

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS  
MEDICAS

GUATEMALA, C. A.

**NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL**  
**EN LA CIUDAD DE GUATEMALA**  
**DURANTE UN PERIODO DE SEIS MESES**

(ESTUDIO MEDICO-SOCIAL)

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, POR

**OSCAR JUAREZ Y ARAGON**

Ex-interno por oposición, de los hospitales  
General y San José.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

**MEDICO Y CIRUJANO**

MARZO DE 1944

## INDICE

### PRIMERA PARTE:

Introducción ..... Pag. 7

### SEGUNDA PARTE:

Mortalidad infantil en América ..... „ 9

### TERCERA PARTE:

Cap. I Fuentes que proporcionaron los datos ..... „ 12

Cap. II La investigación realizada ..... „ 14

Cap. III Errores y dificultades encontrados ..... „ 16

Cap. IV Terminología ..... „ 22

### CUARTA PARTE:

#### NATALIDAD.

Cap. I Natalidad. .... „ 24

### QUINTA PARTE:

#### MORTALIDAD INFANTIL.

Cap. I Edad y sexo de los niños ..... „ 27

Cap. II Enfermedades predominantes ..... „ 29

Cap. III Causas que influyen sobre la mortalidad infantil ..... „ 39

Cap. IV Resumen de mortalidad infantil ..... „ 54

Cap. V Comparación de natalidad y mortalidad ..... „ 57

### SEXTA PARTE

Protección materno-infantil ..... „ 58

### SEPTIMA PARTE:

Conclusiones ..... „ 62

### OCTAVA PARTE:

Sugerencias ..... „ 64

## PRIMERA PARTE

### INTRODUCCION

«El porvenir de la humanidad  
camina sobre pies de niños».  
(Philips Brooks)

Pocos problemas se presentan con tan apasionante interés al Médico como el de la Mortalidad Infantil.

Ningún individuo —por poco patriótico que sea— dejará de lamentar la enorme cantidad de vidas humanas que se ven truncadas antes de haber dado el fruto que la comunidad espera de ellas. Es por eso por lo que el problema y su solución correcta, interesan a todos por igual: al médico e higienista; al sociólogo y economista; al legislador y al hombre de Estado; al maestro y al financiero; en una palabra a todo buen ciudadano que ame a su país y esté ansioso de su bienestar y de su progreso.

Si se piensa un momento en el sinnúmero de mujeres que a diario se ven agobiadas por maternidades frustradas; el despilfarro de salud, energías y trabajo que esto representa; las angustias y dolores sufridos en vano, se comprende que todo esfuerzo que se haga por evitarlo, no será nunca suficiente para compensar con creces el sacrificio de las madres a quienes —causas en su mayoría evitables— las privarán de cumplir su gloriosa y patriótica misión biológica.

Quizás nunca reveló tan clara visión del futuro el Presidente Hoover cuando en la III Conferencia de la Casa Blanca para el Bienestar del Niño, dijo: «Si pudiéramos tener sólo una generación de niños bien nacidos, entrenados, educados y sanos, mil otros problemas de gobierno se desvanecerían».

Dos de las principales bases sobre las cuales descansa el progreso de una sociedad, son: la Educación y la Salud. Un pueblo educado y un pueblo sano forman una Nación culta. De ahí se desprende que solucionar satisfactoriamente estos problemas, ha sido uno de los afanes constantes de todo país civilizado. El problema educativo pertenece a los educadores; el problema de la Salud pertenece a todos los hombres conscientes y —así como se hace con el cultivo de las plantas para obtener buenos frutos: abonando y poniendo en condiciones óptimas el terreno; seleccionando entre las mejores la semilla y cuidando con esmero la planta diminuta— así la Hominicultura —que es la más segura forma de hacer Patria— elige el terreno, selecciona el germen y cuida del fruto, en este caso el niño, desde que por vez primera salta a las arenas de la Vida. La Eugenesia abre los brazos y los extiende sobre el hombre como alas protectoras.

Y el tiempo no ha pasado en vano; los esfuerzos no han sido malogrados. Los millones de vidas que durante centurias la Humanidad ha perdido cuando

aún eran incógnitas inquietantes o promesas futuras, han sido la más cruel experiencia sobre la cual ha edificado las bases para construir un porvenir mejor para la especie, tratando de hacerla cada vez más perfecta, tanto en lo físico como en lo moral e intelectual.

Los progresos de la Ciencia y de la técnica hacen a diario rescatar miles de vidas inocentes que de otra manera estarían condenadas a seguir la misma suerte que aquellas cuyo sacrificio no ha sido estéril.

Todas las naciones de la tierra, con pocas excepciones, ven década tras década, decrecer sus cifras de Mortalidad Infantil y muchas de ellas pueden afirmar con legítimo orgullo, que el número espantoso de niños muertos al nacer o en el curso del primer año, pertenece a épocas muy remotas de su historia.

Parece como si la Humanidad avergonzada y arrepentida de los errores del pasado, volviera los ojos hacia la infancia de hoy, esforzándose por que las generaciones futuras sean de calidad mejor y lleven en sí una garantía más segura para el porvenir de las naciones.

En el mundo entero nacen cada año más de 60 millones de niños, de los cuales 3, 4 o quizás 5 millones sobreviven. Hay pues, 3 a 5 millones de mujeres que no han sufrido sus dolores en vano. Es este hecho una conquista científica indiscutible de la cual la Humanidad puede vanagloriarse.

Y es que en cualquier terreno las sociedades pueden sustentar diversidad de ideologías y opiniones; en arte, religión o ciencia, las ideas pueden discrepar enormemente; pero, en lo que concierne a la protección de la Infancia el criterio es uno solo y la inquietud perenne y el esfuerzo constante en pro de ese pequeño ser que, como dice Lucrecio: «al venir al mundo está tendido en tierra, desnudo, incapaz de hablar, desprovisto de todos los socorros de la vida», crecen a medida que con el avance de la civilización «la Higiene y la Asistencia Social se derraman sobre las poblaciones como el agua corriente».

Es curioso observar que las grandes potencias —en igualdad de condiciones de progreso y de civilización— poseen una Mortalidad Infantil más alta que las pequeñas. Parece como si a las primeras les embargase el afán de expandirse y dominar, aún por medios brutales y en pugna con el derecho y la justicia, como sucede en nuestros días con las naciones responsables de la tragedia universal que conmueve al mundo. Así vemos que Alemania su coeficiente más reciente es de 65 0/00 (Mortalidad moderada según la clasificación de Debré y Joannen que más adelante detallaremos); Italia con 104 0/00 y Japón con 112 0/00 (cifra esta última correspondiente a 1936-38). (Mortalidad muy fuerte según la misma clasificación.

Y no se piense que estos países no tienen bien organizada la lucha contra la mortalidad infantil. Probablemente otros factores sociales, económicos y políticos intervienen en la explicación de este fenómeno. Lo contrario sucede con las pequeñas potencias, pacíficas, por naturaleza y por necesidad, que se entregan de lleno a la cruzada en favor de la Infancia. Para no mencionar sino naciones de Europa y Oceanía, citemos: los Países escandinavos, Holanda, Australia y Nueva Zelandia, cuyos coeficientes de mortalidad infantil oscilan entre 37 y 39 0/00 y Suiza 46 0/00. (Mortalidad débil y moderada según la clasificación de Debré). Ejemplo digno de imitar y que la coloca como una de las naciones más civilizadas de la tierra, es el de Nueva Zelandia que posee la Mortalidad Infantil más baja del mundo.



## SEGUNDA PARTE

### LA MORTALIDAD INFANTIL EN AMERICA

«En toda América vamos salvando y dignificando, cada año en mayor medida, la vida de nuestros niños».

(Dr. Araoz Alfaro).

El panorama es vastísimo, la lucha constante y dura, el problema serio y de grandes alcances; pero, el progreso es indudable, lento y seguro. Algunas naciones van a grandes pasos hacia su resolución; otras caminan despacio; ninguna ha dado un paso atrás.

Cuestión de cultura, educación y dinero. El factor étnico es de importancia fundamental; no porque exista superioridad racial alguna, sino porque en algunas naciones más homogéneas, los grupos sociales se han incorporado casi en su totalidad y por completo, a la civilización que exige la época.

Los países con densa población indígena, cargados con su fardo abrumador de analfabetismo, ignorancia y superstición, son los que exhiben cifras más altas. Igual sucede con las poblaciones agrícolas que ostentan una mortalidad infantil más elevada que las industrializadas.

Mucho se ha hecho, bastante se ha logrado; pero, falta aún por hacer. Las relaciones internacionales de los países de América tratan de coordinar cada vez más sus esfuerzos, aunados en pro de la infancia y, en general, de los problemas sanitarios del Continente.

Por todas partes, aún en los lugares más lejanos, se tiene la impresión de que un mecanismo sanitario de vastas proporciones se mueve en América en favor de los niños. Cada país, quien más, quien menos, invierte de manera constante sumas crecidas para asegurar al conglomerado americano una infancia sana, próspera y feliz; en otras palabras, un futuro mejor y más digno. Nadie vacila, ninguno deja de prestar su apoyo y buena voluntad, convencidos de que en los niños reside la riqueza más productiva de una colectividad y en donde descansa el porvenir de las naciones.

Más que los intereses políticos o económicos; más que las ideologías de tal o cual índole; más que la diplomacia, el comercio o los caminos, América se ha unido desde hace ya varios años, urgida por las necesidades sanitarias de sus pueblos. Estos países —cuyo despertar magnífico ha sido un progreso constante y una serie ininterrumpida de promesas— le han dado, entre sus problemas de salud pública; especial importancia al porvenir de los niños. Desde 1913 se vienen celebrando los Congresos Panamericanos del Niño en donde la Causa de la Infancia de América, encuentra sus más entusiastas y capaces defensores. Argentina, Uruguay, Brasil, Chile, Cuba, Perú y México, han sido la sede sucesiva de estas reuniones y últimamente, tuvo lugar la Octava en 1942 en los Estados Unidos del Norte, con asistencia de más de 150 delegados americanos.

En ellos sólo priva un propósito loable: el bienestar del niño americano: se legisla, se discute, se dictan recomendaciones a las naciones para favorecer a la infancia. Cuántas leyes y disposiciones de cada país en particular, han tenido su primera orientación en los fines generosos de estos congresos que benefician de manera indudable a la madre y al niño, esos dos términos inseparables de los cuales uno sugiere al otro.

El Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, con sede en Montevideo; la Oficina del Niño de los Estados Unidos; la Sociedad Amigos de los Niños de México; la asesoría técnica de Madre y Niño, el Patronato Nacional de la Infancia que controla 33% de los niños menores de 2 años y la Caja de Seguro Obligatorio de Chile; la Asociación Nacional Pro-Infancia de El Salvador, creada en 1940; Clínicas e Institutos de Nutrición de Argentina, Uruguay, Brasil, Perú, etcétera; Servicios coordinados de Asistencia Materno-infantil, Institutos de Puericultura, Casas cunas, Salas cunas, Gotas de Leche, Comedores escolares, Reglamentación y organización de Maternidades, Legislación del trabajo de las embarazadas, de la infancia delincuente y abandonada, Seguros de maternidad, Cooperativas Médicas, Jardines de Niños por todos lados, Escuelas de anormales, Hospicios, Asilos, Hospitales infantiles y de Maternidad, Ejércitos de Visitadoras sociales y de Médicos especializados; Creación de fechas-símbolos como el Día de la Madre y del Niño de varios países, durante el mes de mayo, el Día de Morquio, el insigne pediatra sudamericano (24 de Septiembre de cada año), la Semana Nacional de Higiene de la Madre y del Niño celebrada en México del 4 al 10 de mayo. En Guatemala desde 1923, existe disposición legal, creando el 25 de diciembre como Día del niño, fecha que nos parece está olvidada. Propaganda efectiva por todos los medios; publicaciones de toda índole; presupuestos que en las naciones de más recursos llegan a lo fabuloso, he aquí el acervo espiritual y material de enorme fuerza constructiva, con que las Américas contribuyen al bienestar del niño americano que, según el Dr. Escardó y Amaya, debe comprenderlo todo: «Cuerpo y alma, salud y conducta, instrucción y educación y por encima de todo: coordinación perfecta».

No de otro modo podrían explicarse los resultados halagüeños que a través de los años han tenido estas organizaciones; resultados que hacen sentir su influencia benéfica en la baja constante de las cifras de mortalidad y morbilidad infantiles y en el desarrollo de generaciones más capacitadas para la lucha. Es verdad que todavía falta mucho por hacer y que en algunos países americanos, aún es muy elevada la proporción de los niños que mueren; llegando en algunos hasta una quinta parte de los que nacen; pero, si se comparan las cifras actuales con las de las décadas anteriores, hay sobrada razón para sentirnos optimistas.

He aquí a continuación las cifras más recientes de mortalidad infantil que hemos podido reunir, de la mayoría de los países de América, incluyendo naciones libres y colonias extranjeras.

	Por mil		Por mil
Zona del Canal.....	31.8	EE. UU. ....	45
Panamá (ciudad) ....	47.2	Cuba .....	59 (1935-37)
Canadá .....	60.0	Guadalupe .....	79
Argentina .....	87.7 (1941)	Guayana inglesa .....	84.5 (1941)
Paraguay .....	84.75 (1941)	Uruguay .....	94 (1934)
Rep. Dominicana ....	100.9 (1940)	Islas Vírgenes .....	101.7 (1939)
Honduras .....	101.9 (1937-38)	El Salvador .....	106 (1938)
Nicaragua (capital)...	107. (1936)	San Salvador .....	277 (1933)
Bolivia .....	110.3 (1939)	Lima .....	114.2 (1939)
Venezuela .....	121 (1940)	México .....	122.6 (1939)
Costa Rica .....	123.5 (1942)	Belice .....	123.6
Martinica .....	130	Haití .....	145 (1915)
Brasil (cap.) .....	182 (1940)	Colombia (Cap.) .....	189
Ecuador .....	200	Chile/ .....	200
	Bolivia (capital).....		318 (1933).

Algunas de las cifras arriba mencionadas son de algunos años atrás y probablemente en la actualidad son más bajas. Alrededor de 11 o 12 regiones de América presentan mortalidad infantil menor de 100 0/00, el resto es mayor de esta cifra, es decir, que en una gran mayoría mueren 1/10 o más de los niños que nacen. Si observamos las estadísticas de las naciones con mortalidad infantil relativamente baja, notamos que se encuentran entre aquellas en donde la Higiene y Asistencia Social han hecho más progresos y en donde se le ha prestado a la Obra Sanitaria más generoso apoyo económico.

Debemos sentirnos orgullosos al considerar las victorias alcanzadas y pensar que la conquista del porvenir de los niños americanos se afianza cada vez más en los espíritus y que, con el tiempo, todo lo que sea evitable, será eliminado por completo como causas de muerte o de degeneración biológica. Con ello todo aquel que preste su concurso, habrá contribuido a realizar la enorme obra de redención de la infancia, dando realidad satisfactoria al ruego vehemente y apasionado que lanza a los cielos de América, la Plegaria del Niño Americano:

«Señor de los dioses y de los hombres, ampara a todos mis hermanos, millones de ellos de mí separados por inmensas distancias; por todos te invoco, por su felicidad y bienestar en cada una de las horas de su vida. Humilde ante ti, pero orgulloso de su Continente, así te suplica con todo fervor un Americano».

## TERCERA PARTE

### NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL EN GUATEMALA

#### Capítulo Primero

«¿Por qué otros países logran más hijos que nosotros...?»

(Dr. Epaminondas Quintana).

#### FUENTES QUE PROPORCIONARON LOS DATOS PARA NUESTRO ESTUDIO

El trabajo realizado comprende un estudio de la natalidad y mortalidad de niños menores de un año en la Ciudad capital de la república de Guatemala, durante el semestre comprendido entre el 1o. de Enero al 30 de Junio de 1943. Hubiera deseado hacer un estudio más completo, siquiera durante un año; pero, las dificultades encontradas para efectuarlo —por un solo individuo cuando debe ser la obra de una institución— hicieron limitarme según mis posibilidades; pensando que por poco que se haga, siempre dentro de los límites del rigorismo científico más estricto, será un grano de arena que un ciudadano pone al servicio de su patria. Halagado y satisfecho me sentiré si este trabajo —con sus errores y deficiencias— llama la atención de las organizaciones públicas y privadas; de los individuos aislados, pero competentes, que luchan en nuestro país en pro de la infancia y los impulsa a perseverar en sus esfuerzos y a proseguir este estudio para que, con el tiempo, las causas de mortalidad infantil sean perfectamente conocidas y de esta manera, sean más fácilmente evitadas y llegue el momento en que Guatemala pueda decir con orgullo lo contrario del epígrafe del Dr. Quintana que ostenta este Capítulo: «En nuestro país ya no mueren más niños que en los otros...»

Quienes tal obra realicen, silenciosa, callada y abnegadamente, habrán merecido bien de la patria y de la humanidad en lo que se refiere a este pedazo y amado rincón del mundo.

