

CONSEJO NACIONAL DE HIGIENE
OFICINA DE EDUCACION Y PROPAGANDA
Av. 18 de Julio esq. Sierra

El Problema

de la

Mortalidad Infantil



MONTEVIDEO
Imprenta "ROSGAL", Cerro Largo, 990
1931

Extracto de la Conferencia Radio-telefónica
del Prof. de Puericultura Dr. Luis Morquio,
correspondiente al Ciclo organizado por la Ofi-
cina de Educación y Propaganda del Consejo
Nacional de Higiene (Mayo 1930)

EL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD INFANTIL

*(De una conferencia radio-telefónica pronunciada por el Profesor
Luis Morquio)*

—ooo—

Asociándonos a la excelente idea del Consejo Nacional de Higiene, vamos a ocuparnos de la mortalidad infantil, complacidos de poder transmitir a todo el país, en esta forma espléndida de educación y de divulgación, nociones elementales de defensa y de protección, sobre las que reposan la salud y la vida de muchos niños.

Este tema importante, representa hoy una cuestión a la orden del día, en el mundo civilizado. Pruebas de ello son los estudios que se vienen haciendo en muchos países de Europa, por iniciativa y dirección de la Sociedad de las Naciones. Estos estudios se han realizado también en Sud América, después de la Conferencia sobre mortalidad infantil, que tuvo lugar en Montevideo en Julio de 1927.

La cuestión se concreta al estudio de la *mortalidad del niño menor de un año*, que trae aparejados problemas relacionados con la concepción, con la gestación, con el nacimiento, con la alimentación, con los medios de vida económicos y morales, con la situación de la madre, con la enfermedad de los genitores, con la organización de la familia, con la ilegitimidad, con el niño abandonado, etc., etc.

Nada hay más complejo, ni de más vastas proyecciones. Condensa la razón de ser, de dos ciencias nuevas: El Eugenismo, que se ocupa de la perfección de la raza, y La Puericultura, que se ocupa del desarrollo y crecimiento de la planta humana.

Resultados de la acción preventiva y defensiva del niño en Europa

Un cuadro que tengo a la vista, me demuestra, con gran elocuencia, el resultado obtenido durante los últimos quince años en la lucha contra la mortalidad infantil, en los principales países de Europa.

PAISES	1912	1927
Francia	159 por mil	83 por mil
Inglaterra	130 " "	68 " "
Suecia	72 " "	52 " "
Austria	207 " "	123 " "
Hungría	207 " "	168 " "
Suiza	123 " "	56 " "
Alemania	192 " "	97 " "
Holanda	137 " "	59 " "
Bélgica	167 " "	92 " "
España	162 " "	127 " "
Italia	157 " "	119 " "

De manera que en este período de tiempo, la mortalidad se ha reducido en casi la mitad, exactamente, en un 40 por 100. Es fácil calcular que esta diferencia representa millones de vidas salvadas por el esfuerzo científico y filantrópico, debidamente organizados.

En Estados Unidos, con 120 millones de habitantes, la mortalidad actual es de 65 por 1000. Entre las cifras parciales de los Estados, figura Nueva York, con una población de 7 millones, con 59 por 1000 de mortalidad infantil anual. Pero el país que da la nota más alta en este sentido, es Nueva Zelandia, cuyas dimensiones y densidad de población se asemejan mucho al nuestro. En este país la mortalidad es de un 39 por 1000.

¿Cómo se ha llegado a esta reducción de la mortalidad infantil?

Son muchos los elementos que actuaron y que actúan en esta lucha, que se han ido modificando y ampliando, según los conocimientos y según la particularidad de cada localidad. Pero ellos responden a principios generales, que en síntesis pueden formularse de la manera siguiente:

1.º Difusión de la instrucción general; cuanto mayor sea la cultura de un pueblo, mayor será el rendimiento sanitario.

2.º Organización uniforme y central de todo el mecanismo de la defensa, comprendiendo la acción oficial y la acción privada, en forma que alcance a todos los elementos del país, por intermedio de sus organismos secundarios.

