



MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

La natalidad, la mortinatalidad y la mortalidad infantil

por el doctor Luis Nájera

Jefe Provincial de Sanidad de Córdoba (España)

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NÚMERO 20

JULIO 1939. AÑO DE LA VICTORIA

LA NATALIDAD, LA MORTINATALIDAD Y LA MORTALIDAD INFANTIL

por el doctor L. NAJERA

Jefe Provincial de Sanidad de Córdoba (España) (1)

Señoras y señoritas, señores :

Se ha dicho que la salud es la mayor riqueza de los pueblos y no creo inútil repetirlo, porque el tesoro de la vida es, en definitiva, el verdadero patrimonio que traemos al mundo y, por tanto, el único capital base de todas nuestras riquezas materiales y espirituales. He aquí el motivo de que tengan razón quienes afirman que el mejor negocio que pueden emprender los pueblos es fomentar o defender su salud colectiva, esto es, hacer Sanidad ; porque el capital humano rinde a la sociedad unos intereses especiales, podríamos decir usurarios, en cuanto constituyen parte importante del capital mismo y, desde luego, sin equivalente posible en el mundo de las demás cosas materiales.

Inmensos territorios, zonas extensas de la tierra esconden en sus entrañas riquezas incalculables, contienen en sus bosques masas inmensas de maderas preciosas o vierten por las cuencas de sus ríos raudales cuantiosos de energía creadora

(1) Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Sevilla el día 4 de julio de 1938, con ocasión del Curso de Puericultura organizado por la Jefatura Nacional de Sanidad.

que se pierde en los mares sin provecho para nadie, sencillamente porque en aquellas regiones, como es el caso tipo de las zonas ecuatoriales, falta el factor hombre, esto es, el capital humano indispensable para la explotación de aquellas riquezas.

Y si esto parece evidente tratándose de esas regiones a que nos referimos, no penséis que, aunque en menor escala, no ocurra esto mismo dentro del marco, mucho más reducido, de nuestra Patria. En efecto, también en ella, contra lo que pueden afirmar o creer quienes jamás sintieron fe en sus destinos, existe un déficit de población que será preciso llenar para conseguir elevarla al rango de gran nación que vuelva a pesar en la historia del mundo.

Ahora bien, la expresión «déficit de población» tiene un sentido relativo, en dependencia estrecha con el progreso alcanzado por la civilización en cada momento, pues resulta evidente que cuanto mayor es la civilización tanto mayor es el número de habitantes que pueden vivir en un área geográfica determinada, hasta el punto de que la densidad de la población resulta una medida bastante exacta del desarrollo del progreso. Estas sencillas consideraciones bastarían, a mi juicio, para desechar, por contraria a la realidad de los hechos demográficos, la doctrina de Malthus, tan utilizada para sus fines demoleedores por los sectarios de todas las escuelas materialistas; pero esta es cuestión sobre la que no vale la pena insistir en este momento.

Quede, pues, sentado que a mayor civilización corresponde una densidad mayor de población; pero no olvidemos que esta especie de ecuación demográfica es reversible, tan íntima relación existe entre los dos fenómenos, y que, por tanto, a mayor densidad de población corresponde también un grado más elevado en la escala del progreso para el pueblo que la alcance.

Resulta de lo expuesto que el porvenir de los pueblos, que

hasta ahora parecía hallarse en manos de los técnicos capaces de perfeccionar o utilizar sus fuentes de riqueza, lo está asimismo en las de aquellos otros, técnicos también, que logren aprovechar mejor aquella otra fuente de riqueza de que os hablaba al principio, riqueza que no es otra que la vida misma, y técnicos con los cuales os halláis ya familiarizados, pues que tales técnicos de la Biología somos los sanitarios.

Sí, somos nosotros, los sanitarios, entendiendo por tales cuantos técnicos más o menos especializados, desde los médicos a las enfermeras, velamos por la defensa de la salud pública, quienes tenemos, además, el deber de cuidar por que los raudales de la vida colectiva broten copiosos a ser posible y, desde luego, libres de toda contaminación, y, por último, por que en el decurso del tiempo no sufran pérdidas evitables por aquellas enfermedades que también lo sean.

Este programa tenemos que afrontarlo con la ilusión no sólo de cumplir nuestros deberes profesionales y humanos, sino con la de conseguir un porvenir brillante para nuestra Patria, por que realicemos la política demográfica que ésta necesita.

