad, para manifestar la señal que los distingue de verdaderos cristianos: publican en fin, que Dios es el que ha criado á los hombres con todas las cualidades necesarias para que vivan en sociedad, y bajo del imperio de las leyes justas que decretaren los legisladores en su nombre, demostrando así que Dios es el único origen de todas las leyes, y el único que puede dar á la Constitucion una sancion que interese y ligue las conciencias de los españoles obligados á su observancia.

Lazareto de observacion de Orihuela 4 de Octubre.

Amigo: aquí nos tienen muy mortificados sin dejarnos pasar otras ni adelante. Ayer pusimos un memorial á la junta para que nos permitiera volver á esa, y habian resuelto echarnos el 6, pero hoy á las doce y media de la noche ha entrado un posta de Valencia declarando contagiada á esa y á todos los pueblos situados á dos leguas de ella, y han mandado un batallon para poner otro cordon ademas del que hay en los tres puentes. Aquí hay largo miedo. Su afectísimo = Juan Elvira y Soriano.

No dudamos que la Junta Superior de esta Provincia habrá tomado las medidas necesarias que desvanezcan el falso concepto en que han hecho incurrir á la de Valencia los rumores esparcidos. Nosotros podemos decir que se disfruta de la mejor salud pública, y que habiendo refrescado notablemente el tiempo con las lluvias abundantes de los dias 5 y 6, debe cesar todo temor por este año.

Murcia 8 de Agt.

D. Francisco Martinez Galinsoga, ministro de la extinguida sala de alcaldes de córte, avecindado en Oria, provincia de Granada ha enviado á D. Agustin Juan y Poveda, administrador de las fábricas de almagra de Mazarron, unas muestrasde minerales que se encuentran en aquellas inmediaciones para su examen y determinacion orictognóstica. La determinacion que les ha dado este sabio profesor es la siguiente. Núm. 1.º Cobre nativo con mezcla de oro y de malaquita fibrosa (que es la parte verde esmeralda cristalizada que se prescribe en sus grietas). Núm. 2.º Pirita de cobre, la cual indica que profundizando mas el terreno se presentará una mina de cobre igual á la del núm. anterior. Núm. 3.º Alcool, Galena ó sulfureto de plomo, muy comun en todos los montes de la costa que corre desde Mazarron ácia Oria, pero beneficiosa para señalar la mina del núm. 1.º Existen las tales muestras en la habitacion de D. Tomás Juan Serrano, en la casa de misericordia, á donde podrán dirigirse todos los aficionados al importante estudio de la mineralogía que gusten verlas y examinarlas. ¡Que lástima que no haya en esta ciudad un Gabinete de historia natural, donde pudiesen reunirse las muchas riquezas que encierran las entrañas de la tierra en esta provincia! El de la Sociedad económica parece que se halla en tan mal estado que es lo mismo que sino existiera.

La junta Superior de Sanidad de esta Ciudad, ha recibido de la de Barcelona el siguiente parte que comprende todo el dia 26 de Setiembre de 1821.

Existencia anterior. Barceloneta 232. = Id. Hospital del Seminario 63. — Id. Ciudad 136. = Total 431. — Entrados ó acometidos. Barceloneta 54. = Id. Hospital del Seminario 33. — Id. Ciudad 31. = Total 118. — Salidos ó curados. Barceloneta 15. —Id. Hospital del Seminario 2. — Id. Ciudad 9. — Total 26. — Convalecientes. Barceloneta 58. — Id. Hospital del Seminario 10. = Id. Ciudad 47. — Total 115. — Muertos. Barceloneta 34. = Id. Hospital del Seminario 12. = Id. Ciudad 16. — Total 62. — Existentes. Barceloneta 237. — Id. Hospital del Seminario 82. = Id. Ciudad 252. — Total 561.

De los 9 salidos de la Ciudad se han sido trasladados al Hospital del Seminario y los restantes se dan por curados. — De órden de la M. I. Junta Municipal de Sanidad. — *Francisco Alli*, Vice-secretario.

Señor Redactor del diario popular de Murcia. Sírvase V. dar lugar en su diario á este sencillo estado de los Expósitos y Huérfanos que existen, en tan laudables establecimientos, y á la sucinta relacion que le hago de sus fondos y rentas; á fin de que dando al público una noticia, que acaso ignora, puedan algunas almas nobles, é ingenios luminosos, dar al gobierno, por medio de sus discursos y proyectos, ideas benéficas, y medios capaces de sostener unos establecimientos que deben ocupar el primer lugar en los de Beneficencia pública, pero nunca admita V. en su diario arbitrios de mortajas que seguramente habrán fastidiado á cuantos le hayan leido.

EXPÓSITOS Y HUERFANOS DE MURCIA.

Mes de Setiembre de 1821.

Estado que manifiesta los niños Expósitos y Huérfanos, que en este mes penden de la inclusa, y de los colegios de Huérfanos.

Expósitos.		*Total.*
Quedaron en fin de agosto de 1821.	432.	
Han entrado en setiembre.	16.	448.
Han fallecido en setiembre.	14.	
Se han probijado.	4.	448.
Quedan para octubre.	430.	

Huérfanos.		
Quedaron en fin de agosto en ambos colegios.	50.	
Han salido del de Huérfanos para servir.	4.	
Item para la casa de Misericordia.	2.	
Se han despedido colegialas Huérfanas.	8.	
Quedan en este colegio.	18.	50.
Han salido del de Huérfanos para oficio.	4.	
Item para la casa de Misericordia.	4.	
Quedan en este colegio.	10.	

Para sostener estos establecimientos se necesitan mensualmente veintemil rs. A las amas que crian los Niños de la inclusa se les adeuda, ciento cuarenta y ochomil rs. por solo sus salarios de 23 meses; y á demas se les debe ropa de un año. Los colegios de Huerfanos están para cerrarse, por no haber fondos para sostenerlos.

Nota. Las rentas de estos establecimientos tan benéficos, consisten, en 161 mil rs. que anualmente debe abonar el crédito público y adeuda sobre catorce años: en 45 mil rs. anuales sobre rentas de tabacos, y deben sobre 15 años: en 34 mil tahullas, que en el territorio de la Mejada, hizo panificables, y de riego, á sus espensas el Cardenal Belluga, sobre las cuales impuso un censo enfitéutico de la tesra parte de sus frutos, á favor de sus fundaciones; y hace dos años no pagan, ni los propietarios, ni los colonos, por creerse libres de esta obligacion por la Constitucion, y decretos de las Cortes: tal es la inteligencia, y el sistema liberal de estos egoistas.

Son mas fondos á favor de estos establecimientos 80 mil rs. que los propios del Ayuntamiento de Murcia, adeudan por réditos de un censo de tresmil rs. anuales, y apesar de que hace mas de tres meses, tiene el Ayuntamiento órden superior para vender fincas, y cubrir este débito, todavia no lo ha practicado, sin duda porque no lo considerará urgente ni necesario. El mismo Ayuntamiento adeuda á estos establecimientos 56 mil rs. por resto de las dietas de Cortes que el señor Villafranca cedió á los expósitos de Murcia, y por mas que se reclaman nada se consigue. La Junta Municipal de Sanidad de esta ciudad, adeuda tambien á estas fundaciones sesentamil reales y:::: Soy de V. hasta otra vez

El amante de la Justicia, y de la Beneficencia.

MURCIA: IMPRENTA DE LA VIUDA DE DON ANTONIO SANTAMARIA É HIJO, CALLE DE LA LENCERÍA, NÚMERO 18.

Figura 7. Carta dirigida al redactor del *Periódico Constitucional de Murcia* (9 de octubre de 1821), en la que se denuncia la situación de los expósitos y huérfanos de la ciudad (segunda —último párrafo— y tercera columnas). Firmada por 'El amante de la Justicia, y de la Beneficencia'. Fuente: Hemeroteca del Archivo Municipal de Murcia.

ficos - incluidas las casas de expósitos- ubicados en cada provincia. La ley establecía que la beneficencia pasaba a constituirse como servicio público, dependiente del Estado y gestionado a través de sus juntas territoriales.

El nuevo clima reformista exigía mejoras en la protección de madres vulnerables. Este cambio reflejaba una nueva mentalidad: la mejor forma de proteger al expósito era proteger a la madre antes del parto.

A partir de 1853 quedó incorporada a la Inclusa la Casa de Maternidad, cuyo cometido fue doble: por un lado, asistir en el parto a mujeres pobres o solteras; y, por otro, acoger y proteger al recién nacido desde el primer momento, evitando así que tuviera que ser depositado en el torno.

En 1855 se aprobó su reglamento de régimen interno[14], que definía a la institución como un organismo compuesto por dos grandes secciones complementarias, integradas en el mismo edificio de la calle Santa Teresa. La primera era la Casa de Expósitos, encargada de recoger, registrar y mantener a los niños ilegítimos, abandonados o pobres durante sus primeros seis años de vida. La segunda era la Casa de Maternidad, cuyo cometido era ofrecer atención asistencial y sanitaria a las mujeres embarazadas sin recursos, así como asegurar un parto seguro y discreto para evitar abandonos peligrosos. Ambas secciones se encontraban bajo la supervisión inmediata de la autoridad benéfica provincial.

El reglamento regulaba de manera estricta los procedimientos de admisión, tanto de los niños como de las mujeres ingresadas.

En el caso de los recién nacidos, se detallaba la recepción a través del torno o de entrega directa, seguida de su inscripción en los libros de registro, donde se dejaban constancia de señas, ropa y circunstancias del hallazgo.

Para las mujeres embarazadas, se especificaban criterios de admisión orientados a proteger su identidad y situación social, con el objetivo de ofrecerles un lugar seguro para el parto sin necesidad de recurrir al abandono clandestino. Ello respondía a la intención de prevenir la mortalidad infantil y la exposición pública de las madres, permitiendo incluso que las madres permanecieran en el centro amamantando a sus propios hijos y, en ocasiones, sirviendo como amas de cría para otros expósitos.