3.º Estos organismos deben contar con los medios educativos, económicos y sanitarios para llenar debidamente su cometido.

4.º Difusión de la enseñanza de la puericultura a todos los medios, a las madres y futuras madres, para que con una conciencia exacta de su misión, puedan responder a las funciones naturales a que serán llamadas, partiendo de la base de que la alimentación a pecho, es garantía de salud y de vida para el niño.

5.º Organización del servicio de Visitadora Social, considerado hoy como indispensable, en la lucha contra las enfermedades como elemento de propaganda y de acción inmediata, la más eficaz y más necesaria.

6.º Vinculación y coordinación de todos los organismos de protección maternal e infantil, y de todos los elementos que, moral y materialmente, pueden prestar su ayuda y concurrir a la defensa del niño.

No basta que esto figure en el papel, en los reglamentos o en las leyes; es necesario e indispensable que esas disposiciones sean efectivas y seguras para lo cual hay que contar con buenas voluntades, con espíritus decididos y capacitados intelectual y moralmente, para llenar esas funciones esencialmente humanitarias.

Si no se tiene esto, todo el armazón será pura fachada, y los rendimientos serán mediocres o inferiores.

¿Cuál es la situación de nuestro país frente al problema de la mortalidad infantil?

Desde luego, puede decirse que es una mortalidad alta; poco más o menos de 110 por 1000 en todo el país y de 120 por 1000 en Montevideo.

En segundo lugar, esta mortalidad no ha disminuído en estos últimos quince años, contrastando con lo que acabamos de ver que ha ocurrido en Europa y otros países. Sin embargo, durante este período se han creado organismos y medios de protección a la infancia que han acrecentado considerablemente los gastos destinados a estas finalidades.

Nacen en el Uruguay alrededor de 45.000 niños por año.

De estos niños el 300 por 1000 son ilegítimos.

De la mortalidad del primer año, la tercera parte se produce en el primer mes, y las otras dos terceras partes en los meses restantes.

En Montevideo, ocurren poco más o menos las mismas proporciones:

Nacen, por año, alrededor de 12.000 niños.
Fallecen 1.400, poco más o menos.
300 por 1000 son ilegítimos.

Hay que agregar a esta mortalidad, la mortinatalidad, que es, poco más o menos, igual a la mortalidad del primer mes, y que representa alrededor del 40 por 1000 sobre los nacimientos.

En resumen, tenemos, aproximadamente:

- 1.º Mortalidad del primer mes, en todo el país, 1.500.
- 2.º Mortalidad del primer año, excluyendo el anterior, 3.000.
- 3.º Mortinatalidad, 1.500.

Lo que representa un total de 6.000 niños, menores de un año, que fallecen todos los años.

El momento más peligroso para el niño que ha nacido con vida, es el primer mes, y dentro del primer mes, la primera semana.

Se considera que toda mortalidad que alcanza el 10 por 100, es excesiva. Si agregamos las condiciones naturales de nuestro país, y lo que surge de un estudio detallado de la cuestión y de la experiencia médica, se puede afirmar que se muere quizá una mitad de más, incluyendo los nacidos muertos, lo que elevaría el exceso a 3.000 víctimas por año.

Empezaremos por conocer las causas patológicas que determinan esta mortalidad. De estas causas pueden formarse tres grupos, que entran en la mortalidad en proporciones casi iguales:

- 1.º Causas relacionadas con la gestación y con el nacimiento, particularmente la debilidad congénita.
- 2.º Causas relacionadas con la alimentación.
- 3.º Causas diversas, predominando las afecciones del aparato respiratorio.

Sabemos por experiencia, que una de las grandes causas por las que fallecen los niños en la primera semana y en el primer mes, es decir, en ese período de la vida en que convencionalmente se llaman recién nacidos, es la *debilidad congénita*.

Se considera como débil congénito, el niño que pesa menos de 2.500 gramos, cualquiera que sea la causa que origine ese peso inferior. A este respecto, pueden hacerse categorías muy diferentes; el peso es un factor de importancia, pero no absoluto.

