

Mujer y modernización demográfica en Pamplona

Sagrario Anaut Bravo

Las poblaciones europeas han vivido en las últimas centurias transformaciones radicales en su estructura por edad y por actividades profesionales, en su grado de urbanización y de relaciones sociales, en los sistemas familiares, etc. Todos estos cambios han mantenido una interacción dialéctica con los fenómenos vitales del nacimiento y la muerte. Cuando se estudia la evolución seguida por la fecundidad y mortalidad, inexorablemente, hay que mirar al papel que cumple la mujer en una población.

A lo largo de la transición demográfica se experimentó un destacado descenso de los niveles de mortalidad ordinaria y de fecundidad que, hoy por hoy, son sólo explicables a través de la confluencia de múltiples factores como los progresos médicos, las mejoras en la alimentación y las infraestructuras de las localidades de residencia, los logros en materia laboral, la desaparición de ciertas enfermedades epidémicas o los cambios culturales. En líneas generales se ha solido insistir en que el motor del cambio demográfico fue el progresivo control de la mortalidad, capaz de mejorar las probabilidades de supervivencia en todas las edades, especialmente en las más tempranas. Las expectativas abiertas de llegar a la edad adulta influirían, en un segundo estadio, sobre los niveles de fecundidad. Las diferencias nacionales y regionales, que se han ido encontrando en esta dinámica, inciden en la complejidad y multicausalidad de los retrocesos experimentados en los niveles de mortalidad y fecundidad. Para el caso español, como para el de Pamplona, no se observan signos claros de la modernización de su población hasta el primer tercio del siglo XX.

Las páginas que siguen intentarán analizar el cambio demográfico que se produjo en Pamplona dentro del proceso de la transición demográfica que estaban experimentando la mayoría de las provincias españolas y sus capitales. No es posible concebir esta modernización demográfica sin variaciones culturales, en los hábitos cotidianos de la higiene, el trabajo y la alimentación, sin una nueva valoración de la infancia, la maternidad y la salud, etc. En definitiva, no podía darse semejante avance en la población de la capital navarra sin la participación muy activa de la mujer. Su presencia es directa e ineludible en la nupcialidad y la fecundidad, en tanto que su influencia sobre la mortalidad se dará de una forma más indirecta a través de su protagonismo en el seno de la familia.

La mujer en Pamplona

- Estando en Navarra, pueblo donde son leyes las costumbres, y donde el uso y la ley arraigan en lo inmemorial: pueblo, por consiguiente, donde la mujer, que tiene siempre real y legítima influencia en toda tierra cristiana, ha de reinar con soberano influjo, como depositaria y guardadora en el hogar doméstico del arca santa de la tradición (F. Navarro Villoslada, *Revista Euskara*, 1881).

Una de las características que definen a los centros urbanos en el período que afecta al proceso de modernización demográfica, es el predominio de la población femenina¹. Este hecho está relacionado con la estructura económica vigente. Como es sabido, hasta fechas no muy lejanas, Pamplona era un centro de servicios y comercio que atraía, sobre todo, a mano de obra femenina para el “servicio doméstico”. El grueso de este grupo lo componían las jóvenes de entre 15 y 20 años, ya que tras contraer matrimonio las mujeres tendían a abandonar el mercado de trabajo oficial. No obstante, F. Mendiola (1998) ha comprobado que, para el primer tercio del siglo XX, la tasa de actividad femenina en Pamplona se mantuvo en torno al 30% de la mano de obra, cifra muy difícil de superar sólo con mujeres no casadas. Esta comprobación habla de una realidad socio-económica en la que la aportación económica de la mujer a la economía doméstica era fundamental para la propia supervivencia de la familia.

Según la información censal, hasta 1930, los principales sectores en los que se empleará mano de obra femenina serán el textil, el servicio doméstico y algunas profesiones liberales, si bien la importancia numérica de “los miembros de la familia sin ocupación”, plantea la ocultación de actividades extradomésticas como lavandera, nodriza, costurera o jornalera agrícola. Esta infravaloración del trabajo femenino es constatable si nos acercamos a los comentarios reiterados de la prensa navarra, en la que se insiste sobre la necesidad de que todos los miembros del núcleo familiar realizaran una actividad laboral, por muy insignificante que fuera², y si aceptamos que, incluso en la práctica cotidiana, hubo un rechazo a la incorporación femenina al proceso productivo. A lo largo del siglo XIX, se fue construyendo en toda España un discurso en el que se establecían dos modelos de género: la mujer tenía como misión “los quehaceres de la casa”, en tanto que el hombre asumía la responsabilidad de ser el sostén económico de su hogar. Dentro de este discurso de género, únicamente se aceptaba el trabajo extradoméstico femenino cuando estuviera en peligro la supervivencia de la familia, pero siempre teniendo en cuenta que era una actividad coyuntural y con una menor remuneración que la del varón, como lo demuestran los jornales recogidos en el cuadro 1. La discriminación salarial llega a establecer, para el sector agrícola, la equiparación de la retribución de la mujer a la de los niños y a dejar reducido a la mitad sus ingresos respecto de los del varón en el sector textil.

.....

1. Como queda recogido en A. Carreras, *Estadísticas históricas de España* (1989, p. 68), el predominio de la población femenina fue incesante y creciente para todo el conjunto del país desde las últimas décadas del siglo XIX y hasta los años cuarenta del siglo XX.

2. “*El padre va a ganar el jornal, la madre al río, y el hijo mayor á ganar algunos céntimos*” (*Diario de Navarra*, 21-9-1903).

Cuadro 1
Tipos medios de jornales en Pamplona (pts./día).

Actividades	1915		1920		1931	
	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.
Sastre	4,25	2,75	5	3,5	6,5	3,5
Costurera/Modista	2,37	1,5	3	1,5	3,5	2
Agricultura:						
Hombre	3,25	2,62	8	5	10	5,5
Mujer	1,37	1,25	4	3	3,5	1,75
Niño	0,75	0,35	3,5	1,75		

Fuente: Anuarios Estadísticos (1915 y 1931) y Boletín Mensual de Estadística Municipal.

Esta discriminación económico-laboral dejaba muy claro el cometido social de la mujer, la maternidad. Como expuso Gregorio Marañón en la década de los años veinte, “la mujer no es un ser inferior sino diferente al varón”, de tal manera que se propugnaba una estricta división de las funciones y esferas de actuación de los sexos³. El progresivo desplazamiento de las mujeres al ámbito familiar, por tanto, reforzó la idea de que éstas deben atender las “labores propias de su sexo” y aquellas actividades laborales que se estimaran en sí mismas como femeninas –este es el caso del servicio doméstico–⁴, al igual que le confirió a la mujer un creciente papel en el proceso de modernización demográfica, tal y como veremos a continuación.

