

LAS OBRAS SANITARIAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN LAS AMÉRICAS

Por ARÍSTIDES A. MOLL

Redactor Científico, Oficina Sanitaria Panamericana

Es un hecho a menudo olvidado, si no desconocido, por los superficiales, que la verdadera y efectiva protección a la infancia es un producto social, es decir, que se deriva de una multitud de obras y actividades, muchas de las cuales aparentemente poco tienen que ver con el asunto, y sin embargo, son las mejores salvaguardias con que puede rodearse a las nuevas generaciones.

Es por eso que la mejor puericultura consiste en la creación de una sociedad sana, próspera y educada, pues su misma existencia implica que uno de sus componentes más importantes, la infancia, recibirá, si no todo el amparo a que tiene derecho, por lo menos el máximo que permitan las circunstancias. De bien poco serviría a la criatura la existencia del más aparatoso arsenal recomendado por la moderna nipiología, incluso amamantación, gota de leche, vigilancia médica y enfermeril, casacuna, hospital, etc., de no poseer la comunidad donde pasa sus días un abasto de agua garantizado y una leche higiénica; de no poder el padre ganar el sustento de la familia; de no gozar de salud la madre que lo lacta y atiende; de cernirse sobre la ciudad las negras nubes de las endemias o epidemias que acaban por igual con los grandes y los chicos, con los ricos y los pobres, y en presencia de las cuales pediatría es ciencia de lujo que ni escuda ni desarma.

Veremos, pues, que la primera obra de protección a la infancia, el más sólido bastión que puede erigirse en defensa del niño, consiste en ese ABC de la salud: la existencia de una organización sanitaria capaz de brindar por igual a toda la comunidad, incluso infancia, el resguardo que necesita para subsistir y progresar. Ese programa, reducido a términos escuetos y sencillos, puede expresarse así:¹

Agua potable sana y abundante.

Leche sana y abundante.

Disposición científica de las inmundicias y desechos.

Mantenimiento o creación de un sistema, bien público o privado, de hospitalización, que comprenda medios de aislamiento para las enfermedades infecciosas, y de tratamiento para ciertas dolencias, como tuberculosis, venéreas, etc.

Guerra a los insectos que propagan las enfermedades y causan todo género de molestias.

Alimentación sana, apropiada y completa.

Servicios adecuados de estadística demografo-sanitaria

¹ Véase el *Boletín* de julio 1934, p. 659.

Condiciones y servicios de asistencia que ofrezcan amplias garantías en la concepción y la maternidad, eliminando riesgos prevenibles de salud y de vida.

Atenciones que brinden amparo al niño en los períodos incipientes de la vida, y desarrollo físico e intelectual por senderos normales.

Prevención de los riesgos de salud y de vida en el medio industrial.

Guerra a los principales azotes de la comunidad dada, como tuberculosis, paludismo, uncinariasis, tifoidea y otras afecciones entéricas, tifo, lepra y peste, aplicando en particular la vacunación preventiva contra la viruela, la difteria y otras enfermedades en las cuales su utilidad haya sido, o sea, demostrada.

Difusión de los conocimientos de la higiene a fin de formar la conciencia sanitaria en todo individuo, de modo que pueda observar las normas de vida ordenada, aseo y recreo adecuados, procurarse vivienda higiénica aseada y bien ventilado, y comprender en particular los peligros de la enfermedad, con mira a evitar tanto el contagio de sí propio como de sus semejantes.

El apoyo de todos, los de arriba y los de abajo; de las autoridades y de las masas.

En dos cartas internacionales se ha expuesto en forma elocuente en su misma sobriedad, el anhelo universal de crear en el futuro un mundo mejor para las madres y para el fruto del seno de estas.

Derechos de la gestante.—I. Toda mujer, sea quien sea, que encierra en su seno un germen de vida y lleno de porvenir, es sagrada. La maternidad es una función social que debe ser honrada, protegida y retribuida por la nación. II. La sociedad debe asegurar a toda mujer, durante su función maternal, las condiciones de higiene necesarias para el desarrollo normal de la criatura. III. Todo estado de embarazo debe ser obligatoriamente declarado desde que sea probable. IV. Después de la declaración del embarazo, durante la función maternal y hasta el final de la amamentación, la madre y la criatura deben ser objeto de vigilancia médica obligatoria. A toda gestante se le asegurará asistencia por un médico partero, teniendo la madre la libertad de escogerlo bajo el control del Estado. V. Toda gestante, obrera industrial o agrícola, empleada en el comercio o la administración, jornalera o criada, debe cesar de trabajar. VI. Toda criatura tiene derecho a la leche y los cuidados de su madre. La amamentación es obligatoria durante 10 meses, por lo menos. Salvo incapacidad natural de la madre, comprobada por examen médico, está prohibida la alimentación artificial. (*Declaración de Ginebra.*)

Derechos del niño.—I. El niño debe ser puesto en aptitud de realizar normalmente su desarrollo físico y espiritual. II. El niño hambriento debe ser alimentado; el enfermo asistido; el retrasado en su educación alentado a proseguirla; el desviado de la buena senda devuelto a ella; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y socorridos. III. El niño debe ser el primero en recibir socorros en toda calamidad pública. IV. El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y ser protegido contra toda clase de explotación. V. El niño debe ser educado, inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio de sus hermanos. (*Declaración de Ginebra.*)

En fórmulas concretas he aquí un plan sencillo pero completo de higiene maternal e infantil que propicia el Departamento de Sanidad del Estado de Ohio de E. U. A. Para la madre encinta: (1) asistencia médica, y (2) educación bien en grupos o individualmente. Para el lactante: (1) inscripción de su nacimiento en el registro civil; (2) ade-

cuada asistencia enfermeril desde que nace; (3) enseñanza de la puericultura a las madres, bien colectiva o individualmente; (4) vacunación contra la viruela y la difteria entre los nueve y los 12 meses. Para los preescolares: (1) asistencia médica y dental adecuadas; (2) profilaxis de las enfermedades transmisibles; (3) educación de las madres. Para los escolares: (1) profilaxis de las enfermedades transmisibles; (2) higiene escolar; y (4) educación higiénica para los niños, los maestros y los padres.

Tenemos, por lo tanto, una cadena cuyos eslabones están formados por padres, médicos, educadores, publicistas, y el público representado en primera línea por el Departamento de Sanidad y en segundo por las asociaciones cívicas, etc., interviniendo cuando procede los especialistas médicos, tocólogos, psiquiatras, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, etc., dentistas, enfermeras, asistentes sociales, etc., cada uno de los cuales aporta su grano de arena para dar mayor solidez al recio edificio que se trata de erigir. Dicho de otro modo, la protección a la infancia conviértese en una empresa doméstico-técnico-social, en la cual, como partes integrantes de un ejército en campaña, participan todas las fracciones de la sociedad, abriendo la marcha los padres y sirviendo de estado mayor el servicio sanitario. Educación e ilustración por un lado, y protección y amparo por otro, complementándose las dos cosas.

En lo tocante a puericultura misma, debe haber un personal preparado *ad hoc*, pues, como ha dicho un distinguido economista, "es tiempo perdido legislar más allá de la capacidad ejecutiva de los que van a administrar las leyes."