El origen de la debilidad congénita, está en la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo, las enfermedades de la madre, el embarazo accidentado, el embarazo gemelar, el surmenage, por estados emotivos o fatiga física, etc. En los niños abandonados, la debilidad congénita entra en 200 por 1000, con una mortalidad global de 425 por 1000.

No es difícil señalar las proporciones exactas que corresponden a cada una de estas causas. Estas mismas causas son las que deben ser tenidas en cuenta para apreciar la mortinatalidad, fenómeno íntimamente vinculado a la debilidad congénita.

En segundo lugar, intervienen en la mortalidad del primer mes, las causas de *orden obstétrico*. No tenemos como dato exacto, sino el que ofrece la Maternidad: 30 por 1000 sobre los nacidos vivos.

Finalmente, las *enfermedades específicas*, como tétanos, erisipela, etc., y los estados septicémicos a que está tan sujeto el niño chico, particularmente en el medio infectado y que se manifiesta con caracteres clínicos, no siempre fáciles de definir.

La mortalidad del primer año, exceptuando el primer mes, está esencialmente dominada por dos grupos de modalidades patológicas: *las enfermedades del aparato digestivo*, que representa directa o indirectamente la mitad de los niños fallecidos, y *las enfermedades del aparato respiratorio*, primitivos y secundarios, representados también por una parte considerable.

Esta patología está íntimamente relacionada con las estaciones: en el invierno, las afecciones respiratorias; en el verano, las afecciones digestivas.

Este hecho puede esquematizarse en la forma siguiente:

Afecciones respiratorias, de Mayo a Octubre.

Afecciones digestivas, de Noviembre a Abril.

Puede afirmarse que un niño a pecho rara vez se enferma y excepcionalmente se muere.

Finalmente, haremos mención de la sífilis y de la tuberculosis.

De la primera, no tenemos datos concretos, sino impresiones clínicas; la observación nos permite suponer que la herencia sífilítica viene disminuyendo, considerando el niño nacido vivo, explicando el hecho, por la defensa organizada contra esta enfermedad, por el Instituto Profiláctico de la Sífilis.

En cuanto a la tuberculosis, nos resulta lo contrario: la observación nos prueba que progresa intensamente, no solamente en los niños grandes, entre los que hace numerosas víctimas, particularmente bajo la forma de meningitis tuberculosa, sino también en los chicos, de pocos años, y de pocos meses, en los que casi siempre provoca la muerte. No sólo se ve la frecuencia de esta enfermedad, sino que el examen de los hechos nos convence de una cosa evidente y lógica, y es, de que estos casos desgraciados, se producen por falta de cuidados, por falta de defensa del niño contra la tuberculosis, que la contraen casi siempre en su casa, donde hay algún tuberculoso y donde existe o han existido con frecuencia otras víctimas.

Es uno de los espectáculos más lamentables al que asistimos diariamente, el del contagio tuberculoso de niños chicos, sin que nada se haga para salvarlos de esta situación, haciéndose sentir la necesidad de una protección y de una coordinación de medios, de orden social, que permitan solucionar problemas prácticos que continuamente se presentan.

Causas generales que gravitan sobre esta mortalidad.

Estas causas son de tres órdenes: profesionales, higiénicas, sociales.

1.º CAUSAS PROFESIONALES

El gran número de niños que fallecen sin asistencia médica, constituye un hecho lamentable, que no sólo nos habla de deficiencias considerables en la defensa del niño, sino, también, porque impide conocer las causas reales de la mortalidad, para combatirla.

En todo el país, exceptuando Montevideo, donde esto ocurre

alrededor del 10 por 100, el número de defunciones sin asistencia médica y, por consiguiente, sin diagnóstico, representa casi la mitad de la mortalidad del primer año.

En la encuesta que tuvimos que realizar para preparar nuestro informe a la Conferencia Sudamericana sobre mortalidad infantil, hemos encontrado que en algunos departamentos, la proporción de causas desconocidas es superior a la mitad. Por ejemplo:

Durazno, 60 por 100 de niños fallecidos sin diagnóstico.
Artigas, 61 por 100 ídem, íd., íd.
Rivera, 64 por 100 ídem, íd., íd.