A tan elevada finalidad responden estos cursillos de Puericultura y esta es, sin duda, la razón de haber incluido en sus programas «La natalidad, la mortinatalidad y la mortalidad infantil», que como honrosa e inmerecida distinción me ha sido confiado; pues para que, cuando sea llegado el momento, España pueda trazar su política demográfica, es preciso que sean conocidos los términos en que el problema está planteado, porque la Demografía tiene una especie de contabilidad que es la Estadística sanitaria.

Tratemos, primero, de la Natalidad. Veamos cómo se mide, pero adelantemos que la palabra natalidad implica un concepto estadístico, es decir, la determinación de un coeficiente especial llamado tasa, y no la simple enumeración de los hechos demográficos que, en este caso, serían los nacimientos ocurri-

dos. El número de nacimientos no debe, pues, confundirse con la natalidad, como tampoco el de defunciones equivale a mortalidad. El número absoluto de nacimientos, defunciones, etc., carece de significación estadística y, por tanto, de valor analítico, debiendo estar prevenidos contra este error, que suele cometerse con bastante frecuencia. Sin entrar en otras consideraciones, comprenderéis que siendo el número de nacimientos, como, por lo demás, cualquier otro hecho o fenómeno demográfico, función del número de habitantes; si no conocemos éste, aquél carece de significación. Decir que en una localidad han nacido 20 niños y que en otra lo hicieron 40 nada significa, por tanto, cuando desconocemos el número de habitantes de la primera y de la segunda.

Para evitar este motivo de error y permitir la comparación, esto es, el estudio o, en definitiva, el análisis de la natalidad, se emplea la tasa de este nombre.

Porque se ven pretendidas estadísticas en que sólo se tienen en cuenta los números absolutos, deberéis saber que tales conjuntos de datos numéricos no sólo no constituyen una estadística, sino que, por inducir a la formación de juicios erróneos, son contrarios al rigorismo científico de esta ciencia.

La recogida de los datos de observación constituye, es cierto, la primera operación de la Estadística; pero dicha operación, que se llama *enumeración*, e incluso la *tabulación* subsiguiente, no es una estadística, de la misma manera que el preparar convenientemente un enfermo para una intervención quirúrgica no es la intervención quirúrgica, ni tomarle el pulso, acto a veces muy importante para saber cuál es el estado de nuestro enfermo, es hacer el diagnóstico de su enfermedad.

Importa, pues, no olvidar que en estadística se manejan coeficientes o tasas como medio de poder comparar los hechos recogidos, y es también importante fijar el concepto de tasa estadística antes de seguir más adelante. Toda tasa es una re-

lación o razón entre dos magnitudes, de la que una está contenida en la otra, y esta es la causa precisamente de su especificidad, o dicho de otro modo, de su valor analítico para el fenómeno considerado. Cualquier otra razón o relación que no satisfaga esta condición se llama índice o número índice. Según esto, la expresión general de una tasa tiene la forma

$$\frac{a}{a + b}$$

Dicho esto, añadiremos que la tasa de la natalidad se calcula mediante la fórmula $\frac{\text{Núm. de nacidos vivos}}{\text{Núm. de habitantes}} \times 1.000$, es decir, reñiriendo a cada 1.000 habitantes el número de nacidos vivos.

Así calculada, la tasa de la natalidad en España durante el año 1935, último del que poseemos datos oficiales procedentes de fuente tan autorizada como el Instituto Geográfico y Estadístico y que no vayan afectados por el horrible trastorno demográfico de esta guerra, alcanzó el valor de 25,6 por 1.000 habitantes, cifra muy estimable, entre otras razones que más adelante exponaremos, porque supone diez unidades de exceso sobre la tasa de la mortalidad general, que en aquel año sólo fué de 15,6 por 1.000 habitantes.

Dicha tasa de natalidad representa la media de la nación; pero, si la estudiamos por provincias, nos encontraremos con que oscila entre 35,8 por 1.000, que es la máxima correspondiente a Almería, y 15,6 por 1.000, que es la natalidad mínima producida en Barcelona. Ordenando las provincias de mayor a menor natalidad, nos encontramos con que Sevilla ocupa un lugar intermedio, exactamente el término 22 de la serie, y que su natalidad fué en el año citado de 28,8. Más adelante volveremos sobre esto al tratar de la mortalidad infantil por provincias.