Paradójico parece, pero muchas, muchísimas veces es un hecho indiscutible que la manera más rápida y segura de proteger a la infancia es realizando obras que aparentemente no conciernen a ésta, por ejemplo, facilitando un abasto de agua pura que acabe con las afecciones hídricas, librando una campaña antituberculosa que reduzca al mínimo los sembradores de gérmenes en la localidad, llevando a cabo una lucha antivérea para que no contagien al pequeño madre o nodriza infectada, poniendo en marcha ese escudero de la higiene, el aseo, evitando así que infecte el biberón una mano contaminada; y en mil y una más formas distintas aparentemente triviales y sin embargo de suma trascendencia. De ahí que ya se ha dicho, y con razón sobrada, que la primera institución brasileña de amparo a la infancia fué la escuela creada por el benemérito misionero español Anchieta en S. Paulo de Piratiminga a mediados del Siglo XVI (1554).

Bien hondo aquel decir de Morquio, que el pediatra debe ser médico, higienista, sociólogo y pedagogo, o en otras palabras, representar la más preciosa de las combinaciones: un hombre de acción templado por el idealismo y asesorado por el saber.

Son las leyes cumplidas y no las promulgadas, las que se traducen en

hechos y no las vestidas en lenguaje más sonoro, las que representan progreso, y la primera pregunta que cabe hacer al ver en el papel alguna institución o entidad es con qué fondos y personal cuenta para llevar a cabo la misión que tiene encomendada. En otras palabras, a veces existe la maquinaria en función, a veces sólo la maquina sin el combustible que la haga andar y, a veces, demasiadas veces, triste es decirlo, ni instalación, ni combustible, sino únicamente el mero diseño de la obra, bella, muy bella en verdad, mas que de diseño no ha pasado ni pasará. Esas nubes, las ideas, tienen que condensar en la lluvia de la realidad, si van a fertilizar el terreno sobre el cual se ciernen.

Al final de cuentas, prosperidad y educación son las dos formidables piedras angulares en que descansa la puericultura e igualmente la sanidad, como también, variando la imagen, son las dos ruedas que arrastran la carroza de la civilización por la senda del progreso. Para que el hijo sea saludable, precisan padres sanos y un ambiente salubre.

I. La situación

A fin de dar una ligera idea de la magnitud del problema en América, por lo menos en una de sus fases más importantes, copiamos a continuación ciertas estadísticas, que aun incompletas y reconocidamente insuficientes como son, ya perfilan ciertas tendencias y rasgos, cuyo conocimiento permitirá enfrentarlos como procede.¹

¹ Estadísticas semejantes aparecieron en la Publicación No. 31, Oficina Sanitaria Panamericana.

Demografía materno-infantil de los países americanos

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL	MORTINATALIDAD	MORTALIDAD MATERNA
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>
Argentina.....	30.11 (1929) 28.7 (1930) 28.5 (1931)	106.6 (1924) 116 (1928) 97.3 (1930)	35 (1919-23) 30 (1930) 32.1 (1931)	..... 3.1 (1930)
Buenos Aires.....	22.66 (1930) 21.6 (1931) 20.4 (1932) 18.4 (1933) 18.1 (1934)	70.2 (1930) 64.5 (1931) 63.8 (1932) 62.2 (1933) 63.4 (1934)	39.9 (1930) 41.8 (1931) 37.5 (1932) 39.4 (1933) 40.4 (1934)	2.4 (1929) 2.3 (1930) 1.9 (1932) 3 (1933) 2.1 (1934)
Santa Fe.....	24.5 (1929) 26.2 (1930) 25.5 (1931) 22.1 (1932) 22.8 (1933) 21.7 (1934)	144.7 (1925) 129 (1930) 140 (1931) 123 (1932) 111.7 (1933) 107 (1934)	38.7 (1929) 43.4 (1930) 43.1 (1931) 43.1 (1932) 54.2 (1933) 48.8 (1934)	3.1 (1929) 5.3 (1930) 3.1 (1931) 5.8 (1932) 4 (1933) 5 (1934)
Tucumán.....	48.5 (1929) 47.8 (1930) 44.15 (1931)	160.1 (1929) 165 (1930) 143 (1931)	39.1 (1928) 39.3 (1929) 41.7 (1931)	6.9 (1929) 8.9 (1930) 9.5 (1931)
Rosario.....	14 (1933) 14.5 (1934)	85.2 (1933) 100.5 (1934)	38.7 (1933) 31.8 (1934)	..... .....
Barbados.....	32.7 (1930) 27.9 (1931) 30.5 (1932)	251 (1930) 298 (1931) 198 (1932)	27 (1930)	..... ..... .....

Demografía materno-infantil de los países americanos—Continuado

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL	MORTINATALIDAD	MORTALIDAD MATERNA
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>
Bermuda.....	25.4 (1930)	77.2 (1930)	38 (1930)	3.8 (1930)
	26.9 (1931)	93.7 (1931)	47 (1931)	.....
	29.8 (1932)	97.1 (1932)	45 (1932)	.....
Bolivia.....	35 (1930)	297.2 (1928)	8.9 (1930)	24 (1930)
	34 (1931)	253 (1931)	5.9 (1931)	10.2 (1931)
	34.7 (1932)	.....	16.9 (1932)	10 (1932)
33.3 (1933)	318 (1933)	14.8 (1933)	11.4 (1933)	
Brasil.....	28.8 (1930)	187.6 (1930)	84.6 (1930)	9 (1929)
	22.9 (1931)	202 (1931)	99 (1931)	10.5 (1930)
	19.2 (1932)	228 (1932)	127 (1932)	9.14 (1931)
	12.3 (1933)	214.9 (1933)	115.1 (1933)	8.5 (1932)
	12.4 (1934)	181 (1934)	110 (1934)	10.5 (1933)
	25.5 (1929)	220 (1929)	78.1 (1929)	4 (1929)
	24.5 (1930)	209.4 (1930)	97 (1930)	5.6 (1930)
	24.1 (1931)	173.9 (1931)	33 (1931)	0 (1931)
	31.4 (1932)	156.2 (1932)	66.8 (1932)	.....
	29.7 (1933)	165.8 (1933)	60.7 (1933)	6.7 (1933)
Recife.....	43.5 (1930)	138.8 (1930)	56 (1930)	8.1 (1926)
	26.4 (1931)	150.1 (1931)	55 (1931)	6.5 (1927)
	41.5 (1932)	130.2 (1932)	56.6 (1932)	4.5 (1929)
	24.5 (1933)	243 (1933)	87 (1933)	5.6 (1930)
	26.9 (1934)	254 (1934)	87.5 (1934)	6.5 (1931)
Río de Janeiro.....	20.3 (1930)	162.5 (1930)	79 (1930)	8 (1930)
	17.7 (1931)	189.8 (1931)	82.6 (1931)	9 (1931)
	17.2 (1932)	180 (1932)	85.3 (1932)	10.5 (1932)
	16.7 (1933)	170 (1933)	85.8 (1933)	8.8 (1933)
	17.8 (1934)	176.3 (1934)	85.9 (1934)	8.5 (1934)
Santos.....	25.1 (1929)	188 (1929)	86 (1929)	7.1 (1929)
	25.2 (1930)	204.6 (1930)	75.7 (1930)	6.7 (1930)
	23.3 (1931)	191 (1931)	.....	.....
São Paulo.....	26.9 (1929)	156 (1929)	54.5 (1929)	4.9 (1928)
	25.9 (1930)	152.6 (1930)	52.6 (1930)	4.5 (1929)
	22.5 (1931)	161 (1931)	53 (1931)	4.5 (1930)
	24 (1929)	92.2 (1929)	32.1 (1929)	5.7 (1929)
Canadá.....	24.5 (1930)	89.3 (1930)	31 (1930)	5.8 (1930)
	23.2 (1931)	84.8 (1931)	31 (1931)	5.1 (1931)
	22.4 (1932)	73.2 (1932)	30 (1932)	5 (1932)
	20.8 (1933)	73.2 (1933)	30.7 (1933)	4.9 (1933)
	20.4 (1934)	71 (1934)	28 (1934)	5.3 (1934)
	28.1 (1930)	89 (1934)	.....	6.5 (1930)
	26.5 (1931)	115 (1931)	39 (1931)	5.5 (1931)
	24.0 (1932)	98.9 (1932)	50 (1932)	5.4 (1932)
Quebec.....	22.2 (1933)	98 (1933)	.....	5.5 (1933)
	.....	.....	30.7 (1930)	7.6 (1930)
	34 (1931)	149 (1931)	.....	4.5 (1931)
	30 (1932)	135.4 (1932)	.....	8.6 (1932)
	27 (1933)	138 (1933)	.....	8.2 (1933)
Toronto.....	124 (1934)	124 (1934)	.....	6.5 (1934)
	19 (1931)	69 (1931)	.....	5.7 (1931)
	19.2 (1932)	62.1 (1932)	.....	5.6 (1932)
	15.8 (1933)	60 (1933)	.....	6.6 (1933)
	.....	49 (1934)	40 (1934)	6.3 (1934)
Colombia.....	29.5 (1928)	144 (1927)	55.9 (1927)	6.9 (1927)
	30.4 (1929)	129 (1928)	56 (1928)	6.1 (1928)
	27.1 (1931)	123 (1929)	56.7 (1929)	5.7 (1929)
	.....	124 (1931)	.....	.....
	30.2 (1933)	144 (1933)	57.3 (1933)	.....