La falta de atenciones médicas por causas diversas: alejamiento de los centros, prejuicios, miserias, etc., está sustituida en muchos casos, por los curanderos y por las curanderas, cuya acción inconveniente debe ser tenida en cuenta, porque si consideramos que el médico, además de sus conocimientos comunes, debe seguir estudiando y perfeccionándose, para satisfacer las dificultades que ofrece la asistencia en esta edad, se comprende cuan distante se estará de eso cuando intervienen personas incultas, analfabetas, que con sus procedimientos resultan más peligrosas que si el niño enfermo estuviera abandonado a su propia suerte.

Lo mismo puede decirse de la acción de las curanderas, durante la gestación, durante el parto y durante los primeros cuidados del niño. En una encuesta reciente, realizada en varios distritos suburbanos y rurales, hemos tenido ocasión de apreciar el rol funesto de las curanderas; *casi todas las madres y casi todos los niños que mueren al nacer, han sido asistidos por curanderas.*

2.º CAUSAS DE ORDEN HIGIENICO Y PROFILACTICO

Cuatro factores, son los que deben ser considerados desde este punto de vista:

a) Factores relacionados con la gestación:

Los padres enfermos engendran hijos enfermos. Las manifestaciones patológicas pueden traducirse por el aborto, el parto prematuro, hasta el nacimiento de un ser delicado, sensible, enfermizo, cuyo crecimiento será más o menos difícil. *De manera*

que la primera condición, para que el niño nazca sano, sera: que los padres sean sanos.

Otro hecho que tiene también importancia, dada su frecuencia en nuestro país, particularmente en la campaña, es la acción nociva, sobre los hijos, que se derivan de los matrimonios consanguíneos, es decir, entre parientes. No siempre resulta así, puesto que es bien sabido que matrimonios de esta clase tienen hijos perfectamente sanos, pero frente a éstos, hay aquellos que nacen defectuosos, de diversas maneras. Es esencialmente difícil preveer en qué casos se tendrán hijos sanos y en qué casos se tendrán hijos enfermos, por cuya razón el matrimonio consanguíneo, de una manera general, no es recomendable.

b) RELACIONES CON EL EMBARAZO Y EL PARTO.

Estas dos cuestiones, el embarazo y el parto, tienen una gran importancia, por lo que respecta a la salud y a la vida del niño.

Es sabido que el embarazo llevado en buenas condiciones físicas, morales y fisiológicas, es conveniente o indispensable para asegurar el nacimiento de un niño sano. De la misma manera que el parto realizado en buenas condiciones de técnica, de higiene y de las atenciones debidas, permiten que el niño nazca y viva sin defectos y sin enfermedades de diverso género; de lo contrario, las consecuencias pueden ser muy diferentes.

c) ALIMENTACION.

La vida del lactante, particularmente durante el primer año, está esencialmente subordinada a la alimentación. Esta cuestión, de la mayor trascendencia en el estudio de la mortalidad infantil, no podemos sino concretarla en forma de principios fundamentales, consagrados como verdades indiscutibles.

1.º La alimentación a pecho es la única capaz de dar un rendimiento fisiológico.

El niño, al nacer, encuentra en el seno de la madre el alimento necesario para su alimentación y para su crecimiento. Es el único alimento que podrá digerir sin inconveniente durante los primeros meses; toda modificación de esta ley natural, pone en peligro la salud y la vida del niño.

2.º *El niño a pecho, rara vez se enferma y excepcionalmente se muere.*

La salud perfecta solo se puede conseguir con el pecho, y se caracteriza:

Por un crecimiento normal.

Por digestiones perfectas.

Por condiciones de inmunidad a las infecciones.

Si la enfermedad aparece, lo pone en condiciones favorables de resistencia. Entre 2 niños que se enferman gravemente, ocurre, generalmente, que el que está a pecho se salva y el otro se muere.

El pecho es el mejor alimento y el mejor medicamento del niño enfermo.