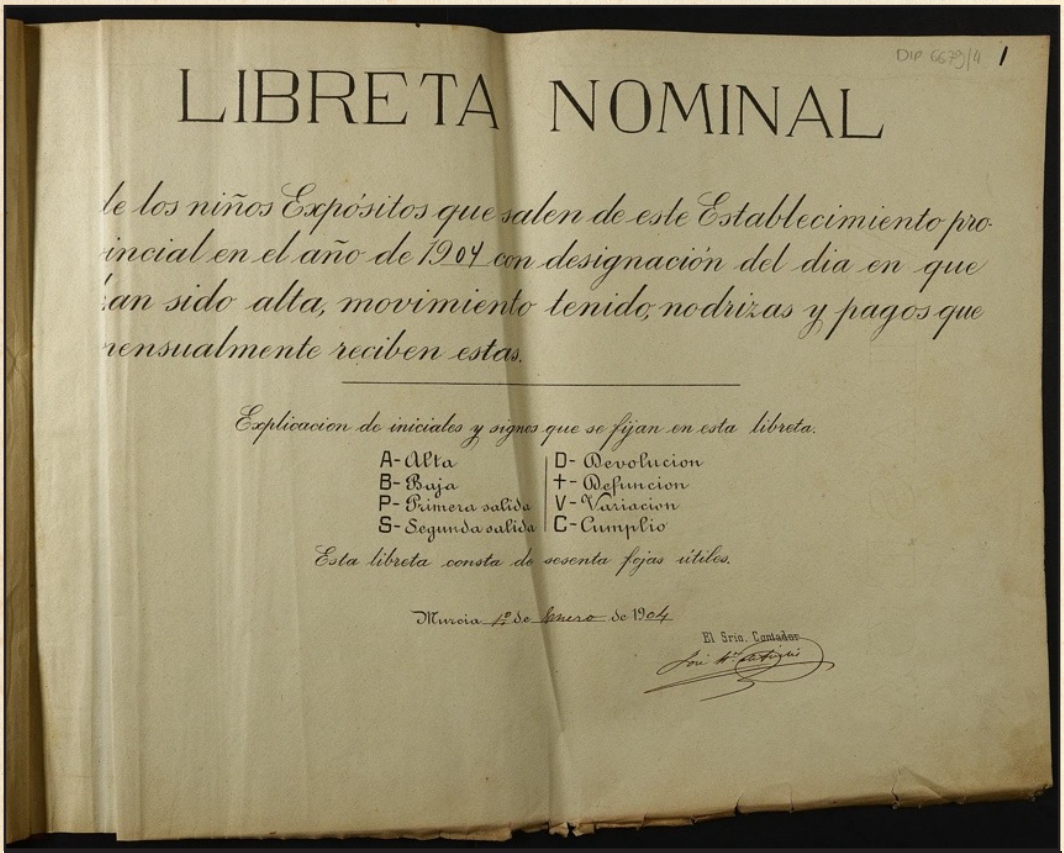
El reglamento también establecía con detalle la estructura organizativa del personal de la institución. La dirección administrativa quedaba encomendada a un Administrador, a quien correspondía la gestión de la contabilidad, la supervisión de la disciplina interna y la ejecución de las disposiciones emanadas de la Junta Provincial de Beneficencia. El servicio sanitario, integrado por médicos, cirujanos y matronas, tenía la responsabilidad de evaluar el estado de salud de las madres, asistir los partos y vigilar el desarrollo físico de los expósitos. Las nodrizas - tanto internas como externas - asumían las funciones esenciales de lactancia y cuidado cotidiano de los recién nacidos. Las nodrizas externas debían presentar periódicamente a los niños para reconocimiento médico. Por su parte, el personal auxiliar se ocupaba de las tareas domésticas, la vigilancia y la limpieza del establecimiento. Todo el personal, sin excepción, estaba sujeto a un estricto régimen de normas de conducta y responsabilidad, que reflejaba la preocupación por reducir la elevada mortalidad infantil.

La nueva normativa vigente exigía una documentación exhaustiva destinada a garantizar la transparencia y el control administrativo de la institución. Entre los libros de registro, se encontraba el de entradas de niños, los registros de partos, el libro de nodrizas, el de defunciones y las cuentas anuales de gastos e ingresos. Toda esta documentación debía remitirse periódicamente a la Junta Provincial de Beneficencia, autoridad

responsable de supervisar el funcionamiento del establecimiento **(figura 8)**. Este rigor documental respondía a la necesidad de fortalecer la gestión pública de la beneficencia, especialmente a partir de las disposiciones de la referida Ley de Beneficencia de 1849 [2,16].

A partir de esta Ley, la Casa de Expósitos de Murcia pasó a quedar bajo la titularidad y administración de la Junta Provincial de Beneficencia. Sin embargo, con la Revolución de 1868 y el inicio del Sexenio Democrático, el sistema asistencial fue reorganizado: fueron suprimidas todas las Juntas Provinciales y Municipales de Beneficencia, siendo sus competencias transferidas a las Diputaciones Provinciales, que asumieron entonces la gestión directa de la Casa de Expósitos. Con posterioridad, el Decreto de 30 de septiembre de 1873 restableció tanto las Juntas Provinciales como las Municipales, de modo que la titularidad y la gestión del establecimiento retornaron nuevamente a la Junta Provincial de Beneficencia, si bien con atribuciones más restringidas[2].

A comienzos del siglo XX, la Diputación atravesaba dificultades económicas y administrativas para seguir sosteniendo el establecimiento, lo que llevó a que la Junta Administrativa de las Pías Fundaciones del Cardenal Belluga aceptara hacerse cargo nuevamente de la Casa de Expósitos. El 31 de diciembre de 1911 la Diputación renunciaba a la propiedad del establecimiento de la calle Santa Teresa en favor de las fundaciones eclesiásticas, comprometiéndose a entregar una subvención anual para


DIP 6673/14 1

LIBRETA NOMINAL

de los niños Expósitos que salen de este Establecimiento provincial en el año de 1904 con designación del dia en que han sido alta, movimiento tenido, nodrizas y pagos que mensualmente reciben estas.

Explicacion de iniciales y signos que se fijan en esta libreta.

A- Alta	D- Devolucion
B- Baja	+- Defuncion
P- Primera salida	V- Variacion
S- Segunda salida	C- Cumplio

Esta libreta consta de sesenta fojas útiles.

Murcia 1º de Enero de 1904

El Srio. Contador

Figura 8. Registro Casa Provincial de Expósitos y Maternidad de Murcia. Año 1904. Fuente: Archivo Histórico de la Región de Murcia.

su mantenimiento, lo que supuso un retorno a la situación original del siglo XVIII. Durante este periodo, la atención cotidiana de los expósitos continuó en manos de las Hijas de la Caridad, congregación que había desempeñado esta función desde la implantación del modelo impulsado por Belluga[5].

Durante la II República las congregaciones religiosas continuaron desempeñando su labor asistencial en Murcia, incluso en un clima de creciente secularización estatal. Las Diputaciones provinciales conservaron sus funciones asistenciales en la mayor parte del periodo republicano. La subvención a la Casa de Expósitos - obligación pactada en 1911- no fue revocada.

A lo largo de la Guerra Civil, Murcia quedó íntegramente en la retaguardia republicana, lo que permitió la continuidad de las instituciones civiles y asistenciales. La Casa de Expósitos continuó funcionando, sin pruebas documentales de cierre, intervención o militarización del edificio.

Durante el franquismo tardío se produjo una reforma fundamental del sistema asistencial español, con la sustitución del modelo clásico de beneficencia por el emergente sistema de asistencia social, especialmente tras la Ley de Bases del Sistema de Seguridad Social (1967). Este cambio implicó que las antiguas Juntas Provinciales de Beneficencia fueran perdiendo sus funciones, absorbidas progresivamente por los órganos estatales de asistencia[2,16].

En 1982, al desaparecer la Diputación Provincial de Murcia, toda la documentación y las funciones residuales de la beneficencia provincial pasaron a la nueva Administración Regional.

Entre 1982 y 1985, la antigua Casa de Expósitos quedó plenamente integrada en la red de Servicios Sociales de la Región de Murcia[2].

A pesar de la progresiva pérdida de competencias reales, la Junta Provincial de Beneficencia de Murcia siguió existiendo administrativamente hasta 1985, año que marca la extinción formal de la estructura administrativa decimonónica.

El establecimiento —ubicado en la Calle Santa Teresa, 23, en Murcia— continúa siendo gestionado por las Hijas de la Caridad, y actualmente funciona como un Hogar Auxiliar integrado en los Servicios Sociales de la Región de Murcia **(figura 9)**.

III. La atención a niños expósitos en la ciudad de Cartagena.

3.1 Orígenes (siglos XVI–XVII). El Santo y Real Hospital de Caridad.

Aunque Cartagena no desarrolló una casa de expósitos formal tan temprana y estructurada como la de la capital murciana, la atención a los niños aban-

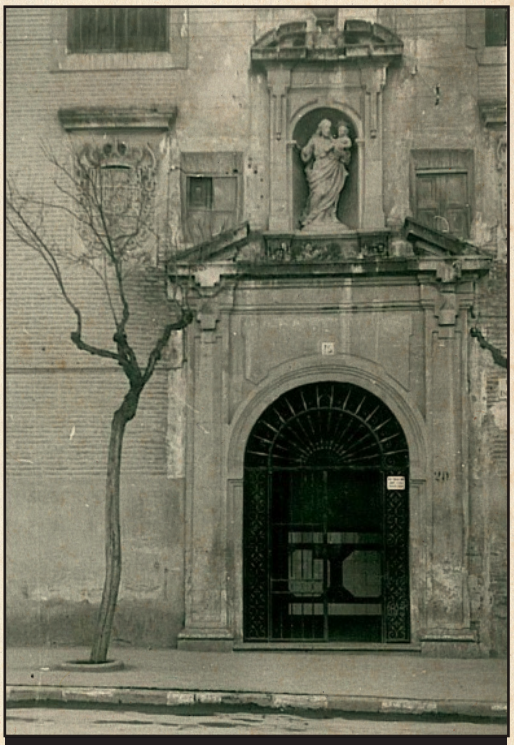


Figura 9. Casa de Expósitos de Murcia. Fuente: Archivo Municipal de Murcia.

donados se articuló inicialmente a través de instituciones benéficas de fuerte arraigo local. Entre ellas, el Santo y Real Hospital de Caridad, fundado por el soldado Francisco García Roldán en 1693, desempeñó un papel crucial en la atención a la infancia desamparada en la ciudad[17].

El Hospital de Caridad fue creado como institución benéfica que tenía por misión acoger a pobres, enfermos, huérfanos y personas sin recursos. Su Hermandad asumía la cura, asistencia y limpieza de los más vulnerables, sin distinción de condición, convirtiéndose, desde finales del siglo XVII, en el principal establecimiento asistencial no militar de Cartagena.

Aunque era un hospital general, sirvió como primer punto de recogida de niños abandonados antes de que existieran centros específicos.

3.2 La Casa de Misericordia de Cartagena (siglo XIX).

Su origen se remonta a un oratorio situado hacia 1834 en la calle Honda de la ciudad de Cartagena. Tras la Desamortización, el Ayuntamiento adquirió en 1839 el antiguo Convento de San Diego, donde decidió instalar la Casa de Misericordia **(figuras 10 y 11)**. Acogía a niños desamparados y huérfanos, además de ancianos y personas vulnerables. Los niños solían permanecer aquí hasta que tenían edad suficiente para aprender un oficio o ser trasladados a centros provinciales[18].