#### EL REGISTRO CIVIL

La legislación de Guatemala trata por primera vez del Registro Civil en el año de 1877. Antes de la Revolución liberal del 71 que produjo la secularización del Estado, el registro de nacimientos, defunciones y matrimonios estaba en manos de la iglesia con sus naturales consecuencias. La ley ha sufrido pocas modificaciones hasta Agosto de 1937 en que el Decreto Gubernativo número 2,000 modificó substancialmente este Capítulo del Código Civil en lo que se refiere a las partidas y a su subsanamiento.

En la Capital, desgraciadamente para el presente estudio, pues dificultó

bastante mi trabajo, existen varios Registros situados uno en la ciudad y otros en algunos sectores de las afueras.

La centralización de los datos de los Registros Civiles de la República, se lleva a cabo en la Dirección General de Estadística a donde mensualmente se remite el movimiento de cada uno en lo que se refiere a nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios que se registren.

Los datos principales los obtuvimos estudiando las partidas de nacimiento y defunción de los niños menores de un año; no pudiendo obtener informes de los años recientemente pasados, debido a las circunstancias anormales por las que atraviesa el mundo, que restringen la publicación de cifras estadísticas.

#### **HOSPITAL GENERAL**

Es esta la fuente donde mi estudio eludió las mayores causas de error. La Clínica en la cabecera de la madre o del niño y la Anatomía Patológica en la mesa de autopsias o bajo el microscopio, fueron los más valiosos colaboradores para descubrir las causas de muerte de los niños; sobre todo esta última, ante la cual la mayoría de los errores médicos se desvanecen y la realidad palpable y visible se hace luz para los vivos, ante el cuerpo que aparentemente ya no dice nada pero, que lo dice todo, de los muertos.

#### **CENSO**

Del último Censo levantado en 1940 obtuvimos los principales datos, que más adelante daremos, referentes a población de la República, del Depto. de Guatemala, población infantil, profesiones u oficios, número de Médicos, etc., etc.

## Capítulo Segundo

### NUESTRA INVESTIGACION

#### 1o. METODO SEGUIDO

Lo primero que hicimos para mayor comodidad, fué dividir la mortalidad infantil en mortalidad infantil intra-hospitalaria y mortalidad infantil extra-hospitalaria, según que los niños murieran en el Hospital General o fuera de él. Para la primera, diariamente concurríamos a dicho Centro para hacer la historia clínica, estudio social y autopsia de todos los niños muertos, menores de un año; comprobando después estos datos, con los suministrados por el Registro Civil. Los Servicios donde trabajamos fueron: las dos Salas de Maternidad, el Servicio de Madres con niños, el Anfiteatro Anatómico y el Laboratorio de Anatomía Patológica.

Para la segunda, cada día acudíamos a las oficinas del Registro Civil a consultar las partidas de nacimientos y defunciones, tomando los datos siguientes:

#### NATALIDAD:

- a) Condición del niño (hijo legítimo, ilegítimo o reconocido) y sexo del recién nacido.
- b) Qué clase de asistencia recibió la madre durante el parto.
- c) Edad de las madres.

#### DEFUNCIONES:

- a) Fecha y hora en que ocurrió el deceso.
- b) Nombre, edad y sexo del niño.
- c) Origen y condición del niño (hijo legítimo, ilegítimo o reconocido).
- d) Nombre de los padres.
- e) Causa de muerte según el Certificado de Defunción.
- f) Asistencia que recibió el niño durante su enfermedad.
- g) Lugar donde ocurrió la muerte.

Cuando teníamos alguna duda respecto a la edad del niño consultábamos la partida de nacimiento respectiva, si el infante había nacido en la ciudad.

Una vez en posesión de estos datos y con todo lo necesario para efectuar exámenes clínicos o de laboratorio, emprendíamos la búsqueda del lugar donde había ocurrido la muerte del niño, provistos de una nota que la Dirección de Sanidad Pública bondadosamente nos suministró y en donde explicando el objeto de nuestra presencia en las casas mortuorias y los beneficios que para la colectividad podía tener nuestro estudio, suplicaba a todas las personas su cooperación. En muy pocas ocasiones tuvimos que hacer uso de esta nota, pues, las madres, a pesar de su congoja, se prestaban voluntaria y generosamente

a los exámenes e interrogatorios, que había menester; aún más, le daban especial interés a su estado de salud cuando se les explicaba que la muerte de su hijo, quizás se debía a alguna enfermedad que padecieran y que al descubrirla y tratarla, los demás hijos que procrearan serían sanos. De esta manera pudimos hasta practicar la investigación serológica de Sífilis, casi de manera sistemática y exámenes radiológicos pulmonares —autorizados siempre por la Dirección de Sanidad Pública— cuando lo juzgamos necesario. Cuántos casos ignorados de Lúes descubrimos así, que sólo se anunciaban por antecedentes de abortos, prematuros o niños muertos, a los cuales los padres no les daban importancia, atribuyéndolos al «eclipse», a «la luna» y a mil otras creencias que la superstición e ignorancia populares han arraigado de manera profunda y definitiva en los espíritus, a través de las generaciones. Para confirmar nuestro aserto resumimos el Caso No. 119, que no es más que uno de tantos:

«J. M., de 35 años de edad, domiciliada en la Finca El Tuerto, con Sero-reacción de Wassermann negativa (?) hace un año. El padre de 37 años tuvo un tratamiento de «inyecciones» en Sanidad Pública (?). Han procreado ONCE HIJOS de los cuales NINGUNO VIVE. (Algunos prematuros, otros nacidos muertos). Acudimos a su casa en ocasión de la muerte del DOCEAVO NIÑO que nació al 80. mes del embarazo, con péñigo palmar y plantar, muriendo a las dos horas del nacimiento. El examen serológico de la madre practicado por nosotros, resultó: POSITIVO. ¡DOCE NIÑOS MUERTOS debidos a una Sífilis probablemente ignorada!»

Cosa curiosa de observar, a veces profesionales, que por su preparación y nivel intelectual, estaban en la capacidad de comprender que nuestra presencia en su domicilio no se debía a una simple curiosidad mal intencionada; sino que perseguía el beneficio de toda la colectividad, fué donde encontramos verdaderos obstáculos.

Al principio acudíamos cuando el cadáver aún estaba presente para poder realizar un reconocimiento, pero, después no nos pareció prudente ni humano que un extraño fuera a importunar el dolor de las afligidas madres o deudos con nuestras preguntas que, a pesar de tener un propósito loable, no por eso dejaban de ser indiscretas. Hasta el hecho de extraer una muestra de sangre a una madre que lloraba el cuerpo presente de su hijo, nos pareció refido con las reglas de la más absoluta consideración. Debido a estos inconvenientes, optamos por acudir al día siguiente o un poco más tarde, privándonos, en aras de sentimiento de conmiseración, de las ventajas obtenidas por una inspección ocular del cadáver.

Cada caso observado lo anotamos cuidadosamente en hojas impresas al efecto, y que están a la disposición de quien quiera examinarlas, en la Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas donde fueron entregadas.

## Capítulo Tercero

### 2o. ERRORES Y DIFICULTADES ENCONTRADOS

Antes que todo debemos afirmar como verdad indiscutible, aunque dolorosa, que cualquier trabajo sobre mortalidad infantil o mortalidad o morbilidad en general, basado únicamente en las estadísticas del Registro Civil, es falso en sus conclusiones. Estamos capacitados para afirmar lo dicho, pues, en el curso de nuestra encuesta, tuvimos oportunidad de comprobarlo.

#### a) Datos mal suministrados.

Los individuos que acuden al Registro Civil a suministrar los datos respecto a la defunción de una persona, generalmente son gentes ajenas a la misma, amigos, parientes o extraños que servicialmente se prestan a hacer el favor, a los deudos. En muy raras ocasiones los propios padres o personas más vinculadas con el fallecido, efectúan estas diligencias, pues, su dolor reciente —a menudo tratado de atenuar en vano por medio de bebidas alcohólicas— no les permite pensar con lucidez. De ahí se desprende que por muy buena voluntad que se tenga, no es posible informar con veracidad, sobre la muerte de un individuo y demás pormenores concernientes al mismo. Otras veces es la Policía Nacional la que suministra los datos y que en esta materia, está en las mismas condiciones que un extraño.

#### b) Diagnósticos inexactos.

Los diagnósticos de las causas de muerte —cuando la persona ha fallecido sin asistencia médica— son dados por los familiares del enfermo o por los Agentes de la Policía Nacional, que emiten su informe basado en los datos suministrados por los primeros, poniendo en los certificados lo que dicta la ignorancia, superstición o consejo de comadres; todo menos la verdad científica. Causa pena y sorpresa leer las causas de muerte que la mayoría de las partidas ostenta. Tomando al azar 400 casos consultados, sin asistencia médica, he aquí la serie de diagnósticos que constituyen otros tantos absurdos que, desde tiempos remotos, entran a formar parte de las Estadísticas Oficiales de la República.

**Causas de Muerte según los Certificados de 400 niños muertos  
sin Asistencia Médica**

Ataque de lombrices .....	33	Infección intestinal .....	94
Ataque del corazón .....	2	Inanición .....	79
Aborto .....	1	Influenza .....	1
Ataques .....	1	Infección .....	2
Anemia .....	1	Lombrices .....	6
Asfixia .....	1	Meningitis .....	4
Ataques biliosos .....	2	Maceración .....	7
Bronquitis .....	8	Nació muerto .....	6
Catarro pulmonar .....	30	Pulmonía .....	57
Cólicos .....	4	Paludismo .....	3
Eclipse .....	4	Prematuro .....	1
Enfermedad del corazón .....	1	Parto prematuro .....	1
Erisipela .....	1	Sarampión y tos ferina .....	1
Enteritis .....	1	Sarampión .....	21
Fiebre de lombrices .....	9	Tos ferina .....	4
Fuego marcial .....	7	Tos pulmonar .....	1
Fiebre pulmonar .....	2	Una operación .....	1
Fiebre tifoidea .....	1		
Gangrena .....	1		
Hinchazón del estómago .....	1		
		Total.....	400

Como se ve, ninguna de estas causas de muerte en niños es capaz de soportar la crítica científica más débil. Algunas sí obedecen a entidades mórbidas bien definidas (sarampión, tos ferina, meningitis, inanición, etc.) pero, la ignorancia y fantasía populares habrían hecho diagnósticos erróneos. Así por ejemplo, el término de «Inanición» es aplicado a los niños que nacen muertos o viven unos instantes u horas; la presencia de unas convulsiones o deposiciones diarreas eran suficientes para afirmar «Meningitis» o «Infección intestinal»; un poco de tos y coriza afirma «Pulmonía» etc., etc. ¡Cuántos casos de sífilis, tuberculosis, gastroenteritis, etc., se esconden detrás de estos epítetos absurdos!

Se comprende también, que estos errores se hacen extensivos a todas las demás defunciones, no importa la edad de la persona fallecida.

En lo que concierne a los niños muertos con asistencia médica, haremos notar con pena, algunas anomalías que con un poco de buena voluntad serían fácilmente subsanadas. Entre 107 certificados suscritos por Médicos, solamente 11 estaban firmados por 7 médicos Pediatras y 4 Obstetras especializados; de los cuales, en ambas especialidades, 2 eran absolutos, es decir, dedicados exclusivamente a estas disciplinas. Parece como si las especialidades estuvieran fuera del alcance de la gente pobre, que es la que más muere.

La Pediatría es una ciencia relativamente nueva en nuestros planes de estudio; sin embargo, ningún Médico debe dejar de poseer los conocimientos indispensables para tratar bien una enfermedad de niños, que constituyen, en muchos casos, una gruesa parte de su clientela. Pues bien, en el curso de nuestro estudio encontramos defunciones de niños asistidos por Médicos en una forma que, hasta para un profano, resultaría deficiente. Algunos recetaban sin examinar al niño y a veces sin verlo, a distancia; algo así como decir, por

correspondencia. No tratamos de herir la susceptibilidad de nadie; nos limitamos a escribir lo que el resultado de nuestro trabajo nos produjo y lo que los familiares del niño fallecido contestaban al interrogatorio. Estamos seguros, a pesar de lo limitado de nuestros conocimientos, que muchos niños se habrían salvado si cada caso el Médico tratante lo toma a su cargo con la pasión e interés del que posee una verdadera vocación. Es verdad que muchas veces la pobreza y la ignorancia son factores negativos que se oponen a la acción bienhechora del facultativo; pero, no será en todos los casos; pues, si una familia busca al Médico para que trate a un enfermo, sobre todo niño, casi siempre es porque tiene fe en él y porque está en la capacidad de suministrar las medicinas que éste pida.

Otro defecto notado en los certificados médicos es que pocos se sujetan a la nomenclatura internacional de causas de muerte, lo que dificulta los estudios estadísticos tan interesantes en Demografía.

También es de notar que a pesar de ser más o menos el mismo, el material humano (niños) que se trata, tanto en la calle como en los Hospitales, las causas de muerte —cuando una autopsia no da la clave absoluta— son bastante desacordes. No sabemos si esto se deba a que en los hospitales los médicos clínicos o de laboratorio necesarios para hacer un buen diagnóstico, están más al alcance de los facultativos o porque los Servicios hospitalarios están manejados por profesionales más especializados o en fin, porque las edades de los niños que concurren a los centros de caridad y, por consiguiente, sus afecciones, son distintas de los atendidos en su domicilio, donde la variedad es mayor.

A continuación exponemos la lista de diagnósticos de causa de muerte en 208 casos fallecidos en los Hospitales de la ciudad y 94 muertos fuera de ellos, todos asistidos por Médicos y copiados de las partidas respectivas:

#### Diagnósticos de los Hospitales

#### Diagnósticos de los médicos en clientela privada

Atrepsia .....	12	Atrepsia .....	6
Atrepsia-broncneumonía .....	1	Asfixia .....	1
Atrepsia-prematuro .....	1	Anemia perniciosa .....	1
Atrepsia-sarampión .....	1	Anencéfalo .....	1
Asfixia .....	1	Acidosis .....	1
Asfixia blanca .....	2	Bronconeumonía .....	4
Asfixia azul .....	3	Bronquitis capilar .....	3
Asfixia intra-uterina .....	12	Cólera nostras .....	1
Asfixia por sofocación .....	2	Cirrosis hipertrofica del hígado...	1
Aborto .....	1	Debilidad congénita .....	3
Aborto fetal .....	1	Disenteria bacilar .....	1
Anencéfalo .....	5	Enterocolitis aguda .....	1
Broncneumonía .....	13	Enteritis aguda .....	2
Debilidad congénita .....	33	Enfermedad ictero-hemorrágica...	1
Débil cong. absceso reg. cervical..	1	Feto no viable .....	3
Eritroblastosis .....	1	Flegmón del brazo izquierdo .....	1
Espina bífida .....	1		
Enterocolitis disenteriforme .....	1		

Enterocolitis crónica .....	1	Fiebre aftosa .....	1
Feto no viable .....	3	Gastroenteritis aguda .....	4
Gastroenteritis aguda .....	15	Gastroenteritis crónica .....	1
Gastroenteritis crónica .....	1	Gastroenteritis .....	5
Gastroenteritis crónica .....	1		
Hidramnios .....	1	Hidrocefalia .....	2
Hipotrepsia .....	4	Inanición .....	5
Hidrocefalia .....	1	Infección intestinal .....	4
Hidrocefalia aguda secundaria .....	1	Ictericia grave .....	1
Hemorragia intro-cranéana .....	1		
Hematoma supurado, cerebro .....	2	Meningitis aguda .....	1
Ictericia grave .....	1	Macerado .....	2
Infección amniótica .....	1	Muerte in útero .....	1
Macerado .....	12	Nació muerto .....	12
Meningitis aguda .....	1		
Meningitis t. b. c. ....	3	Neumonía doble .....	1
Meningitis .....	1	Nefritis aguda, Muguete .....	1
Malformación congénita .....	1	Parto distócico .....	1
Muerte in útero .....	2	Prematuro .....	6
Nació muerto .....	4		
Neumonía .....	3		
Neumonía, Gastroenteritis .....	1		
Presentación transversa .....	2	Prematuro y macerado .....	1
Procidencia del cordón .....	1	Pulmonía doble .....	1
Placenta previa .....	3		
Prematuridad .....	6	Sífilis .....	1
Paludismo terciario .....	1		
Pollicarencia predominio de es-		SIN DIAGNOSTICO .....	10
corbuto .....	1		
SIN DIAGNOSTICO .....	23	Septicemia por infec. umbilical ..	1
Sarampión .....	1	Toxicosis .....	1
Síncope blanco .....	1	Tos ferina .....	1
Sífilis hereditaria .....	4	Trauma por parto distócico .....	1
Toxicosis .....	9		
T.B.C. pulmonar .....	1		
Versión .....	1		

Total 54 diagnósticos en 208 casos. Total: 40 diagnósticos en 96 casos.

Examinando las listas adjuntas en lo que se refiere a los diagnósticos, encontramos únicamente 18 comunes. Otros se prestan a algunos comentarios: Así por ejemplo, el diagnóstico: «Nació muerto» —observado en 5.26% de los casos— no es un diagnóstico de causa de muerte.