Demografía materno-infantil de los países americanos—Continuado

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL	MORTINATA- LIDAD	MORTALIDAD MATERNA
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>
Barranquilla.....	24 (1931)	212 (1931)	.....	3.2 (1931)
	22.9 (1932)	167 (1932)	42 (1932)	.....
	31.3 (1933)	154 (1933)	27.7 (1933)	.....
Bogotá.....	27.1 (1930)	222 (1930)	66.6 (1930)	7.9 (1926)
	29 (1931)	216 (1931)	57.5 (1931)	5.8 (1927)
	28.7 (1932)	205 (1932)	63.8 (1932)	6.8 (1931)
	33 (1933)	195 (1933)	50.9 (1933)	.....
	33.6 (1934)	188.9 (1934)	57.3 (1934)	2.2 (1934)
Medellín.....	36.3 (1931)	121 (1931)	25.1 (1931)	3.2 (1931)
	34.7 (1932)	126 (1932)	27.6 (1932)	.....
	31.2 (1933)	156 (1933)	25.4 (1933)	.....
	.....	166 (1927)	39 (1927)	5.9 (1927)
Costa Rica.....	47.8 (1928)	166 (1928)	36.1 (1928)	6.3 (1928)
	45 (1929)	175 (1929)	36.4 (1929)	6.3 (1929)
	45.8 (1930)	160 (1930)	.....	6.5 (1930)
	45.1 (1931)	184 (1931)	34.2 (1931)	5.7 (1931)
	51.8 (1933)	.....	.....	.....
San José (cantón).....	40.9 (1928)	152 (1928)	53 (1928)	4.2 (1928)
	41 (1929)	157 (1929)	53 (1929)	2.6 (1929)
	41.2 (1930)	.....	.....	.....
	41.1 (1931)	.....	.....	.....
(ciudad).....	40 (1930)	113 (1930)	35 (1930)	.....
	40 (1931)	116 (1931)	36 (1931)	1.0 (1931)
Cuba.....	19.7 (1929)	165 (1929)	98 (1929)	9 (1924)
	39.2 (1930)	46.4 (1930)	38.4 (1930)	8.7 (1925)
	24.2 (1931)	84.4 (1931)	55.7 (1931)	.....
	24.1 (1932)	111.2 (1932)	84.4 (1932)	.....

Habana.....	18.2 (1929)	132 (1929)	111 (1929)	11.6 (1927)
	29.3 (1930)	.....	52 (1930)	8.3 (1928)
	19.3 (1931)	89 (1931)	80.5 (1931)	8.5 (1929)
	13.2 (1932)	138 (1932)	102 (1932)	3.8 (1931)
	.....	.....	.....	4.7 (1932)
Curacao.....	35.4 (1929)	122.8 (1929)	58 (1929)	.....
	35.8 (1930)	.....	.....	.....
	33.4 (1931)	.....	.....	.....
Chile.....	40.1 (1929)	244 (1929)	33.2 (1929)	10 (1929)
	39.8 (1930)	234 (1930)	33.5 (1930)	6.6 (1930)
	34.6 (1931)	232 (1931)	37.7 (1931)	7.5 (1931)
	34.2 (1932)	255 (1932)	38.2 (1932)	7.1 (1932)
	33.4 (1933)	258 (1933)	42.1 (1933)	8.3 (1933)
	33.8 (1934)	262 (1934)	48.7 (1934)	9.0 (1934)

Concepción.....	40.5 (1930)	297 (1930)	89.6 (1930)	.....
	37.6 (1931)	277 (1931)	93.8 (1931)	.....
	33.4 (1932)	315 (1932)	111.7 (1932)	.....
	32.9 (1933)	288 (1933)	127 (1933)	.....
	31.7 (1934)	276 (1934)	140 (1934)	.....
	36.8 (1930)	241 (1930)	33 (1930)	.....
	35.7 (1931)	225 (1931)	36.6 (1931)	.....
Santiago.....	34.2 (1932)	202 (1932)	29.5 (1932)	.....
	32.3 (1933)	243 (1933)	34 (1933)	.....
	30.7 (1934)	244 (1934)	39.5 (1934)	.....
	40.3 (1930)	185 (1930)	47.4 (1930)	.....
	37.5 (1931)	198 (1931)	42.4 (1931)	.....
	34.1 (1932)	199 (1932)	39.6 (1932)	.....
	34.4 (1933)	209 (1933)	36.8 (1933)	.....
Ecuador.....	31.7 (1934)	211 (1934)	44 (1934)	.....
	39.2 (1929)	169 (1929)	14.6 (1929)	6.5 (1929)
	38.9 (1930)	142 (1930)	14.7 (1930)	6.1 (1930)
	40.3 (1932)	137 (1932)	19.4 (1932)	6.2 (1932)