Durante gran parte del siglo XVIII y principios del XIX, Cartagena no siempre gestionaba el ciclo completo de crianza de los expósitos, funcionando a menudo como una hijuela de la Casa de Expósitos de Murcia. Los niños abandonados en Cartagena eran frecuentemente registrados en la misma ciudad, aunque luego trasladados a la capital murciana para su crianza definitiva; de manera alternativa, podían ser entregados a amas de cría locales pagadas por la administración provincial[8,9,19].



Figura 10. Casa de la Misericordia de Cartagena. Fuente: Archivo Municipal de Cartagena.



Figura 11. Casa de la Misericordia de Cartagena. Dormitorio. Fuente: Archivo Municipal de Cartagena.

3.2 La Casa del Niño de Cartagena (siglo XX).

Inaugurada oficialmente el 24 de diciembre de 1918, la Casa del Niño nació como una institución para la protección y educación social de niños desfavorecidos de Cartagena. Era la respuesta local a los problemas estructurales de pobreza infantil, abandono y malnutrición, que discurrió en paralelo a la modernización de políticas públicas de protección a la infancia en España durante el primer tercio del siglo XX. Fue obra de la Asociación Protectora de Niños Abandonados, creada el 16 de diciembre de 1907, en los locales de la Real Sociedad Económica de Amigos del País[20].

La promulgación del Reglamento de la Ley de Protección a la Infancia de 24 de enero de 1908 obligó a constituir las Juntas Locales de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad**.** Cartagena, con el maestro, pedagogo y humanista Félix Martí Alpera a la cabeza, fue de las primeras ciudades en formalizar el mandato el 18 de marzo de ese mismo año. Su función era proteger a los menores pobres, abandonados o en riesgo, coordinando medidas educativas, higiénicas, asistenciales y morales. En dichas acciones convergieron corrientes renovadoras de la pedagogía y el higienismo escolar - observadas de primera mano por maestros locales tras viajes de estudio europeos -, que culminaron en el diseño de un centro integral para alimentación, cuidado, escolarización y socialización de la infancia vulnerable[21].

La construcción del primer edificio en 1918, obra del arquitecto modernista Víctor Beltrí, marcó el inicio de un complejo arquitectónico concebido para integrar funciones educativas, sanitarias y asistenciales. El conjunto arquitectónico ocupó una manzana completa y se concibió con criterios funcionales

e higiénicos (orientación, ventilación y separación por usos y edades) **(figuras 12 y 13)**.

Durante una primera etapa, desarrollada en 1918, tuvo lugar la construcción de los comedores, las primeras dependencias escolares y los dormitorios nocturnos. En una segunda fase, se respondió a las nuevas demandas sanitarias - especialmente las vinculadas al aislamiento frente a la tuberculosis -, incorporando aulas independientes, espacios soleados y zonas de observación médica.



Figura 12. Casa del Niño de Cartagena. Vista exterior. Véase el cartel que hace referencia a la Junta Local de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad. Fuente: Archivo Municipal de Cartagena.



Figura 13. Casa del Niño de Cartagena. Comedor Fuente: Archivo Municipal de Cartagena.

La Casa del Niño terminó configurándose como un complejo multifuncional: contaba con una cantina escolar - que en 1923 servía más de 600 raciones diarias -, un ropero benéfico en el que colaboró una joven Carmen Conde Abellán (maestra, escritora y primera mujer académica de número de la RAE), un salón de actos y una escuela al aire libre inspirada en los postulados de la educación al sol y el aire puro. Además, contaba con servicios de consultorio médico y un Instituto de Maternidad. Todo este entramado asistencial culminó, a comienzos de 1931, con la creación de la Gota de Leche, que integraba consultas materno-infantiles y un sistema controlado de reparto de leche esterilizada, concebida para combatir las elevadas tasas de mortalidad infantil causadas por la enteritis y la desnutrición[18,20,21].

Murcia y Cartagena, fueron zonas republicanas durante toda la contienda, y se convirtieron en territorios receptores de población evacuada, incluidos numerosos niños procedentes de zonas bombardeadas. En este contexto, los municipios debieron crear centros asistenciales de urgencia como la Casa Municipal de Asistencia Infantil de Cartagena (1936-1937), que complementaron la red tradicional de casas de expósitos, casas de misericordia, hospitales y casas del niño[22].

En la posguerra, la estructura administrativa volvió a una rigidez centralizada bajo el control de los Gobernadores Civiles y la Junta Provincial de Beneficencia, manteniéndose esta situación hasta las reformas de la década de 1960, cuando las Juntas Provinciales de Asistencia Social empezaron a transformarse en las actuales Delegaciones de Asuntos Sociales.

IV. ANEXO ICONOGRÁFICO

Figura 1

Libro de expósitos (1653-1657). Hospital San Juan De Dios. Fuente: Archivo Histórico de la Región de Murcia. En la imagen se puede leer los asientos de tres niños, llamados Bartolomé Marín, Baltasar de los Reies y Bitorino de los Reies.

Asiento de Bartolomé Marín.

Encabezado: “Bartolome marin”

Texto principal: “En 21 dias del mes de agosto de 1652 años echaron un niño en el torno con una cedula que decia esta bautizado, pero no crismado y se llama bartolome marin...”.
“ Bnª [probable abreviatura de Benita] Yepes muger de alonso cascales becinos de fortuna [localidad de Murcia] llebaron en 20 dias de nobiembre de 1652 años a criar a bartolome marin”

Nota marginal: “bolbieron ael torno al dho [abreviatura de “dicho”] en 15 de mayo de 1653”.

Nota de crianza (inferior): “en 21 de mayo de 1653 años llebo a criar esperanca garcia casada con gregorio perez que biben en la puesta nueba de las mercedes a bartolome marin - niño del torno-”.

Nota final (pie de página): “en 24 de junio de 1653 bolbieron ael torno abar[tolo]me marin”.

Asiento de Baltasar de los Reyes

Texto principal: “en 4 dias del mes de enero de el año de 1653 echaron un niño recien nacido en el torno sin cedula bautizaronle y pusieronle por nombre Baltasar de los reies”.

Nota marginal de defunción: “baltasar de los reies murio el contenido [fórmula para expresar la persona cuyo nombre y datos están contenidos en el asiento]

en 25 de enero de 1653".

Asiento de Bitorino de los Reyes

Nota marginal: "bitorino de los reies – pro Hijado en Los alJícares".

Texto principal: "en 6 dias de el mes de enero de 1653 años echaron un niño en el torno sin cedula de dos dias nacido bautizaronle y pusieronle por nombre bitorino de los reies".

Nota de crianza: "en 19 de enero de 1653 años ximena palazon becina de fortuna muger de simon lozano llebo a criar a bitorino de los reies".

En el caso de Bartolomé Marín, los padres dejaron una nota (cédula) aclarando que ya estaba bautizado, pero no crismado (se solía hacer si estaba en peligro de muerte), para evitar que la Iglesia repitiera el sacramento íntegramente. Véanse las sucesivas idas y venidas al torno.

Los niños que llegaban sin nombre (*sin cedula*) recibían nombres relacionados con la festividad del día; por ejemplo, Baltasar y Bitorino fueron abandonados el 4 y 6 de enero, recibiendo el apellido "de los Reyes" por la festividad de los Reyes Magos. En el caso de Baltasar muy probablemente se le puso ese nombre por ser víspera de la efeméride.

Se ha de señalar la referencia a las nodrizas externas Jimena Palazón o Esperanza García, que recogieron a los niños para su crianza.

Figura 2

Lista de pagos (nómina) de finales del siglo XVIII destinada a las amas de cría. Fuente: Archivo Histórico de la Región de Murcia.

Este manuscrito es una muestra del funcionamiento del sistema de nodrizaje externo en la Murcia del siglo XVIII. Las columnas, de izquierda a derecha, representan el nombre del ama de cría, el del niño, la asignación en reales de vellón a la nodriza y la edad en meses o, en ocasiones, años del expósito.

No era infrecuente la rotación de nodrizas (nombres tachados y reemplazados en la primera columna). Si una nodriza enfermaba, perdía la leche o el niño no prosperaba, el menor era trasladado a otra mujer para su cuidado

Puede apreciarse el apunte de *enfª o enferma* junto a nombres como el de las niñas María Rosa o Thomasa. La cruz a la izquierda de los niños Juan Guillermo o María Rosa hace referencia a su fallecimiento.

Mientras que la mayoría de las amas reciben el salario completo de 20 reales por el mes de diciembre, la nodriza de Juan Guillermo (Josepha Luzón) solo recibe 3 reales. Esta reducción drástica del pago sugiere que el niño falleció a los pocos días de empezar el mes, por lo que la institución solo abonó la parte proporcional del servicio de lactancia.

Figura 8

Registro Casa Provincial de Expósitos y Maternidad de Murcia. Año 1904. Fuente: Archivo Histórico de la Región de Murcia.

El documento muestra la estandarización del control administrativo con la transición de las Pías Fundaciones a la gestión por parte de la Diputación Provincial. En él aparecen ítems predefinidos (alta y baja que marcaba fin de la estancia en el registro, salidas del establecimiento para su entrega a nodrizas externas, el regreso del niño al centro, su defunción, cambios en la asignación del ama y el cumplimiento de la edad reglamentaria para pasar a otra institución o ser emancipado). Además, como reflejo del rigor fiscal con el pretendía gestionarse los fondos destinados a la beneficencia, contaba con la firma de un secretario. En este sentido, destaca la frase final de que la libreta "consta

de sesenta *fojas* útiles", una medida de seguridad para evitar la pérdida o manipulación de hojas en el registro de los menores.

Referencias bibliográficas:

1. Pérez Moreda, V. (2005). La infancia abandonada en España (siglos XVI-XX). Real Academia de la Historia.

2. Chacón Martínez, A., y Marín Gómez, I. (2019). Hacia la visibilidad de la infancia. Análisis jurídico y social de expedientes de adopción o prohijamiento en el siglo XIX en España (Murcia, 1850-1900). Sociedad e Infancias*, 3*, 237-259.

3. García Garrido, MA (2025). ¿Hijos de nadie? Derechos y obligaciones de la Iglesia sobre los expósitos en la España moderna. Vegueta*, 25*(2), 659-682.

4. Sánchez Villa, M. C. (2016). "Los hijos del vicio". El problema del niño expósito y la modernización de la Inclusa en España durante el cambio de los siglos XIX y XX. Cuadernos de Historia Contemporánea*, 38*, 325-352.

5. Cantero Peñalver, D. (2022). Las amas de cría en Murcia en el último tercio del siglo XIX: Discursos y representaciones. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia.

6. Marcos Martín, A. (1996). Exposición y muerte: la mortalidad de expósitos en España en el tránsito del siglo XVIII al XIX. En V. Pérez Moreda (Coord.), Expostos e ilegítimos na realidade ibérica do século XVI ao presente. Actas do III Congresso da ADEH (Associação Ibérica de Demografía Histórica) (Vol. 3, pp. 59-86). Edições Afrontamento.