Indica el estado en que nació el niño; pero, no por qué nació así. Encontramos también la mayor frecuencia de ciertas afecciones en los Hospitales que fuera de ellos y viceversa (Atrepsia, debilidad congénita, bronconeumonía, maceración, etc.). El diagnóstico de Sífilis —si nos atenemos a las partidas de defunción —únicamente lo encontramos en 1.92% de los casos de Hospital y 1.04% en enfermos asistidos en su domicilio. Por el contrario, en el curso de nuestro estudio, nos resultaron 13.23% de los casos positivos, en la mortalidad infantil extra-hospitalaria; estando seguros que, si se hace la in-

investigación cuidadosa de la causa de muerte, en mayor número de casos, el tanto por ciento será mayor.

Algunos como el de «infección intestinal» no obedecen a entidad mórbida conocida. Otro grave error, es la proporción de certificados sin diagnóstico suscritos por Médicos. En los hospitales lo anotamos en la proporción de 11.05% de los casos y fuera de ellos 10.40%. Por último, encontramos un caso en que el certificado de defunción fué extendido por un Médico que no trató al niño.

#### COMPARACION DE DIAGNOSTICOS CLINICOS Y ANATOMO-PATOLOGICOS DEL HOSPITAL

En 101 casos encontramos:

32 con diagnósticos iguales.

52 con diagnósticos clínicos incompletos y en donde la autopsia reveló además del diagnóstico clínico, otras causas determinantes de muerte, tal vez más importantes.

17 con diagnóstico diferente, revelando la autopsia el error del diagnóstico clínico.

Respecto a los diagnósticos de los niños muertos en su domicilio, solamente 19 coincidían con la causa de muerte obtenida por la investigación en los 121 casos observados.

Podríamos hacer más comentarios; pero, creemos que las anomalías observadas son suficientes para falsear los datos estadísticos y por consiguiente las conclusiones.

#### c) Certificados con datos equivocados.

Observamos en el curso de nuestro estudio algunas partidas de defunción suscritas por médicos o profanos, con datos equivocados, especialmente respecto al sexo, edad del niño fallecido y su condición de legítimo, ilegítimo o reconocido, o sea lo que constituye su estado civil. A veces se trataba de un «niño muerto» y en la partida se leía: «Sexo femenino»; otras los padres eran casados y aparecía como «ilegítimo» y viceversa. Respecto a la edad, a menudo nos sobrevenían dudas, sobre todo en lo que se refiere a los nacidos muertos (morti-natos) y los de un año. Se sabe que mortinato según el Comité Especial de la Organización de Higiene de la Liga de Naciones, (marzo de 1924), es «el nacimiento de feto (viable), tras por lo menos 28 semanas de embarazo y que no presenta respiración pulmonar». Se comprende lo difícil que es poder afirmar con certeza que un niño nació muerto sin poder decir si ha respirado o no. Encontramos casos dados como nacidos muertos y que habían vivido unos minutos u horas. Las cifras de mortinatalidad —si no se practican sistemáticamente, autopsias clínicas, nunca podrán ser dignas de confianza pues, no sabremos si un caso determinado, en esta época de la vida, corresponde a mortalidad precoz o mortinatalidad. A veces también, después de fatigosa búsqueda del domicilio donde murió un niño, declarado como de un año de edad, encontrábamos que pasaba de esa cifra, en uno, dos o tres meses y que, por consiguiente, nuestro trabajo había sido inútil. Creemos que estas dificultades se obviarían si se tiene un poco de más cuidado en la redacción de los certificados de defunción; es necesario que todos los hombres cultos, que por su profesión se ven relacionados con estos menesteres, se den cuenta de la

importancia de los detalles, ya que el estudio de las estadísticas vitales refleja el progreso de una nación.

d) **Direcciones inexactas.**

Como dijimos al principio, las direcciones de los niños fallecidos las tomábamos de los certificados respectivos; después, emprendíamos la búsqueda del domicilio anotado, no importando el lugar de la ciudad en donde se encontrara; en esta forma recorrimos la capital de Guatemala de Norte a Sur, de Oriente a Poniente un sinnúmero de veces. La disposición de la ciudad, sobre todo de los barrios pobres de los extremos; la nomenclatura a veces inaprendible de sus calles y callejones, así como la numeración de las casas, a menudo dispuestas en forma absurda y al capricho de los dueños, dificultó mucho esta labor, a pesar de tener en nuestro poder un plano-guía de la ciudad. Queremos aquí llamar la atención de la Municipalidad capitalina para proponerle una revisión de la nomenclatura de las calles, así como de los sistemas de numeración de las casas, especialmente de los barrios pobres, en obsequio del ornato guatemalense.

Desgraciadamente muchas veces, después de varias horas de pesquisas, lográbamos encontrar el domicilio buscado, sólo para que se nos informara que allí no había fallecido ningún niño. A veces procurábamos rectificar el error buscando en el Norte lo indicado en el Sur; en el Oriente lo anotado en el Poniente y viceversa; pero, en su gran mayoría, el caso era perdido para este trabajo.

Podemos afirmar que casi el 50% de las direcciones son inexactas, lo que resultaba bastante desanimador para nosotros. Es esta una de las razones principales que nos impulsaron a trabajar sólo durante un semestre y el por qué presentamos relativamente pocos casos.

e) **DIAGNOSTICOS RETROSPECTIVOS**

En la mortalidad infantil intra-hospitalaria la causa de la muerte era casi siempre encontrada de manera absoluta. La autopsia y la Anatomía Patológica nos la señalaban. Pero, en lo que se refiere a la mortalidad infantil extra-hospitalaria que es la mayoría, el caso variaba: ateniéndonos únicamente al interrogatorio que hacíamos a los familiares y al examen clínico y serológico de los mismos, nos era difícil hacer un diagnóstico retrospectivo de la causa de muerte del niño. Algunos casos sí eran perfectamente claros; en cambio otros se nos dificultaba clasificarlos en tal o cual enfermedad. Como se comprenderá el factor personal del investigador interviene de manera decisiva y probablemente lo que para nosotros era determinada afección, resultaría quizás diferente, para otra persona más acuciosa o con más conocimientos. Este error nos fué imposible evitarlo por lo que, en algunas ocasiones, nuestras conclusiones tendrán que ser aproximadas. Que nos sirva de excusa la buena voluntad y el empeño que, en la medida de lo posible, pusimos para evitar anomalías de nuestra parte.

## Capítulo Cuarto

### TERMINOLOGÍA

Antes de seguir adelante en el desarrollo del presente trabajo, exponemos el significado de algunos términos que emplearemos a menudo.

a) **MORTALIDAD INFANTIL:**

Es la relación entre el número de niños que mueren de 0 a un año y el número de los que nacen vivos en un año, multiplicada por 100 o por 1000.

b) **NACIDO MUERTO O MORTI-NATO:**

Según ya definimos, es el feto viable, consecuencia de una gestación no menor de 28 semanas de embarazo, que no presenta respiración pulmonar. Agregando algo más, diremos: que presenta una talla no menor de 35 cms.

Ya hicimos algunas consideraciones respecto a lo difícil que es averiguar conforme a esta definición si un niño es morti-nato o no, sin que medie la autopsia correspondiente. Aún más, la prueba legal que empleamos que fué la docimasia tanto hidrostática como histológica, no siempre ofrece un criterio absolutamente seguro; pues hay fetos con docimasia negativa y han respirado (pulmones atelectasiados natural o patológicamente cuando un proceso de fibrosis —como neumonía alba p. ej.— ahoga el parenquima pulmonar) y otros que no respiraron y su docimasia fué positiva, por putrefacción gaseosa.

El morti-nato, según el Comité de Higiene de la Liga de Naciones, puede morir: «antes, durante o después del NACIMIENTO»; pero, en todo caso **ANTES DE HABER RESPIRADO**. El Dr. Roberto Cáceres Bustamante, de El Salvador, hace observar en su Tesis de Doctoramiento, que en esta definición, adoptada por varias naciones, se acepta que el **FETO HA NACIDO VIVO** porque dice: «que la muerte se ha producido **DESPUES DEL PARTO**, antes de respirar y que si la muerte se produjo **DESPUES DEL PARTO**, el niño tuvo que nacer vivo ineluctablemente».

c) **MORTINATALIDAD:**

Es la relación entre el número de nacidos muertos en un año y 1000 nacidos vivos.

d) **MORTALIDAD PRECOZ:**

Según Rott: «es la que sobreviene en la primera semana»; dándole especial importancia a los tres primeros días.

e) **NATALIDAD:**

Es la relación entre el número de niños que nacen vivos y el número total de habitantes.

f) **DEBILIDAD CONGENITA:**

Se llama Debilidad Congénita, según Marfán, al niño que nace a tér-

mino, con ciertas características de las cuales las principales son:

- 1) Peso y talla inferiores a las normales.
- 2) Una serie de atributos que testimonian la inmadurez de sus órganos y la imperfección de sus funciones.

Atendiendo al peso que presenten se dividen así:

Debilidad ligera (1er. Grado)	3,000 a 2,500 grs.
Debilidad seria (2o. Grado)	2,500 a 2,000 grs.
Debilidad grave (3er. Grado)	Menos de 2,000 grs.

El débil congénito presenta además, en lo que se refiere a talla, medidas que oscilan entre 35 y 47 cms.

Se comprende que en Guatemala, mientras no tengamos estudios formales sobre el peso y la talla de nuestros niños, no podremos saber cuál es la normalidad de los mismos; punto de partida práctico, para considerar a un niño a término débil congénito o no.

#### g) PREMATURIDAD:

El prematuro se diferencia del débil congénito en que, siendo un feto viable, nace antes de los 8 meses y medio de gestación. Desde el punto de vista práctico, su peso debe ser a lo más, 2,500 grs. Se comprende fácilmente que un prematuro es débil congénito; pero, la recíproca no es verdad, un débil congénito no siempre es un prematuro, sino un inmaduro.

La Prematuridad podemos dividirla en dos clases:

a) Prematuros accidentales (Sanos), en cuyas madres el parto sobreviene antes de tiempo, por factores puramente accidentales o mecánicos: emoción violenta, traumatismo, embarazo gemelar, inserción viciosa de la placenta, etc.

b) Prematuros con taras (Enfermos), debidos a infecciones o intoxicaciones maternas, paternas o de ambos a la vez: sífilis, tuberculosis, afecciones cardíacas mal compensadas en la madre, enfermedades infecciosas, renales, alcoholismo, saturnismo, tabaquismo, morfínismo, cocaínismo, etc.

menos. Si un niño muere cada 6 horas, nace otro cada hora. La población tiene que aumentar necesariamente en toda la nación. Es esta la conclusión que se saca al estudiar el Censo de 1940 en donde vemos que la población total de la República de 1.224,602 h. en 1880, ascendió a 3.283,209 h. en 1940. El departamento de Guatemala ha seguido en su crecimiento un ritmo parecido.

En 1880 tenía .....	143.608 h.
En 1893 tenía .....	171.583 h.
En 1921 tenía .....	232.367 h.
En 1940 tenía .....	319.197 h.

¡En 60 años casi ha triplicado su población!

Si es verdad, pues, que nacen suficientes niños para que la República aumente, debemos admitir, sin embargo, que la natalidad es evidentemente mayor entre las mujeres menos preparadas; basta leer las cifras correspondientes a los nacimientos ilegítimos, reconocidos, nacidos en los hospitales o atendidos empíricamente o sin asistencia obstétrica alguna. Ni biológica, ni económica ni culturalmente las mujeres más fecundas de nuestro país pueden superar a las menos en lo que concierne al cumplimiento exacto de su misión de maternidad; su alimentación deficiente, a falta de higiene adecuada, escasez de recursos y no poca de conocimientos, colocan a la mujer obrera, rural o urbana y a la empleada en un plano de inferioridad manifiesta.

La limitación voluntaria de la natalidad en las clases sociales cultas que tantos estragos (unida a los abortos provocados) causó en Francia, también se observa en nuestro medio, haciendo que la mayor parte del crecimiento de la colectividad, en cantidad aunque no en calidad, recaiga sobre las clases humildes; y es en ellas en quienes se observa mayor natalidad y también mayor mortalidad. Problema económico y de cultura.

## QUINTA PARTE

### MORTALIDAD INFANTIL

#### Capítulo Primero

##### EDADES DE LOS NIÑOS

Las edades de los niños muertos, menores de un año, durante el semestre de Enero a Junio de 1943, tomadas de los Registros Civiles de la Capital y de San Pedrito, se distribuyen de la siguiente manera:

Nacieron muertos .....	203
Muertos en la primera semana .....	111
Muertos en el curso y fin del primer mes .....	102
2 meses de edad .....	42
3 meses de edad .....	39
4 meses de edad .....	31
5 meses de edad .....	28
6 meses de edad .....	32
7 meses de edad .....	22
8 meses de edad .....	35
9 meses de edad .....	34
10 meses de edad .....	29
11 meses de edad .....	27
12 meses de edad .....	68
Total .....	803

##### EDADES PREDOMINANTES EN LOS NIÑOS MUERTOS EN EL HOSPITAL

0 años .....	54	6 meses .....	3
Primera semana ...	46	7 " .....	2
1 mes .....	11	8 " .....	0
2 meses .....	2	9 " .....	3
3 " .....	2	10 " .....	3
4 " .....	5	11 " .....	2
5 " .....	0	12 " .....	2

Total: 135 casos.

El hecho de que la mortalidad ascienda un tanto a la edad de un año, según se ve en el primer cuadro, nos parece que se debe a un error en las estadísticas oficiales del Registro Civil al anotar la edad de los niños, pues,

en todos los países, la mortalidad infantil va descendiendo a medida que se avanza en el camino de la vida. Este error ya fué observado en El Salvador, en el estudio hecho sobre este mismo tema, por los Drs. Castro y Funes y presentada al V Congreso Médico Centroamericano celebrado en 1938. Lo mismo hacemos notar respecto a los nacidos muertos sin practicarles autopsia, que constituyen prácticamente la totalidad.●

Se ve por las cifras adjuntas, que más o menos 25.2% de los niños que mueren, menores de un año, nacen muertos; 39.1% no llegan a la primera semana y 51.6% (más de la mitad) no alcanzan el primer mes de vida.

Con razón Bergeron afirmaba que un niño que viene al mundo, tiene menos oportunidades de vivir un año que un viejo de 80 años y menos de vivir una semana que uno de 90.

**SEXO:**

El sexo estudiado en 711 casos dió los resultados siguientes:

Sexo masculino .....	387
Sexo femenino .....	321
Sexo indeterminado .....	3
	<hr/>
Total .....	711

De lo que se desprende que en nuestra capital, mueren más hombres que mujeres en la proporción aproximada de: por cada 100 mujeres, 120 hombres.

## Capítulo Segundo

### ENFERMEDADES PREDOMINANTES

#### 1o. MORTALIDAD INFANTIL EXTRA-HOSPITALARIA

##### a) MORTINATALIDAD:

1) Malformación congénita .....	2 (10%)
2) Muerte in útero .....	8 (40%)
3) Prematuridad .....	2 (10%)
4) Sífilis congénita .....	3 (15%)
5) Maceración .....	4 (20%)
6) Trauma obstétrico .....	1 (5%)

Total..... 20

1) De los dos casos de Malformación congénita, en uno (el No. 86) no pudimos encontrar indicios patológicos en los padres que permitieran dilucidar su origen. En el otro —hidrocéfalo— (No. 17) encontramos, entre los antecedentes de los padres otro niño muerto al nacer, probablemente de Eritroblastosis; y en los cónyuges únicamente consanguinidad, sin signos clínicos ni serológicos de Sífilis, u otra enfermedad que explicara la malformación. Sería interesante que se hicieran en nuestro medio investigaciones sobre la Eritroblastosis y averiguar hasta dónde la consanguinidad de los padres influye en ella como, al parecer, repercutió en la formación.

2) La muerte in útero en los 8 casos se debió, según nuestras investigaciones, a los factores siguientes:

1 (No. 7) por Paludismo materno, falta de reposo y sufrimientos morales grandes en la madre.

1 (No. 55) por enfermedad infecciosa aguda materna (Grippe), sin tratamiento.

2 (Nos. 13 y 51) por infección amniótica debida a ruptura precoz de la bolsa de las aguas, sin tratamiento.

1 (No. 79) por distocia del cordón, sin tratamiento.

1 (No. 2) por mala asistencia obstétrica en presentación podálica.

1 (No. 94) por parto en presentación de nalgas, bien atendido.

1 (No. 91) cuya causa no pudimos encontrar, probablemente trabajo prolongado del parto, niño grande.

3) De los 2 nacidos antes de término, en el No. 106 no pudimos hallar la causa de la prematuridad. En el No. 41 se debió a la falta de asistencia médica y reposo de la madre, a quien le sobrevino una hemorragia uterina con ruptura de la bolsa de las aguas, a los 6 meses y medio de embarazo.

4) En los 3 casos de Sífilis congénita, en uno (No. 80) se trataba de un parto gemelar, habiendo sobrevivido uno de los gemelos. La madre tuvo tratamiento específico durante el embarazo, de manera insuficiente.

Los otros sin antecedentes clínicos en los padres (Sífilis ignorada) y sin asistencia pre-natal en las madres (Nos. 53 y 108). En el No. 53 el parto sobrevino y probablemente también la muerte del niño, debido a una afección pulmonar aguda en la madre (¿Neumonía?) sin tratamiento.