3.º *Una madre sana, puede y debe criar a su hijo, salvo muy raras excepciones, por lo menos durante los tres primeros meses, que es el momento más necesario. No hay más que una contra-indicación absoluta en la crianza a pecho: la tuberculosis. Dada la importancia que el hecho tiene, no bastan simples sospechas, sino que exige un diagnóstico más o menos confirmado.*

Si no existen defectos locales, los que en general son susceptibles de corrección, las deficiencias de leche, la hipogalactia, llamada precoz, obedece casi siempre a estados emotivos. *La madre debe tener la convicción de su capacidad, y de que en la crianza a pecho, van la salud y la vida de su hijo.*

Esto implica la necesidad de que la futura madre se instruya en los conocimientos elementales de la Puericultura.

El ideal es que la madre pueda, por lo menos, *criar su hijo los primeros meses, exclusivamente a pecho*, y después en forma mixta progresiva.

Debe tener presente que la alimentación artificial puede satisfacer por el momento, *pero que fácilmente con ella viene la enfermedad*, y la reparación sin el pecho, será entonces difícil y peligrosa.

En materia de tolerancia alimenticia, existe una diferencia fundamental, entre el verano y el invierno. Entre nosotros se marcan dos zonas; de la mayor evidencia: zona de tolerancia, de mayo a octubre; zona de intolerancia, de noviembre a abril. De manera que no deben dejarse engañar por los resultados fáciles que se observan dentro de la zona de tolerancia; debe tenerse presente que el lactante tendrá que pasar por la zona de intole-

rancia o peligrosa, para evitar en cuanto sea posible sus consecuencias.

No debe dejarse guiar por malos consejos o por consejos de personas estimables, pero no capacitadas para comprender las necesidades reales del niño.

En todo caso de modificación del alimento, debe consultarse al médico, porque no hay cosa más delicada para la salud y para la vida del niño.

4.º Alimentación artificial.

Sabemos que en principio, debe hacerse todo lo posible para evitarla, porque es factor importante de mortalidad; por otra parte, el niño criado sin pecho, antes de los seis meses es casi siempre un distrófico, con dispepsia crónica, y en todo caso, más o menos enfermo.

La mejor nodriza artificial del niño es la vaca. En principio, la leche de vaca debe reunir ciertas condiciones de pureza, de limpieza, que sean especiales.

Leche de vaca para el niño, como lo hemos siempre pedido; la higienización de la leche, es sobre todo un problema de Puericultura. La bondad de una leche se formula por su contenido microbiano; es por esto, que la leche para niño, *debe proceder de un animal sano*, ser recogida en condiciones de la mayor limpieza y esterilizada lo más rápidamente posible. La esterilización de una leche impura, cualquiera que sea el método que se emplee, origina siempre un producto inconveniente.

De manera, pues, que desde un punto de vista general, debe considerarse inferior todo otro preparado, inclusive las harinas, los cocimientos y particularmente las leches desecadas, de las cuales se hace un uso abusivo, con el inconveniente grave, además, de engañar a las madres, haciéndoles creer que con estos alimentos se puede sustituir al pecho y a veces hasta con ventaja.

d) Atenciones y cuidados.

El niño es un ser débil y delicado que hay que proteger:

- 1.º Contra el frío, al que es muy susceptible, desde el momento que nace y después, sin extremar las ropas, sino lo necesario.
- 2.º Necesita, como las plantas, el aire y la luz para crecer y desarrollarse bien y sano.
- 3.º Hay que defenderlo contra las infecciones; si bien nace con inmunidades, éstas no son absolutas y puede ser víctima de contagios: gripe, sarampión, tos convulsa, difteria, etc.
- 4.º Es preciso, sobre todo, evitarle el contagio tuberculoso, que fácilmente lo toma, con consecuencias siempre graves.

5.º Hay que evitarle todo alimento indebido, particularmente en el verano.

3.º. Causas sociales.

a) ILEGITIMIDAD.

Este problema está íntimamente relacionado con la protección a la madre, originando, en consecuencia, instituciones y medios de protección, que tienden a defender al niño y a evitar las consecuencias peligrosas del abandono.