7. Medina Albaladejo, F. J. (2021). Nodrizas y salarios femeninos en la España Mediterránea: El País Valenciano y Murcia. En C. Sarasúa (Ed.), Salarios que la ciudad paga al campo. Las nodrizas de las inclusas en los siglos XVIII y XIX (pp. 339-383). Universitat d'Alacant.

8. Cantero Peñalver, D. (2025). Sociedad femenina y maternidad: apuntes sobre las amas de cría en Cartagena. V Congreso Nacional de Etnografía del Campo de Cartagena. Octubre 2025.

9. Fuente Galán, M. P. (1997). La situación de las Inclusas en el siglo XVIII. La encuesta de 1790. Chronica Nova, (24), 61-78.

10. García Hourcade, J. J. (1996). Beneficencia y sanidad en el siglo XVIII: El Hospital de San Juan de Dios de Murcia. Universidad de Murcia.

11. García Hourcade, J. J. (1990). Médicos contra frailes: El pleito del Hospital de San Juan de Dios. Murgetana, (81), 53-67.

12. Región de Murcia Digital. Hospital de San Juan de Dios, Hospital General de Murcia. Recuperado en: https://www.regmurcia.com/servlet/s.Sl?sit=c,373,m,2354&r=ReP-17925-DETALLE_REPORTAJESPADRE

13. Vilar, MJ. (2006). El Albergue y Hospicio de Pobre de Murcia, fundación del cardenal Belluga: una institución benéfica entre la Ilustración y el Liberalismo, siglos XVIII-XIX. En La Iglesia española y las instituciones de caridad (pp. 453-472). Real Centro Universitario Escorial-María Cristina.

14. Reglamento para el régimen y gobierno de la Casa de Expósitos y Maternidad de Murcia (1855). Archivo General de la Región de Murcia (AGRM), Sección Diputación, Legajo 6435/85.

15. Fernández Mérida, M. D. (2006). Aproximación a la historia de la arquitectura hospitalaria. Cuadernos de Arte e Iconografía, *15*(29), 5-250.

16. Anguita Osuna, J. E. (2019). Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la

"Ley de Beneficencia" de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852. Aportes*, 34*(99), 89-121

17. Ferrándiz Araujo, C. (1981). Historia del Hospital de la Caridad de Cartagena (1693-1900). Imprenta Provincial de Murcia.

18. Huertas Amorós, AJ (2015). Salud pública y asistencia sanitaria en Cartagena durante el Regeneracionismo (1895-1923). [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia.

19. Ferrández Obradors, V. (2011). Una historia de esperanza. La Casa de Expósitos de Cartagena 1720-1950. Ediciones Loyga.

20. Moreno Martínez, P. L. (1999). La protección a la infancia en Cartagena (1908-1936): Instituciones e iniciativas. *Historia de la Educación, 18*, 127-147

21. Moreno Martínez, P. L. (2005). Renovación pedagógica y compromiso social en la edad de plata de la Pedagogía española: Félix Martí Alpera (1898-1920). Revista Española de Pedagogía*, 63*(231), 203-222

22. Sánchez Martínez, J. (1998). Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena (1900-1936) [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia

aepCH Comité de Historia

Pobreza, infancia y beneficencia en Cádiz: la Casa Cuna entre los siglos XVIII y XX

Óscar Girón-Vallejo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
José Antonio Aparicio Florido. Instituto Español para la Reducción de los Desastres (IERD)

"Porque mi padre y mi madre me desampararon, el Señor me recogió"

(Libro de los Salmos, Salmo 27, versículo 10).

"Y a esto [criar] hacer se mueven los hombres por alguna de estas tres razones: la primera por deudo de naturaleza, y esta es la que hacen los padres a los hijos; la segunda, por bondad y por mesura. así como en criar hombre hijo de otro hombre extraño con quien no tiene parentesco, la tercera es por piedad, criar hijo desamparado o echado."

(Partida Cuarta, Título 20, Ley 1 de Alfonso X el Sabio)

"Muchos llegan al torno heridos por los violentos esfuerzos que ya, en el mismo seno materno, sufrieron para ser ocultados y extenuados de miseria o ateridos al frío"

Fermín Hernández Iglesias, La beneficencia en España (1876).

"Estará a cargo de los Ayuntamientos cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriben."

(Constitución Española de 1812, artículo 321, sección 6ª)

"La historia de la exposición de niños en España es la historia de un lento y silencioso holocausto de varios millones de criaturas en los últimos casi cinco siglos de nuestra historia"

(Viente Pérez Moreda, La infancia abandonada en España (siglos XVI-XX)

1. Introducción

El fenómeno del abandono infantil, según algunos autores "tibio en el siglo XVI", alcanzó unas cifras escandalosas en los siglos XVII y XVIII, especialmente en Andalucía. Las cifras de ingreso y defunciones eran realmente terribles y generalizadas en todo el sur peninsular (1). Ese llamado "siglo largo" es descrito como el "período más extraordinario en la historia de la infancia abandonada"(2). Y en España, y en Cádiz en particular, más que largo es larguísimo, perviviendo la existencia de la Casa Cuna hasta mediados del siglo XX.

La pobreza constituyó uno de los problemas estructurales más persistentes de Cádiz a lo largo del siglo XVIII, a pesar del papel tan importante que tuvo la ciudad trimilenaria en el comercio atlántico y en la economía de la monarquía hispánica. El siglo XIX continuaría generando una fortísima dicotomía social, como describen Pérez Serrano y Arteaga Bulpe: "es una ciudad en la que coexisten ricos comerciantes y una muchedumbre de pobres y desarraigados"(3). Este contraste entre la riqueza mercantil y la precariedad social generó amplios sectores de población vulnerables entre los que destacaron de manera especialmente dramática los niños abandonados y expósitos. Una elevada movilidad demográfica, junto con la inestabilidad laboral y las crisis económicas periódicas, favorecieron situaciones de miseria que afectaron directamente a la infancia, convirtiendo el abandono infantil en un fenómeno recurrente.

Las "casas cuna" o inclusas reflejaron de manera especialmente cruda una de las contradicciones más profundas del sistema asistencial del Antiguo Régimen y del liberalismo decimonónico: la distancia abismal entre su objetivo declarado de protección social y la altísima mortalidad infantil que se registraba en su interior. Concebidas inicialmente bajo el impulso de la caridad cristiana y, más tarde, asumidas por el Estado como parte de sus políticas ilustradas y liberales de beneficencia, estas instituciones nacieron con la finalidad explícita de evitar el infanticidio, el abandono callejero y el desamparo de las criaturas, así como de preservar el honor de las madres en situaciones de ilegitimidad. Al mismo tiempo, respondían a una lógica utilitarista que consideraba a estos niños como futuros súbditos y potenciales contribuyentes, cuya supervivencia resultaba beneficiosa para el cuerpo social. Sin embargo, esta finalidad asistencial chocó frontalmente con una realidad devastadora: las inclusas se convirtieron, en la práctica, en espacios donde la muerte era un desenlace habitual y la de Cádiz, no iba a ser menos.

En este artículo procuraremos hacer un esbozo de la historia de la casa cuna de Cádiz desde el siglo XVIII hasta su desaparición, ya bien entrado el siglo XX. La labor de búsqueda bibliográfica no siempre ha sido fácil, puesto que como reconoce el profesor Julio Pérez Serrano, las fuentes historiográficas no son abundantes (4).

2. Creación de la Casa de Expósitos de Cádiz. El maremoto de 1755. La casa cuna ante la reforma de la beneficencia.

Básicamente, en el marco del Antiguo Régimen, la atención a los menores se articuló a través de un sistema de beneficencia tradicional, basado en la caridad cristiana y en la intervención de instituciones religiosas y fundaciones pías. La asistencia no se concebía como un derecho, sino como una obligación moral, lo que dio lugar a una red asistencial fragmentada, con recursos limitados y dependiente de donaciones privadas. Dentro de este sistema, las casas de expósitos ocuparon un lugar central como instituciones destinadas a acoger, alimentar y criar a los niños abandonados, al tiempo que trataban de preservar el orden social y la moral pública. Dentro de este entramado be-

néfico gaditano, también destacaban el Hospicio Provincial o Casa de Misericordia (que acogía a los niños mayores de 7 años provenientes de la Casa Cuna con la que estaba administrativamente vinculado) o la Real Junta de Damas (asociación de mujeres que colaboraba estrechamente con la Casa de Expósitos) (5,6).

La Casa de Expósitos de Cádiz hunde sus raíces en el siglo XVII, cuando el capitán y regidor Esteban Chilton destinó a esta finalidad benéfica varias viviendas de su propiedad situadas en la plaza de Cetín. Durante sus primeras décadas de existencia, la institución no contó con una sede estable y pasó por distintos locales arrendados; en 1656 se encontraba instalada en la calle de la Carne, actual calle Columela. No obstante, su verdadera consolidación institucional se produjo a finales de esa centuria gracias a la iniciativa del presbítero Juan Suárez Paniagua, quien, con el respaldo del obispo fray Alonso Vázquez de Toledo, promovió la edificación de una sede propia en 1689 sobre un solar donado por Bartolomé Jerónimo de Orta, en las inmediaciones del Huerto Perdido (plaza del balón). Desde entonces, el establecimiento quedó asociado al espacio urbano que terminaría dando nombre a la calle de la Cuna "hoy Rosario Cepeda", símbolo de su arraigo en la ciudad (Figura 1).

Contamos con una descripción de los expósitos en Cádiz durante el siglo XVII, a cargo del escritor y erudito gaditano Adolfo de Castro (1823-1898) (7):



Figura 1. Fotografía de la antigua casa cuna, situada en la actual calle Rosario Cepeda o calle de la cuna. Es el edificio que hay en primer plano, abajo a la derecha.
Archivo de la Diputación de Cádiz.

"En 1652, el número de expósitos en Cádiz llegaba a 25 niños; y como la población se acrecentó muchísimo con el comercio de Indias, en 1697 se aumentó hasta 138 de pecho y despecho, ascendiendo las amas a más de 200.

La ermita del Santo Ángel de la Guarda pasó a servir de capilla al Hospital Militar que en edificio contiguo se fundó; la casa cuna pasó a tal o cual edificio particular, pero la tradición se conservaba de que había de ponerse en sitio apartado del frecuente movimiento del vecindario. Por eso, a fines del siglo XVII existía en una casa frente a la Caleta, cuando ni aún se pensaba en construir por este lugar y sus contornos el barrio de la Palma. Aquel era una campiña de viñedos, sobresaliendo la viña de Malabar. Mas los tiempos mudaron con el acrecentamiento de la ciudad, y esa costumbre de la cuna en edificio retirado se perdió, considerándola inútil o de ningún efecto."