Demografía materno-infantil de los países americanos—Continuado

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL	MORTINATALIDAD	MORTALIDAD MATERNA
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>
Guayaquil.....	62.9 (1930)	179 (1930)	56.4 (1930)	.....
	58 (1931)	177 (1931)	61 (1931)	.....
	64 (1932)	179 (1932)	56 (1932)	.....
	53 (1933)	188 (1933)	53 (1933)	*8.8 (1933)
Quito.....	43.8 (1930)	240 (1921)	.....	.....
	40.4 (1931)	180 (1931)	16.7 (1931)	4.2 (1931)
	43 (1932)	165 (1932)	19 (1932)	8 (1932)
	44.7 (1933)	222 (1933)	14 (1933)	7.6 (1933)
El Salvador.....	38.8 (1928)	140 (1928)	9.4 (1928)	5.5 (1928)
	36 (1929)	155 (1929)	54.5 (1929)	5.3 (1929)
	46.6 (1930)	134 (1930)	54.2 (1930)	4.8 (1930)
	46.2 (1931)	163 (1931)	8.7 (1931)	4.4 (1931)
	40.8 (1934)	135 (1934)	.....	.....
San Salvador.....	46.0 (1928)	.....	.....	7.1 (1928)
	42.5 (1929)	178.6 (1929)	.....	6.7 (1929)
	44 (1930)	.....	22.8 (1930)	.....
	41.4 (1931)	208 (1931)	.....	.....
Estados Unidos.....	43.5 (1933)	227 (1933)	32 (1933)	7.9 (1933)
	.....	68.7 (1928)	40 (1928)	6.5 (1927)
	18.9 (1929)	67.6 (1929)	39 (1929)	7.0 (1929)
	18.9 (1930)	64.2 (1930)	39 (1930)	6.7 (1930)
	18 (1931)	61.7 (1931)	38 (1931)	6.6 (1931)
	17.4 (1932)	57.6 (1932)	38 (1932)	6.3 (1932)
	16.4 (1933)	58 (1933)	37 (1933)	6.2 (1933)
	17.1 (1934)	59.9 (1934)	36 (1934)	5.9 (1934)
	17.7 (1929)	60 (1929)	36 (1929)	6.5 (1929)
	17.1 (1930)	53.6 (1930)	35.6 (1930)	5.1 (1930)
Chicago.....	15.3 (1931)	56.4 (1931)	36 (1931)	4.9 (1931)
	14.3 (1932)	49 (1932)	31 (1932)	5.2 (1932)
	13.4 (1933)	48.7 (1933)	30 (1933)	.....
	13.7 (1934)	47.7 (1934)	29.2 (1934)	4.3 (1934)
	22.3 (1929)	69 (1929)	41 (1929)	7.1 (1929)
	20.8 (1930)	64.5 (1930)	38.6 (1930)	6.6 (1930)
	18.6 (1931)	57 (1931)	37 (1931)	6.2 (1931)
	15.9 (1932)	52 (1932)	35 (1932)	6.9 (1932)
	14 (1933)	51 (1933)	36 (1933)	.....
	16.5 (1934)	50.7 (1934)	33.7 (1934)	5.2 (1934)
Filadelfia.....	18.1 (1929)	62 (1929)	35.5 (1929)	7.4 (1929)
	18.3 (1930)	59 (1930)	35.4 (1930)	6.4 (1930)
	17.2 (1931)	64 (1931)	36 (1931)	6.8 (1931)
	16.3 (1932)	52 (1932)	35 (1932)	6.6 (1932)
	15 (1933)	49 (1933)	33 (1933)	.....
	14.9 (1934)	53.8 (1934)	39.4 (1934)	5.4 (1934)
Nueva York.....	18.1 (1929)	59 (1929)	44.4 (1929)	5.2 (1929)
	17.6 (1930)	57 (1930)	47 (1930)	5.4 (1930)
	16.3 (1931)	55.6 (1931)	47 (1931)	6.04 (1931)
	15.5 (1932)	51 (1932)	47 (1932)	6.09 (1932)
	14.4 (1933)	53 (1933)	50 (1933)	.....
	13.6 (1934)	52.2 (1934)	50.1 (1934)	4.9 (1934)
Washington.....	18.4 (1929)	71 (1929)	48 (1929)	7 (1929)
	19.2 (1930)	70.7 (1930)	49.7 (1930)	9 (1930)
	19.3 (1931)	71 (1931)	46 (1931)	7 (1931)
	20.6 (1932)	72.9 (1932)	43 (1932)	8.9 (1932)
	20.1 (1933)	64.9 (1933)	44 (1933)	.....
	20.3 (1934)	66.1 (1934)	40.9 (1934)	3.7 (1934)
	32.6 (1930)	119 (1930)	56.4 (1930)	2.8 (1930)
Granada.....	30.2 (1931)	129 (1931)	58 (1931)	4.6 (1931)
	32.6 (1932)	84 (1932)	50.3 (1932)	.....
	32.5 (1933)	94 (1933)	49 (1933)	3.9 (1933)
	32.2 (1934)	102.2 (1934)	47.4 (1934)	4.5 (1934)

Demografía materno-infantil de los países americanos—Continuado

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL	MORTINATALIDAD	MORTALIDAD MATERNA
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>
Guatemala.....	48 (1926)			
	49.3 (1927)			
	50.7 (1928)	92.1 (1928)	21.8 (1928)	6.2 (1928)
	47 (1931)			7.4 (1928)
Guatemala.....	45.8 (1926)	162.4 (1926)		7.6 (1926)
	46.3 (1927)			3.8 (1927)
	49 (1928)			3.9 (1928)
Guayana Francesa.....	11.3 (1928)	130 (1928)	111 (1928)	
			86 (1927)	
Guayana Holandesa.....	30.3 (1923)	76 (1923)		
	30.4 (1930)	82.2 (1930)	46.9 (1930)	
Paramaribo.....	28.4 (1930)	94 (1930)		
Guayana Inglesa.....	31.4 (1931)	139 (1931)	63 (1931)	13.2 (1931)
	34.1 (1932)	139 (1932)	60 (1932)	10 (1932)
	32.6 (1933)	154 (1933)	60 (1933)	12.1 (1933)
	28.8 (1934)	168 (1934)	62 (1934)	13.2 (1934)
Georgetown.....	32 (1930)	134 (1930)	93 (1930)	15.6 (1930)
	27.5 (1931)	142 (1931)	93 (1931)	19.3 (1931)
	29.9 (1932)	131 (1932)	78 (1932)	18.4 (1932)
	29 (1933)	127 (1933)	60.7 (1933)	21 (1933)
Haití.....	29.2 (1928)			51 (1928)
	23 (1929)			51.2 (1929)
	519.4 (1931-2)			
Port-au-Prince.....	30.9 (1929)		32 (1929)	0.6 (1929)
	27.3 (1931-2)			0.4 (1932)
Honduras.....	41.2 (1929)	117 (1929)	53.7 (1929)	6.6 (1926)
	38 (1932)	104 (1932)	57.5 (1932)	7.6 (1927)
				7.1 (1928)
Tegucigalpa (Dpto.).....	41.4 (1928-9)	149 (1928-9)	511.2 (1928-9)	
Honduras Británica.....	39.3 (1929)	129.5 (1929)		
	35.5 (1932)	151 (1931)		
		104 (1932)		
Belice.....	39 (1929)			
	36.1 (1931)	146 (1931)		
	37 (1932)	72.5 (1932)		
Islas Virgenes.....		215 (1928)	97 (1927)	
	22.3 (1929)	145 (1929)	87 (1929)	
	26.9 (1930)	120 (1930)	76 (1930)	
	21.7 (1931)	119.2 (1931)	79 (1931)	
Jamaica.....	37 (1930)	141 (1930)		5.2 (1930)
	34.8 (1931)	154 (1931)		5.3 (1931)
	32.2 (1932)	141 (1932)		5.5 (1932)
	32.9 (1933)	149 (1933)		6.5 (1933)
Kingston.....	41.7 (1930)	118 (1930)		6.7 (1930)
	41.4 (1931)	129.5 (1931)		6.7 (1931)
	36.8 (1932)	123.8 (1932)		7.5 (1932)
	38.2 (1933)	137.8 (1933)		9.5 (1933)
México.....	34.6 (1928)	193 (1927)	31 (1927)	7.4 (1925)
	38.7 (1929)	193.4 (1928)		8.4 (1926)
	49.6 (1930)	166 (1929)		9.4 (1927)
	45.7 (1931)	131 (1930)		9 (1928)
	49 (1932)		24.3 (1932)	7 (1929)
	42.8 (1933)		23 (1933)	5.7 (1930)
	541.4 (1934)		521.4 (1934)	
Distrito Federal.....	37.7 (1932)	270 (1929)	44 (1930)	14 (1928)
	40 (1933)	153 (1930)	58.4 (1932)	7.3 (1929)
	40.3 (1934)	172 (1931)	53.3 (1933)	4.4 (1930)
			46.4 (1934)	5.4 (1931)