Todo lo que se relaciona con la madre soltera y con el niño abandonado, tiene que ser motivo de *estudio especial*, que no es este el momento de realizar. Pero hacemos mención a ello, porque no se puede prescindir de este factor en un estudio de mortalidad infantil. Puede decirse, sin embargo, que esta cuestión está también encaminada sobre principios de justicia y de humanidad. La protección del niño radica esencialmente en la protección de la madre.

Luego es necesario proteger a la madre, si queremos conservar la vida del niño. Con este objeto, las legislaciones, reglamentaciones y organizaciones especiales. El ideal es conservar la madre con el hijo, y si se quiere una fórmula más humana: *La madre con el hijo en su casa.*

b) IGNORANCIA.

Una de las consecuencias que tiene la ignorancia de las madres en las prácticas del cuidado del niño, aparte de todas las condiciones defectuosas que pueden rodear al nacimiento y las primeras atenciones, son los prejuicios más absurdos y la intervención de personas de la familia o extraños, ya sea porque hacen valer su experiencia de haber tenido muchos hijos, o porque practican el *curanderismo*, ejercitando una medicina a base de prácticas lo más disparatadas, pero con tan grande influencia y tan gran prestigio en esos medios, que los médicos no pueden vencerlos y que hasta son mirados con hostilidad y prevención, cuando quieren combatirlos.

Hay que llevar a todas las regiones donde sea necesario instruir y defender al niño, la enseñanza de la Puericultura a las madres y futuras madres, particularmente a los rincones alejados de los centros, un medio más eficaz y más seguro.

Sin pretender hacer comparaciones, diremos que en Estados Unidos, la enseñanza ambulante de la Puericultura ofrece el distintivo práctico que caracterizan las obras sociales de aquel pueblo. Dentro de una gran ambulancia, existe un verdadero consultorio médico, teniendo balanza, mesa de exámenes, modelos

en miniatura sobre la forma de alimentar, bañar y vestir a las criaturas, así como ilustraciones acerca de las reglas de la higiene infantil.

Transportando al médico o a la enfermera, esos autocamiones recorren diariamente las ciudades haciendo paradas, y en tales ocasiones se arma una tienda que sirve de sala de espera y en cuyas paredes se fijan grandes carteles con figuras sugerentes, redactadas en lenguaje sencillo, relativas a cuestiones de higiene infantil.

Por la noche, la ambulancia continúa su obra; pero entonces un aparato cinematográfico instalado en su interior, proyecta sobre una tela, asuntos adecuados de higiene infantil.

Esto se podría hacer entre nosotros. De esta manera se podrá estar seguro de combatir la ignorancia, haciendo penetrar estos conocimientos en los lugares donde hoy no llega ninguna luz, y creemos que esto tiene que beneficiar seriamente la situación de los niños de nuestra campaña.

c) LA MISERIA.

• Por sobre todas las causas que gravitan sobre la mortalidad infantil, la miseria es preponderante: la mortalidad infantil es, sobre todo, *una cuestión económica*.

No hay nada que tenga una relación más directa sobre la mortalidad infantil, que las condiciones económicas de la familia.

Con sólo detenerse a pensar un instante, surge de la experiencia esta enseñanza elocuente: *rara vez se muere un niño en los medios acomodados; la gran mayoría de los niños que se mueren, son hijos de pobres*. Y dentro de este principio y de estos extremos se puede hacer una escala de graduaciones que marque toda la importancia que tiene este factor en la mortalidad infantil.

La miseria es, pues, el factor dirigente de la mortalidad infantil; de ella depende en gran parte la ilegitimidad, el niño abandonado, el embarazo agitado, el parto realizado en malas condiciones, la ausencia de los cuidados debidos en el recién nacido, la ignorancia, etc., todas esas causas que hemos analizado y que intervienen particularmente.

Las condiciones en que viven nuestras poblaciones del interior, fuera de los centros de población, de las estancias y de ciertas localidades que se señalan por su espíritu de cultura y progreso, dejan, en general, mucho que desear, cuando no se trata de situaciones deplorables.