5) En los 4 casos de maceración fetal encontramos 2 (Nos. 16 y 45) en los cuales, fuera de alcoholismo del padre, no pudimos encontrar indicios patológicos. Otro (No. 76) debido a desprendimiento prematuro de la placenta y el último (No. 20), a causa de infección amniótica en la madre, por ruptura precoz de las membranas, sin tratamiento.

6) El niño (No. 34) muerto por trauma obstétrico artificial (aplicación alta de forceps) murió a consecuencia de esta intervención y de trabajo prolongado: tres días y medio, sin tratamiento, hasta la llegada del Médico que intervino.

#### b) MORTALIDAD PRECOZ

1) Asfixia después del parto .....	2 ( 9.09%)
2) Debilidad congénita .....	2 ( 9.09%)
3) Debilidad y Sífilis congénitas .....	3 (13.60%)
4) Prematuridad .....	7 (31.81%)
5) Prematuridad y Sífilis congénita.....	3 (13.60%)
6) Hemorragia intracraneana .....	2 ( 0.09%)
7) Malformación congénita .....	1 ( 4.54%)
8) Causa ignorada .....	2 ( 9.09%)

Total..... 22

1) De los 2 niños muertos debidos a asfixia-después del parto, el No. 60 fué a consecuencia de mala asistencia obstétrica en presentación podálica y el No. 87 se debió a la misma causa en presentación de vértice, con empleo atrevido de drogas peligrosas (Pituitrina, Sulfas). Ambos asistidos por comadronas.

2) Entre los débiles congénitos investigados, en el No. 59 fué debida la debilidad a parto gemelar, falta de reposo y buena alimentación en la madre que presentó albúmina en la orina aún a los 7 días del parto. Sin asistencia médica. En el No. 84 no pudimos encontrar la causa de la debilidad.

3) En los casos de debilidad congénita y Sífilis en los tres, los padres ignoraban su enfermedad y las madres no tuvieron asistencia prenatal. En el No. 67 el padre padece también de Tuberculosis pulmonar.

4) Las causas de la prematuridad y de la muerte observada en 7 casos, se distribuyen como sigue:

2 (Nos. 44 y 64) debidos a enfermedad infecciosa aguda en la madre, (Grippe).

1 (No. 38) a causa de Paludismo materno y mala asistencia obstétrica.

1 (No. 98) por desprendimiento prematuro de la placenta, sin tratamiento.

1 (No. 110) debido a parto gemelar.

2 (Nos. 5 y 62) en donde no encontramos la causa, salvo falta de reposo materno en el No. 62.

Todos sin cuidados post-natales del prematuro.

5) En 3 casos encontramos la Sífilis asociada con la prematuridad. Dos de ellos con certeza y en el tercero (No. 88) de manera dudosa, pues, nos negaron los datos necesarios para poder concluir al respecto.

En el No. 119 encontramos al padre alcohólico; no hubo asistencia prenatal, reposo materno, ni asistencia médica del prematuro. 12 hijos muertos (Sífilis ignorada). En el No. 14 sin asistencia prenatal, ni obstétrica adecuadas, falta de reposo materno. 5 niños muertos. El padre presentó hace algunos años, accidente primario y recedida consecutiva; le recetaron Neo-salvarsán; pero, por falta de recursos, sólo dos inyecciones le fueron administradas.

6) De los dos casos clasificados bajo este título —Hemorragia intracraneana— en la muerte del caso No. 37 intervinieron varios factores: Debilidad congénita, inanición provocada por la falta de alimentos (Leche materna dada por cucharaditas) y hemorragia intra-craneana debida a probable hipoprotrómbinemia, exagerada por estas circunstancias. Sin asistencia médica. El No. 99 se trataba de una niña que nació pesando 11 libras, con alguna dificultad en el periodo de expulsión. Vivió 3 días; fué atendida por médico que, al notar que presentaba accesos de rigidez, diagnosticó ATREPSIA. (A los 3 días de nacida).

7) En este caso (No. 112) no nos fué posible descubrir la causa de la deformación congénita (Anencefalia). Sin asistencia prenatal ni obstétrica. Falta de reposo materno.

8) En los niños muertos por causa ignorada, encontramos en el No. 30 alcoholismo del padre, sin asistencia obstétrica adecuada ni reposo materno; y en el No. 26 sin asistencia prenatal ni obstétrica adecuadas, falta de reposo materno.

#### c) MORTALIDAD INFANTIL

(Edad: 1 semana a 1 año)

Nos permitimos separar de la mortalidad infantil propiamente dicha, la mortalidad precoz ya detallada, para poder dilucidar cuáles son los principales peligros que se ciernen sobre el niño, en su primera semana (Más adelante, trataremos de hacer un cuadro definitivo).

Las causas principales de la muerte en los 79 niños que estudiamos —de 1 semana a 1 año— se agrupan así:

1) Bronconeumonía .....	32	(40.50%)
2) Trastornos digestivos y de la nutrición .....	20	(25.31%)
3) Debilidad congénita .....	8	(10.12%)
4) Prematuridad .....	7	
5) Enfermedades infecciosas no específicas (Fuera de las respiratorias) .....	3	(3.79%)
6) Tuberculosis pulmonar .....	2	(2.53%)
7) Sífilis congénita .....	2	(2.53%)
8) Meningitis tuberculosa .....	2	(2.53%)
9) Malformación congénita .....	1	(1.25%)
10) Causa ignorada .....	2	(2.53%)

Total..... 79

1 Los 32 casos de Bronconeumonía se observaron en niños cuya edad estaba comprendida entre 1 mes y medio y 11 meses.

- 6 debidas a Sarampión.
- 3 debidas a Coqueluche.
- 7 debidas a Grippe.
- 2 consecutivas a Ectima.
- 2 consecutivas a Atrepsia.
- 2 asociadas a Sífilis congénita.
- 5 asociadas a Prematuridad (Niños de 1 a 3 meses)
- 5 asociadas a Debilidad congénita (Niños de 1 a 3 meses).

Todos sin asistencia médica, en la enfermedad primitiva ni en la complicación, salvo el No. 73 con asistencia médica tardía, el No. 33 con asistencia médica en la Casa Central, en cuya Sala Cuna adquirió la enfermedad primitiva (tos ferina), el No. 31 atendido en el Hospital General y el No. 95 con asistencia médica particular. (Total: 4 casos de 32, con Asistencia médica más o menos adecuada).

2) Los 20 casos debidos a trastornos digestivos y de la nutrición, los observamos en niños de 3 meses a 1 año. De estos sólo 7 casos fueron atendidos médicamente de manera más o menos satisfactoria. El resto sin asistencia médica.

Respecto a la alimentación, que tiene tanta influencia en la génesis de los trastornos digestivos y de la nutrición, encontramos:

Lactancia materna mal dirigida.....	} Exclusiva ..... 3 Asociada a otros alimentos (Leche de vaca, atoles, sopas, jugos de frutas y hasta «chicharrones»!!) ..... 11
Lactancia materna bien dirigida .....	
Lactancia artificial .....	} Exclusiva ..... 1 Asociada a otros alimentos ..... 3

3) Encontramos 8 casos de debilidad congénita en niños de 14 días a 3 meses de edad. Ninguno, salvo el No. 50, con asistencia médica.

3 (Nos. 61, 75 y 89) cuya muerte fué debida a hemorragia intracraneana, frecuente en esta clase de niños, por fragilidad de los vasos. En uno de ellos (No. 61) el padre acababa de morir de Tuberculosis pulmonar y la madre se encontraba en estado de miseria fisiológica.

1 (No. 24) en el cual además de embarazo gemelar que causó la debilidad congénita, encontramos lactancia artificial mal dirigida, que determinó una Atrepsia, la cual a su vez, causó la muerte.

1) (No. 52) en donde la debilidad se debió a albuminuria gravídica, sin tratamiento.

3 (Nos. 1-71 y 104) en donde la debilidad congénita se debió: en el 1o. en donde, fuera de Tuberculosis pulmonar en el padre y falta de reposo y buena alimentación en la madre, no encontramos otra causa; en el 2o. debida a gemelidad y albuminuria gravídica (El otro gemelo (No. 59) murió también, correspondiendo la observación por su edad, a la mortalidad precoz); por último, el 3o. debida a paludismo materno durante el embarazo.

Los tres casos además de presentar debilidad congénita, murieron prácticamente DE INANICION, pues, durante 22, 14 y 14 días que vivieron respec-

tivamente, no tomaron más alimento que AGUAS DE ARROZ, CEBADA O MAIZ (!!!)

Respecto a la clase de alimentación en los 8 casos, fué

3 sin alimentación.

3 con lactancia materna bien dirigida.

1 con lactancia materna mal dirigida.

1 con lactancia artificial.

4) Estudiamos 7 casos de prematuridad comprendidos en niños de 8 días a 1 mes de edad. Ninguno recibió cuidados adecuados. Respecto al género de alimentación, encontramos:

3 con lactancia materna mal dirigida.

1 con lactancia artificial por muerte de la madre.

3 (De 8 días, 9 días y 1 mes) que prácticamente murieron de inanición, pues no tomaron alimento. El de 1 mes (No. 18), p. ej., estuvo todo el tiempo alimentado con AGUA DE CEBADA (i):

5) Los 3 casos clasificados como muertos por enfermedades infecciosas no específicas, fuera de las respiratorias, se distribuyen así:

1 (No. 100) a causa de septicemia en un débil congénito, cuyo origen no pudimos encontrar. Fué atendido por médico de manera defectuosa. Encontramos antecedentes dudosos de Sífilis en la madre, aunque su Sero-reacción fué negativa.

1 (No. 65) cuya muerte se debió a encefalitis aguda consecutiva a trastornos gastrointestinales graves. Tuvo asistencia médica defectuosa, haciendo uno de los médicos las prescripciones a distancia.

1 (No. 120) muerto a consecuencia de una infección aguda del escroto, tratada sin éxito en el Hospital General.

6) En los casos fallecidos por Tuberculosis pulmonar, el foco de contagio probable en el No. 118 fué encontrado en ambos padres; al niño le sobrevino hipotrepia marcada. En el No. 40 el foco fué encontrado en la madre, padeciendo el padre de Sífilis desde hace 2 años. Tuberculosis y Sífilis que, viniendo de sus progenitores, formaron en el niño una simbiosis trágica que causó su muerte por Bronconeumonía tuberculosa. Ambos casos sin asistencia médica, aunque uno la tuvo 5 días antes de su muerte.

7) En los 2 casos de Sífilis congénita maligna precoz que encontramos: el No. 8 ambos cónyuges aparecieron con reacción de Wassermann positiva. La madre fué tratada insuficientemente durante el embarazo, sobreviniéndole el parto al 7o. mes, debido a una inyección de Neosalvarsán, de las cuales sólo se le administraron tres. El padre, además, alcohólico. En el No. 22 se trataba de un contagio conyugal provocado por el padre que después abandonó a la madre del niño. Ésta tuvo tratamiento insuficiente durante el embarazo.

8) En los 2 casos muertos a causa de Meningitis tuberculosa, encontramos en el No. 93 Tuberculosis pulmonar en el niño, consecutiva a Sarampión y con un foco de contaminación claro en ambos padres; el otro (No. 102) en donde no nos fué posible encontrar el foco de contagio. Ambos sin asistencia médica.

9) El niño muerto por malformación congénita (No. 35), aunque no encontramos la causa de ella (Labio leporino 2o. grado), fuera de paludismo materno durante el embarazo, fué atendido por Médico que diagnosticó «Nefritis aguda» por edemas que aparecieron en las extremidades inferiores al sobrevenir la carencia alimenticia, murió de inanición, pues a consecuencia de su mal for-

mación, no pudo mamar y no fué alimentado con sonda u otro medio adecuado.  
 10) Por último encontramos 2 casos (Nos. 15 y 42) cuyas causas de muerte no pudimos encontrar (2 y 3 meses de edad, respectivamente)

## 2o. MORTALIDAD INFANTIL INTRA-HOSPITALARIA

Para investigar las causas de muerte en los niños fallecidos en el Hospital, practicamos la autopsia clínica de manera sistemática, en 135 de ellos y recurrimos a los exámenes de Anatomía patológica microscópica, cuando el caso era necesario. Dimos especial interés a la investigación de Sífilis congénita en el cadáver, practicando la autopsia de los niños sospechosos en colaboración con el Dr. Infierni Efraín Azmitia, quien tiene en preparación un magnífico estudio sobre este tema y en su oportunidad, publicará sus resultados.

### a) MORTINATALIDAD

1) Deformación congénita .....	9
2) Trauma obstétrico .....	4
3) Maceración .....	16
4) Prematuridad .....	15
5) Debilidad congénita .....	3
6) Asfixia intra-uterina .....	7
	—
Total.....	54

1) En los 9 niños muertos por deformación congénita, encontramos:  
 5) (Obs. 1, 25, 26, 27 y 33) en los cuales no se comprobó la causa de la deformación (Anencefalia).

2) (Obs. Nos. 28 y 52) debidos a Sífilis congénita. El primero se trataba de un niño con una vejiga gigante que provocó en ocasión del parto, una distocia de causa fetal (distocia de vientre). Encontramos en él riñones poli-quísticos, atrepsia anal y rectal, bazo de 4 grs. y línea epífiso-diafisaria del femur normal. El examen serológico de la sangre materna y placentaria fué positivo. El segundo, anencéfalo, bazo con 5 grs. de peso, línea epífiso-diafisaria normal. El examen histológico del hígado y de la placenta reveló signos de Sífilis y la sero-reacción materna fué negativa. Se ve que en ambos niños, el criterio para asegurar la Sífilis congénita no es completamente seguro; pero, sí tiene bastantes probabilidades en favor de ella, máxime que no encontramos otras causas a las cuales imputar la malformación.

1) (No. 19) anencéfalo, el cual fuera de una hemorragia uterina de la madre; durante el embarazo y en la autopsia del niño, una esplenomegalia de 10 grs. (¿lúes? ¿Paludismo?) no encontramos otra causa a qué atribuir la malformación.

1) (No. 81) anencéfalo, debido quizás, a paludismo agudo en la madre, durante el embarazo. En la autopsia del niño, encontramos esplenomegalia de 10 grs.

2) En los 4 casos de niños muertos por trauma obstétrico artificial, todos eran a término y su peso y talla pasaban de 3 kgrs. y 50 cms. respectivamente, salvo un prematuro de 2.225 grs.

2) (Nos. 16 y 98) en los cuales se aplicó fórceps a causa de trabajo prolonga-

do del parto y fatiga consiguiente de la madre. En la autopsia encontramos lesiones hemorrágicas intra-cranéanas y signos de asfixia intra-uterina.

2 (Nos. 125 y 126) muertos por la embriotomía ejecutada, debido a hidrocefalia fetal.

3) Los 16 casos de maceración intra-uterina, se agrupan así:

5 (Nos. 8, 44, 45, 31 y 92) a consecuencia de Sífilis congénita.

4 (Nos. 24, 50, 91 y 97) a causa de infección amniótica por ruptura precoz de la bolsa de las aguas.

1 (No. 41) por infección amniótica y sífilis congénita.

2 (Nos. 23 y 93) por tuberculosis pulmonar de la madre.

1 (No. 111) en el cual la muerte in útero y la maceración consecutiva se debió a una emoción violenta y cólicos hepáticos en la madre; se suspendieron los movimientos fetales y a los 8 días nació el niño muerto.

3 (Nos. 22, 42) de causa ignorada.

4) Los 15 prematuros encontrados se catalogan así:

Prematuros accidentales 5

Prematuros con taras 10

En los con taras la prematuridad se debió:

1 por Sarampión en la madre.

2 por Tuberculosis pulmonar en la madre y alcoholismo en el padre.

4 por Sífilis en la madre.

1 por Sífilis y alcoholismo en el padre y tuberculosis pulmonar en la madre.

2 por alcoholismo en el padre.

El peso de todos los prematuros varió de 1000 grs. a 2560 grs. y la talla de 34 a 49 cms. (Hubo uno de 51 cms. con un peso de 1600 grs.)

De estos 15 niños, 8 presentaron en la autopsia lesiones hemorrágicas intracraneanas, sobre todo meníngeas, índice de una gran fragilidad vascular.

5) En los 3 niños muertos por debilidad congénita el peso fué de 2250 grs. a 2570 grs. y a la autopsia se les encontró lesiones hemorrágicas intracraneanas y signos de asfixia intrauterina.

En 1 (No. 64) la debilidad fué debida a sífilis congénita: bazo 17 grs., línea epífiso-diafisaria positiva de sífilis así como los exámenes histológicos del bazo e hígado. Sero-reacción de la madre, positiva.

En 2, fuera de la falta de reposo materno, no se encontró otra causa de la debilidad.

6) Los 7 niños muertos a consecuencia de asfixia intra-uterina, se distribuyen de la siguiente manera:

4 (Nos. 21, 49, 89 y 96) debida a trabajo prolongado, 2 en presentación podálica y 2 en presentación de vértice. Duración del trabajo: 15, 34, 21 y 72 horas respectivamente.

1 (No. 48) a consecuencia de procidencia del cordón y en la madre ruptura uterina debido a la cual ella también murió.

1 (No. 40) cuya madre ingresó al Hospital procedente de Villa Nueva, en coma eclámpico, muriendo también. El niño fué extraído al hacer la autopsia de la madre.