El nuevo papel de la mujer-madre en el descenso de la mortalidad

El comportamiento de la mortalidad general de Pamplona siguió las pautas descendentes propias del paso de un modelo demográfico tradicional a uno moderno. Se parte en 1880 de niveles altos y superiores a la media nacional y se experimenta una caída aproximada del 50 % hasta 1935 (cuadro 2). Como efecto, se logró acortar la desventaja inicial con respecto a la mortalidad registrada para España. Entre los factores que posibilitaron el control de la muerte y el consiguiente alargamiento de la duración de la vida destacaremos, en primer lugar, la desaparición de las graves crisis de mortalidad causadas por las epidemias de cólera a lo largo del siglo XIX y de otras de menor envergadura como las de viruela, tifoideas o sarampión. El segundo ele-

3. Duby, G., Perrot, M., (dir.), *Historia de las mujeres en Occidente*, p. 629.

4. La feminización de la población de Pamplona se mantendrá constante hasta la guerra civil, en tanto el mercado laboral se fue progresivamente masculinizando.

mento clave reside en la disminución efectiva de las probabilidades de defunción en períodos normales y en todas las edades.

Cuadro 2
Tasas brutas de mortalidad general en España y Pamplona (1880-1935)⁵.

Año	España	Pamplona
1880	30	37,3
1890	32	34,8
1900	28,8	36,5
1910	22,9	27,3
1920	23,2	30
1930	16,8	22,8
1935	15,6	21,2

Como se ha demostrado en numerosos trabajos, la esperanza de vida de la población española, sobre todo al nacer, fue inferior a la registrada para la mayoría de las poblaciones europeas. Se pasó de los 29 años de 1880 a los 50 años de 1930, año éste en el que Inglaterra, Alemania, Países Bajos, Suecia y Francia se hallaban en torno a los 60 años⁶. Las probabilidades de supervivencia eran menores todavía en los centros urbanos españoles, en los que se pasó de los 30 años en 1900 a los 47 años en 1930, siendo de 28 y 44 años, respectivamente, para Pamplona. La prolongación de la vida en todos los casos se debió principalmente a la disminución de las defunciones en las edades tempranas, entendiéndose como tales las comprendidas entre los cero y cinco años. Dicho retroceso de la mortalidad se produjo de forma paralela al progreso económico y social de cada población. Un progreso que no es sólo material y técnico, sino también cultural, porque de otra forma no podría entenderse la importancia que adquirió la maternidad y la infancia-primera juventud en los discursos médico-higienistas de la época. Es en este campo de las transformaciones de los hábitos, de las conductas, individuales, familiares y de los grupos sociales, donde adquiere protagonismo la mujer.

El papel desempeñado por la mujer en el control de la mortalidad de Pamplona, como de España, puede analizarse desde dos ángulos bien distintivos. El primero concierne a sus mayores probabilidades de supervivencia con respecto a los hombres, hasta el punto de mantener una esperanza de vida al nacer de dos años supe-

5. Las cifras correspondientes a España proceden de Nadal, J., *La población española (ss. XVI a XX)*, p. 139. Las de Pamplona son de elaboración propia a partir de los libros de nacimientos y defunciones del Registro Civil y del Archivo Municipal de Pamplona, y de la población censada en el siglo XIX y la población calculada de 1900 a 1930 por el I.N.E. en 1958.

6. Livi Bacci, M., *Historia mínima de la población mundial*, p. 115.

rior a la del otro sexo⁷. El segundo ángulo se define por la identidad cultural de la mujer dentro del ámbito familiar, como madre, esposa y administradora del hogar, con lo cual asumía la responsabilidad de velar por la salud de todos los miembros del núcleo familiar.

La contribución masculina a la muerte fue siempre superior a la de las mujeres. Para Pamplona se aprecia entre las defunciones de la población menor de cinco años y mayor de sesenta años una cierta feminización, que para éstas últimas fue mucho más acusada por el mayor número de mujeres supervivientes a esas edades, en tanto que para las defunciones con menos de cinco años, la clave reside en una aparente sobremortalidad femenina a partir de los dos años, aun cuando la mayoría de la población comprendida en el grupo de edad 0-4 años sea masculina. Una reflexión que recoge con inquietud la masculinización de la mortalidad en toda España, cuando no se dudaba de la inferioridad de la mujer en diversos campos, es la siguiente:

En contra de lo que pudiera creerse, ya que sería razonable que el sexo femenino, por ser más numeroso que el otro, diese mayor tributo a la muerte, y precisamente ocurre lo contrario, que el mayor tributo lo pagan los varones; repartidas las defunciones de éstos entre el número menor de individuos, demuestra la desventajosa condición en que la Naturaleza ha colocado a los varones con respecto al otro sexo, que, aunque lo llamamos débil, está, indudablemente, mejor conformado para resistir a los agentes destructores de la vida⁸.

Aun cuando este comentario constata las desigualdades biológicas ante la muerte por razón de sexo, no entra en la controversia de analizar dichas diferencias como efecto de la separación de funciones socio-económicas. Como ha recogido en diversos trabajos M. Nash, las mujeres han trabajado siempre dentro y fuera del hogar, encontrándose expuestas a los mismos o similares riesgos de pérdida de salud que los hombres. Con la asunción generalizada del “discurso de la domesticidad”⁹, se replegó la actuación femenina a la esfera doméstica y, por tanto, se la sustrajo, en particular desde el momento en que contrae nupcias, de un entorno laboral poco saludable. No obstante, la mujer en Pamplona, como la de otros muchos lugares, siguió trabajando como jornalera en tareas agrícolas, como lavandera, costurera, dependienta o criada, en condiciones deplorables como lo demuestra el fragmento que reproducimos a continuación.

(La lavandera) se levanta antes de que los pájaros despierten y vengán á la ventana de su boardilla á entonar sus trinos de la mañana. Primeramente hace el fuego y prepara la comida que ha de servir de alimento á su marido durante todo el día....; después de despedir á su hombre, con gran sentimiento suyo, despierta á los pequeños... Uno en cada brazo los lleva al “Asilo del Niño Jesús”... Ya va entretenida... una gran banasta de ropa en la cabeza...en una mano una vasija con azulete, la pala, etc., etc.; y en otra una cestita... llevará la comida... Una vez en el río, empieza la animación... Ter-

7. Carreras, A., *Op. cit.*, p. 57.

8. Sánchez Verdugo, J., “La población española: como se distribuye, como nace y como muere”, 1952, pp. 93-116.

9. Duby, G., Perrot, M., (dir.), *Op. cit.*, pp. 586-596.

minada la faena, ya anochecido sube la cuesta algo más descansada...ha dejado la ropa para cocer. Muy pronto se encuentra con los pequeños que vuelven á sus brazos... De nuevo se encuentra la familia reunida....se despacha pronto la frugal cena y á dormir hasta el día siguiente que empieza y termina de la misma manera. Más penosa aun es la tarea de la lavandera en aquellos días de invierno en que se ve obligada á romper el hielo con sus brazos¹⁰.