Como ya hemos indicado anteriormente, y en estos escritos de Adolfo de Castro queda claro, no había un local estable y estas casas destinadas a acoger niños, cercanas a La Caleta y al barrio de la Viña, quedaban en las "afueras"del casco antiguo de Cádiz, lugar propicio para la exposición de los niños. Es interesante este aspecto, para explicar el porqué aparece una cuna en los grabados existentes del maremoto de Cádiz de 1755.



Figura 2. Grabado que representa el día del maremoto de 1755. En mitad de la calle, entre las aguas sucias del maremoto, se encuentran tablones de la construcción del futuro Hospicio y una cuna.

El maremoto de 1755 se produce en el contexto del devastador terremoto de Lisboa, uno de los mayores desastres naturales de la Europa moderna. En la mañana del 1 de noviembre, tras el violento seísmo que sacudió la capital portuguesa, una serie de olas de tsunami se propagaron por el Atlántico y alcanzaron con fuerza la costa gaditana. El principal barrio afectado fue el barrio de la Viña y el entorno de la playa de la Caleta, donde ya hemos indicado existían esas posibles casas de acogida, aunque ya la casa cuna hubiera sido albergada en la calle Rosario Cepeda en esas fechas. Es importante indicar que en 1755 se estaba construyendo la primera planta de lo que hoy es el antiguo Colegio Valcárcel, que en el siglo XVIII cumpliría labores de Hospicio (y donde también se exponían niños). Pues bien, volviendo al relato del maremoto, las aguas finalmente retrocedieron, hecho ligado a la intervención simbólica de la Virgen de la Palma, lo que dio lugar a varios grabados de la época. En todos ellos, aparecen entre las aguas, una serie de puntales usados en la construcción del Hospicio y, curiosamente, una cuna entre las aguas. Probablemente podría ser un guiño a esos niños hospiciados en las casas del barrio de Cádiz más afectado por el maremoto (Figura 2).

A lo largo del siglo XVIII, la Casa gaditana desempeñó un papel central dentro del sistema asistencial diocesano, actuando como institución matriz de otras casas de expósitos establecidas en diversos puntos del territorio. Además de recoger a los niños abandonados en la capital, recibía a numerosos expósitos procedentes de otras localidades, coordinando su acogida y organizando su lactancia y crianza mediante una red de nodrizas. La magnitud de esta función queda reflejada en cifras como las de 1778, cuando albergaba a 431 niños, muchos de ellos trasladados desde fuera de Cádiz capital.

Sin embargo, esta intensa actividad con-

trastaba con la modestia de sus recursos. En 1771 la institución contaba con catorce casas y media en propiedad y percibía unas rentas anuales de 20.920 reales, ingresos que la situaban por debajo de otros establecimientos benéficos de la ciudad. El crecimiento continuo del número de expósitos obligaba con frecuencia a recurrir a limosnas y aportaciones extraordinarias para sostener el presupuesto, lo que evidencia la fragilidad económica sobre la que se sustentaba un servicio esencial para la atención de la infancia (4).

Durante el tránsito del Antiguo Régimen al liberalismo, la Casa de Expósitos de Cádiz se vio sometida a un proceso de reformas que pretendía transformar el modelo tradicional de asistencia a la infancia abandonada. Sin embargo, este proceso estuvo marcado por avances normativos desiguales, resistencias institucionales y profundas limitaciones estructurales que condicionaron su alcance real. El análisis de este periodo resulta fundamental para comprender la evolución posterior de la Casa Cuna y la persistencia de muchos de sus problemas a lo largo del siglo XIX.

Hasta finales del siglo XVIII, la Casa funcionaba conforme a los principios de la caridad cristiana, bajo una fuerte tutela eclesiástica. Su financiación dependía de una combinación de limosnas, patronatos, rentas vinculadas a fundaciones piadosas y aportaciones municipales irregulares. No obstante, la precariedad de los recursos, la escasa capacidad de control administrativo y la dependencia de redes externas ?como las nodrizas? daban lugar a elevadas tasas de mortalidad infantil y a un funcionamiento muy limitado. A finales del siglo XVIII comenzaron a manifestarse con claridad los síntomas de agotamiento de este modelo. El crecimiento del número de expósitos, unido a la insuficiencia de los ingresos y a la falta de una gestión eficaz, generó un desequilibrio constante entre gastos y recursos disponibles. Esta situación impulsó la adopción de medidas reformistas desde el poder central, que aspiraban a racionalizar la beneficencia y a reducir la dispersión institucional existente.

Las reformas impulsadas entre 1796 y 1808 introdujeron importantes novedades normativas. Se intentó centralizar la gestión de los expósitos, mejorar el control económico y administrativo y redefinir las competencias de las autoridades implicadas. La creación de una estructura más homogénea pretendía corregir los abusos del sistema anterior y garantizar una atención más eficaz a la infancia abandonada. Sin embargo, la aplicación práctica de estas disposiciones fue parcial y desigual. Las resistencias locales, la escasez de recursos y la complejidad del entramado institucional limitaron el impacto real de las reformas.

El periodo constitucional inaugurado en 1812 supuso un nuevo intento de transformación del sistema benéfico (Figura 3). La responsabilidad de la asistencia



Figura 3. Portada de la Constitución Española de 1812 promulgada en Cádiz

pasó a recaer, al menos teóricamente, en las autoridades civiles, especialmente en los ayuntamientos. En Cádiz se promovió la creación de juntas encargadas de supervisar la beneficencia y de reorganizar los establecimientos existentes, incluida la Casa de Expósitos. No obstante, la inestabilidad política, la debilidad financiera de las corporaciones municipales y la persistencia de prácticas heredadas del Antiguo Régimen impidieron una ruptura efectiva con el modelo tradicional.

Durante estos años se produjo, más que una sustitución del sistema anterior, una "convivencia conflictiva" entre formas antiguas y nuevas de gestión. Las autoridades civiles intentaron asumir competencias que hasta entonces habían estado en manos de la Iglesia, pero sin disponer de los medios necesarios para garantizar una administración eficaz. Como resultado, la Casa de Expósitos continuó funcionando en condiciones precarias, con problemas crónicos de financiación y una elevada mortalidad infantil.

La Real Cédula de 1829 marcó un punto de inflexión al establecer una Junta Protectora específica para la Casa de Expósitos de Cádiz. Esta solución de compromiso consolidó un modelo híbrido, en el que se combinaban la intervención civil y la participación eclesiástica. Aunque no resolvió los problemas estructurales de la institución, permitió dotarla de una mayor estabilidad administrativa y sentó las bases para su funcionamiento durante el resto del siglo XIX (4).

En conjunto, la evolución de la Casa de Expósitos de Cádiz durante este periodo pone de manifiesto las dificultades para transformar un sistema asistencial basado en la caridad en un modelo de beneficencia pública plenamente eficaz. Las reformas liberales introdujeron cambios importantes en el plano normativo, pero sus efectos prácticos fueron limitados. Esta tensión entre continuidad y cambio explica, en buena medida, la persistencia de la Casa cuna como institución necesaria y la prolongación de sus carencias más allá del primer tercio del siglo XIX.

Durante el Trienio Liberal, la Ley de 1822 estableció que la beneficencia pública quedara bajo la supervisión de las Juntas Municipales de Beneficencia, reforzando el protagonismo de los ayuntamientos en la gestión asistencial. Sin embargo, será a mediados del siglo XIX cuando se consolide definitivamente el modelo provincial, en paralelo al afianzamiento institucional de las Diputaciones Provinciales, creadas en el marco constitucional de 1812. La ley de 20 de junio de 1849 y el Reglamento de 14 de mayo de 1852 marcaron un punto de inflexión al situar la beneficencia pública bajo la dependencia directa de la Administración Provincial y al establecer las Juntas Provinciales de Beneficencia como órganos rectores del sistema.

En este nuevo contexto administrativo, la Casa Matriz de Expósitos de Cádiz quedó integrada, como el resto de establecimientos benéficos de la provincia, en la órbita de la Diputación Provincial a partir de 1849. A lo largo del siglo XIX se articuló además una red jerarquizada de establecimientos dependientes, incorporándose a la Casa Matriz las hijuelas de expósitos situadas en Algeciras, Chiclana, Medina Sidonia, El Puerto de Santa María, San Fernando, Sanlúcar de Barrameda, San Roque y Tarifa. Estas hijuelas actuaban como centros de recepción inicial de los niños abandonados en las distintas localidades, desde donde eran posteriormente trasladados a la institución central de la capital. De este modo, la Casa Matriz de Cádiz funcionaba no solo como establecimiento urbano, sino como eje coordinador de la asistencia provincial a la infancia expósita.

El padrón de expósitos conservado, correspondiente al periodo comprendido entre 1868 y 1920, constituye una fuente de extraordinario valor para el estudio de este sistema (8). En él se re-

gistran datos relativos a los niños acogidos, su procedencia geográfica, las nodrizas encargadas de su crianza y los domicilios donde residían, lo que permite reconstruir con notable precisión la dimensión territorial, social y familiar de la exposición infantil en la provincia de Cádiz durante el tránsito al siglo XX.

2.1. La mortalidad en las casas cuna de la provincia de Cádiz

En ciudades como Jerez de la Frontera o El Puerto de Santa María, los porcentajes de fallecimientos superaron con frecuencia el ochenta y el noventa por ciento de los niños ingresados, cifras comparables a las registradas en grandes centros urbanos como Sevilla o Madrid (3).

Esta mortandad masiva fue consecuencia de una combinación de factores estructurales: la insalubridad de los establecimientos, la escasez crónica de recursos, la convivencia de niños sanos con enfermos, una atención médica insuficiente, la mala alimentación y la propagación de enfermedades digestivas e infecciosas estrechamente ligadas a la falta de higiene (Figura 4). A ello se sumaba la mortalidad producida durante el traslado de los expósitos, obligados a recorrer largas distancias en condiciones extremas hasta llegar a las inclusas, así como la precariedad de las amas de cría, cuya mísera remuneración hacía recaer el cuidado de los niños en mujeres igualmente empobrecidas, incapaces muchas veces de garantizar una crianza adecuada (2).