1 (No. 112) cuya muerte se debió a tifus en la madre. Fué extraído por embriotomía.

b) MORTALIDAD PRECOZ

1) Prematuridad .....	25
2) Debilidad congénita .....	10
3) Trauma obstétrico .....	6
4) Ictericia grave .....	2
5) Bronconeumonía .....	2
6) Asfixia por sofocación .....	1
<hr/>	
Total .....	46

1) En los 25 casos de prematuridad, el peso osciló de 810 a 2375 grs. y la talla de 34 a 47 cms.

Fué debida a:

4 casos por Sífilis congénita.

1 (No. 15) por insuficiencia endócrina marcada en la madre (Infantilismo genital, una menstruación en toda la vida, una sola gestación y 23 años de edad) unida a mala alimentación y falta de reposo materno.

2 (Nos. 57 y 58) por parto triple y cáncer de la lengua en la madre.

1 (No. 4) por parto triple.

2 (Nos. 20 y 88) por páludismo en la madre durante el embarazo.

1 (No. 94) a hemorragias repetidas durante el embarazo en la madre y falta de reposo.

1 (No. 75) a hidramnios.

1 (No. 78) a cólicos hepáticos y tratamientos opoterápicos, (hormona folicular) intempestivos en la madre.

1 (No. 65) a emociones muy intensas en la madre.

1 (No. 76) a trabajo materno muy fuerte.

10 debida a causa ignorada.

La muerte además de ser producida por la prematuridad, fué provocada —fuera de los fallecidos por sífilis congénita— por bronconeumonía, lesiones hemorrágicas intracraneanas y a la falta de cuidados adecuados a los prematuros, ya que el Hospital General carece de un servicio de esta naturaleza y cuya organización se hace urgente e indispensable. En uno de ellos (No. 75) la muerte se debió a maniobras tan bruscas de respiración artificial, que se le practicaron al tratar de reanimarlo, que provocaron ruptura del hígado.

2) En los 10 niños muertos por debilidad congénita, encontramos:

Debilidad seria (2o. grado)	5 (2500 a 2000 grs.)
Debilidad grave (3er. grado)	5 (menos de 200 grs)

La debilidad se debió:

3 (Nos. 3, 10 y 102) a partó triple en el primero y gemelidad en los dos últimos. En el segundo, también sarampión en la madre.

2 (Nos. 11 y 12) a sífilis congénita y en el No. 11 también a edad avanzada del padre (60 años) y en el 12 alcoholismo del padre.

1 (No. 72) a enfermedad mental de la madre.

4 a causa ignorada.

Todos murieron no sólo a consecuencia de su debilidad sino también de bidó a: sífilis congénita (2 casos), bronconeumonía (3 casos), hematoma supurado intra-craneano (1 caso), lesiones hemorrágicas intracraneanas (3 casos) y edema agudo del pulmón (1 caso).

3) Los 6 casos que murieron a consecuencia de traumatismo obstétrico artificial, se clasifican así:

- 2 muertos a consecuencia de fórceps aplicado por fatiga de la madre.
- 1 muerte a consecuencia de fórceps y cesárea (por trabajo prolongado).
- 2 muertos a consecuencia de versión por maniobras internas; uno de ellos (No. 117) con sífilis congénita.
- 1 muerto a consecuencia de basiotripsia en un hidrocefalo.

Todos presentaron en la autopsia, lesiones hemorrágicas intracraneanas.

4) Los 2 niños muertos por ictericia grave vivieron 7 y 6 días; uno de ellos (No. 116), débil congénito, 1730 grs. de peso y 45 cms. de talla, tuvo una hemorragia del cordón a los 5 días. A la autopsia lesiones de asfixia. El otro (No. 115) además de la ictericia, presentaba lesiones bronconeumónicas. Ambos negativos de sífilis.

5) Los 2 niños muertos por bronconeumonía, vivieron 27 horas y 7 días respectivamente. Uno de ellos nació con aplicación de fórceps después de 67 horas de trabajo, y el otro era un débil congénito (1380 grs. de peso) a consecuencia de un parto triple.

6) El niño cuya muerte fue debida a asfixia por sofocación, vivió 6 días y la asfixia sobrevino a consecuencia de restos alimenticios que se encontraron en las vías respiratorias al practicar la autopsia.

c) MORTALIDAD INFANTIL. (De 1 semana a 1 año de edad).

1) Trastornos digestivos y de la nutrición .....	14
2) Bronconeumonía y neumonía .....	3
3) Enfermedades infecciosas no específicas .....	5
4) Debilidad congénita .....	3
5) Ictericia grave .....	2
6) Meningitis tuberculosa .....	3
7) Tuberculosis miliar generalizada .....	1
8) Trauma obstétrico artificial .....	2
9) Asfixia por sofocación .....	1
10) Hemorragia intrarraquídea intracraneana postoperatoria .....	1

Total..... 35

1) Las edades de los 14 niños muertos por trastornos digestivos y de la nutrición, variaron de 1 mes y medio a 1 año.

3 murieron a consecuencia de gastroenteritis.

1 a consecuencia de gastroenteritis y bronconeumonía.

6 a consecuencia de atrepsia.

4 a consecuencia de toxicosis.

2) Los 3 muertos por enfermedades respiratorias no específicas se clasifican así:

1 por neumonía lobular.

1 por bronconeumonía en un débil congénito.

- 1 por bronconeumonía y sífilis cong. en un prematuro.
- 3) 5 murieron a consecuencia de enfermedades infecciosas no específicas, fuera de las respiratorias.
  - 1 de 4 meses de edad (No. 133) debido a un flegmón látero y retro-faríngeo.
  - 1 de 6 meses (No. 85), débil congénito, muerto a consecuencia de tromboflebitis del seno lateral y absceso intra-craneano. Encontramos además, sífilis congénita como causa de la debilidad.
- 2 (Nos. 101 y 129) de 40 días y 11 meses, respectivamente. El primero, débil congénito, murió a consecuencia de peritonitis purulenta aguda, presentando un absceso hepático que ocupaba casi todo el órgano; infección cuyo origen probablemente fué umbilical. El segundo murió también de peritonitis aguda provocada por parasitismo intestinal intenso, sin perforación, (más de 150 ascárides obstruyendo la luz intestinal).
  - 1 (No. 55), débil congénito, de 1 mes de edad, murió a consecuencia de séptico-piohemia, con abscesos múltiples en los órganos, derrames purulentos pleurales y pericárdicos y bronconeumonía.
  - 4) Los 3 niños muertos por debilidad congénita, de 9 días, 40 días y 2 meses y medio de edad, presentaron un peso de 1150, 1850 y 2080 grs. respectivamente, (Nos. 106, 82 y 62). El primero con hematoma supurado intra-craneano y el segundo, atrésico y con reacción de Wassermann positiva en la madre.
  - 5) Los 2 niños muertos de ictericia grave, ambos de 6 meses, ingresaron en muy mal estado al Hospital. En la autopsia se les encontró degeneración grasosa total del hígado, signos de nefrosis y complejo primario tuberculoso en los pulmones.
  - 6) 3 niños murieron de meningitis tuberculosa; uno de ellos (No. 29) con hidrocefalia interna muy marcada. La edad de los mismos era de 9 meses en dos y 1 año en el tercero.
  - 7) 1 niño de 7 meses murió de tuberculosis miliar, generalizada al encéfalo, pulmones y órganos abdominales.
  - 8) 2 murieron a consecuencia de trauma obstétrico artificial. Ambos débiles congénitos de 1500 y 1730 grs. de peso y de 8 días y 10 días de edad, respectivamente. El No. 9 nació mediante versión por maniobras internas y era gemelo con otro que murió más tarde, fuera del Hospital, a la edad de 2 meses. Se encontró en la autopsia hemorragia meníngea. El No. 2 después de 72 horas de trabajo del parto se aplicó fórceps; a los 6 días presentó fiebre de 40° y diarrea, Murió 4 días más tarde y en la autopsia presentó un infarto hemorrágico bilateral en ambos pulmones; lesión que se explica por una trombosis venosa intracraneal provocada por la aplicación de fórceps.
  - 9) El niño muerto a consecuencia de asfixia por sofocación (No. 14), de 3 meses de edad, murió fuera del hospital. No pudo establecerse si la asfixia fué debida a un velo que la madre inadecuadamente le colocó encima para cubrirlo, o a consecuencia de la hipertrofia del timo que se encontró en la autopsia. (Peso 40 grs.)
  - 10) El niño muerto por hemorragia intrarraquídea e intracraneana post-operatoria, era de 4 meses de edad (No. 63) y la intervención a que se le sometió fué debida a una espina bífida sacro-lumbar. La muerte ocurrió a las 15 horas de operado y con escasos síntomas (postración y fiebre de 38°).

## Capítulo Tercero

### CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD INFANTIL

#### a) ASISTENCIA MEDICA DEL NIÑO

La asistencia de 121 niños, muertos menores de un año, se resumen así:

- 1o.—90 sin asistencia médica alguna (74.38%).
- 2o.—31 con asistencia médica (25.6%).

De los niños muertos con asistencia médica, haremos observar que la investigación nos indicó que sólo 35.4% de los mismos la tuvieron correcta; otros 35.4% fueron mal atendidos; 12.9% con asistencia médica relativa y 16.1% asistidos, también de manera relativa, en Consultorios abiertos al público por entidades particulares.

Resulta desconsolador que de los 121 niños muertos, sólo 9.09% hayan tenido asistencia médica completa y correcta. ¡Cuántas muertes se habrían evitado y se seguirían evitando si la acción bienhechora de los facultativos se extendiera a todos por igual! No podemos atribuir esto sino a un fenómeno puramente económico y de cultura popular, pues es bien sabido que en la capital están concentrados la mayor parte de los médicos de la República. Ni siquiera nos atrevemos a pensar en lo que sucede en los departamentos. Según el último Censo de la República existen actualmente 312 Médicos y Cirujanos, en todo el país, de los cuales 192 residen en el Departamento de Guatemala. (Más de la mitad). Comparando estas cifras con el número de habitantes de este Departamento y del resto de la República resultan:

- 1 Médico por cada 1653 habitantes en el Departamento de Guatemala.
- 1 Médico por cada 10.523 habitantes para el resto de la República.

#### b) ASISTENCIA DEL PARTO

En los 121 estudiados, encontramos los siguientes datos respecto a la asistencia obstétrica:

- 1o.—55 niños nacidos con asistencia empírica 45.4%
- 2o.— 8 niños nacidos sin asistencia obstétrica 6.6%.
- 3o.—28 niños nacidos con asistencia médica 21.1%, de los cuales: 19 lo fueron por Comadronas y 9 por médicos.
- 4o.—30 niños nacidos con asistencia en el hospital 25.6%.

1o.—La asistencia empírica observada en 45.4% de los casos es desconsoladora. De los 55 casos así atendidos encontramos:

- 2 con uso de guantes y colirio (Limón).
- 9 con uso únicamente de colirio (Limón).
- 20 sin precauciones asépticas de ninguna clase.
- 24 que no pudimos obtener datos respecto a la conducta de las actantes.

Suman 29 los casos que no fueron atendidos debidamente, es decir, 52.72% de la asistencia empírica es defectuosa en lo que se refiere a la asepsia y antisepsia; ya no digamos en lo que concierne a la técnica obstétrica en donde se tropieza con verdaderos desastres que causan buen número de muertes infantiles o maternas. En ninguno de los casos revisados encontramos que la partera (titulada o no), haya dado consejos de puericultura a las madres, respecto a la higiene y alimentación del recién nacido, como era su deber.

Si esto sucede en la capital, ¿qué sucederá en las zonas rurales de la República? Los comentarios están por demás.

2o.—Sin asistencia obstétrica alguna, encontramos 6.6% de los casos que, unidos a los asistidos empíricamente, hacen un 52% de la asistencia del parto completamente inadecuada. Al hablar de la natalidad vimos que las proporciones son mayores.

3o.—De los 28 niños atendidos médicamente encontramos 9 asistidos por Médicos y 19 por Comadronas tituladas.

Las mismas consideraciones hechas a propósito de la asistencia empírica, hacemos notar aquí, aunque con más restricciones, en lo relativo a la asistencia por Comadronas, que a pesar de poseer los conocimientos técnicos necesarios de asepsia, antisepsia y de obstetricia, no proceden siempre de acuerdo con ellos.

#### c) ESTADO DE SALUD DE LOS PADRES

(Tuberculosis, Sífilis, Paludismo, Alcoholismo, otras enfermedades).

Entre las 121 observaciones encontramos:

74 padres sanos .....	61.15%
47 padres enfermos .....	38.84%

#### SIFILIS

Pura .....	}	Madre.....	4
		Padre.....	1
		Ambos.....	3
Asociada con tuberculosis pulmonar .....	}	Padre.....	1
		Ambos.....	1
Asociada con paludismo .....		Padre.....	1
Asociada con alcoholismo del padre .....	}	Madre.....	1
		Ambos.....	3
Asociada con alcoholismo del padre y de la madre.....		Ambos.....	1

Resumen: 13.23% de la totalidad de los casos estudiados.

#### TUBERCULOSIS PULMONAR

Pura.....	}	Madre.....	4
		Padre.....	2
		Ambos.....	1
Asociada con sífilis .....	}	Madre.....	1
		Padre.....	1
Asociada con paludismo .....			0

Asociada con alcoholismo del padre .....	}	Padre.....	2
		Ambos.....	1

Resumen: 9.90% de la totalidad de los casos estudiados.

#### PALUDISMO

Puro.....	}	Madre.....	3
		Padre.....	1

Asociado con sífilis .....	Padre.....	1
----------------------------	------------	---

Asociado con tuberculosis pulmonar.....		0
---	--	---

Asociado con alcoholismo del padre.....	Madre.....	1
---	------------	---

Asociado con alcoholismo del padre y sífilis en ambos cónyuges .....		1
--	--	---

Resumen: 5.78% de la totalidad de los casos observados.

#### ALCOHOLISMO

Hacemos notar que no encontramos ni un solo caso de alcoholismo en madres. En cambio, observamos a veces, al llegar a hacer la investigación, al padre ebrio y, según el interrogatorio, muchos niños fueron concebidos en estado de embriaguez.

Puro .....		13
------------	--	----

Asociado con sífilis .....	}	Madre.....	1
		Ambos.....	3

Asociado con tuberculosis pulmonar .....	}	Padre.....	2
		Ambos.....	1

Asociado con paludismo .....	}	Madre.....	1
Asociado con paludismo de la madre y sífilis en ambos..			

Resumen: 18.17% de la totalidad de los casos observados.

#### OTRAS ENFERMEDADES

Epilepsia materna .....	1
Psicosis puerperal .....	1
Insuficiencia cardíaca de la madre (mortal) .....	1
Septicemia puerperal (mortal) .....	1

d) — EDADES DE LOS PADRES.

MADRE:

15 a 20 años .....	21	36 a 40 años .....	11
21 a 25 años .....	31	41 a 45 años .....	6
26 a 30 años .....	28	46 o más años .....	1
31 a 35 años .....	17	Ignorada .....	6

Total: 121.

De los 21 a los 25 años en las madres es en donde se observa mayor mortalidad infantil.

PADRE:

18 a 20 años .....	6	36 a 40 años .....	12
21 a 25 años .....	24	41 a 45 años .....	6
26 a 30 años .....	29	46 o más años .....	4
31 a 35 años .....	18	Ignorada .....	22

Total: 121.

e) DIFERENCIA DE EDADES ENTRE LOS PADRES...

1) Edades iguales .....	4	4) 11 a 15 años .....	7
2) 1 a 5 años .....	59	5) Más de 15 años .....	6
3) 6 a 10 años .....	22	6) Ignorada .....	23

Cuando la diferencia de las edades de los padres es de 1 a 5 años, se observa mayor mortalidad infantil.

f) ASISTENCIA PRENATAL

Los cuidados prenatales en las madres de los 121 niños muertos, los encontramos distribuidos en la siguiente forma:

1) Sin asistencia prenatal 85 casos (70.24%), de los cuales en 39 (45.88%) los progenitores estaban enfermos (Sifilís, Tuberculosis, etc.) El resto con padres sanos.

2) Con asistencia prenatal, 26 casos (21.48%) de los cuales 14 fueron atendidos por Médicos y 12 gratuitamente en los Consultorios del Hospital General o de la Casa del Niño.

3) Con asistencia prenatal deficiente. 10 casos (8.26%).

Resumen: 78.50% de los casos carecen de cuidados prenatales.

g) ALIMENTACION DE LOS NIÑOS

(En 87 casos solamente, pues excluimos los nacidos muertos y los que murieron en las primeras 24 horas).

10.—Lactancia materna exclusiva (Niños de 3 días a 1 mes de edad).

Bien dirigida .....	12
Mal dirigida .....	29

Total..... 41

20.—Alimentación mixta (Niños de 6 días a 1 año de edad):

Leche de vaca y otros alimentos .....	10
Sólo leche de vaca (natural o en polvo) .....	1
Sólo otros alimentos, sin leche .....	19
<b>Total</b> .....	<b>30</b>

Bien dirigida .....	5
Mal dirigida .....	25
<b>Total</b> .....	<b>30</b>

En el calificativo de «otros alimentos» hacemos figurar sopas o atoles fabricados a base de hidratos de carbono, en su mayoría arroz y cebada; jugos de frutas, panela, aceite de oliva, jarabe de ruibarbo, anís, ruda, «chicharrones», frijoles, etc.