Demografía materno-infantil de los países americanos—Continuado

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD <i>Por mil habitantes</i>	MORTALIDAD INFANTIL <i>Por mil nacimientos</i>	MORTINATALIDAD <i>Por mil nacimientos</i>	MORTALIDAD MATERNA <i>Por mil nacimientos</i>
México, D. F.	48.4 (1930)	148 (1929)	.....	5.4 (1926)
	36.8 (1931)	173 (1931)	.....	5.4 (1927)
	.....	158 (1932)	.....	.....
	33.5 (1933)	195 (1933)	71.4 (1933)	.....
Veracruz.....	33.7 (1934)	160 (1934)	68 (1934)	.....
	53.8 (1930)	177 (1930)	.....	.....
	34.5 (1931)	116 (1931)	87.4 (1931)	.....
	23.6 (1932)	171 (1932)	105 (1932)	.....
Nicaragua.....	40.2 (1933)	90.2 (1933)	45.1 (1933)	2.3 (1933)
	22.5 (1934)	149.3 (1934)	104.4 (1934)	7.0 (1934)

Managua.....	49.4 (1929)	141 (1929-30)	.....	.....
	60.2 (1933)	114 (1933)	.....	.....
	50.6 (1934)	162 (1934)	.....	.....
Panamá.....	36 (1928)	177 (1914-20)	59.6 (1928)	7.6 (1926)
	29.4 (1930)	.....	.....	6.7 (1928)
	28.9 (1931)	170 (1931)	.....	10.3 (1931)
	29.5 (1934)	106 (1934)	15.1 (1934)	.....
Colón.....	29.5 (1930)	108 (1930)	38 (1930)	6.8 (1930)
	29 (1931)	109 (1931)	56 (1931)	4.6 (1931)
	20.3 (1932)	69 (1932)	47 (1932)	7.8 (1932)
	26.9 (1933)	115 (1933)	51.9 (1933)	11.2 (1933)
Panamá.....	35.3 (1930)	121 (1930)	48 (1930)	5 (1930)
	31.7 (1931)	142 (1931)	50 (1931)	7.9 (1931)
	31 (1932)	129 (1932)	42.5 (1932)	4.2 (1932)
	31.7 (1933)	118 (1933)	39.5 (1933)	4.8 (1933)
Zona del Canal.....	12.5 (1930)	81 (1930)	65 (1930)	4.1 (1930)
	11.8 (1931)	71 (1931)	72 (1931)	8.3 (1931)
	11.4 (1932)	71 (1932)	27.2 (1932)	2.2 (1932)
	10.8 (1933)	76 (1933)	36.8 (1933)	6.3 (1933)
Paraguay.....	.....	.....	.....	.....
	25.2 (1929)	166 (1929)	38.5 (1929)	3 (1926)
	41.1 (1931)	136 (1931)	41.8 (1931)	4.5 (1928)
	37.6 (1932)	90 (1932)	46.9 (1932)	.....
	34.5 (1933)	148 (1933)	40 (1933)	8 (1933)
Perú.....	33.2 (1934)	116 (1934)	147.8 (1934)	.....
	25.5 (1929)	.....	.....	.....
	26.9 (1932)	.....	.....	.....
	25 (1933)	.....	.....	.....

Callao.....	38.6 (1930)	140 (1930)	.....	.....
	36.6 (1931)	133 (1931)	.....	3.8 (1931)
	32.6 (1933)	141 (1933)	.....	.....
	32.8 (1934)	132 (1934)	.....	3.2 (1934)
Lima.....	44 (1930)	156.8 (1930)	30.6 (1929)	5.7 (1930)
	30.8 (1931)	127 (1931)	62 (1931)	9.4 (1931)
	31.6 (1932)	158 (1932)	55 (1932)	5.7 (1932)
	28.6 (1933)	196 (1933)	51.6 (1933)	16 (1933)
	31.1 (1934)	157 (1934)	.....	8.5 (1934)
Puerto Rico.....	.....	161 (1929)	88.5 (1929)	7.9 (1929)
	35.2 (1930)	126 (1930)	85.3 (1930)	5.6 (1930)
	45.2 (1931)	130 (1931)	71 (1931)	5.9 (1931)
	41.5 (1932)	132.4 (1932)	66.9 (1932)	6.5 (1932)
	38 (1933)	.....	69.5 (1933)	7 (1933)
San Juan.....	33.7 (1931)	159 (1931)	184.8 (1931)	.....
	33.9 (1932)	.....	.....	.....
	33.4 (1933)	.....	.....	.....
República Dominicana.....	34.7 (1930)	279 (1928)	67 (1920)	3.18 (1927)
	27.5 (1933)	126 (1930)	87.4 (1928-9)	.....
	31.7 (1934)	151.9 (1934)	.....	.....

Demografía materno-infantil de los países americanos—Concluido

PAÍSES Y CIUDADES	NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL	MORTINATALIDAD	MORTALIDAD MATERNA
	<i>Por mil habitantes</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>	<i>Por mil nacimientos</i>
Santo Domingo.....	22 (1927)			
	22 (1928)	88.3 (1929)		
San Cristóbal (St. Kitts)...	43.9 (1930)	186 (1930)	71.6 (1930)	4.1 (1930)
	43.9 (1932)	167 (1932)	68 (1932)	
Santa Lucía.....	34.5 (1930)	85.6 (1930)	60.4 (1930)	2.5 (1930)
	29.9 (1931)	124 (1931)	68.1 (1931)	2.8 (1931)
	32.7 (1932)	121 (1932)	60 (1932)	1.5 (1932)
	31.5 (1933)	92 (1933)	57 (1933)	0.5 (1933)
	32.8 (1934)	106 (1934)	54.3 (1934)	2.4 (1934)
San Vicente.....	35.3 (1930)	93 (1930)	58.5 (1930)	3.3 (1930)
	36 (1931)	142.6 (1931)	60.4 (1931)	
	40.3 (1932)	94 (1932)	64 (1932)	
Terranova.....	24.3 (1930)	134 (1930)	20.8 (1930)	5.2 (1930)
	23.8 (1931)	133 (1931)	23.8 (1931)	6.4 (1931)
	24.1 (1932)	119.6 (1932)	16 (1932)	5.1 (1932)
	23.5 (1933)	106 (1933)	20.5 (1933)	4.4 (1933)
St. John.....	26.2 (1930)	164 (1930)	34.4 (1930)	4.6 (1930)
		148 (1931)		
		144 (1932)		
	24.7 (1933)	104 (1933)	44.6 (1933)	4 (1933)
Trinidad y Tobago.....	31.2 (1930)	127 (1930)	74 (1930)	9.6 (1930)
	29.9 (1931)	144 (1931)	73 (1931)	9.06 (1931)
	29 (1932)	109 (1932)	70.7 (1932)	5 (1932)
	31.1 (1933)	131 (1933)	77.3 (1933)	7.4 (1933)
	29.3 (1934)	129 (1934)	66.6 (1934)	18.9 (1934)
Port of Spain.....	27.8 (1930)	128 (1930)	77 (1930)	18.4 (1930)
	28 (1931)	134 (1931)	74 (1931)	16.1 (1931)
	28.4 (1932)	112 (1932)	81 (1932)	12.9 (1932)
	30.5 (1933)	134.5 (1933)	89.3 (1933)	14.5 (1933)
	28.8 (1934)	132 (1934)	73.4 (1934)	18 (1934)
Uruguay.....		99.6 (1928)		2.4 (1928)
	24.2 (1929)	92 (1929)	35.9 (1929)	2.4 (1929)
	24.4 (1930)	99 (1930)	34 (1930)	3.1 (1930)
	23.3 (1931)	110 (1931)		2.5 (1931)
Montevideo.....	29.7 (1929)	95.5 (1929)	36 (1929)	92 (1929)
		112.2 (1930)		93.1 (1930)
	21.3 (1931)			91.9 (1931)
	20.7 (1932)	108 (1932)	41.5 (1932)	
	18.8 (1933)	97 (1933)	32.2 (1933)	93.4 (1934)
	19.4 (1934)	94 (1934)	34 (1934)	92.7 (1933)
Venezuela.....	31.3 (1929)	114 (1927)	92.9 (1927)	
	29.8 (1930)	149 (1930)	96.8 (1930)	
	28.5 (1931)	155 (1931)	97.1 (1931)	5.02 (1931)
	29 (1932)	134 (1932)	97.2 (1932)	5.3 (1932)
	28.9 (1933)		97.8 (1933)	5.2 (1933)
	28.4 (1934)		97.2 (1934)	5.1 (1934)
Carcas.....	30.3 (1930)	124 (1930)		4.4 (1928)
	32.3 (1931)	130.6 (1931)		8.1 (1929)
	31.2 (1932)	128.8 (1932)	1029 (1932)	8 (1931)
	33.8 (1933)	123.2 (1933)		
	31.1 (1934)	149.9 (1934)		7.4 (1934)
Maracaibo.....	40.7 (1931)	138 (1931)		
	37.8 (1932)			