Las condiciones de vida y trabajo, por tanto, no debieron ser tan dispares entre ambos sexos como cabía esperar de la subordinación de la mujer al padre o al marido y de su progresiva marginación del mercado de trabajo. De hecho, hombres y mujeres fueron afectados en proporciones muy similares por las mismas enfermedades respiratorias: bronquitis, bronconeumonías y tuberculosis pulmonar¹¹. Hubo, en todo caso, algunas variaciones por sexo en cuanto a otras dolencias letales. Entre los varones, las enfermedades digestivas siguieron en importancia a las respiratorias. Por ejemplo, la enterocolitis afectará a comienzos del siglo XX al 2,3% de las defunciones masculinas y el cáncer de estómago al 2,9%. La desnutrición, el alcoholismo y los desarreglos en las formas de vida pudieron condicionar esta aparente predisposición masculina por las afecciones digestivas. En las mujeres, la mayoría de los decesos se asocian a las llamadas “enfermedades generales”. Es previsible que el incremento de los cánceres y afecciones tuberculosas, y la mayor incidencia de enfermedades crónicas, secuelas de procesos infecciosos y reumáticos derivados de los partos y de sus trabajos domésticos, y de enfermedades degenerativas resultantes de su mayor esperanza de vida¹², sean razones más que suficientes para justificar dicho predominio.

Así pues, las enfermedades infecto-contagiosas fueron las principales causas médicas de muerte en Pamplona para toda su población. Estas dolencias son mayoritariamente evitables a través de ciertas mejoras en las viviendas, en los lugares de trabajo, en los conocimientos médicos e higiénicos básicos y en la alimentación. Estos cambios se irán produciendo a medida que la estructura económica de la ciudad se vaya modernizando y se tenga conciencia de la importancia de la salud por parte de las instituciones políticas y de los propios afectados. Entre las mujeres, las enfermedades crónicas y degenerativas, no necesariamente infecciosas, tendrán una mayor representación, siendo ésta una de las características que conforma la llamada transición sanitaria. De lo dicho se deduce que en la capital navarra la transición demográfica y sanitaria fueron coetáneas, aunque afectando de forma desigual por razón de sexo y edad.

Ahora bien, no hay que olvidar que la mortalidad no es una mera cuestión estadística, es también un vector social, y que los triunfos que sobre ella se logren serán fruto de la convergencia de los avances científicos, de la creación de servicios asis-

10. *Diario de Navarra*, 12-9-1903.

11. Las bronquitis fluctuaron entre el 5% y 6% de las defunciones de ambos sexos; las bronconeumonías en torno al 7%; y la tuberculosis pulmonar pasó del 4,5% a finales del siglo XIX al 7,5% en 1931.

12. En 1906 las defunciones femeninas por “senectud” alcanzaron el 3,04% del total de óbitos femeninos, y en 1931 el 2,7% por “debilidad senil”.

tenciales, de la renovación urbanística, de una mayor participación de los propios afectados y sus familias, o de la extensión a capas más amplias de la población de los beneficios sociales. Considerando todos estos factores entendemos el segundo ángulo desde el que se puede analizar el papel desempeñado por las mujeres en la caída de la mortalidad general ordinaria. Esto es, como dijimos, las funciones que asume dentro de la familia.

Era habitual que las mujeres, desde muy jóvenes, se ocuparan de los ancianos, los enfermos y los niños del núcleo familiar. Su proximidad a los miembros con mayores probabilidades de enfermar y/o morir las situaba en condiciones de alto riesgo. De sus cuidados y conocimiento de algunas normas básicas de higiene dependerá la recuperación de la salud y el evitar el contagio al resto de la familia. A esta función de “enfermera doméstica” que había ido adquiriendo de forma bastante natural, se le sumará la toma de conciencia, individual y colectiva, de que la vida y la salud no dependen del designio divino o de ciertas actuaciones médicas puntuales, sino de la responsabilidad personal. Los mismos médicos entendían que las mejoras en la calidad del agua y los alimentos, las campañas de vacunación antivariólicas, las campañas antituberculosas y antialcoholismo, el aumento y perfeccionamiento de las atenciones médicas y de los centros sanitarios, el desarrollo de la pediatría, ginecología y obstetricia, etc., muy poco podían hacer sin el concurso de las familias y, sobre todo, de las mujeres.

Aunque en todas las edades se produjo un descenso de la mortalidad como consecuencia de la puesta en marcha de todas esas medidas sanitarias, médicas, urbanísticas y de educación y concienciación social, la clave del descenso de casi a la mitad de las tasas brutas de mortalidad (cuadro 2) hay que buscarlas en la evolución de las defunciones de los menores de cinco años. Del total de decesos ocurridos en Pamplona, entre el 43% y el 28% correspondían a menores de 10 años en el período de 1880 a 1935. Si desagregamos por subgrupos de edad, encontramos que las defunciones de entre cero y cinco años pasaron del 38% en 1881 al 25% en 1931 del total de la población, y que las que afectaban, en ese mismo período, a los menores de un año se mantuvieron entre el 20 y 25%. Como se puede ver, la contribución de los menores de diez a la mortalidad en Pamplona giró en torno a un tercio del total de finados, cifra muy elevada en la década de los treinta en comparación con otros centros urbanos. Para comprender mejor esta problemática merece la pena acercarse a las tasas específicas de mortalidad que aparecen recogidas en el cuadro 3.

Cuadro 3
Probabilidad de morir a los cero años (q0), de uno a cuatro años (4q1)
y de cinco a nueve años (5q5) en Pamplona (en tantos por mil).

Años	q0	4q1	5q5
1881	230,9	291,1	94,33
1890	186,4	285,8	96,94
1900	239,2	193,1	36,25
1910	185,2	216,9	36,28
1920	219,8	96,64	15,28
1930	197,8	60,1	7,83

Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de nacimientos y defunciones del Registro Civil y del Archivo Municipal de Pamplona.

Del cuadro 3 se desprende que, de cada 1000 niños/as, aproximadamente 200 no superaban el primer año de vida. Las probabilidades de supervivencia aumentaban con la edad, en particular cuando se cumplían los cinco años. La caída de la probabilidad de morir entre uno y cuatro años se aceleró a partir de la segunda década del siglo XX, en tanto que este mismo proceso se experimentó en el cambio de siglo para los/as niños/as de entre cinco y nueve años. Las causas de esta disminución selectiva por la edad siguen hasta la fecha debatiéndose. No hay duda que deben tenerse en cuenta los avances en la pediatría, ginecología y puericultura, y las mejores instalaciones sanitarias. Sin embargo, una parte importante del triunfo sobre la muerte en edades tempranas hay que atribuirla a las variaciones en los hábitos alimenticios, la higiene privada y los cuidados dispensados a los niños, así como en la reducción de la fecundidad.

Por lo dicho hasta aquí, es fácil entender la preocupación que la muerte de los más jóvenes causó entre los médicos y los reformadores sociales de Pamplona y su deseo de buscar las razones de tal situación¹³. Resulta relevante que, siendo un problema social, sean principalmente los facultativos los que lleven a cabo el estudio y análisis de la mortalidad en nuestra ciudad. Pero también ellos prestaron atención a todo un conjunto de factores culturales, socio-económicos y espaciales. Entre las causas más apuntadas por este colectivo de médicos e higienistas destacamos: la ignorancia y desidia de las madres en la alimentación e higiene de sus hijos, la preferencia por la lactancia artificial o con nodrizas, la corta duración del período de lactancia, las numerosas deficiencias de las viviendas, y los problemas vividos durante el embarazo y el parto, sobre todo, por razones como los embarazos no deseados, el exceso de trabajo y la precaria asistencia de profesionales en esos momentos. Como

13. Gil, C., *La maternidad*, 1930; Huder, S., *Desarrollo de Pamplona en los últimos cien años*, 1935; Lazcano, A., *Higiene y salubridad públicas*, 1903; Monzón, C., *La mortalidad infantil en Pamplona*, 1903.

puede comprobarse, los problemas que se recogen giran en torno a la madre¹⁴. En consecuencia, el control de la mortalidad en edades tempranas requería una mayor valoración de la infancia y, particularmente, de un cierto nivel educativo y de sensibilización de las mujeres-madres.