Un aspecto interesante de la cuestión lo ofrece el estudio separado de la natalidad en las provincias (descontando las capi-

tales) y en éstas consideradas aisladamente. De este estudio resulta que en el año 1935 la natalidad en las provincias fué de 26,8 por 1.000 habitantes, mientras en las capitales sólo fué de 21,7 por 1.000 habitantes, fenómeno que no es privativo de España sino general, y que revela que la natalidad en el campo es siempre superior a la de las ciudades.

El hecho es extraordinariamente interesante y obedece, en tesis general, no sólo a las mayores facilidades de la familia campesina para su multiplicación, sino a factores morales sobre los que no podemos detenernos. Para recalcar el fenómeno diremos que, en general, la natalidad disminuye con la complejidad de la civilización, y así se observa que en este aspecto demográfico existen, si se nos permite la frase, dos Europas: una, la central, de vida predominantemente industrial, en que la natalidad es baja, y que puede delimitarse por un área que comprende Francia, el Norte de Italia, Austria, Checoslovaquia, Alemania, el Sur de los Países Escandinavos e Inglaterra, con excepción de Escocia e Irlanda, y otra Europa, la agrícola, en que figuran los países que se hallan fuera de este círculo hipotético y en los que la natalidad se mantiene todavía elevada.

Si estudiamos la natalidad en España con relación al tiempo, prescindiendo de su evolución cíclica, esto es, durante el año (sobre lo que volveremos más adelante), observaremos que, a partir del comienzo del siglo (fecha en que los datos estadísticos merecen plena confianza y tanta como los actuales), nos encontramos con que la natalidad en el año 1900 fué de 33,8 por 1.000 habitantes, habiendo descendido paulatinamente hasta la tasa de 25,6 por 1.000, que recordaréis fué la alcanzada en 1935. Un estudio más detenido del fenómeno nos muestra que este descenso fué extraordinariamente lento hasta el año 1923, en que todavía nuestra tasa tenía valores superiores al 30 por 1.000, y que, en realidad, la mayor parte del descenso

se ha producido desde aquella fecha, acentuándose en los últimos seis años.

Este descenso de la natalidad constituye uno de los problemas más interesantes de la Demografía y de la Estadística sanitaria y ha sido objeto de estudios especiales, sobre todo en Inglaterra. La íntima relación del mismo con otros problemas de índole filosófica, social o política, contribuye a aumentar su interés, y así ha habido quien, como Heribert Spencer, ha dicho que la natalidad es función inversa del desarrollo intelectual de los pueblos, o quien, como Carlos Marx, ha pretendido presentarlo como índice de la declinación del proletariado hacia la miseria.

El fenómeno es mucho más complejo de lo que tales conceptos generales y vagos podrían hacer suponer, y aunque en relación de factores demográficos, como la edad de los cónyuges al contraer matrimonio, con los índices económicos del coste de la vida, según quiere Joule, o, en fin, con el curso cíclico de algunos fenómenos biológicos de largo período, como admite la curiosa doctrina de Brownle, quien supone para la natalidad una evolución cíclica en un plazo de doscientos años, es lo cierto que existen factores morales de gran peso, y, entre ellos, uno de los más influyentes es la religión, pues se ha comprobado que, dentro de una misma nación, los núcleos demográficos que profesan la religión católica disfrutaban de una natalidad más elevada, y, en Europa, el ejemplo de España, Portugal, Italia e Irlanda es bien elocuente.

Un argumento más, y por cierto de gran fuerza, a favor del predominio de los factores morales, es el que se deduce del estudio de la natalidad a través del tiempo en países de gran desarrollo industrial, en cierto modo paralelo, como son Inglaterra, Alemania y Francia. Según datos del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, publicados recientemente, y basados en los suministrados por los directores de

los Servicios de Estadística de los respectivos países, la natalidad en Inglaterra y en Alemania no comenzó a descender hasta el año 1880, siendo este descenso más rápido para la primera, que ya en 1900 tenía tasas inferiores a 30 por 1.000, mientras que la segunda, esto es, Alemania, no alcanza coeficientes tan bajos hasta 1910. Por el contrario, en Francia, desde comienzo del siglo XIX la natalidad desciende y baja del 30 por 1.000 ya en el año 1830, es decir, hace más de cien años. En los últimos, este descenso tendría caracteres de catástrofe, pues la población de Francia disminuiría rápidamente si no hubiese logrado mantenerse estacionaria desde hace unos diez años, gracias a recibir masas tan grandes de emigrantes que, sólo en 1931, alcanzaron una cifra muy próxima a los tres millones. En este año, la población extranjera representaba en Francia el 7 por 100 de la población total. La elocuencia de estas cifras es tal, que bastan para demostrar que aunque Francia parezca hoy uno de los imperios coloniales más extensos, sea en realidad de verdad un imperio sin metrópoli, ya que ésta, de hecho, resulta una colonia donde vierten sus sobrantes o, por mejor decir, sus detritus demográficos otros muchos pueblos del mundo.