La existencia de una mortalidad tan elevada en instituciones creadas precisamente para reducirla constituyó una paradoja evidente para los contemporáneos y un motivo recurrente de denuncia, hasta el punto de que algunos observadores describieron la exposición infantil como la historia de un exterminio lento y silencioso. Esta contradicción no sólo desacreditaba el

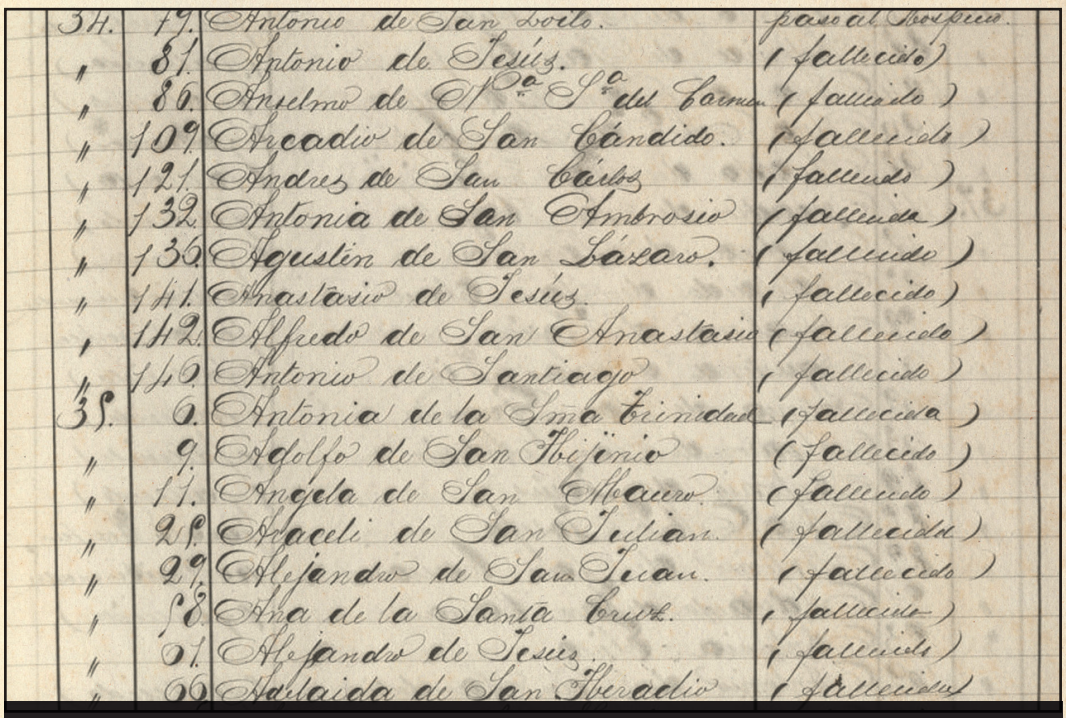


Figura 4. Archivo de Expósitos digitalizado por el Archivo de la Diputación de Cádiz. Consultado en: https://dipucadiz.es/archivo_de_la_diputacion_provincial/archivos-digitales/ en marzo de 2026.

discurso humanitario del Estado ilustrado y liberal, sino que ponía de manifiesto la responsabilidad colectiva de una sociedad que, pese a conocer la magnitud del problema, permitió durante décadas el funcionamiento de unos establecimientos que, lejos de garantizar la vida, se convirtieron en verdaderos centros de muerte.

Para Jean Louis Flandrin, historiador de la familia, en las sociedades tradicionales del siglo XIX, los lazos emocionales eran poco consistentes, y admite por tanto un déficit de afecto en las relaciones sociales de entonces que podrían explicar cómo, a pesar de esta altísima mortalidad en estos establecimientos, se seguían depositando niños en ellos (3).

2.2. Dos descripciones de la Casa de Expósitos de Cádiz a mediados del siglo XIX

Como resultado de la búsqueda de información sobre la casa cuna de Cádiz, hemos obtenido dos "fotografías" escritas del estado de la misma (Figura 5). La primera de ellas la hemos extraído del diccionario geográfico-estadístico-histórico de España, de Pascual Madoz (9). En el tomo V, al hacer referencia de las obras de beneficencia en Cádiz:

> "*Casa de Espósitos. Este establecimiento tuvo principio en 1621 en la plaza del Cetin, hoy del Cañón. Después anduvo errante mucho tiempo; ocupó varios sitios, y en el año 1656 se le vio en la calle de la Carnicería de Suarez, hoy de la Carne: últimamente, en 1684 á 89, se fijó con 5 parvulitos en la casa que hoy ocupa, de su propiedad, en la calle de la Cuna.*
>
> *Como todas las casas de su clase, está muy lejos de la perfección que debiera tener; y es casi seguro, que los esfuerzos de la junta directora, por remediar los males de que adolece, serán inútiles, mientras no cuente con los fondos precisos para plantear las mejoras de que es susceptible. Parece que estos establecimientos están condenados, no solo en España, sino en toda Europa, á servir de descrédito á la sociedad, y mas principalmente á los Gobiernos. En el de Cádiz, a pesar de los deseos de su junta, mueren todos los años el 70 ó 75% apróximamente, de los 500 párvulos que en cada uno entran, la mayor parte de esa afección llamada afla[1], que tantos estragos hace en los establecimientos de Londres, París, Perpiñan, Viena y mas notablemente en el de Amsterdam. No es de este sitio hacer una disertación de las causas próximas y remotas que producen esta sensible mortandad: baste solo marcar el hecho para que sea conocido y dejemos el cuidado de su remedio á las personas que por la ley están encargadas de adoptarlo, remitiéndolas sin embargo, á la luminosa memoria sobre las causas de la mortandad y origen de sus enfermedades, que publicó en 1844 el distinguido Dr. D. Francisco de P. Andrey, facultativo titular de la Casa.*
>
> *Sus gastos ordinarios no bajan al año de 13 á 14,000 pesos fuertes, que se cubren con lo que reditúa alguna que otra finca, resto de las que tuvo, hasta que en tiempo del Sr. Godoy se le vendieron las mejores, y lo que recauda por los arbitrios siguientes: medio real en fan. del trigo que se consume en la c.; 64 rs. en a. dc licor estranjero; 15 rs. en cada bota de vino; un real en fan. de los granos y semillas que llaman de lujo, y 4 por 100 sobre el importe de los arbitrios asignados á*

1 Afla podría hacer referencia a una abreviatura paleográfica o tipográfica usada en manuscritos y tablas estadísticas para economizar espacio y podría referirse a "aflojamiento" en referencia a "aflojamiento de vientre", es decir, diarrea grave, como causa frecuente de deshidratación, desnutrición y muerte de los lactantes entre 0 y 12 meses.

los establecimientos que no son de beneficencia; agregándose á estas sumas las limosnas que algunas almas piadosas suelen hacer, que no dejan de ser de alguna consideración. Si hay déficit lo cubre la junta de Beneficencia, cosa muy común, porque nunca, ó casi nunca alcanzan las entradas á las salidas.

Casi todos los niños se crian fuera del establecimiento, por amas, á quienes se pagan 30 ó 40 rs. al mes, siendo de su cuenta no solo la lactancia, sino el lavado de la ropa y su completa asistencia. Dentro de la casa hay ordinariamente unos 30 ó 40 párvulos, enfermos y convalecientes al cuidado de 12 ó 15 amas, esto es, 2 ó 3 niños por ama, y todo bajo la dirección de un administrador y de 5 hermanas de la caridad, cuyo amor á la humanidad es sumamente recomendable.

La casa tiene una capilla con culto público, titulada de la Magdalena, donde hay una bella obra de escultura de la célebre Doña Luisa Roldan, representando á Sta. Maria Magdalena en la agonía y un ángel asistiéndola, figuras enteras, bastante grandes y muy espresivas.

Ademas del director y capellán, tiene la casa un encargado de la oficina , un dependiente y un médico; y si el manejo interior del establecimiento está encomendado, como hemos dicho, á las hermanas de Caridad, religiosas de San Vicente, son inspectoras de los niños que se crian fuera de él, varias señoras distinguidas de la pobl.

El alta y baja de los espósitos desde 1º de diciembre de 1844 á 30 de noviembre de 1845, es como sigue : Existían en aquella fecha 651 y además fueron espuestos 535, lo que hacía un total de 1.186. En cuanto a las "SALIDAS":

- *410 fallecieron en Cádiz y los pueblos donde se criaban*
- *81 entrados por el torno ya cadáveres*
- *20 fueron remitidos al hospicio*
- *12 fueron entregados a sus padres*
- *y 8 fueron prohijados*

Este total son 531, con lo que quedaban existentes 655". (Fig. 5)

La otra descripción de mediados del XIX es la realizada por el gaditano Adolfo de Castro en su "Manual del Viajero en Cádiz" (10):

"El capitán Esteban Chilton regidor de Cádiz, fue el primitivo fundador de este establecimiento. En 1621 cedió para esta obra benéfica las casas en que vivía (plaza de Cetin), pero como estas quedaron asignadas al patronato que fundó igualmente, trasladóse el establecimiento á varios edificios, hasta que el obispo de Cádiz don Fray Alonso Vázquez de Toledo, puso la primera piedra á esta casa en un sitio que cedió Bartolomé Gerónimo de Orta. Hoy está á cargo de la Junta de Beneficencia y de la filantrópica

El alta y baja de los espósitos desde 1.º de diciembre de 1844 á 30 de noviembre de 1845 , es como sigue :

Existian en aquella fecha.	651
Fueron espuestos.	535
Total.	1,186
SALIDA.	
Fallecidos en Cadiz y pueblos donde se criaban.	410
Entrados por el torno ya cadáveres.	81
Remitidos al hospicio	20
Entregados á sus padres	12
Prohijados	8
	531
Quedan existentes.	655

Figura 5. Pasaje del diccionario de Pascual Madoz, donde se analiza el alta y baja de los expósitos de Cádiz durante el año 1845

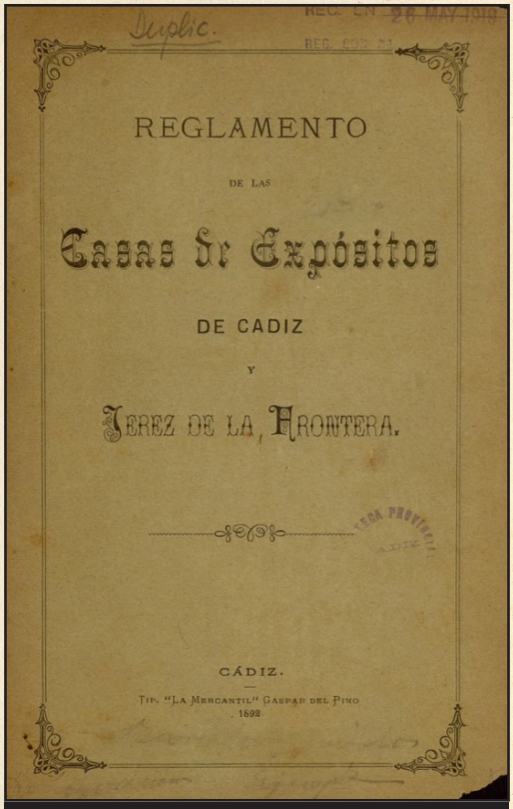
Junta protectora y conservadora de Maternidad y expósitos que han hecho en estos tres años notabilísimas mejoras en el edificio y en el órden del establecimiento. En l.° de Enero de 1858 había 667 expósitos. Entraron basta 32 de Diciembre del mismo año 340. Siendo esta casa provincial hoy día, claro es que este número no es solo de expósitos nacidos en Cádiz. Este edificio tiene una pequeñísima capilla, donde en un altar de pésimo gusto, se vé un admirable grupo en madera, obra de la Roldana. Es un ángel asistiendo á la Magdalena en su agonía. Hay gran poesía en la concepción de esta obra; verdad en la espresion de las figuras y en los ropajes. El de la Magdalena imita una estera."