Desde distintas publicaciones de prensa, como el Diario de Navarra y La Avalancha, y desde instancias municipales, se llevaron a cabo ininterrumpidas campañas encaminadas a educar a las mujeres en sus “obligaciones como madres”. Tres son las ideas más recurrentes en esos discursos: la exaltación de la infancia¹⁵, “no es madre la que engendra, sino la que lacta”¹⁶ y el trabajo de la mujer debe estar supeditado a su condición de madre. Esta madre abnegada, sacrificada por sus hijos, debía ser educada para ello desde la escuela y posteriormente a través de conferencias y de ciertas publicaciones al respecto.

Convencido del gran interés que reporta á la Humanidad la práctica de los preceptos higiénicos durante la niñez (...), he creído oportuno publicar *Consejos familiares sobre la higiene de la primera infancia*, para que sirva de útil guía á las madres, criando así, cual es debido, al fruto de sus entrañas¹⁷.

La amplia labor de difusión y divulgación de los principios de la maternología, que se fue dando en Pamplona al abrigo de la redefinición del discurso de género y de maternidad que se estaba desarrollando en el conjunto de España, requería contar con una población mínimamente alfabetizada para tener efectividad. El doctor C. Monzón se lamentó de la ignorancia de las madres en temas relativos a los cuidados de los/as hijos/as. Pero no podemos olvidar que lo que se ponía en tela de juicio, en comentarios como el siguiente, eran los conocimientos procedentes de la tradición, no el nivel educativo de la población pamplonesa.

A tal degradación é ignorancia ha llegado nuestra sociedad á este respecto (lactancia materna), que nadie tiene en cuenta para nada, llegado el caso lo sagrado de los derechos del niño, dependiendo, por tanto, el privarle de su mejor alimento del capricho de una madre egoísta, cuando no de parientes ignorantísimos y no menos tocados de egoísmo¹⁸.

Como ha demostrado recientemente J. Ema¹⁹, el porcentaje de población alfabetizada de la capital navarra a finales del siglo XIX era uno de los más altos de Espa-

14. Este discurso sigue las pautas marcadas por la percepción de la maternidad como “un mandato biológico” y un “deber social femenino” (Duby, G., Perrot, M., op. cit., pp. 629-635).

15. “¿Quién no quiere a los niños?(...) A todos nos interesa cuanto se refiere a los niños” (*Diario de Navarra*, 5-1-1910); “¿Quién más merecedor de nuestro amor y de nuestras caricias que los niños pobres, por ser pobres y por ser niños?” (*Diario de Navarra*, 22-11-1912).

16. Monzón, C., op. cit., p. 20. Este médico se encuentra en la misma línea que otros trabajos posteriores como el de la *Cartilla de vulgarización de la higiene infantil* (Escuelas de Maternología, Madrid, 1918, p. 6), en la que se dicen cosas como: “La mujer que cría, es más madre que la que se limita a parir. Dios ha dado el pecho a las mujeres para que críen con su leche a los hijos y cumplan así el santo deber de la maternidad”.

17. Vidal Solares, F., *Consejos familiares sobre la higiene de la primera infancia*, Madrid, 1886, p. VII.

18. Monzón, C., op. cit., p. 21.

19. Ema Fernández, J., *Alfabetización, escolarización y sociedad en Pamplona, 1843-1898*, pp. 138-146.

ña, destacando el aumento de la alfabetización femenina. En 1860 sólo el 35,8% de las mujeres de Pamplona estaba alfabetizada, frente al 60,8% de los varones. Por su parte, en 1900 se había alcanzado el 61% para las mujeres y el 71% para los varones. Con estos datos resulta difícil comprender la insistencia con que se aludió en la prensa a la incultura y el analfabetismo en nuestra ciudad. Las claves hay que buscarlas, de nuevo, en el contexto español, por cuanto en él únicamente el 9% en 1860 y el 25,1% en 1900 de las mujeres estaban alfabetizadas. De esta información se puede deducir que la evolución seguida por la alfabetización femenina en España y Pamplona se vió influída por la aplicación de las ideas higienistas y reformadoras, que giraron en torno a la maternidad y la mejora de la salud de la población. Estos significativos avances en el campo educativo no se contradecían con una serie de prácticas basadas en redes de apoyo entre las mismas mujeres. La transmisión de las propias experiencias, en la aplicación de los nuevos conocimientos científicos maternales, se estaba demostrando efectiva en la pretensión de sustituir ciertas prácticas tradicionales que se consideraban perjudiciales para la salud de los/as más pequeños de la familia.

Para evitar todos estos trastornos, hoy voy a recordar nuevamente á las madres que leen, si no cumplen el precepto higiénico de el baño en los niños, lo hagan sin temor al clima ni al agua (...) y á la vez, á las que no leen, porque no pueden ó no saben, les enseñen que el único medio de criar niños robustos es, aparte de la alimentación, el uso continuo del baño²⁰.

En cualquier caso, los principales obstáculos a franquear para reducir la mortalidad infantil y maternal seguían siendo la pobreza, el analfabetismo y la resistencia a modificar ciertas costumbres transmitidas de madres a hijas y toda una serie de comportamientos y actitudes individuales y/o familiares. Las madres solteras, las viudas, las trabajadoras casadas y las casadas de clase obrera se verán afectadas por todos estos factores, en tanto que las madres de clases acomodadas lo estarán, fundamentalmente, por el último de ellos. Las probabilidades de supervivencia de los/as hijos/as de madres con recursos económicos eran superiores, pero no por ello se libraban de una mortalidad elevada, consecuencia de factores evitables.

Uno de los problemas paternales más importantes y que presenta mayores dificultades para su acertada resolución es el de la crianza física y moral de los hijos (...). La resolución de tan transcendental problema lucha con graves inconvenientes, siendo los principales: 1º la variabilidad de la propia naturaleza del niño (...) 2º Las antiguas preocupaciones y malas costumbres, que por lo arraigadas que están en las familias, cuesta muchísimo trabajo hacerlas desaparecer. 3º La ignorancia, casi absoluta de los padres o encargados del niño, de todo cuanto se relaciona con la higiene infantil. 4º los exagerados cariños de los padres, abuelos, etc., que son origen de males sin cuentos y constituyen a menudo la desesperación del higienista. 5º La condición innata en nosotros mismos de inconstancia, que hace que los padres no tengan la suficiente paciencia²¹.

20. *Diario de Navarra*, 21-9-1910.