¹ Los primeros 9 meses.

² Provincia de Tucumán.

³ Septicemia puerperal solamente.

⁴ 6 meses.

⁵ Cifras reconocidamente inconformes con la realidad.

⁶ Eclampsia y septicemia puerperales.

⁷ Ciudad de Guatemala.

⁸ Cifras preliminares e incompletas.

⁹ Dpto. de Montevideo.

¹⁰ Distrito Federal.

Natalidad.—De Europa en particular llegan con persistente regularidad voces de alarma ante el descenso de la natalidad, que no parecen detener ni propaganda ni leyes. En muchas partes de América vemos reflejado idéntico fenómeno.

Argentina: 37.9 (1910-14), 33.9 (1915-19), 32.9 (1920-24), 30.7 (1925-29), 28.5 (1931). He ahí una baja continua de más de 25% en 21 años. En Buenos Aires la curva es aun más vertical: 35.9 (1910), 28.8 (1915), 25.4 (1920), 24.3 (1925), 22.7 (1930), 18.1 (1934), caída que casi llega a 50%.

Brasil: No hay datos completos para el país. Río de Janeiro (D. F.): 26.5 (1894-1903), 26.5 (1904-13), 24.5 (1914-23), 21.8 (1924-28), 18.7 (1929-33), descenso de 30% en 20 años. S. Paulo: 36.5 (1910-14), 34.7 (1915-19), 32.6 (1920-24), 28.4 (1925-29), 23.9 (1930-32), disminución de 33% en unos 20 años.

Canadá: 25.2 (1920-24), 24.9 (1925-29), 22.3 (1930-34), disminución de 11.1% en 10 años, más acentuada en ciertas regiones.

Colombia: 27.8 (1915-19), 26.6 (1920-24), 27.8 (1925-29), 28.6 (1931-33). No hay descenso, aunque quizás intervenga en esto la mejor inscripción.

Costa Rica: 40.7 (1906-25), 46 (1926-30), 45.1 (1931). Aumento aparente, quizás debido a mejor inscripción.

Cuba: 32.3 (1908-10), 30.3 (1926-30). Habana: 23.5 (1904-24), 27.7 (1926-30), 16.3 (1931-32). Aunque la curva revela muchas oscilaciones, es manifiesta la tendencia descendente.

Chile: 39.5 (1910-14), 39.3 (1920-24), 35.8 (1930-34), descenso de 10% en 20 años.

El Salvador: 36.8 (1923-27), 42 (1928-32), 40.8 (1934). Aumento aparente, quizás debido a mejor inscripción.

Estados Unidos: 35.1 (1890-1900), 24.3 (1915-19), 23 (1920-24), 20.3 (1925-29), 17.6 (1930-34), disminución cada vez más acentuada. En 1934 (por primera vez en 10 años) aumentó (3%) el coeficiente, después de haber descendido 26% en el decenio anterior.

Guatemala: 42.5 (1919-20), 41.5 (1922-26), 48.9 (1927-31). Aumento aparente, quizás debido a mejor inscripción.

Guayana Inglesa: 27.4 (1915-19), 31.4 (1920-24), 32.2 (1925-29), 32.9 (1930-33). Tendencia ascendente, acaso debida a mejor inscripción.

Jamaica: 34.2 (1915-19), 37.7 (1920-24), 35.6 (1925-29), 34.2 (1930-33). Poco o ningún cambio.

México: 30.5 (1903), 32.5 (1923), 37.6 (1926-30), 44.8 (1931-34). El aparente aumento parece proceder de mejor inscripción.

Panamá: Ciudad de Panamá: 35.24 (1919-23), 32.6 (1924-33). Leve descenso.

Perú: Lima: curva descendente desde 1887 hasta 1913, 25.5 (1914), aumento aparente hasta 1927, 45.2 (1927-30), descenso reciente, 30.5 (1931-34).

Puerto Rico: 38.2 (1925-29), 39.9 (1930-33). Estacionamiento, si no aumento de una natalidad de por sí elevada.

Uruguay: 31.2 (1901-05), 31 (1915-19), 25.8 (1921-25), 24.7 (1926-30). Descenso de 25% en los últimos 25 años.

Mortalidad infantil.—De los países para los cuales hay datos netamente comparables, nótanse descensos positivos en:

Argentina: de 109.4 (1922-24) a 97.8 (1930-31); Buenos Aires: 91.5 (1912-21), 62.8 (1930-34).

Canadá: de 91.2 (1925-29) a 78.5 (1930-34).

Costa Rica: 211.3 (1910-25), 170.2 (1927-31).

Cuba: 141.3 (1906-15), 171.7 (1921-25), 114.2 (1926-32); Habana: 176.7 (1906-15), 142.5 (1916-25), 108.1 (1926-32). Las extraordinarias diferencias en años sucesivos proceden de irregularidades en la inscripción de nacimientos.

Estados Unidos: 91 (1916-20), 66.4 (1926-30) y 59.3 (1931-34).²

Jamaica: 166.5 (1925-29), 146.4 (1930-33).

México: 262.4 (1903), 222.4 (1923), 170.7 (1926-30).

Panamá (ciudad): 203 (1916-20), 135 (1926-30), 130.2 (1929-33).

Paraguay: Asunción: 156.8 (1914-18), 153.1 (1919-23), 137.8 (1924-26), 131.2 (1930-34).

Perú: Lima: 280 (1909), 206.1 (1918), 187.3 (1925-27), 161 (1930-34).

Puerto Rico: 155 (1924-27), 137.3 (1930-32).

En cambio, existe poca alteración en:

Brasil: Río de Janeiro: 183.4 (1903-12), 176.9 (1913-22), 176.2 (1923-26), 175.5 (1930-34). São Paulo: 176.1 (1909-18), 172.2 (1919-28), 152.6 (1929-32).

Colombia: 144.3 (1927), 144 (1933); Bogotá: 222 (1920), 201.4 (1926-30), 205.3 (1931-33).

Chile: 254.4 (1915), 259.6 (1922-26), 237.8 (1927-34).