30. Lactancia artificial (Niños de 1 mes a 9 meses de edad):

Leche de vaca (natural o en polvo) .....	5
Leche de vaca asociada a otros alimentos .....	4
<b>Total</b> .....	<b>9</b>

Bien dirigida .....	4
Mal dirigida .....	5
<b>Total</b> .....	<b>9</b>

40.—Sin ningún alimento lácteo, sustituido por aguas de cebada, maíz o arroz (Niños de 7 días a 1 mes de edad) 4.

50.—Sin nada de alimentación (4 días a 8 días de edad) 3.

Resumiendo: 75.8% de los niños en edad de ser alimentados, tuvieron una alimentación defectuosa.

h) ALIMENTACION DE LA MADRE

(Durante el embarazo y fuera de él).

Interrogamos a 84 madres respecto a su género de alimentación habitual, insistiendo especialmente sobre si en su régimen se encontraban: leche, huevos, carne y fruta. En la gran mayoría, la base de su alimentación cotidiana la constituyen el frijol, verduras, atoles, arroz, pan y tortillas; algunas se alimentan con leche.

Encontramos:

49 con alimentación buena, (leche, carne, huevos, verduras, etc.)

5 en donde la leche, carne y huevos forman parte de su régimen de vez en cuando

30 con alimentación a base de arroz, verdura, frijol, pan y tortilla

i) NUMERO DEL PARTO Y DE LA GESTACION QUE LE CORRESPONDE A LOS NIÑOS ESTUDIADOS

PARTO		GESTACION	
No. 1	30 casos	No. 1	29 casos
No. 2	23 "	No. 2	23 "
No. 3	21 "	No. 3	21 "
No. 4	9 "	No. 4	10 "
No. 5	12 "	No. 5	10 "
No. 6	5 "	No. 6	5 "
No. 7	11 "	No. 7	11 "
No. 8	2 "	No. 8	2 "
No. 9	2 "	No. 9	2 "
No. 10	1 "	No. 10	1 "
No. 11	1 "	No. 11	1 "
No. 12	1 "	No. 12	2 "
No. 13	0 "	No. 13	1 "
No. 14	1 "	No. 14	1 "
No. 15	1 "	No. 15	1 "
Total		120	

La divergencia entre las cifras de partos y gestaciones, se debe a los abortos que 11 de las 120 madres, presentaron en su historia. Dichos abortos se agrupan así, (haciendo constar que en ninguna de las madres encontramos la Sífilis como causante de los mismos):

1 aborto	7 madres.
2 abortos	1 madre.
3 abortos	3 madres.

Haciendo un total de 18 gestaciones interrumpidas en 120 mujeres (15%).

De lo arriba expuesto se deduce que en donde se observó mayor mortalidad fué en el 1o., 2o., 3o., 5o., y 7o. partos en orden decreciente. Siendo el primer parto por razones obstétricas, el más peligroso para la vida del niño, según dicen los autores, lo más natural sería que la muerte en estos niños sobreviniera al nacimiento o en la primera semana de vida en su mayoría. Sin embargo, nosotros encontramos en los 30 niños muertos en el primer parto, las siguientes edades:

Nacieron muertos	4
Murieron en la semana	6
Murieron de 6 días a un año	20

Lo que contradice lo afirmado arriba.

j) HIJO VIVO

El niño muerto motivo del estudio, habría sido, si hubiera vivido, el hijo

No.:		
1 en	42	madres
2 en	35	"
3 en	16	"

4 en .....	11 madres
5 en .....	7 „
6 en .....	5 „
7 en .....	1 „
8 en .....	1 „
9 en .....	1 „
15 en .....	1 „

Total: 120 madres

Como se ve en el cuadro de arriba, es en las madres con menos hijos en donde se observa mayor mortalidad infantil, probablemente por ser las más inexpertas en lo que se refiere a la higiene y alimentación de los niños.

k)—FAMILIAS CON NIÑOS MUERTOS EN OTRAS OCASIONES.

De 119 familias encontramos 53 sin antecedentes de otros niños muertos en ocasiones anteriores; el resto con los resultados siguientes:

Con 1 niño muerto .....	33
Con 2 niños muertos .....	15
Con 3 „ „ .....	5
Con 4 „ „ .....	4
Con 5 „ „ .....	4
Con 6 „ „ .....	3
Con 8 „ „ .....	1
Con 11 „ „ .....	1

Total ..... 66

Observamos que en 55.46% de los casos ya habían pasado las madres por trances semejantes al que nos hizo llegar a visitarlas. Analizando los resultados, vemos la misma conclusión que expusimos en el párrafo anterior, es decir, que les mueren más niños a las madres a quienes anteriormente se les han muerto menos; debido sin duda, a su propia ignorancia respecto al modo de cuidarlos, tanto sanos como enfermos.

l)—REPOSO DE LA MADRE ANTES DEL PARTO Y DESPUES DE EL.

En lo relativo a este punto tan necesario por no decir indispensable, para la salud del niño y de la madre, encontramos los resultados siguientes:

Reposaron antes del parto y después de él .....	32 madres
Reposo relativo .....	13 „
Reposo obligado por enfermedad .....	1 „
No reposaron .....	75 „

Total: 121 madres

En resumen: 61.98% de las madres no reposaron.

m)—CONDICION DE LOS NIÑOS FALLECIDOS.

(Legítimos, ilegítimos o reconocidos).

La mortalidad infantil paga en Guatemala un pesado tributo a la

ilegitimidad, como sucede en la mayoría de los países latinoamericanos. La ilegitimidad como decía el Profesor Morzone: «No es una crisis de la infancia, sino una crisis de la familia»; de tal manera que, privado el niño del apoyo moral y material más grande que tiene —el hogar— fácil es comprender que los peligros que se ciernen sobre la infancia, se ceban con más saña en él, que se encuentra desatendido, en manos de una madre sola, abandonada, con la necesidad imperiosa de ganar la vida de ella, la de su hijo y tal vez, con más niños todavía. Es ésto y el abandono de la mujer, una de las faltas más graves que se le pueden enrostrar al hombre de nuestro actual mundo civilizado.

Son dolorosas, pero resplandecientes de verdad las palabras del Profesor Zembach, cuando dice: «Hay un hecho vergonzoso que la Humanidad debe rectificar y es que el azar o la desgracia decidan, en la mayoría de los casos, la procreación de un ser humano».

En el curso de nuestro estudio encontramos:

73	niños	muertos	ilegítimos
18	„	„	reconocidos
30	„	„	legítimos

Lo que hace que 60.33% de los niños muertos carezcan de padre responsable legalmente.

#### n) — PROFESION DE LOS PADRES.

Para hacer la agrupación de las profesiones, adoptamos la clasificación que presenta el último censo de la república, levantado en 1940.

##### 10. PADRE

1) Agricultura		
Jardinero .....	1	
Jornalero .....	7	
Agricultor .....	2	10
2) Industrias alimenticias		
Panificador .....	5	
Carnicero .....	5	10
3) Indumentaria		
Sastre .....	3	3
4) Construcción y decoración		
Albañil .....	23	
Fabricante de adobes .....	1	
Pintor .....	1	25
5) Maderas		
Aserrador .....	1	
Carpintero .....	5	6
6) Metales		
Mecánico .....	4	
Operador de cine .....	1	
Hojalatero .....	1	
Fundidor .....	1	7
7) Pielés y cueros		
Zapatero .....	7	

	Talabartero .....	1	8
8)	Tejidos		
	Tejedor .....	1	1
9)	Servicio doméstico		
	Sirviente .....	2	
	Mesero .....	1	
	Barbero .....	1	4
10)	Comercio		
	Comerciante .....	5	
	Comisionista .....	1	
	Cobrador .....	1	
	Agente viajero .....	2	
	Empleado .....	3	
	Vendedor de cigarrillos .....	1	13
11)	Transportes		
	Ferrocarrilero .....	1	
	Carretero .....	3	
	Chofer .....	5	9
12)	Profesiones liberales		
	Dentista .....	1	1
13)	Varios		
	Maestro .....	1	
	Radiotelegrafista .....	1	
	«Time keeper» .....	1	
	Electricista .....	1	
	Policia .....	2	
	Fotógrafo .....	1	
	Marimbista .....	1	
	Filarmónico .....	2	
	Enfermero .....	1	
	Militar .....	1	
	Estudiante .....	1	13
14)	Profesión ignorada .....	11	11
	Total .....		121

En donde encontramos mayor número de casos de niños muertos, fué en aquellos hogares en donde la profesión del padre está colocada en el grupo de «Construcción y decoración»; siendo el oficio de albañil el que exhibe cifras más altas.

#### 20. MADRE

1)	Industrias alimenticias		
	Tortillera .....	7	
	Lechera .....	1	
	Dulcera .....	1	
	«Marranera» .....	1	10
2)	Indumentaria		
	Costurera .....	8	8



41 a 50 centavos diarios .....	6	91 cts a Q1. ....	2
51 a 60 " " .....	1	Más de Q1 .....	1
Total.....		28 casos.	

**SOLAMENTE LA MADRE TRABAJA (Madres abandonadas)**

4 centavos diarios .....	1	21 a 30 centavos diarios .....	2
10 a 15 centavos diarios .....	2	50 centavos diarios .....	1
16 a 20 " " .....	4		
Total.....		10 casos.	

**PADRE Y MADRE TRABAJAN**

Padre:		Madre:	
16 a 20 centavos diarios .....	2	3 centavos diarios .....	2
21 a 30 " " .....	2	5 a 10 centavos diarios .....	5
30 a 40 " " .....	5	11 a 15 " " .....	2
41 a 50 " " .....	3	16 a 20 " " .....	5
51 a 60 " " .....	4	21 a 30 " " .....	1
		30 a 40 " " .....	1
Total.....		16 casos.	

Haciendo el cálculo del salario del padre, de la madre o de ambos a la vez, en relación al número de elementos vivos que componían cada familia, corresponde para cada individuo —niño o padres— lo siguiente:

2 centavos diarios por persona..	1	13 centavos diarios por persona..	6
3 " " " " .....	1	14 " " " " .....	2
4 " " " " .....	3	15 " " " " .....	3
5 " " " " .....	2	16 " " " " .....	3
6 " " " " .....	3	19 " " " " .....	1
7 " " " " .....	4	22 " " " " .....	1
8 " " " " .....	10	24 " " " " .....	1
9 " " " " .....	3	25 " " " " .....	2
10 " " " " .....	4	33 " " " " .....	1
12 " " " " .....	2	38 " " " " .....	1
Total de familias .....		54	

¡Y con estas cantidades se tiene que comer, vestirse y encontrar alojamiento! Las cifras hablan por sí solas y los comentarios es por demás hacerlos. Parece como si en la gente pobre el milagro bíblico de la multiplicación de los panes, se repitiese a cada instante. Es verdad que en algunos de estos casos (aquellos en los cuales el niño carecía de padre), las madres eran sirvientas en casas que les proporcionaban alimentación y alojamiento; pero, éstos eran pocos.

**o)—VIVIENDA**

«La vivienda insalubre o sobrepoblada es un factor de los más grandes males sociales: la enfermedad, el vicio, la delincuencia. (Dr. Tenina)

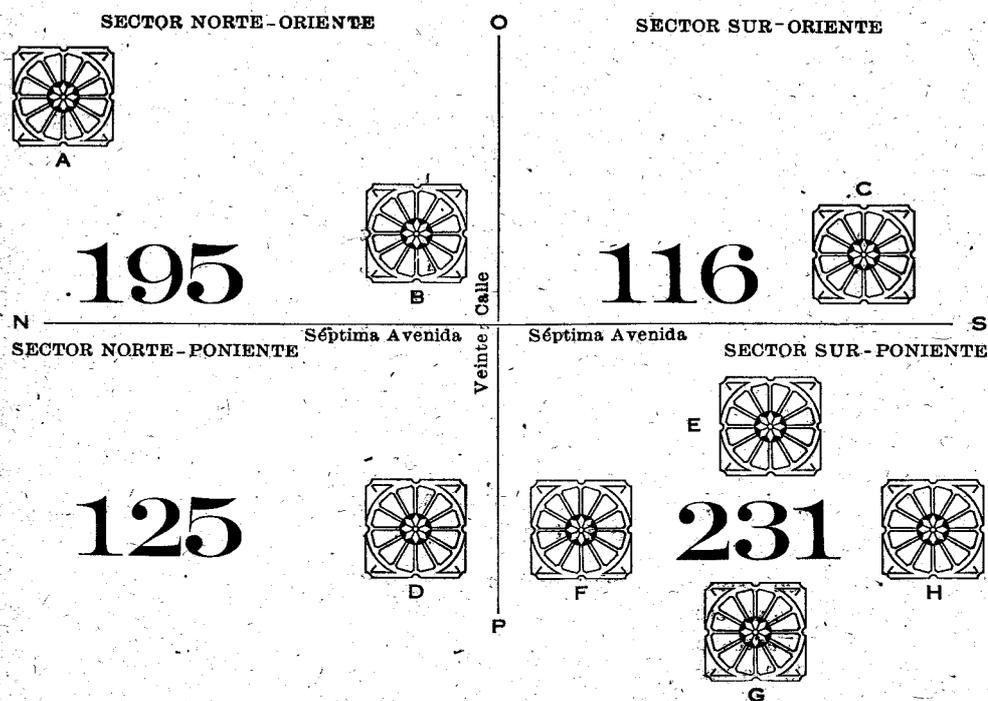
Antes de efectuar el estudio de las viviendas que visitamos, vamos a exponer un cuadro de la mortalidad infantil por sectores en la capital, para saber

en cuál de todos mueren más niños y de estos sectores, cuáles son los barrios que ofrecen cifras más altas.

Para dividir la ciudad tomamos en cuenta el Plano-guía de la misma, formado por el Capitán Santos Miguel Lima Bonilla; encontrando que actualmente el centro de la capital está situado, más o menos, en el Fuerte de San José. Basados en esto, tomamos como líneas ideales para hacer la separación en sectores: una horizontal constituida por la 7a. avenida y su prolongación, el Boulevard 15 de Septiembre, y una vertical dada por la 20 calle. La parte más comercial y urbanizada queda al norte de esta vertical.

Conforme lo que era de esperar, la mortalidad infantil no es mayor en esta parte, sino en los barrios extremos, más poblados, en su mayoría habitados por obreros y donde la vivienda ofrece condiciones miserables de higiene y seguridad.

## MORTALIDAD INFANTIL POR SECTORES



Se ve por el cuadro adjunto que la mortalidad infantil es más alta en los sectores Sur-Poniente y Norte-Oriente de la ciudad. Los cuadros corresponden a los barrios más pobres y que están en peores condiciones higiénicas siendo por lo tanto, los más favorecidos por morbilidad y mortalidad.

- A.—Barrio de Chinautla y Guarda del Golfo.
- B.—Parroquia, Ermita y alrededores.
- C.—Palmita y alrededores.
- D.—Barrio de El Gallito.

E.—Guarda (a todo lo largo de las Avenidas La Libertad y Simón Bolívar, con sus calles adyacentes).

F.—Cantón Barrios.

G.—Cantón Barillas.

H.—Barrio de La Reformita.

El estudio de la vivienda efectuado trató de clasificarlas, según sus condiciones higiénicas en: excelentes, buenas, regulares, malas y pésimas.

Para eso nos basamos en su aspecto exterior, el número de habitantes, la naturaleza de sus pisos, techos y paredes, la existencia de agua o no, la clase de letrinas. (excusados o inodoros, con desagüe o sin él), el número de cuartos y dormitorios y por último, las dimensiones del cuarto en donde el niño estudiado había nacido o vivido, en relación con el número de personas que en él dormían.

Nos dió los resultados siguientes:

Viviendas excelentes .....	13
Viviendas buenas .....	18
Viviendas regulares .....	12
Viviendas malas .....	21
Viviendas pésimas .....	54
Ignoradas .....	3

Total..... 121

Es decir que 62% (más de la mitad) de las viviendas (Malas y pésimas) carecen de las condiciones más elementales de salubridad.

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS (VIVIENDA ANALIZADA)

##### 1o.—VIVIENDA MINIMA.

(Número de habitaciones en relación con las familias)

Viviendas con 1 cuarto .....	19	Viviendas con 7 cuartos .....	3
" " 2 " .....	23	" " 8 " .....	8
" " 3 " .....	21	" " 10 " .....	5
" " 4 " .....	10	" " 11 " .....	2
" " 5 " .....	9	" " 12 " .....	1
" " 6 " .....	10	" " 15 " .....	1

El cuadro adjunto demuestra que 52% de las viviendas poseen 3 o menos cuartos. De estas viviendas encontramos 54 (44.62%) en las cuales los cuartos eran dormitorios a la vez que comedor, sala de recibó, taller y a veces, hasta cocina; o bien, esta última se encontraba a pocos pasos de la puerta de la habitación, en una hornilla improvisada.