21. Ulecia Cardona, R., *Arte de criar a los niños*, pp. 27-28.

Junto a la divulgación de la maternología, destacaremos la difusión de lo que los médicos estimaban los pilares de la vida. Especialmente en los primeros años de vida, se resumían éstos en limpieza y alimentación²². Una buena alimentación en los momentos críticos de la vida de un niño, pobre o no, podía reducir su elevada probabilidad de morir y su indefensión ante la enfermedad. Las limitaciones técnicas y económicas reducían las opciones en el primer año de vida a una alimentación láctea materna. La prensa sirvió de instrumento de divulgación, reflexión y advertencia sobre todo lo relativo a una “buena lactancia”, sinónimo, desde un principio, de “buena madre”. De esta forma, la posición pro-lactancia materna de los médicos navarros y españoles obedeció a razones propiamente médicas –limitar la mortalidad– y a la defensa de un modelo de familia en el que la mujer asumía un rol subordinado al marido y a los hijos.

Para Pamplona los documentos más interesantes que tratan la lactancia fueron escritos en 1903 por el Dr. C. Monzón y en 1931 por el Dr. C. Gil. Ambos coinciden en que la lactancia materna era fundamental para aumentar la supervivencia de los/as niños/as, en tanto protegía e inmunizaba al pequeño contra ciertas enfermedades infecciosas. De comentarios como el que a continuación reproducimos, se puede concluir que la lactancia materna en la capital navarra no estaba muy generalizada, por lo que era de esperar una mortalidad, sobre todo en los dos primeros años de vida, muy elevada.

Desgraciadamente, entre la moda (no lactar la madre) que comienza dificultando el desarrollo del producto de la concepción con sus ridículas exigencias y acaba prohibiendo á la madre la verdadera maternidad²³.

La confirmación de esta dura afirmación puede hacerse a la luz de las cifras recogidas en el anterior cuadro 3, aunque habría que analizar en profundidad si las enfermedades digestivas –diarreas, colitis y enterocolitis– son las principales causas de muerte en los primeros años de vida. La responsable última, por tanto, de la muerte de los/as hijos/as es la madre por su egoísmo, capricho, inmoralidad e ignorancia²⁴. Sólo educando y moralizando se lograría difundir la lactancia materna y contener la mortalidad. A decir de nuestros datos, las campañas en contra de la lactancia con nodrizas, con biberón o con leche de origen animal no fueron tan efectivas como se esperaba, ya que sólo se logró un retroceso de la mortalidad en los primeros doce meses de vida de un 10% (cuadro 3).

Esta imagen de ineficacia del discurso médico pro-lactancia e higiene y el discurso de domesticidad en Pamplona, con respecto a la evolución de la mortalidad infantil, puede verse afectada por la presencia de la Casa de Maternidad y Expósitos de Navarra. Como es sabido, la mortalidad en las Inclusas españolas era muy elevada por las propias condiciones de sus infraestructuras y sus servicios, por el estado en

.....
22. Sobre la importancia de la limpieza de los niños se puede consultar Anaut Bravo, S., “La infancia de Pamplona...”.

23. Monzón, C., op. cit., p. 20.

24. Monzón, C., op. cit., p. 20.

el que ingresaban los/as niños/as y por la alimentación que se les proporcionaba. La Inclusa de Pamplona también se enfrentó a esos mismos problemas, de modo que los niveles de mortalidad infantil de la capital, sin contar los decesos ocurridos en esta Institución, tuvieron que variar de forma ostensible.

Cuadro 4
Probabilidad de morir a los cero años (q0) en Pamplona
desestimando los finados de la Inclusa (en tantos por mil).

Años	q0 sin Inclusa
1881	188,6
1890	162,9
1900	182,5
1910	102,4
1920	142,2
1930	114,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de defunciones del Archivo Municipal de Pamplona.

Como muestra el cuadro 4, la mortalidad infantil –menores de un año– en Pamplona era notablemente inferior si se desestimaban los decesos de su Inclusa. Estos nuevos niveles de fallecimientos mantendrán un ritmo decreciente mucho más acusado²⁵ y una evolución más próxima a la de la mortalidad juvenil de 1-4 años, es decir, con el cambio de siglo se consolidó y aceleró el retroceso de la mortalidad de la población de 0-4 años. De esta forma, podemos concluir que la educación de las madres en torno a los cuidados higiénicos y a la alimentación materna se dejó notar de alguna manera en la salud de sus hijos/as, tal y como postulaban los médicos-higienistas del momento.

Nupcialidad y fecundidad en Pamplona

Sobre la idea que todavía hoy día perdura en numerosos colectivos, según la cual “la vocación natural de la mujer reside en el matrimonio y la maternidad”²⁶, habrá que situar la evolución seguida por la fecundidad y nupcialidad de Pamplona durante su proceso de modernización. Esta mentalidad ligada al discurso de la domesticidad quedará en entredicho desde el momento en que se retrase la edad de contraer primeras nupcias y, dentro de la pareja, se decida el número de hijos sobre la base de factores no biológicos o culturales. La capacidad de elección consciente de ambos

25. La caída de los niveles de mortalidad infantil, en todo el período, se acercó al 40 %, frente al casi 80 % de la mortalidad juvenil de 1-4 años.

26. Falcón, L., *Mujer y sociedad*, p. 100.

factores de la reproducción de una población, siempre en un contexto individual o familiar concreto, marcará la superación del modelo demográfico tradicional.

Como puede observarse en el cuadro 5, la fecundidad matrimonial urbana española (Ig) mantuvo una tendencia descendente constante, acentuándose en la década de los años veinte. Como resultado, la caída es superior al 30% en la España urbana y de un 22% en Pamplona. Esta importante limitación en el número de hijos coincide con la estabilidad o un suave repunte, para Pamplona, de la nupcialidad, que sólo se redujo entre 1887 y 1930 en un 6% en la España urbana, en tanto que llegó al 20% en Pamplona. De esta forma, las transformaciones producidas en la capacidad reproductiva hasta los años treinta se dieron, especialmente en la capital navarra, por el recurso al método tradicional de posponer el momento de contraer matrimonio o de restringirlo, con el consiguiente aumento de los niveles de soltería.

Cuadro 5
Evolución del índice de nupcialidad (Im) y de fecundidad matrimonial (Ig)²⁷.

Año	Im		Ig	
	Esp.urb	Pamplona	Esp.urb	Pamplona
1887	0,48	0,42	0,56	0,69
1900	0,48	0,36	0,55	0,61
1910	0,46	0,32	0,54	0,61
1920	0,45	0,32	0,51	0,61
1930	0,45	0,33	0,39	0,54

Fuente: D. Reher (1986) para la España urbana y F. Mikelarena (1994) para Pamplona.