3. De la beneficencia liberal a la asistencia pública: segunda mitad del siglo XIX y siglo XX

Ya hemos visto los cambios que sufrió la gestión de la casa cuna durante la primera mitad del XIX, estudiados perfectamente por el profesor Pérez Serrano. Durante el siglo XIX, la institución permaneció en su ubicación histórica en el casco antiguo, en la actual calle Rosario Cepeda. El edificio, cuyos orígenes se remontaban al siglo XVII, fue objeto de intervenciones arquitectónicas para adaptarlo a las nuevas normativas de salubridad y decoro propias de la mentalidad decimonónica. Destaca la reforma acometida en la segunda mitad del siglo, cuando el arquitecto Adolfo del Castillo reedificó la crujía de la fachada en 1870, dotando al inmueble de una nueva imagen pública. Este edificio se mantuvo en pie y en uso hasta mediados del siglo XX, cuando su estado de ruina obligó a su demolición en 1958 (11).

Además, la evolución poblacional de Cádiz fue compleja, al igual que en otras localidades de la bahía, pues hubo cuatro epidemias de cólera (años 1859, 1860, 1865 y 1885) y una de fiebre amarilla (1870), la economía sufrió altibajos, se inició un movimiento emigratorio y se desarrollaron las guerras de Filipinas y Cuba (12).

La aprobación del Reglamento de 21 de junio de 1892 para la Casa Matriz de Expósitos de Cádiz "extendido también a la de Jere" marca un momento decisivo en la historia de la institución (Figura 6). No se trata simplemente de una reorganización administrativa más, sino de la cristalización de un modelo de beneficencia plenamente integrado en la estructura del Estado liberal provincial. Si en las décadas anteriores la Casa había sido escenario de tensiones entre poder civil y autoridad eclesiástica, el reglamento deja claro que esa pugna está ya resuelta: la Diputación Provincial asume la dirección efectiva y la tutela última de los expósitos (13).


Duplic.

REGLAMENTO

DE LAS

Casas de Expósitos

DE CADIZ

Y

JEREZ DE LA FRONTERA.

CÁDIZ.

TIP. "LA MERCANTIL" GASPAR DEL PINO

1892

Figura 6. Portada del Reglamento de Casas de Expósitos de Cádiz y Jerez de la Frontera, 1892

La institución distinguía dos tipos de asilados:

- Expósitos: Aquellos de padres desconocidos, entregados generalmente a través del torno, un mecanismo diseñado para garantizar el anonimato y "salvar el honor" de las familias.

- Albergados: Hijos de padres conocidos que, por pobreza extrema, no podían ser mantenidos en el hogar familiar. Aunque también había situaciones de desamparo, bien por razones políticas o sociales. Por ejemplo, los hijos de una de las cocineras que tuvo la casa cuna, ingresaron en la institución por falta de recursos después de que a su marido lo detuvieran por motivos políticos e ingresara en prisión tras la guerra civil.

Desde su primer artículo, el texto reafirma los fines tradicionales de la institución: evitar el infanticidio, impedir el abandono en la vía pública y "salvar el honor" de las madres que hubiesen concebido ilegítimamente. A ello se añade la acogida de niños cuyos padres, aun siendo conocidos, no pueden criarlos por extrema pobreza. La finalidad moral sigue presente, pero ahora se formula dentro de un marco jurídico-administrativo preciso. Ya no es sólo caridad, sino que es beneficencia pública reglamentada.

La organización interna responde a una jerarquía muy definida. En la cúspide se sitúa la Diputación Provincial, representada por el Diputado Visitador, que actúa como verdadero jefe del establecimiento. Bajo su autoridad operan el Administrador "responsable de la gestión económica y documental" y la Superiora de las Hijas de la Caridad, encargada del régimen cotidiano. Médicos, capellán, portero, comisionados en los pueblos y la Real Junta de Damas completan una estructura compleja que revela hasta qué punto la institución se ha burocratizado.

Uno de los aspectos más significativos es la regulación del torno. El ingreso puede producirse a cualquier hora del día o de la noche. No se permite formular preguntas a quien deposita al niño; el secreto es absoluto y su vulneración conlleva sanciones severas. Sin embargo, junto al anonimato se despliega un minucioso sistema de registro: el niño recibe un plomo numerado, se anotan con detalle las ropas y objetos que trae, se inscribe en el Registro Civil (organismo administrativo creado en 1871) y, si procede, se le administra el bautismo. El reglamento combina así la tradición del abandono anónimo con la lógica moderna de la identificación y el archivo.

La vida interna de la Casa está igualmente reglada (Figura 7). Los niños permanecen en ella hasta los siete años, momento en que son trasladados al



Figura 7. Fotografías de la antigua casa cuna de la calle Rosario Cepeda. Cortesía del Archivo de la Diputación de Cádiz.

Hospicio provincial si no han sido prohijados o reconocidos por sus padres. La lactancia dura hasta los dieciocho meses, con separación posterior por sexo y edad. Se prevén salas específicas para recién ingresados, enfermería general y espacio independiente para enfermedades contagiosas. La vacunación es obligatoria y el control médico constante. Todo ello refleja la influencia del discurso higienista que, a finales del siglo XIX, comienza a impregnar las políticas asistenciales.

Especial atención merece la regulación de las nodrizas, tanto internas como externas. Las primeras son admitidas solo tras reconocimiento médico de su leche, no pueden ser madres de expósitos y están sometidas a una disciplina estricta: horarios de lactancia, normas de aseo, sanciones graduadas e incluso pérdida de sueldo. Las externas, por su parte, deben presentar certificados de conducta y someterse también a examen facultativo. La entrega de un niño no depende únicamente de su voluntad, sino de la decisión de la Superiora y del Visitador. Además, están obligadas a presentar periódicamente al menor y a no trasladarlo sin autorización. El control sobre estas mujeres "en su mayoría pobres" es minucioso y revela una clara dimensión de vigilancia social.

Las prohijaciones constituyen otro ámbito cuidadosamente regulado. No basta con la voluntad de criar al niño: es necesaria escritura pública y autorización de la Diputación. Incluso después de la adopción, la tutela legal permanece en manos de la autoridad provincial. Los prohijantes deben informar de cambios de domicilio y presentar al menor cuando se les requiera. En caso de fallecimiento o mala conducta, la Diputación puede recuperar al niño. El Estado liberal, a través de la institución provincial, no renuncia en ningún momento a su potestad tutelar (12).

El reglamento contempla asimismo una red provincial articulada en torno a la Casa Matriz. Las receptorías en distintos pueblos "Algeciras, Sanlúcar, Medina Sidonia, San Fernando, Chiclana, Tarifa, San Roque, entre otros" remiten con rapidez a los recién ingresados a Cádiz, y los comisionados locales supervisan a las nodrizas externas y controlan las defunciones. La Casa gaditana actúa así como centro coordinador de un sistema asistencial que abarca toda la provincia. La Real Junta de Damas jugó un papel crucial en la vigilancia de estos niños, extendiendo su protección a los mayores de siete años que habían sido prohijados, para asegurar que no fueran explotados y recibieran educación (6).

En conjunto, el Reglamento de 1892 no solo ordena la vida interna de la Casa de Expósitos; también simboliza la culminación del proceso iniciado décadas antes. La beneficencia queda definitivamente incorporada a las funciones propias del Estado liberal. La Iglesia mantiene presencia a través de las Hijas de la Caridad y del capellán, pero la dirección efectiva corresponde al poder civil. La tutela jurídica, el control económico, la inspección y la disciplina dependen ya de la Diputación Provincial.

Paradójicamente, esta sofisticación normativa y administrativa no elimina las contradicciones inherentes al sistema. La precisión reglamentaria, el escrupuloso registro de ingresos y defunciones y el control exhaustivo sobre nodrizas y prohijantes conviven con la persistencia de problemas estructurales que arrastraba la institución desde siglos anteriores. El reglamento representa, en definitiva, el punto de madurez del modelo liberal de asistencia a la infancia abandonada: un modelo más organizado, más controlado y más burocratizado, pero no necesariamente capaz de resolver todas las fragilidades que habían acompañado históricamente a la exposición infantil.

4. La explosión de 1947 y el ocaso de la Casa Cuna de Cádiz.

La historia de la Casa Cuna de Cádiz en el siglo XX es dramática y está marcada por dos hitos fundamentales: su traslado a la zona de Extramuros (la zona moderna de la ciudad, fuera del casco antiguo) y la tragedia de la Explosión de 1947, que devastó la institución. En la década de 1930, hubo intentos políticos, como los del alcalde Enrique Álvarez López, de modificar y mejorar los proyectos de la "casa de maternidad y asilo de infancia" mediante empréstitos, en un contexto de crisis económica y paro. Tras la Guerra Civil, en 1939, ante la penuria económica, el Ayuntamiento tuvo que establecer convenios con entidades religiosas (como los Caballeros Hospitalarios) para sostener la viabilidad de servicios como la Casa Cuna - ya conocida oficialmente como Hogar del Niño Jesús -, orfanatos y comedores.

Durante el primer tercio del siglo, la antigua Casa de Expósitos continuó funcionando en su ubicación histórica de la calle Rosario Cepeda. Sin embargo, las necesidades de modernización y salubridad impulsaron el proyecto de trasladar la institución fuera del casco antiguo. En 1931 se inauguró el nuevo edificio, bautizado como Hogar del Niño Jesús, en la zona de extramuros, concretamente en la calle Tolosa Latour, en el barrio de San Severiano (Figura 8). Tras el traslado de los niños, el antiguo inmueble de la calle Rosario Cepeda cambió de uso, convirtiéndose en asilo de ancianas (Hogar Provincial de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro) y, en la década de 1940, albergó el Hogar Femenino de FET y de las JONS.

El torno se siguió manteniendo y según testimonio de una de las Hermanas de la Caridad, sor Juliana, las religiosas hacían guardia en la entrada, incluso tenían a una "vigilante", que se dedicaba a observar la puerta y la tapia delantera para evitar que las mujeres dejaran a los niños en el suelo de la entrada. Más tarde, en el año 1947, ya no había "torno", sino que las madres tenían que pedir una autorización administrativa a la Diputación Provincial para poder de-



Figura 8. Fachada del nuevo edificio de la Casa Cuna situado en la calle Tolosa Latour y que sufriría las consecuencias de la explosión del 18 de agosto de 1947

jarlos en la institución.