##### 2o.—P I S O S

Cemento .....	29	Madera .....	4
Barro .....	35	Los materiales anteriores combinados .....	7
Tierra .....	41	Ignorados.....	5

Si consideramos sólo el piso de tierra como insalubre, resultan 33.8% de

las viviendas con pisos antihigiénicos; pero, si también tomamos en cuenta los pisos de madera y de barro, resultan 66.11%:

### 30.—TECHOS

Madera (machihombre) . . . . .	45	Lámina . . . . .	34
Teja . . . . .	16	Petate . . . . .	6
Cielo raso . . . . .	8	Madera (tablas) . . . . .	7

Resumiendo: 61.2% de los techos son insalubres.

### 40.—PAREDES

Pintadas con cal . . . . .	82	Adobe . . . . .	18
Tapizadas . . . . .	1	Caña . . . . .	1
Ladrillo desnudo . . . . .	1	Tablas . . . . .	13

Resumiendo: 28.4% de las paredes son insalubres.

### 50.—AGUA

Con agua . . . . .	64	Sin agua . . . . .	52
--------------------	----	--------------------	----

Resumiendo: 44.92% de las viviendas carecen de agua.

### 60.—LETRINAS

Excusados . . . . .	85	} Con desagüe . . . . .	40
			} Sin desagüe . . . . .
Inodoros . . . . .			
Ambas cosas . . . . .			2
Sin letrinas ni desagües . . . . .			9

Resumiendo: 70.24% de las viviendas con letrinas insalubres.

23.14% con letrinas higiénicas.

7.43% sin letrinas ni desagües.

44.62% de las viviendas sin desagües.

### 70.—DIMENSIONES DEL DORMITORIO DONDE VIVIA EL NIÑO.

Clasificamos los cuartos según el largo, ancho y altura de los mismos, de la siguiente manera:

Tipo No. I . . . . .	3m x 3m x 3m o menos.
Tipo No. II . . . . .	5m x 5m x 5m o menos.
Tipo No. III . . . . .	10m x 10m x 4.5m o menos.

Nos dió los resultados siguientes:

Tipo No. I . . . . .	19
Tipo No. II . . . . .	73
Tipo No. III . . . . .	19
Ignorado . . . . .	10

Resumiendo: Predominio de las habitaciones de 5m. x 5m. x 5 m. o menos.

Calculamos también la superficie y el volumen de cada dormitorio en relación al número de personas que en él habitaban, para averiguar cuántos metros cuadrados de superficie y cuántos metros cúbicos de aire correspondían a cada una. Nos dió los resultados siguientes:

Por persona:	
Superficie	Volumen
1.80 a 3.50 metros cuadrados... .9	5 a 16 metros cúbicos..... 26
4.50 a 50 metros cuadrados.... 99	20 a 200 metros cúbicos..... 87

Las cifras mínimas que establece la higiene son:

- 4 metros cuadrados de superficie por persona y
- 20 metros cúbicos de aire por persona.

De donde se deduce que 8.4% de las viviendas no tenían la superficie adecuada y 23.01% de las mismas, estaban superpobladas, es decir, carecían del aire mínimo necesario para cada persona.

Se comprende lo interesante del estudio de la vivienda en cualquier localidad, cuando al analizar las condiciones que exige la vivienda mínima higiénica, notamos que en muy pocas ocasiones se encuentran realizadas. Estas condiciones son:

- 1o. Casa bien ubicada, en terreno salubre.
- 2o. Agua potable abundante.
- 3o. Inodoros y baños bien instalados.
- 4o. Habitaciones suficientes para padres e hijos a razón de 1 para cada sexo y 2 hijos de igual sexo por local.
- 5o. Local para servicio.
- 6o. Espacio libre suficiente para juegos de los niños.
- 7o. Sol, ventilación y luz natural suficientes.
- 8o. Cocina cómoda.
- 9o. Vecindad salubre.

Al mismo tiempo, al hacer el estudio comparativo del salario con las necesidades esenciales del hombre, podemos afirmar que en Guatemala, en muchas ocasiones, la proporción de lo que se invierte en alojamiento llega casi al 50% de los gastos de una familia y a veces, éstas gastan más en vivienda que en alimentación. Se ve que, como sucede en muchas partes, el salario y el alquiler de la vivienda, están en desacuerdo.

En Argentina, por ejemplo, las necesidades esenciales del hombre en relación con el salario, se distribuyen así:

I. Alimentación .....	50% del salario
II. Vivienda .....	25% " "
III. Ropa .....	12% " "
IV. Otros gastos .....	12% " "

Ocupando la vivienda el II lugar.

En Estados Unidos en alojamiento se emplea el 20-25% del salario.

En Holanda, Suecia, Alemania y Suiza el 20%.

En Bélgica e Inglaterra, el 16%.

En Francia el 10%.

Todos estos datos como se comprenderá, son anteriores a la situación mundial actual.

La vivienda higiénica no sólo disminuye la enfermedad y la muerte de sus habitantes; sino que, como dice el Dr. Tonina: «es esencial para la buena moral, para el comienzo de la moral».

## Capítulo Cuarto

### A)—RESUMEN DE MORTALIDAD INFANTIL

#### a) MORTALIDAD EVITABLE

(Solamente la extra-hospitalaria).

La muerte se hubiera evitado ya sea por medio de asistencia médica correcta y precoz o con higiene alimenticia adecuada en:

60 niños (Peligro congénito y peligro alimenticio).

Probablemente se habría evitado tratando la afección primitiva que provocó una complicación mortal o evitando el contagio de la enfermedad, en:

35 niños (Peligro infeccioso).

La muerte era inevitable en:

21 niños (Peligro infeccioso).

Muertes inciertas o dudosas en 5 niños de los 121 de la investigación.

Restumiendo: en 78,5% de los casos los niños pudieron haberse salvado y en 17,3% de los mismos, la muerte era inevitable.

Quiere decir ésto, que los coeficientes de mortalidad podrían descender a una cuarta parte de lo que son actualmente, si se emprende una cruzada enérgica y efectiva con miras a este objeto.

#### b) CLASIFICACION DE DEBRE Y JOANNON

En 1925 el Consejo de la Sociedad de las Naciones encomendó a un grupo de expertos un estudio profundo y detallado de las «causas médicas y sociales» de la mortalidad infantil. Efectuaron este trabajo en Europa durante un año, llegando los peritos a clasificar los distritos, según las cifras de mortalidad, en las siguientes categorías:

1a. mortalidad débil .....	Menos de 40 por mil
2a. Mortalidad moderada .....	De 40 a 69.9 " "
3a. Mortalidad fuerte .....	De 70 a 99.9 " "
4a. Mortalidad muy fuerte .....	De 100 y más " "

Según la misma clasificación las causas de mortalidad infantil se pueden clasificar en los 3 grandes grupos siguientes:

- 1o. Peligro congénito.
- 2o. Peligro alimenticio.
- 3o. Peligro infeccioso.

1o. El peligro congénito comprende:

a) Peligro congénito mayor (Mortinatalidad, subdividida a su vez en obstétrica y no obstétrica).

b) Peligro congénito menor, que comprende la mortalidad precoz y la

mortalidad infantil propiamente dicha, incluyendo niños que nacen vivos, pero mueren por traumas obstétricos y debilidad congénita.

2o. El peligro alimenticio abarca: Causas dependientes directa o indirectamente, de trastornos digestivos agudos o crónicos y de trastornos de la nutrición de los cuales, los primeros son generalmente la consecuencia.

3o. El peligro infeccioso tiene bajo su dependencia:

- a) Enfermedades infecciosas específicas.
- b) Otras enfermedades infecciosas.

No se incluyen aquí enfermedades infecciosas capaces de actuar aumentando el peligro congénito; por ejemplo, la Sífilis como causa de mortinatalidad o debilidad congénita. Lo mismo sucede con enfermedades infecciosas que intervienen en el peligro alimenticio.

4o. Se hizo un cuarto grupo con aquellas afecciones que no pueden colocarse en los cuadros anteriores.

- a) Accidentes.
- b) Enfermedades no microbianas.
- c) Otras causas determinadas.
- d) Causas ignoradas.

Además de esta clasificación Debré y sus colaboradores, hicieron otra, respecto a las causas de mortalidad infantil, en la siguiente forma:

- 1o. Muertes inevitables.
- 2o. Muertes evitables.
- 3o. Muertes inciertas o dudosas.

Las de la 2a. categoría son las más numerosas.

Los factores que intervienen en la aparición, en mayor o menor grado de los tres peligros son:

- 1o.—Razones esencialmente económicas.
- 2o. Razones esencialmente psicológicas.
- 3o.—Razones esencialmente sanitarias.

Entre las razones psicológicas se colocan; la ignorancia, descuido, vicios, avaricia, carácter rudo, etc.

Estos factores actúan sobre los tres peligros de diferente manera y en proporción desigual:

Sobre el peligro congénito actúa fundamentalmente el factor sanitario. A una buena organización sanitaria corresponde una atenuación del peligro congénito; sobre todo, si la eugenesia y puericultura prenatal y natal son activamente divulgadas.

Sobre el peligro alimenticio accionan:

Razones sanitarias, económicas y psicológicas.

Es verdad que estos factores están estrechamente vinculados; así una economía reducida hace menguar el esfuerzo sanitario y una mala organización sanitaria unida al factor psicológico, dan como resultado un aumento del peligro alimenticio.

Por último, el peligro infeccioso, sin duda alguna el más difícil de resolver, tiene como causa principal, al factor económico. La pobreza trae como consecuencia la mala vivienda y la sobrepoblación de la misma, lo que da por consiguiente, más oportunidades de contagio y de reinfecciones. Nunca la miseria dejará de ser un lastre para el progreso. Como dice Roberto Berro: «La salud y la miseria forman un círculo vicioso que hay que romper con el

incremento de la Sanidad y de la Asistencia social»; y al decir incremento de la sanidad, se dice mejora en la educación, la higiene y la profilaxia.

Résumiendo en un cuadro tomado del Dr. Fermoselle Bacardi, cuáles son las medidas y contra quién deben ser encaminadas, para luchar en favor de la atenuación o desaparición de las causas de mortalidad infantil, diremos:

Desaparecerá o disminuirá el	Medidas sanitarias			Medidas psicológicas			Medidas económicas		
Peligro congénito .....	+	+	+	+	+	+			+
Peligro alimenticio .....		+	+	+	+	+	+	+	+
Peligro infeccioso .....		+	+		+	+	+	+	+

Aplicando estas consideraciones a nuestro estudio encontramos:

e) RESUMEN DE LAS ENFERMEDADES PREDOMINANTES

	Fuera del Hospital	En el Hospital
Trastornos digestivos y de la nutrición .....	20	14
Enfermedades infecciosas específicas .....	9	4
Enfermedades infecciosas no específicas .....	5	10
Enfermedades no microbianas .....	12	11
Deformación congénita .....	4	9
Trauma obstétrico .....	1	12
Debilidad congénita y prematuridad .....	32	56
Accidentes y otras causas .....	4	19
Causa ignorada .....	4	0
<b>Total.....</b>	<b>121</b>	<b>135</b>

d) PROPORCION EN QUE LOS TRES PELIGROS INTERVIENEN

1er. Grupo	Mayor	Morti-natalidad .....	57
Peligro congénito	Menor:	{ Trauma obstétrico .....	13
		{ Debilidad congénita .....	88
2o. Grupo			
Peligro alimenticio:		Trastornos digestivos y de la nutrición..	34
3er. Grupo			
Peligro infeccioso		Enfermedades infecciosas no específicas	45
		Enfermedades infecciosas específicas....	8
4o. Grupo			
		Enfermedades no microbianas .....	4
		Accidentes y otras causas .....	3
		Causas ignoradas .....	4
<b>Total .....</b>			<b>256</b>

Como se ha de comprender los 3 peligros coexistieron en muchos casos y las combinaciones de los mismos, se presentaron muy variables.

Si el peligro congénito es el que presenta más casos, se debe en gran parte, a que las observaciones de mortinatos fueron en mayor número que las de niños que nacieron vivos y murieron en el curso del primer año.

## Capítulo Quinto

### COMPARACION DE NATALIDAD Y MORTALIDAD

#### INDICES DEMOGRAFICOS

(No definitivos y sujetos a rectificaciones posteriores).

a) Mortinatalidad: 51 0/00 (en 1928 fué en toda la República de 21 0/00 y en 1926 de 48.7 0/00 en la capital).

b) Mortalidad infantil: 202 0/00. Mortalidad muy fuerte según la clasificación de Debré, (en 1928 fué en toda la República de 92.1 0/00 y en el trabajo de los doctores Gaitán y Herrera presentado al 8o. Congreso científico americano, dan como coeficientes para toda la República en 1938, 98 0/00. En 1926 fué de 152.4 0/00 para la capital).

c) Natalidad: 42.6 0/00. Comparando con el número de habitantes de la capital en 1940, (en 1928 fué de 49 0/00 para la capital y en 1931 de 47 0/00 para toda la República).

Teniendo los datos de un semestre para obtener los del año, simplemente los duplicamos, por lo que en los datos anteriores hay una causa de error que sólo una investigación de un año podría corregir. De esta manera pudimos concluir, que:

Nacen al año en la capital .....	7.928 niños.
Mueren al año en la capital (menores de 1 año) 1,606 niños.	
Mortalidad infantil en la capital .....	202 por mil.

En 10 años nacerían 79.280 de los cuales morirían, con el mismo coeficiente actual, 16.060 niños menores de un año. Si el coeficiente descendiera a la mitad (100 0/00) morirían en esos 10 años, solamente 8.030. ¡Se ahorrarían 8.030 vidas cada 10 años! Ya vimos que es factible reducirlo a sólo una cuarta parte.

Esto sucede en la capital; en los departamentos probablemente las cifras son aún mayores.

## SEXTA PARTE

### PROTECCION MATERNO-INFANTIL

«Un niño es siempre un misterio, el dulce y grave misterio del futuro».

(Dr. Araoz Alfaro).

En Guatemala la obra de redención de la infancia en lo que se refiere al tema que nos ocupa, está en sus principios. En la capital existen centros adecuados para atender a los niños enfermos, menores de un año y para asistir a las mujeres próximas a ser madres (asilos y hospitales) pero, son insuficientes. Basta observar las cifras de los que mueren sin asistencia médica y las de la asistencia del parto, para darse cuenta de esta verdad. En cambio no tenemos sitios a propósito para cuidar al lactante sano, salvo una Sala-cuna sostenida por el Estado en el Hospicio nacional, con apenas 13 camas y otra sostenida por iniciativa privada en la Casa Central con 35; 48 camas en total para 8,913 niños menores de un año que tiene el departamento (1940). Una cama por cada 185 lactantes sanos.

Existen también consultorios prenatales; pero, en escaso número y sin la divulgación y propaganda necesarias para que concurran a ellos las futuras madres necesitadas.

#### a) INICIATIVA DEL ESTADO

«Entre los deberes del Estado, ninguno supera al de velar por la salud del pueblo».

(Eduardo Santos).

La Dirección General de Beneficencia —que más bien debería llamarse Dirección del Servicio Social, con radio de acción más amplio— tiene bajo su dependencia los hospitales y asilos de la República.

#### a) HOSPITALES

El número de camas disponibles en general, en el departamento (hospitales; General, San José, San Vicente y de Amatitlán) suman 1,646 (sin tomar en cuenta las de los asilos de Alienados, la Piedad, hospital Militar y Proflaxia sexual, que suman otras 807). Haciendo el cálculo en relación al número de habitantes, corresponde una cama por cada 193 habitantes, mientras que en el resto de la República corresponde una cama por cada 2,002 habitantes.

De esas 1,646 camas, sólo en el hospital General y en el San José existen servicios para madres con niños (lactantes); el primero de ellos con una capacidad de 56 camas para mujeres y 17 cunas para niños.

Salas de maternidad solamente en el hospital General, con una capacidad de 84 camas para mujeres y 60 cunas para los recién nacidos.

Debemos hacer notar que en estos servicios no existe separación adecuada entre las mujeres con puerperios normales o patológicos operadas o no; no hay servicio especial de prematuros o débiles, estando en una misma dependencia con los normales o los enfermos y la temperatura del ambiente no está regulada sino de manera aproximada, por medio de radiadores. Las salas de partos tampoco están separadas para las mujeres con partos normales o aquellas que ingresan infectadas al servicio.

En el hospital General funciona además, un consultorio prenatal que ya rinde frutos satisfactorios aunque no suficientes.

#### b) HOSPICIO NACIONAL

Verdadera institución modelo en su género, recibe, además de los niños correspondientes a otras edades, a menores de un año, huérfanos, abandonados o muy pobres.

En él existe una sección de cunas para niños de horas de vida a 3 años, con una capacidad, según vimos, de 13 camas.

#### c) SANIDAD PUBLICA

Además de los servicios de lucha anti-venérea (auxiliares poderosos en el combate contra la mortalidad infantil) y el servicio de higiene escolar que corresponde a niños mayores, se ha organizado hace algunos meses, a cargo de expertas extranjeras y con la colaboración de médicos entusiastas, el servicio de Enfermeras Sanitarias que consta de las siguientes secciones:

- 1) Servicio de salud del niño.
- 2) Servicio de salud escolar.
- 3) Servicio de enfermedades contagiosas.
- 4) Servicio de maternidad.