El comportamiento de la nupcialidad quedará afectado por factores de muy diversa índole. Habrá que valorar desde los sistemas de herencia y el nivel cultural, hasta los factores demográficos. De entre todos ellos y en una etapa de iniciación a la transición demográfica, destacaremos en Pamplona los niveles de soltería. Como ha demostrado J. J. Sánchez Barricarte²⁸, su porcentaje de soltería definitiva femenina pasó del 11,7 en 1880 al 27,3 en 1930, siendo siempre el doble que en la Navarra rural. Esta mayor soltería urbana bien pudo ser inducida por una menor presión social para contraer matrimonio, por un mayor acceso al mercado laboral, como por una razón de masculinidad en la que el predominio femenino fue una constante. Así, la capacidad reproductiva de Pamplona, como la de otras muchas ciudades españo-

27. El índice de nupcialidad (Im') calculado por J. J. Sánchez Barricarte para la Navarra rural y para Pamplona, es claramente superior al recogido por F. Mikelarena. Para la Navarra rural se pasó del 0,588 en 1890 al 0,479 en 1930, en tanto que para Pamplona del 0,432 en 1880 se llegó al 0,368 en 1930 (J. Sánchez Barricarte, "Los modelos de nupcialidad...", p. 622).

28. Sánchez Barricarte, J. J., op. cit., p. 615

las, quedó francamente limitada por las menores oportunidades de las mujeres de encontrar marido en todas las edades.

La caída continua de la nupcialidad también hay que entenderla como un efecto del retraso en contraer las mujeres primeras nupcias. Este descenso que en Pamplona se venía produciendo desde 1786 quedará temporalmente paralizado en los años treinta y cuarenta del siglo XX. Es previsible que la modernización económica de la ciudad afectara significativamente a la nupcialidad, por cuanto los nuevos flujos migratorios posibilitaron un menor desequilibrio en el mercado matrimonial en esas dos décadas. Esta hipótesis queda validada en tanto en cuanto se reproduce en los centros urbanos del conjunto español. Ahora bien, volviendo al período objeto de análisis, la edad media al primer matrimonio de las mujeres pasó de los 24,9 años en 1880 a los 25,9 años en 1930 en Pamplona, frente a los 24,2 años y 24,8 años, respectivamente, de la Navarra rural²⁹.

Aunque el aumento de la edad de contraer primeras nupcias se dio en el conjunto español y navarro, no es posible explicar este hecho únicamente por la feminización de la población o por la incorporación de la mujer al mercado laboral, se debe incidir en otros factores como los culturales. Nos referimos en concreto a que la población inmigrante pudo mantener ciertas pautas de comportamiento heredadas y características de sus lugares de origen. La Navarra húmeda del noroeste, los valles pirenaicos y las cuencas prepirenaicas registraron edades medias al primer matrimonio de las mujeres similares e incluso superiores a las de Pamplona. Obviamente, sobre la decisión de contraer nupcias han convergido y convergen toda una serie de condicionantes que no pueden desestimarse por cuanto el matrimonio es, al fin y al cabo, una institución social muy subceptible a las transformaciones socio-económicas.

Estas variaciones en la nupcialidad también afectarán al número de hijos por mujer. Según J. J. Sánchez Barricarte, el número medio de hijos por mujer casada en Pamplona fue de 4,1 en 1880, 3,8 en 1920 y 3,4 en 1930³⁰. Es decir, el retroceso de la nupcialidad fue paralelo al de la fecundidad matrimonial, pero el número de hijos por mujer casada era superior a la media nacional, por lo que la capacidad reproductiva de la población de Pamplona quedó más condicionada por la nupcialidad que por la fecundidad.

Evidentemente, la industrialización de una sociedad no siempre justifica semejantes cambios en la reproducción, sobre lo que verdaderamente incide es sobre el ritmo y los niveles de cambio. Sirva de ejemplo la comparación de Bilbao y Baracaldo con Pamplona. En las dos ciudades vizcaínas la nupcialidad entre 1900 y 1930 fue

29. Sánchez Barricarte, J. J., op. cit., p. 612. A. García-Sanz (1987: 30) había estimado que la edad media al matrimonio entre 1900 y 1930 osciló entre los 29,4 años y los 30 años para los hombres y los 28,5 y los 28,8 años para las mujeres. Las razones de estas diferencias entre sus datos y los de J. J. Sánchez Barricarte se hallan en los métodos de estimación empleados.

30. Sánchez Barricarte, J. J., op. cit., p. 187.

notablemente superior a la pamplonesa, en tanto que la fecundidad legítima partió también de niveles superiores para quedar en 1930 por debajo del de Pamplona³¹. De esta forma, las fuertes transformaciones en el control de la fecundidad se hicieron más patentes allí donde la industrialización había introducido de forma acelerada las nuevas pautas de control de la natalidad, es decir, en las ciudades dedicadas a la industria pesada y a la industria textil³².

En los comportamientos nupciales, Pamplona fue una de las capitales de provincia con nupcialidad menos intensa. Entre los determinantes de su patrón podemos insistir en las dificultades para llegar a unas condiciones económicas mínimas para contraer matrimonio, la precariedad laboral, la importancia del servicio doméstico y la feminización de la sociedad que imponía, por sí misma, unos altos niveles de soltería. Todos estos condicionantes de los índices nupciales se han relacionado con las ciudades pre-industriales, pero, salvo las excepciones ya conocidas, la mayoría de los núcleos urbanos españoles se hallaban en ese estadio, es decir, eran ciudades de servicios y/o con un destacado sector agropecuario. Es así como las peculiaridades de cada mercado matrimonial y laboral, la confluencia de distintas tradiciones culturales y los niveles de mortalidad y de esperanza de vida, terminan dando como resultado un mayor acceso al matrimonio con un menor número de hijos –este es el caso de Bilbao–, o una nupcialidad baja con una fecundidad media alta –el ejemplo de Pamplona–.

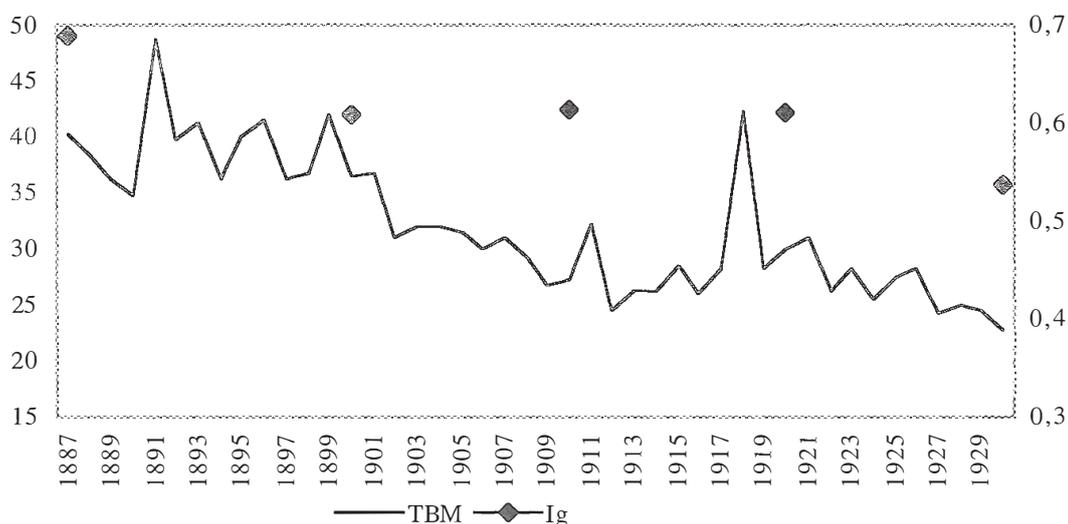
Como se indicó en las páginas anteriores, uno de los “modelos de transición” se ha caracterizado por el papel rector que se ha concedido a la fecundidad para lograr el crecimiento de una población. Para Pamplona fue fundamental la influencia de la fecundidad legítima, pero no lo fue menos la mortalidad. Parece razonable pensar, por tanto, que no fue casual el crecimiento biológico de la capital navarra entre 1927 y 1935; en estos años se logra que la tasa bruta de mortalidad fuera inferior a la tasa bruta de natalidad. El modelo de transición que se conformará en Pamplona hará coincidir en el tiempo el significativo descenso de la mortalidad general y el más pausado de la fecundidad matrimonial (gráfico 1).