El Salvador: 120 (1912), 150 (1920), 140 (1921-25), 143 (1923-27), 143.4 (1928-34).

Uruguay: 107.5 (1911-23), 104 (1921-25), 100 (1926-31); Montevideo: 132 (1911-23), 113.5 (1921-25), 103.9 (1928-32), 95.5 (1933-34).

*Mortinatalidad.*³—La mortinatalidad dista mucho de seguir la caída que caracteriza a la mortalidad infantil en bastantes países. Las cifras disponibles son inaceptables en bastantes ocasiones, dada su aparente inexactitud, y de ahí que no se utilicen para comparación.

Argentina: Apenas ha descendido, y en Buenos Aires, por el contrario, más bien ascendido en los últimos años.

Brasil: Río de Janeiro, ascendido de 76.4 (1907-16) a 83.7 (1930-34), 54.1 (1914-23), 55.1 (1924-27), 53.4 (1929-31).

Canadá: En 1934 se observó por primera vez en bastantes años un descenso algo significativo.

Cuba: Las muchas oscilaciones no permiten sacar conclusiones fidedignas: 21.8 (1900), 42.2 (1910), 66.9 (1930), 84.8 (1925-29), 59.5 (1930-32).

Chile: Ascenso en los últimos años: 29.6 (1922), 28.6 (1925-29), 40 (1930-34).

Estados Unidos: Leve descenso: 38.6 (1922-26), 39 (1927-31), 37 (1932-34).

Guayana Inglesa: Marcado descenso de 80 (1927-28) a 60 (1932-33).

México: Descenso de 30 (1922-27) a 23.1 (1932-34), de ser estos coeficientes verdaderamente representativos.

Panamá (ciudad): Descenso de 49.1 (1925-29) a 41.1 (1930-33).

Paraguay: Asunción: 52.3 (1914-23), 44.4 (1924-26), 44.1 (1931-34).

Perú: Lima, leve cambio de 1923 a 1933.

Puerto Rico: Descenso marcado en años recientes: 87.4 (1925-30), 69.1 (1931-33).

Uruguay: Poca variación: 34.1 (1901-10), 34.4 (1911-20), 33.7 (1921-30).

² Un hecho interesante que apuntan Bolduan y Weiner es que en la ciudad de Nueva York la mortalidad infantil a principios del siglo XIX era bastante baja, es decir, no mayor de 145 por 1000 y quizás mucho menor. El coeficiente comenzó a subir hacia mediados del siglo para mermar después. En bastantes sitios, por ej., el mismo Wáshington, las cifras son mucho más bajas para la población blanca.

³ Con respecto a mortinatalidad, se imponen siempre ciertas reservas, por variar en algunas partes la interpretación del término y calcularse los coeficientes a veces sobre el total de nacidos vivos y muertos y a veces sólo sobre el total de vivos.

Mortalidad materna.—Poco también ha variado la mortalidad puerperal, y aquí igualmente hay que aceptar los guarismos con toda discreción, por ser en muchas partes claramente inferiores a la realidad, discrepar algo la clasificación de las muertes puerperales, y ser esta casilla generalmente una de las más descuidadas de la nosografía.

Higiene, el órgano del Departamento de Salubridad Pública de México, afirma que en el medio rural mexicano 15% de la mortalidad anual corresponde a puérperas.

Repitiendo la clasificación tentada en 1930,⁴ no acusa mayor cambio el rango de los países en lo tocante a sus fenómenos vitales.

*Natalidad.*⁵—

1. Alta (más de 45): Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua.
2. Mediana (25-45): Antillas Inglesas, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Curazao, Chile, Ecuador, Guayana Holandesa, Guayana Inglesa, Haití, Honduras, Honduras Británica, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela.

3. Baja (25 ó menos): Canadá, Estados Unidos, Terranova y Uruguay.

El máximo corresponde a Costa Rica con 51.8, y el mínimo a Estados Unidos con 16.4.

Mortalidad infantil.—

1. Alta (más de 150): Barbados, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y Perú.

2. Mediana (100-150): Argentina, Colombia, Cuba, Curazao, Granada, Guatemala, Guayana Francesa, Guayana Inglesa, Honduras, Honduras Británica, Islas Vírgenes, Paraguay, Puerto Rico, San Cristóbal.

3. Baja (100 ó menos): Antillas inglesas, Canadá, Estados Unidos, Guayana Holandesa, República Dominicana, Terranova, Uruguay y Venezuela.

El máximo corresponde a Bolivia (La Paz) con 318, y el mínimo a Estados Unidos con 57.6.

Mortinatalidad.—

1. Alta (75 por mil o más): Brasil, Cuba, Guayana Francesa, Islas Vírgenes, República Dominicana.

2. Mediana (38-75): Colombia, Cuba, Curazao, Chile, Granada, Guayana Holandesa, Guayana Inglesa, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, Perú, San Cristóbal, San Vicente y Trinidad.

3. Baja (menos de 35): Argentina, Barbados, Bermuda, Bolivia, Canadá, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Terranova, Uruguay y Venezuela.

El máximo corresponde a Guayana Francesa con 111 y Cuba con 98 (Habana, 111), y el mínimo a Venezuela con 2.9 (?) y El Salvador con 4.2 (?).

Mortalidad materna.—

1. Alta (más de 6): Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile,

⁴ Véase la Publicación No. 31 de la Oficina Sanitaria Panamericana.

⁵ Las palabras "alta," "mediana," y "baja" en los párrafos siguientes sólo tienen valor relativo. La clasificación internacional comprende límites distintos.

Ecuador, Estados Unidos, Guayana Inglesa, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Puerto Rico, Trinidad.

2. Baja (menos de 6): Argentina, Antillas Menores inglesas, Canadá, El Salvador, Guatemala, Haití, Paraguay, República Dominicana, Terranova, Uruguay y Venezuela.

El máximo corresponde a Guayana Inglesa con 13.2, y el mínimo a Santa Lucía con 0.5 y Uruguay con 2.4.

Ceguera.—Argentina, 6,000 (0.5 por 1,000 habs.); Bolivia, 2,200 (0.8); Bahamas, 175 (2.5); Bermuda, 15 (0.7); Brasil, 30,000 (0.75); Colombia, 10,000 (1.3); Costa Rica, 150 ?; Chile, 3,000 (0.6); Estados Unidos, 63,500 (0.5), 500 menores de 5 años, 4,730 de 5 a 19; Granada, 75 (1.2); Honduras Británica, 75 (1.5); Jamaica, 1,750 (2); México, 18,309 (1.1), 1,151 menores de 15 años; Puerto Rico, 1,700 (1.2); Santa Lucía, 130 (2.5); Terranova, 300 (1.1); Trinidad, 850 (2); Uruguay, 900 (0.9); Islas Vírgenes, 100 (2); Honduras, 750 (0.9).

Sordera.—Más escasas son las estadísticas de la sordera: Argentina, 8,500 (0.75 por mil); Bolivia, La Paz, 137 (1.4); Colombia, 21,400 (2.5); Estados Unidos, 57,100 (0.5); México, 17,000 (10.3), 2,600 menores de 15 años; Honduras, 861 (1.1).

Del estudio de estas cifras, que, volvemos a acentuar, pintan por lo común un cuadro más halagüeño que la realidad, despréndense varios hechos elocuentes, y entre ellos éstos: Nacen en América cada año más de 4 millones de niños, de los cuales mueren en el primer año de su vida más de 400,000,⁶ del segundo al quinto, unos 200,000 más, de los cuales podrían salvarse millares de decenas, de aplicarse en todas partes los conocimientos ya aplicados en sitios más privilegiados, como Estados Unidos, y en ciertas ciudades de ambas mitades del Continente, según debería hacerse de acuerdo con los más rudimentarios principios de todo lo que entendemos por humanidad, civilización y hasta el más elemental patriotismo.