Tiene en su personal 4 o 5 enfermeras visitadoras que en el mes de diciembre recién pasado, efectuaron 419 visitas a niños. La primera y la cuarta secciones son como se comprende, las más importantes para luchar contra la mortalidad infantil.

Ojalá su radio de acción se amplíe cada vez más hasta que una red coordinada y perfecta del ejército blanco se extienda por toda la República protegiendo a la madre y al niño guatemalenses.

#### B) INICIATIVA PRIVADA

**«Bendita sea la infancia por el bien que ocasiona sin quererlo y sin saberlo, haciéndose amar, dejándose amar».**

(Amiel).

#### a) CASA DEL NIÑO

Es la institución de carácter privado que desarrolla en la capital mayores actividades médico-sociales en favor del niño. Fundada desde 1921 ha progresado en forma asombrosa; al principio un solo edificio construido, actualmente tres en diferentes sectores de la ciudad.

Un grupo de personas generosas, bajo el nombre de «Sociedad Protectora del Niño», es la encargada de su dirección y administración. Según la memoria de 1943 atiende a más de 1,000 niños diariamente, entre sanos y enfermos. Sus gastos ascienden a Q3,400.83 mensuales, de los cuales el Estado sufraga Q1,200. Sus actividades son múltiples según sus dependencias, atendiendo a niños cuya edad está comprendida desde que comienzan a andar (un año aproximadamente) hasta los 7 años; cada uno teóricamente debe pagar Q1 mensual; pero, en la práctica no se lleva a cabo este cobro en forma estricta.

Para los niños menores de un año existen consultorios externos de lactantes sanos y enfermos; asimismo la puericultura prenatal se efectúa en otro consultorio especial, que también se encarga de conducir y vigilar el parto en forma domiciliaria.

Tiene la Casa del Niño el orgullo de ser la institución que posee el único verdadero hospital de niños en la Capital; pequeño, pero completo.

Su servicio social se desenvuelve también en forma múltiple: visitas a domicilio por 3 enfermeras visitadoras; ropero del recién nacido pobre que otorga lo necesario para vestir a los niños; pláticas educativas y clases de lectura y escritura para las madres; escuela de niñas; solicitud y adquisición de becas en los colegios particulares de la capital para los niños egresados de la Institución, que quieran y puedan proseguir su educación; celebración del día del niño el 22 de diciembre (ya vimos que existe disposición legal creando ese día el 25 de ese mes); propaganda efectiva, etc. etc.

Es, en resumen, la Casa del Niño que nos ocupa, una institución de carácter privado que merece elogios por su acción bienhechora y constructiva en favor de la infancia. Lástima grande que su radio de acción, aún sólo en la capital, sea insuficiente y que no posea en su organización una Sala cuna para los lactantes cuyas madres trabajan. Según datos que obtuvimos, estuvo organizada un tiempo; pero, no dió resultados. Quizás no tuvo propaganda suficiente o la cultura de las mujeres necesitadas, no es bastante para comprender los beneficios que para sus hijos tendrían dependencias de esta clase.

#### b) CASA CENTRAL

Posee un consultorio externo en donde mediante módica suma, según nos informó el Jefe del mismo, se atiende a un público que en un 70% está formado de niños. La labor que desarrolla es amplia; pero, según observamos al hacer este trabajo, el sistema de consultorios externos no rinde los mismos resultados que una consulta interna o visitas domiciliarias. La familia del enfermo, sobre todo niño, deshace con una mano lo que el médico ha hecho con las dos.

Posee además, la única sala cuna sostenida por iniciativa privada en la capital, con capacidad para 35 niños que pagan 5 y 10 centavos diarios a cambio de alimentación, atención y cuidados necesarios.

c) Por último la Cruz Roja guatemalteca y otras entidades privadas poseen consultorios externos en varios sectores de la ciudad, que funcionan igual al de la Casa Central y hospital general; hacen algo, relativamente poco, en favor de los lactantes, ya que no están especialmente dedicados a este objeto.

Un defecto que ojalá sea subsanado pronto, es la falta de consultas a toda hora del día (creemos que en el hospital y en los dispensarios de Sanidad Pública no sucede así). Muy a menudo un niño se enferma grave y bruscamente

durante horas inhábiles y, salvo los servicios de emergencia del hospital General, no tiene la afligida madre a dónde acudir; y tal vez vive en un barrio apartado de este Centro (Palmita o Parroquia, por ejemplo).

A pesar de lo diverso de la legislación, todo el mundo civilizado admite que es deber del Estado solucionar los problemas que la protección de la infancia y maternidad implica; pero, también es un deber ciudadano. Todo guatemalteco debe sentirse responsable y poner su concurso en la medida que le sea posible, para evitar que miles de niños pierdan la vida antes de haber realizado una misión útil dentro del conglomerado. Especialmente aquellos ciudadanos que por su posición social y económica, profesión y cultura, están en la posibilidad de influir sobre los demás, son los llamados a cooperar en la labor constructiva de la nación: los representantes del pueblo como legisladores, creando leyes aplicables al medio; el periodista en la prensa diaria —ese cuarto Poder de tan grandes alcances—, el maestro en la escuela; el médico en la clínica, hospital o en su peregrinación diaria a través de los hogares; la enfermera, sobre todo la visitadora que ya va siendo una realidad en Guatemala; todos pueden y deben procurar dar su apoyo, recordando que «el fin supremo de la educación es la felicidad humana».

## SEPTIMA PARTE

### CONCLUSIONES

#### A) NATALIDAD

- 1a. Nacen más niños ilegítimos.
- 2a. 62% de las madres solteras acuden al hospital en busca de asistencia obstétrica.
- 3a. Solamente 30% de los niños nacidos fuera del hospital tienen asistencia médica, de la cual únicamente 12.7% corresponde a facultativos médicos.
- 4a. 65.5% de los partos efectuados fuera del hospital, son atendidos empíricamente y 37% de los mismos no tienen asistencia.
- 5a. La edad más fecunda de las mujeres de la capital es de 21 a 30 años.
- 6a. Nacen más niños que los que mueren.
- 7a. La natalidad es mayor entre las mujeres menos preparadas.

#### B) MORTALIDAD INFANTIL

- 1a. Las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, basadas en los datos del registro civil, no poseen garantía eficaz para poder dar conclusiones seguras.
- 2a. Es urgente hacer la investigación completa de las causas médico-sociales de la mortalidad infantil, siquiera durante un año.
- 3a. En el curso de nuestro estudio encontramos como causas directas de mortalidad infantil:
  - a) Altas proporciones de prematuridad y debilidad congénita.
  - b) Frecuencia de lesiones hemorrágicas intracraneanas, en las autopsias de estos niños y en los nacidos de partos distócicos y mediante intervención.
  - c) Frecuencia de trastornos digestivos y de la nutrición.
  - d) Frecuencia de las enfermedades respiratorias mortales, en niños de una semana a un año de edad.
  - e) Frecuencia de complicaciones mortales en enfermedades relativamente benignas, pero mal atendidas (sarampión, tos ferina, gripe, etc.)
- 4a. Las causas que influyen indirectamente sobre la mortalidad infantil en la capital, según la investigación, son:
  - a) Falta de asistencia médica o asistencia médica defectuosa fuera del hospital.
  - b) Ausencia o falta de organización en los hospitales de servicios adecuados para atender a los recién nacidos, sobre todo a los débiles y prematuros.
  - c) Falta de servicios especiales para lactantes enfermos, con personal competente, donde puedan ser tratados los niños sin necesidad de internar a la madre (lo que representa un gasto inútil) ya que ésta muchas veces tiene otros hijos que no puede abandonar.
  - d) Asistencia obstétrica defectuosa y empírica en 52.72% de los casos nacidos fuera del hospital y falta de asistencia prenatal en 78.50% de los mismos.

e) El estado de salud de los padres (38.84% de los observados estaban enfermos) en lo que se refiere a sífilis (13.23%), tuberculosis (9.90%) y paludismo (5.78%).

f) El alcoholismo del padre (18.17% de los casos) y la concepción en estado de ebriedad.

g) Alimentación defectuosa en 75.8% de los niños.

h) Mala alimentación en la madre durante el embarazo.

i) Mayor mortalidad en los niños nacidos del primer parto y en los hijos de madres con menos niños.

j) Mueren más niños en aquellas familias que han tenido menos hijos muertos en otras ocasiones.

k) Falta de reposo de la madre en 61.98% de los casos.

l) Mayor mortalidad en aquellos casos donde el trabajo del padre estaba comprendido en el grupo de «construcción y decoración».

m) El trabajo de la mujer en 50% de los casos.

n) Mayor mortalidad en los niños ilegítimos.

ñ) Salario en desproporción con las necesidades esenciales de las familias.

o) Vivienda insalubre y sobrepoblada.

p) Mayor mortalidad en los barrios pobres, sobre todo en el sector Surponiente de la capital.

5a. El peligro congénito es mayor en la mortinatalidad y mortalidad precoz.

6a. El peligro congénito disminuye a medida que el niño avanza en edad aumentando a su vez, los peligros alimenticio e infeccioso.

7a. La mortalidad infantil de la capital está colocada entre las «muy fuertes» de la clasificación de Debré.

8a. En 78.5% de los casos estudiados, LA MUERTE ERA EVITABLE con medidas sanitarias, psicológicas y económicas adecuadas.

## OCTAVA PARTE

### SUGERENCIAS

«Para todo niño se requiere completa preparación para su nacimiento, debiendo recibir la madre cuidados prenatal, natal y postnatal y el establecimiento de todas las medidas para que el niño nazca».—(Children's Charter).

Toda protección a la infancia debe tener presente en el espíritu de los que la lleven a cabo, la declaración de los derechos del niño que existe desde 1924 y que los países civilizados reconocen como verdad indiscutible. El texto íntegro de la misma es el siguiente:

#### DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (Declaración de Ginebra).

I.—El niño debe ser puesto en condiciones de realizar normalmente su desarrollo físico y espiritual.

II.—El niño que tiene hambre debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser asistido; el niño retrasado en su educación debe ser alentado a proseguirla; el niño desviado de la buena senda debe ser vuelto a ella; el huérfano y abandonado deben ser recogidos y socorridos.

III.—El niño debe ser el primero en recibir socorros en toda ocasión de calamidad pública.

IV.—El niño debe ser puesto en condiciones de ganar la subsistencia 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.

#### SUGERENCIAS DE CARACTER GENERAL

1a.—Creación de un Consejo supremo de protección a la maternidad y a la infancia, para que combine las obras en que tienen ingerencia la Dirección de Sanidad Pública, la Secretaría de Educación y el Poder Judicial.

2a.—Creación de un servicio coordinado de asistencia materno-infantil, como dependencia de la Dirección de Sanidad Pública; pero con autonomía suficiente. Que este servicio además de proteger al niño, proteja a la madre en su salud y en su bienestar, orientándola para que pueda llenar una misión perfecta. Que este servicio supervigile las demás instituciones privadas o no, que se dediquen a auxiliar a la infancia, ya que es el Estado el llamado a dirigir la campaña en favor del niño; las instituciones mencionadas, deben ser orientadas y dirigidas por aquél.

3a.—Promulgación de una Ley nacional de asistencia, definiendo los derechos del niño y de la madre y que proteja a ambos.

4a.—Creación de una sección, dependiente de Sanidad Pública, para re-

coger directamente y ordenar los datos bio-demográficos y otros relacionados con la salud pública (11a. Conferencia sanitaria panamericana).

5a.—Creación de una sección de carácter transitorio, dependiente de Sanidad pública, que con personal competente, material y fondos suficientes, emprenda una campaña en toda la República, para investigar las causas médico-sociales de la mortalidad infantil.

6a.—No aceptar en las oficinas respectivas, certificados de defunción no firmados por médicos ni ceñidos a la nomenclatura internacional de causas de muerte; creando puestos de médicos sanitarios o municipales con la obligación de efectuar la investigación de la causa de muerte, antes de extender un certificado.

7a.—Intensificar la práctica sistemática de autopsias en las personas muertas sin asistencia médica.

8a.—Práctica obligatoria en los cursos de higiene y medicina legal, sobre la redacción de certificados de defunción, ceñiéndose a la nomenclatura internacional (11a. Conferencia panamericana) y modificación del modelo que se sigue actualmente.

### ORGANIZACION DE LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL

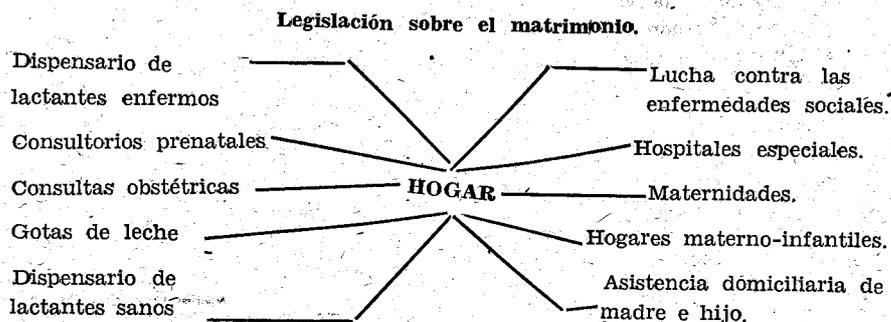
Para luchar eficazmente contra las causas médico-sociales responsables de la muerte de los niños, debe protegerse a éstos desde antes de haber nacido, mejor dicho antes de haber sido concebidos (Puericultura preconcepcional), hasta después del nacimiento, oponiendo medidas también de carácter médico-social a los tres grandes peligros que los amenazan.

En todos los períodos la puericultura, en este proceso de la formación del hombre, contrarresta los peligros congénito, alimenticio e infeccioso, con las medidas de que habla Debré: sanitarias, económicas y psicológicas.

#### 1o.—MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ

##### a) Medidas sanitarias.

Siendo las causas de mortinatalidad y mortalidad precoz resultados del peligro congénito, éste se evitaría en lo posible con la creación de Unidades sanitarias en los diversos sectores de la capital y de la República y cuya organización sería a grandes rasgos, la siguiente:



Hacer que el hogar reciba estos beneficios o los busque, por medio de:  
Enfermeras visitadoras.  
Propaganda efectiva (de eugenesia y puericultura).  
Educación de las madres.

**b) Medidas económicas y psicológicas.**

Instituir seguros de maternidad. Hacer obligatorio el reposo de la mujer durante el embarazo y los primeros meses después del parto. Asistencia médica y obstétrica gratuitas. Lucha contra el empirismo. Creación de puestos de obstetras en la capital y en los departamentos. Sustitución de la vivienda insalubre por la vivienda mínima higiénica. Combatir la ilegitimidad y el abandono. Lucha contra el alcoholismo. Divulgación de los conocimientos necesarios de puericultura.

**2o.—MORTALIDAD INFANTIL**

Como a medida que el niño crece, aumentan los peligros alimenticio e infeccioso; para luchar contra la mortalidad infantil, a partir de la primera semana de vida, las precauciones que deben tomarse —además de las anteriores— son:

**Medidas sanitarias, económicas y psicológicas**

1a.—Creación de obras y leyes que tengan por objeto favorecer la lactancia materna (Marfan), recordando que «el corazón y la leche de la madre no se reemplazan jamás».

2a.—Creación de obras y leyes que tengan por objeto mejorar la alimentación artificial (Marfan).

3a.—Vigilancia sanitaria de la leche de vaca. Hacer accesible al pueblo, desde el punto de vista económico, las leches en polvo.

4a.—Vacunación sistemática y obligatoria contra las enfermedades infecciosas vacunables, tanto a niños como a adultos. Que no se exija solamente el boleto de vacuna contra la viruela —enfermedad que tiende a desaparecer— sino también el que comprueba la vacunación contra otras enfermedades.

5a.—Divulgación activa y eficaz de los principios de profilaxia de las mismas.

6a.—Combatir la vivienda insalubre y el hacinamiento.

7a.—Organización en debida forma de un servicio social.

8a.—Educación sanitaria, moral e intelectual del pueblo.

Imprimase:

**DR. RAMIRO GALVEZ A.**

Decano.

**OSCAR JUAREZ Y ARAGON**

## PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva .....	Costillas.
Anatomía Topográfica .....	Región intercostal.
Anatomía Patológica y Patología General .....	Fibromas. Fagocitosis.
Bacteriología .....	Reacción de Schick.
Botánica Médica .....	Digitalis purpúrea.
Clínica Quirúrgica .....	Toracentesis.
Clínica Médica .....	Exploración del hígado.
Física Médica .....	Aspirador de Potain.
Fisiología .....	Función glucogénica del hígado.
Higiene .....	Del niño prematuro.
Histología .....	De la glándula tiroides.
Medicina Legal y Toxicología .....	Docimasia hidrostática.
Obstetricia .....	Embarazo extra-uterino.
Patología Quirúrgica .....	Enfermedad de Schuller-Christian.
Patología Médica .....	Insuficiencia ventricular derecha.
Patología Tropical .....	Onchocercosis.
Pediatría .....	Lactancia materna.
Parasitología .....	Onchocerca volvula.
Psiquiatría .....	Histeria infantil.
Técnica Operatoria .....	Ligadura de la fémoral.
Química Biológica .....	Investigación de glucosa en la orina.
Química Inorgánica .....	Sulfato de sodio.
Química Orgánica .....	Alcohol etílico.
Terapéutica .....	Digitalina.