.....

31. Para Bilbao el índice Im fue de 0,459 en 1900 y de 0,407 en 1930, siendo en ambas fechas de 0,740 y 0,547, respectivamente, en Baracaldo. Para Bilbao el Ig de 1900 fue de 0,625 y el de 1930 de 0,407, en tanto que en Baracaldo pasó del 0,685 al 0,498 (A. Pareja, 1997: 47-49).

32. M. González Portilla (1996: 159-166) explica con detalle el papel de los factores culturales y de los niveles de vida sobre el control consciente de la fecundidad matrimonial en Bilbao.

Gráfico 1
Evolución de la tasa bruta de mortalidad (TBM) y fecundidad legítima en años censales de Pamplona.



Al cotejar las evoluciones seguidas por la mortalidad general y por la fecundidad matrimonial, recogidas en el gráfico 1, lo primero que llama la atención de los resultados de la fecundidad marital fue el relevante control que sufrió en dos momentos concretos. El primero se produjo entre 1887 y 1900. Este notable descenso, en comparación con lo acaecido en la Navarra rural y el conjunto español, no es probable que fuera por variaciones culturales o por mejoras en los niveles de vida, debió ser consecuencia en la década de los ochenta de la epidemia de cólera de 1885 y de la crisis general de 1886, es decir, en estos momentos críticos las familias optaron por reducir el número de sus miembros para, pasados esos instantes, incrementarlo con el fin de compensar sus pérdidas. En la década de los noventa, los graves problemas vividos en el campo navarro, la escasa reactivación económica de Pamplona como efecto del inicio de las obras del primer ensanche y el inicio de un suave, pero progresivo, descenso de la mortalidad pueden también explicar ese paso del 0,690 al 0,609 de 1900 (gráfico 1). Entre 1900 y 1920 la tendencia del índice Ig volvió a cambiar de signo, aunque la nupcialidad siguiera su trayectoria descendente, permitiendo, con ello, una tasa media de crecimiento anual del 0,9%³³. En la década de los veinte, el crecimiento de la población de la capital navarra se acentuará gracias, sobre todo, al mayor retroceso de la mortalidad y la consiguiente elevación de la esperanza de vida. Hasta entonces el papel de la fecundidad matrimonial fue central para mantener un menor desequilibrio entre la natalidad y la mortalidad.

33. Díez Nicolás, J., *Tamaño, densidad y crecimiento de la población en España*, pp. 43-105.

Al descenso provisional de la fecundidad legítima de 1887 a 1900, se sigue un segundo retroceso entre 1920 y 1930. Junto a todos los factores explicativos a los que ya hemos hecho alusión y que intentan poner de manifiesto que Pamplona vivió en esas fechas su modernización en lo que respecta a la variable fecundidad, merece la pena detenerse en dos cuestiones que nos parecen de interés. Por un lado, la creciente valoración de la infancia y la juventud y, por otro lado, los problemas socio-económicos de los períodos 1920-23 y 1931-35. Los movimientos migratorios, obviamente, terminarán de explicar el crecimiento ininterrumpido de la población de Pamplona.

De las dos cuestiones antes reseñadas como factores que tuvieron alguna incidencia sobre la limitación de la fecundidad matrimonial, el primero hace referencia a cuestiones culturales y el segundo, más conocido por el tratamiento que ha tenido desde la historia económica, política y del movimiento obrero, se refiere a las expectativas positivas y negativas de naturaleza económica, laboral, de cambio social, etc., que se dieron entre 1920 y 1923, y 1931 y 1935. Por el papel que va a tener la mujer en él, nos parece más oportuno hacer una breve reflexión general sobre la nueva valoración de la infancia y la juventud en Pamplona.

Como es conocido, la infancia adquirirá desde la década de los ochenta del siglo XIX un protagonismo inusitado entre los médicos-higienistas, los nuevos especialistas en la infancia y todas aquellas personas ligadas a la acción social. No sin razón, el siglo XX puede considerarse como el siglo de los niños. Hacia él irá dirigida una especie de cruzada para su redención moral y física dentro de la familia, y un movimiento médico-social, más preocupado por su salud en sus vertientes preventivas y de diagnóstico. Este discurso lo irán haciendo propio muchos de los hombres públicos de Pamplona, de tal forma que se fue facilitando la toma de decisiones más acordes con las necesidades sanitarias de los menores de diez años. Se potenciaron las campañas de vacunación contra la viruela y la tuberculosis desde el Ayuntamiento de Pamplona y desde la Diputación de Navarra, se colaboró en la construcción de un Dispensario para niños, en la divulgación a través de los bandos municipales y de la prensa local de las medidas higiénicas y de cuidados de los niños más elementales, etc.

Ahora bien, aunque el papel de las autoridades sanitarias y administrativas y el de los médicos-pediatras navarros fue clave en la promoción de la infancia y de la juventud, entraron en juego igualmente decisiones familiares e individuales afectadas por elementos culturales y económicos que limitaron o dificultaron esa labor general en favor de una infancia sana. Conscientes de esta realidad, las madres se convierten en los principales instrumentos de acción social y familiar. A ellas irán destinados los consejos y las prácticas de un cuidado especial para con sus hijos, puesto que el objetivo es el de dar forma a una maternidad instruida y a una nueva madre responsable de la salud de la familia y, desde ahí, de la salud de la comunidad.