Dichas estadísticas, apuntemos aquí, distan mucho de bosquejar el problema en su plenitud, pues nada dicen sobre el número de niños ciegos, sordos, cardíacos, tuberculosos, lisiados (tullidos, paráliticos), huérfanos, desamparados, ni tampoco apuntan el alcance de ciertos factores, como ilegitimidad, aborto, neomaltusianismo, frecuencia de ciertas afecciones, incluso sífilis, oftalmía neonatal, y demencia, o estados como desnutrición y caries.

II. Obras de protección

El éxito en la higiene infantil cífrase en la capacidad y eficiencia integral de los servicios oficiales de sanidad, pues no se pueden disociar en manera alguna los problemas que conciernen a gestantes, lactantes y niños en general, de los trabajos generales de higiene pública. En

⁶ Para los Estados Unidos, las cifras aproximadas son: 2,160,000 nacimientos y 129,500 muertes infantiles; para el Brasil Fontenelle calcula más de 1,400,000 nacimientos y 400,000 muertes infantiles!

ese sentido, reviste sumo interés la declaración de principios de la Comisión de Organización Sanitaria de la Conferencia de Higiene y Protección Infantil de la Casa Blanca:

(1) En el futuro, lo mismo que en el pasado, el progreso organizado de la higiene infantil dependerá de la calidad de la dirección profesional preparada para, y la organización y apoyo económico de, los servicios sanitarios de dedicación completa, creados para beneficiar a las personas de todas las edades y de ambos sexos en cada comunidad de la Nación.

(2) Los intereses higiénicos del niño, como individuo y como miembro de la familia y de la comunidad, son inseparables de los de los adultos de ambos sexos.

(3) En todas partes del mundo la organización sanitaria ha reconocido la conveniencia de concentrar sus recursos administrativos bajo una sola dirección para una finalidad común, sea cual fuere el problema dado de la medicina preventiva más sobresaliente en la mente pública en aquel momento, o por grandes que sean las necesidades inmediatas de un grupo limitado por edad o por sexo en la comunidad, para el cual se necesitan mayores esfuerzos o recursos.

(4) Los problemas de la protección de la salud del niño revelan, en común con los del adulto, muchas complejidades de origen; por consiguiente, sólo por medio de una autoridad centralizada y preparada en las ciencias médicas y biológicas, y al tanto de la ramas de la economía y la sociología, es que podemos esperar obtener resultados comprensivos y duraderos.

(5) Ninguna organización sanitaria, ya federal, estadual o local, que no cuente con una dirección pericial y especialmente adiestrada para la higiene infantil, puede ser considerada como adecuada para las necesidades de la familia de nuestros días.

(6) El mejor servicio higiénico se le presta al niño comprendiendo la higiene infantil en un programa de servicio general de higiene aplicable, según la edad y las circunstancias, a todos los miembros de la comunidad.

Con las salvedades ya enunciadas, pasemos ahora a exponer, algo analíticamente, las obras más directamente pro infancia existentes en las Américas. A primera vista quizás sorprenda y hasta desmaye la multitud, si no multiplicación o dispersión, de dichos organismos; mas considerado a fondo el punto, se verá que esa misma difusión posee sus bondades, pues atrae a un campo vasto por demás y en muchas partes apenas si labrado, a personas de muy diversas categorías, aficiones e intereses, sirviendo así para popularizar el tema y llevar la acción social, arriba y abajo, a elementos que, de otro modo, en un extremo, se sustraerían a sus obligaciones cívicas, y en el otro, no disfrutarían de sus beneficios. ¡Es en ese terreno de filantropía, de regeneración, de hacer el bien, que le corresponde a la mujer, ángel de la caridad, una misión tan alta y fecunda!

Por supuesto, deben combatirse y resistirse a todo trance duplicación y derroche, e igualmente, por significar otro tanto, la creación oficial de nuevos organismos encargados de desempeñar funciones que legítimamente incumben a instituciones existentes, las cuales sólo necesitan más fondos para hacer el trabajo necesario en la mejor forma posible. *Ipsa facto*, debe establecerse un nexo de concordancia entre todas estas obras, a fin de lograr cierta imprescindible unidad de acción e uni-

formidad, y de cortar desperdicio. Un gran paso en este camino está representado por los recientes Consejos y Patronatos del Niño, pues sumarán y aunarán esfuerzos, y, encarrilando y supervigilando dichas actividades, permitirán llevar a cabo una labor más fructífera y económico.

Tendiendo en parte al mismo fin, está la confección de los Registros Nacionales de Asistencia Pública u Obras Sociales, como los publicados en Nueva York, Bruselas, Santiago de Chile, y en otras partes.

Del mismo deseo de evitar desconcierto y despilfarro y de concentrar sabiamente voluntades y trabajo, consiguiendo a la par mayor eficacia, derivase en parte el concepto de la nipiología de Cacace, desarrollado en América por Moncorvo, Morquío, Gurgel, Escardó, y tantos otros, o sea la coordinación en un todo completo y armónico de las diferentes fases que comprende la protección a la infancia.

Una advertencia es de rigor aquí. La lista a continuación, por circunstancias que no dependen de la voluntad del compilador sino del material accesible, es manifiestamente incompleta, pues hay localidades para las cuales apenas se cuenta con datos afirmativos o negativos. También hay que tomar en cuenta que la crisis económica, reflejándose en los presupuestos de sanidad y beneficencia, ha dejado puramente en papel muchos proyectos que en tiempos mejores habrían ya pasado al terreno de la realidad, e igualmente recortado, si no extinguido, la esfera de acción de obras ya en progreso. Igualmente resalta el hecho de que ciertos distritos o pueblos, casi siempre capitales y grandes centros, son los más beneficiados en este ramo, así como en otros muchos, quedando, en verdad, entregados a la mano de Dios otros menos privilegiados, en particular las zonas rurales y remotas, que son realmente las que más necesitan el amparo regenerador de la higiene.

Encabezamos la lista con los organismos internacionales:

Oficina Sanitaria Panamericana

La Oficina Sanitaria Panamericana ha manifestado, como era de esperarse, un interés constante y cada vez mayor en la protección a la infancia, el cual se ha exteriorizado, entre otras formas, en las siguientes: Cooperación con las autoridades nacionales y locales de sanidad; evacuación de consultas relativas a puericultura; publicación de varios trabajos sobre este tema, y de datos periódicos sobre maternología y puericultura en su *Boletín*.

Conferencias Sanitarias Panamericanas

Éstas han adoptado resoluciones apropiadas, en particular la 6ª, sobre enseñanza de la higiene en las escuelas; 7ª, campaña en favor de la infancia; 8ª (1927), higiene escolar, higiene de la leche; 9ª (1934), notificación del embarazo, mortalidad infantil, asistencia preescolar, higiene escolar.

Instituto Internacional Americano del Niño (Montevideo)

Creado en 1924 por voto del IV Congreso Panamericano del Niño, llevando así a la práctica votos preliminares de los II y III Congresos, encomendándosele gestiones consonantes con su nombre y propósitos. Según la Constitución, el Consejo Directivo está integrado por un representante de cada país adherente, de los cuales, hasta la fecha, sólo hay 9. El Instituto, encabezado por uno de los pediatras más insignes de América, el Dr. Luis Morquío, publica un *Boletín* trimestral.