En Montevideo, en los límites de la ciudad, se está llenando

de casuchas de hoja de lata, donde sus habitantes viven en condiciones de higiene las más defectuosas. Tengo ocasión de observar con frecuencia, las consecuencias en los niños que nos llevan al Hospital, víctimas de enfermedades y de contagios. Nos referimos, en general, a esa población que vive en ranchos, tan comunes en las regiones suburbanas y rurales, donde adolecen de las más elementales reglas de higiene. Menos mal cuando se trata de gente trabajadora; pero sucede que con frecuencia existe el vicio, el juego y la haraganería en los hombres, todo lo cual impide aportar el recurso debido para subvenir a las necesidades de la familia. Como consecuencia, la madre obligada a trabajar hasta el último momento del embarazo; el parto realizado en malas condiciones; el recién nacido mal atendido; la alimentación artificial precoz, con todos sus defectos y consecuencias.

La mortalidad infantil constituye una cuestión social y nacional que a todos interesa y a todos afecta.

Esta mortalidad está supeditada a causas, en gran parte evitables; en ningún momento es mejor aplicado el precepto, de que "más vale prevenir que curar". Hay que empezar por considerar que una tercera parte de esta mortalidad, tiene como causa la procreación defectuosa, representada por enfermedades infecciosas y tóxicas transmitidas por los padres.

Es fundamental, *si se quiere que los hijos sean sanos, que los padres sean sanos.*

La gran mayoría de la mortalidad restante, responde a la ignorancia y a la miseria, sobre las cuales hay mucho que hacer, desde el punto de vista social, por la difusión de enseñanzas, por la protección moral y material de la madre, por una organización bien orientada y con medios necesarios para hacer efectivo este principio esencial: *que la protección del niño reposa principalmente en la protección de la madre.*

No pretendemos haber dicho todo lo que hay que decir sobre tan importante cuestión.

Los problemas que despierta el estudio de la mortalidad infantil son tan vastos y profundos, tan complejos y variados, que no pueden encerrarse en una conferencia. Pretendemos solamente haber dado una idea general, suficiente para darnos cuenta de la cuestión, que debe interesar a todos, porque afecta profundamente la vida nacional.

Ella está esencialmente ligada a las condiciones sanitarias,

económicas y educativas, a la organización de la familia, y a todo lo que se relaciona con el bienestar social.

Por eso, que esta mortalidad está considerada como el índice de la civilización de un país. Ella nos permite apreciar las condiciones morales e higiénicas de una población, la eficacia de los medios educativos y preventivos que prestan todas las fuerzas organizadas del país, en favor de la salud y de la vida del niño.

Es así, que los países indicados como más adelantados y más perfeccionados en esas instituciones, son los que ofrecen una mortalidad más baja.

Mucho nos falta, para alcanzar una situación semejante; nuestra mortalidad infantil es alta, no obstante los grandes esfuerzos que hace el país para corregirla. Para llegar a ello, hay que empezar por conocer el medio en que se va a actuar; las madres y niños que deben ser vigilados y protegidos; después se sabrá lo que hay que hacer.

En los países que mejores resultados se han obtenido, se ha organizado de manera que se conoce la vida del niño desde que nace y desde antes de nacer, para orientarla y guiarla hacia los fines más normales.

Hay, pues, una acción preventiva, base esencial e indispensable en materia de asistencia de toda obra eficaz y positiva.

La vivienda insalubre.

En la ciudad, además de la casucha construída con hojalata o tablas de pino tea y que empiezan a constituir verdaderos barrios en los alrededores de Montevideo, a las que después de faltarles abrigo en invierno y transformarse en depósitos caloríficos en verano, carecen de todo lo que es elemental en la moderna vivienda humana: agua abundante y potable, y obras sanitarias para alejar o destruir los residuos orgánicos.

Tenemos como enemigo de la vida del niño, el viejo conventillo, prototipo de vivienda insalubre.

Y en campaña nuestro rancho que carece en la actualidad de todos los elementos que lo reconcilien con las actuales exigencias de la higiene: falto frecuentemente de luz, con pequeñas puertas y ventanas microscópicas, paredes oscuras, pisos de barro y frecuentemente húmedos; sin agua, sin pozos sépticos. Son estos factores los que agravan las causas de mortalidad infantil.