En un primer nivel, al hablar de maternidad responsable, indudablemente, se está censurando la maternidad fuera del matrimonio. Las referencias a la prostitución y a la ignorancia de algunas jóvenes que son seducidas o engañadas suelen ser

aducidas como las principales razones de los embarazos extramatrimoniales. Tanto en un supuesto como en el otro la inmoralidad de la nueva sociedad era la causante de semejantes desmanes. Unicamente, A. Lazcano, sin ningún tipo de tapujo, responsabiliza de dicha inmoralidad a los padres:

¡Cuántas jóvenes inmoladas al vicio en su más tierna edad! ¡Cuántas, que indudablemente, si hubieran tenido padres celosos de su educación, hubieran llegado á ser excelentes y cariñosas esposas! pero no es eso solo: hay padres desnaturalizados que no solamente toleran y encubren el vicio de sus hijas, sino que lo explotan!³⁴

La maternidad responsable o maternidad dentro del matrimonio era entendida como una tarea femenina encaminada a una correcta alimentación y cuidados de los hijos, a una esmerada educación moral y a la realización de los quehaceres de la casa. El interés del discurso de la domesticidad por el cumplimiento de estas obligaciones fomentó la publicación de artículos de prensa con estos contenidos y a organizar ciertas reuniones educativas dirigidas por médicos como C. Gil en los años veinte y treinta. Estaba claro que era responsabilidad de la madre, de una buena madre, velar por la salud de sus hijos, no lo era de las instituciones municipales, ni de la iglesia o de cualquier otra entidad caritativa o asistencial. La demarcación de funciones seguía el camino de incentivar las responsabilidades individuales. Unicamente en el caso de que faltara alguno de los progenitores o ambos, las instituciones benéfico-asistenciales se harían cargo de los más jóvenes. La Inclusa primero y la Casa de Misericordia a partir de los siete años, serían las instituciones encargadas de velar por la supervivencia de la población más joven residente en Pamplona.

Los éxitos alcanzados por esta preocupación por la infancia y la juventud en materia higiénico-sanitaria irán calando lentamente en Pamplona, por lo que para el período aquí estudiado no es posible encontrar un descenso muy pronunciado ni de su mortalidad ni de su fecundidad.

Si el antiguo régimen demográfico podía ser visto como un soporte justificativo de que la maternidad era la que daba sentido a la vida de una mujer, en el nuevo régimen demográfico, sin romper totalmente con esta idea, coincidirán las transformaciones en el sistema demográfico con los cambios culturales y los político-económicos. La nueva estrategia de crecimiento demográfico permitía una progresiva reducción de la mortalidad ordinaria, que debía ser acompañada por una moderada limitación de los nacimientos y por una restricción de las primeras nupcias. En todos los casos, la mujer entendida como madre y esposa responsable de la familia debía asumir un cúmulo de responsabilidades adicionales al de la mera maternidad. Estas exigencias quedaron sintetizadas en el modelo de mujer que impulsaba el discurso de la domesticidad en toda la sociedad española.

.....
34. Lazcano, A., op. cit., p. 55.

Bibliografía

- ANAUT BRAVO, S., “La infancia de Pamplona durante el primer tercio del siglo XX”, en *Estudios de Ciencias Sociales*, nº 7, UNED, Pamplona, 1994.
- CARRERAS, A., *Estadísticas históricas de España*, Fundación Banco Exterior, Colección Investigaciones, Madrid, 1989.
- DÍEZ NICOLÁS, J., *Tamaño, densidad y crecimiento de la población en España, 1900-1960*, C.S.I.C., Madrid, 1971.
- DUBY, G., PERROT, M., (dir.), *Historia de las mujeres en Occidente*, Edit. Taurus, Madrid, 1993, vol. 4.
- EMA FERNÁNDEZ, J., *Alfabetización, escolarización y sociedad en Pamplona, 1843-1898*, Tesis doctoral, 1997, UNED, Pamplona (en prensa).
- FALCÓN, L., *Mujer y sociedad*, Edit. Vindicación, Madrid, 1996.
- GARCÍA-SANZ MARCOTEGUI, A., “La evolución demográfica vasca en el siglo XIX (1787-1930). Tendencias generales y contrastes comarcales de la nupcialidad y la fecundidad”, en *Congreso de Historia de Euskal-Herria*, II Congreso Mundial Vasco, Edit. Txertoa, S. Sebastián, 1987.
- GONZÁLEZ PORTILLA, M. (dir.), *Bilbao en la formación del País Vasco contemporáneo (economía, población y ciudad)*, Fundación B.B.V., Bilbao, 1996.
- LIVI-BACCI, M., *Historia mínima de la población mundial*, Edit. Ariel, Barcelona, 1990.
- MENDIOLA, F., “El tercio oculto: mercado laboral y relaciones de género en Pamplona (1840-1930)”, en *Revista Historia Económica*, 1998 (en prensa).
- MIKELARENA, F., “La demografía interna de Navarra entre 1860 y 1930. Pautas generales y contrastes comarcales”, en *Revista Huarte de San Juan*, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, nº 1, UPNA, Pamplona, 1994.
- NADAL, J., *La población española (ss. XVI a XX)*, Edit. Ariel, Barcelona, 1991.
- PAREJA, A., *Inmigración y condiciones de vida en la villa de Bilbao (1825-1935)*, Tesis doctoral inédita, U.P.V. (Campus Leioa), 1997.
- REHER, D., “Desarrollo urbano y evolución de la población: España 1787-1930”, en *Revista de Historia Económica*, IV, nº 1, 1986.
- SÁNCHEZ BARRICARTE, J. J., *El descenso de la natalidad en Navarra*, Tesis doctoral, Universidad de Berkeley, E.E.U.U., 1996 (en prensa).
- SÁNCHEZ BARRICARTE, J. J., “Los modelos de nupcialidad en Navarra y sus diferencias comarcales (1786-1991)”, en *Príncipe de Viana*, nº 212, Pamplona, 1997.
- SÁNCHEZ VERDUGO, J., “La población española: como se distribuye, como nace y como muere”, en *Revista Internacional de Sociología*, nº 39, 1952.
- ULECIA CARDONA, R., *Arte de criar a los niños (nociones de higiene infantil)*, Madrid, 1908.

RESUMEN

El cambio demográfico que se produjo en Pamplona dentro del proceso de la transición demográfica que estaban experimentando la mayoría de las provincias españolas y sus capitales, no se concibe sin variaciones culturales, en los hábitos cotidianos de la higiene, el trabajo y la alimentación, sin una nueva valoración de la infancia, la maternidad y la salud. Todos estos factores ayudaron a la progresiva reducción de la mortalidad ordinaria, a una moderada limitación de los nacimientos y a una restricción de las primeras nupcias. En todos los casos, la mujer entendida como madre y esposa responsable de la familia debía asumir un cúmulo de responsabilidades adicionales al de la mera maternidad. En definitiva, no podía darse semejante avance en la población de Pamplona sin la participación muy activa de la mujer. Su presencia será directa e ineludible en la nupcialidad y la fecundidad, en tanto que su influencia sobre la mortalidad se dará de una forma más indirecta a través de su protagonismo en el seno de la familia.

PALABRAS CLAVE

Mujer, maternidad, mortalidad y familia.

ABSTRACT

The demographic change produced in Pamplona within process of demographic transition experiencing in most of Spanish provinces and its capitals, is not conceived without cultural evolutions, in habits of hygiene, work and nourishment, without a new valuation of childhood, maternity and health. All these factors pushed to the progressive reduction of ordinary mortality, a moderate limitation of births and a restriction of marriage rate. Everytimes, women, as a mother and as a responsible wife for the family, had to assume additional tasks of responsibilities to the maternity. In fact, it could not be such an advance in Pamplona's population without a very active women participation's. Their influence will be direct about marriage rate and fecundity, while their influence about mortality will play a role more indirect through their new responsibilities in the family.

KEY WORDS

Woman, maternity, mortality and family.