El episodio más negro de la historia de la institución ocurrió la noche del 18 de agosto de 1947. En el barrio de San Severiano, la Armada tenía una base de Defensas Submarinas. En aquellas instalaciones se almacenaban minas submarinas, torpedos y cargas de profundidad, en buena parte, de material acumulado desde la Guerra Civil y conservado en condiciones deficientes. Precisamente esas últimas, las cargas de profundidad, serían las causantes del desastre al producirse una reacción explosiva espontánea de las pólvoras o nitrocelulosas en mal estado en una de las partidas de esas cargas. La explosión provocó la muerte oficial de 150 personas (148 de ellos identificados y 2 cadáveres sin identificar aún: el de un varón adulto y el de un párvulo de muy corta edad) y más de 5.000 heridos.

En el aspecto material, la onda expansiva arrasó casi por completo el barrio de San Severiano y los astilleros además de dañar severamente el patrimonio histórico, incluyendo la Catedral y las murallas, sumiendo a una ciudad ya empobrecida por la posguerra en una profunda crisis humanitaria y arquitectónica (14) (Figura 9).

El nuevo edificio de la casa cuna estaba situado en el epicentro de la catástrofe, prácticamente pegada al foco de la explosión, con lo que el magnífico edificio moderno, rodeado de jardines, quedó arrasado (Figura 10). Solo quedaron en pie algunos muros y el armazón calcinado de la techumbre. En el momento de la explosión había 199 niños hospedados de los que fallecieron 26 niños entre expósitos y albergados (25 fallecieron en el momento, y uno de ellos murió dos

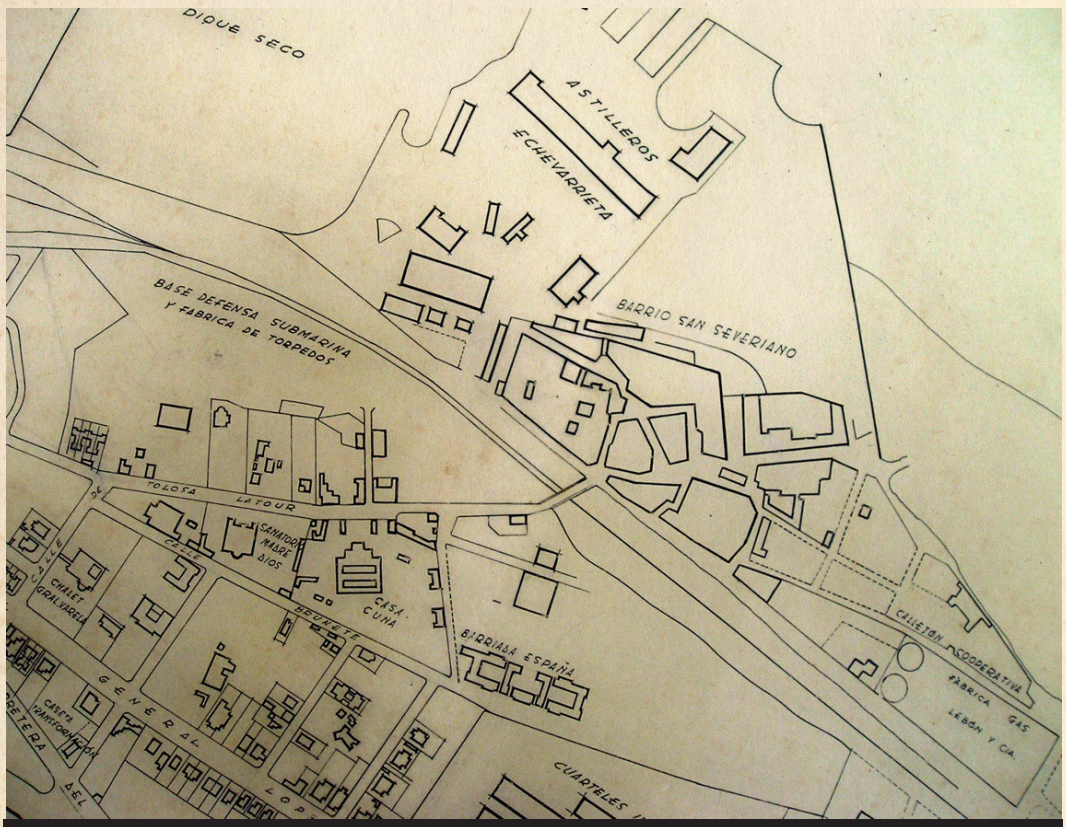


Figura 9. Plano de Cádiz, donde se puede apreciar la cercanía entre el nuevo edificio de la Casa Cuna y la base de la defensa submarina donde se almacenaban los explosivos (cortesía de D. José Antonio Aparicio Florido)



Figura 10. Fotografía aérea de la calle Tolosa Latour donde se encontraba la Casa Cuna, tras la explosión de 1947 (extraída de la web www.laexplosiondecadiz.es)

meses después fruto de las heridas causadas), además de personal docente y doméstico. Varias religiosas, hermanas de la Caridad, que cuidaban a los niños, perdieron la vida, incluyendo a la superiora de la casa, Sor Carmen Gómez Arroyo y Sor Elena Laboisse, cuyo cuerpo fue el último en ser recuperado días después bajo los escombros de su dormitorio.

Junto a la Casa Cuna se encontraba el Sanatorio Madre de Dios, donde se alojaban las niñas de mayor edad (era una institución femenina) y que también sufrió daños terribles como podemos ver en las fotos aéreas existentes (14). Una de las niñas albergada de la Casa Cuna, Luisa Fernández Gil, murió en el interior de este edificio en el que ya prestaba sus servicios como ayudante de las cuidadoras de asiladas. La prensa y las autoridades de la época utilizaron la imagen de la "Casa Cuna destruida" y el sufrimiento de las "criaturas abandonadas" como elemento de propaganda para desviar la atención de las causas reales de la explosión (el almacenamiento negligente de explosivos) y centrarla en la labor humanitaria y el victimismo.

Tras la destrucción total del edificio de Tolosa Latour (figura 11), los niños fueron trasladados primeramente al Hogar de la



Figura 11. Fotografía del derribo de la fachada de la casa cuna de la calle Tolosa Latour tras la explosión de 1947 (extraída de la web www.laexplosiondecadiz.es)

Milagrosa, actual colegio Valcárcel, donde estuvieron hasta que se terminaron las reparaciones de la antigua sede de la calle Rosario Cepeda y pudieron enviar allí a los más pequeños. Los niños de 5 años en adelante siguieron en la Milagrosa por falta de espacio. En el edificio de la calle Rosario Cepeda permaneció la casa cuna hasta 1956, año en que el edificio fue desalojado definitivamente debido a su estado de ruina y demolido en 1958. En su solar, el Patronato de Viviendas de la Diputación construyó viviendas subvencionadas.

En resumen, el siglo XX supuso para la Casa Cuna de Cádiz un intento de modernización frustrado trágicamente por la explosión de 1947, que obligó a la institución a un retorno a su sede original hasta su desaparición. Por el camino, quedan no sólo la dicotomía de una ciudad que tuvo una importancia económica fabulosa durante el siglo XVIII frente a una pobreza extrema, sino también dos eventos catastróficos - un maremoto y una explosión - que marcaron la historia de esta institución en la ciudad más antigua de occidente.

Agradecimientos.

- A Doña Yolanda Vallejo Márquez, jefa de sección de la Red de Bibliotecas Públicas Municipales del Ayuntamiento de Cádiz, por la ayuda y orientación ante un tema con pocas fuentes bibliográficas.
- A Doña Yolanda Letrán Pérez y Don Antonio Alarcón Guerrero, del Archivo de la Diputación de Cádiz por la amable cesión de las fotografías de la antigua casa cuna de la calle Rosario Cepeda.

Bibliografía.

1. 1. Álvarez Santaló, LC. Marginación social y mentalidad en Andalucía occidental: expósitos en Sevilla (1613-1910), Sevilla, Junta de Andalucía, 1980.

2. Pérez Moreda, V. (2005). La infancia abandonada en España (siglos XVI-XX). Real Academia de la Historia.

3. Pérez Serrano J, Arteaga Bulpe JM: Pobreza y asistencia social en la campiña de Cádiz: los expósitos de la casa cuna de Jerez de la Frontera en el siglo XIX. Gades 1997, 22: 61-78.

4. Pérez Serrano, J. (1991). La Casa de Expósitos de Cádiz en la primera mitad del siglo XIX: avances y retrocesos de la reforma liberal en el sistema benéfico. Trocadero, (3), 85-116.

5. Morgado García, A. (1991). La reforma de la Beneficencia en el Cádiz del siglo XVIII: El Hospicio (1785-1808). Trocadero, (3).

6. Salaverri Baro, F. (2016). La Junta de Damas como modelo de acción social de género: Aproximación a su constitución en Cádiz a principios del siglo XIX. En C. García-Gil, C. Flecha García, M. J. Cala Carrillo, M. Núñez Gil y A. Guil Bozal (coords.), Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinares: VI Congreso Universitario Internacional "Investigación y Género" (pp. 637-646).

7. Castro y Rossi, A. (1888): «Datos sobre la Casa Cuna de Cádiz en el siglo XVII», en M. Ravina Martín y J. M. Fernández Tirado (eds.), Noticias poco conocidas de la historia de Cádiz (artículos en La Palma de Cádiz, 1886-1891), Cádiz, Biblioteca Andaluza de Arte y Literatura, 2005.

8. Diputación Provincial de Cádiz. (s. f.). Archivos digitales del Archivo de la Diputación Provincial de Cádiz. https://dipucadiz.es/archivo_de_la_diputacion_provincial/archivos-digitales/

9. Madoz, P. (1846). Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar (Tomo V). Madrid: Establecimiento tipográfico de P. Madoz y L. Sagasti: 164.

10. Castro, A. de. (1859). Manual del via-

jero en Cádiz. Cádiz: Imprenta de la Revista Médica.

11. Archivo de la Diputación de Cádiz. (2019, enero 24). Casa de Expósitos en la c/ Rosario Cepeda [Publicación de Facebook]. Facebook.

12. Rostoll Ariza, J. (2020). El prohijamiento de niños expósitos en El Puerto de Santa María en la segunda mitad del siglo XIX. Revista de Historia de El Puerto, (64), 55-76.

13. Reglamento de las Casas de Expósitos de Cádiz y Jerez de la Frontera. (1892). Cádiz: Tipografía "La Mercantil", Gaspar del Pino.

14. Aparicio Florido, J.A., "La explosión de Cádiz",La explosión de Cádiz, consultado el 27 de marzo de 2026, https://laexplosiondecadiz.es/.

aepCH
Comité de Historia

aepCH
Comité de Historia

9 788409 864614