Lo que ocurre en Francia es un ejemplo de lo que puede suceder en otros países si el descenso de la natalidad continúa con ritmo acelerado. Reproducción fiel de lo sucedido al Imperio Romano a poco de haber alcanzado con Augusto su máximo esplendor, el descenso de la natalidad constituye el peligro más grande que se cierne sobre el porvenir de Europa, y, por tanto, sobre su civilización. Es cierto que la mortalidad general desciende, pero no es menos cierto que lo hace lentamente, y que quizá muy pronto alcance el límite que biológicamente no puede ser sobrepasado. En cambio, el descenso de la natalidad, mucho más acelerado, no tiene ningún tope biológico y, por tanto, producirá, o, mejor dicho, está ya produ-

ciendo en algún pueblo, además de Francia, importantes vacíos demográficos. Pero la Naturaleza tiene horror al vacío y es evidente que para llenarlo vendrán gentes de otros pueblos. He aquí el verdadero, el auténtico peligro amarillo, y Europa pasará de ser el Continente que ha colonizado al mundo, pasará, digo, a ser a su vez colonia de aquellos pueblos que mantienen una pujanza demográfica elevadísima. Esto no es una profecía; es, sencillamente, una hipótesis lógica. Nos importa a todos que Europa no se hunda como lo hizo el Imperio Romano, y para lograrlo hemos de hacer Puericultura integral, como base de una política demográfica bien dirigida.

Otro de los términos del problema objeto de esta charla es la *mortinatalidad*. Esta se calcula por la fórmula

$$\frac{\text{Número de nacidos muertos}}{\text{Número total de nacimientos o mejor de alumbramientos}} \times 100.$$

Es decir, refiriendo a 100 nacimientos de todas clases (vivos y muertos), o, lo que es lo mismo, a 100 alumbramientos, el número de nacidos muertos.

Fácilmente se comprende que el concepto legal de nacido vivo que tenemos en España, y que comparten con nosotros la casi totalidad de los países hispanoamericanos, influye en esta tasa de mortinatalidad, como lo hace en la de natalidad y en la de mortalidad infantil, pero especialmente en la primera. Sabido es que en España no se considera como *nacido vivo* más que al niño que, teniendo figura humana, ha vivido veinticuatro horas, al menos, separado del cuerpo de la madre.

Esta circunstancia implica que el número de nacidos muertos biológicamente se halle incrementado por este concepto legal y que, por tanto, nuestra tasa de mortinatalidad aparezca también aumentada. Además, esto obliga a realizar lo que se llama corrección biológica de la misma, así como también de las de natalidad y mortalidad infantil, si queremos comparar-

las con las de otros países que tienen el criterio de considerar como nacido vivo al que lo sea en el momento de realizar la inscripción legal.

Con esta advertencia previa, veamos qué valores alcanza la mortinatalidad en España y cuáles son las características del fenómeno. Según los últimos datos, correspondientes a 1935, hubo en España 631.000 nacidos vivos y 21.700 nacidos muertos, que se distribuyen en la forma siguiente: 17.500 nacidos muertos biológicos, 2.700 muertos antes de las veinticuatro horas y 1.500 muertos en el momento de nacer, lo que representa para el total de 652.700 alumbramientos una tasa de mortinatalidad de 3,33 por 100, cifra inferior a la de otros países, aun estando incrementada por los 2.700 muertos antes de las veinticuatro horas y los 1.500 muertos al nacer.

Estudiada la mortinatalidad con arreglo a un criterio geográfico, es decir, según su distribución en las diferentes provincias de España, nos encontramos con que oscila entre la tasa del 5 por 100 (cinco nacidos muertos por cada 100 alumbramientos), que corresponde, con pequeñas diferencias, a Cádiz, Madrid, Barcelona y Sevilla, y la del 1,3 por 100, valor mínimo que corresponde a Almería. Es decir, que ordenando las provincias de mayor a menor mortinatalidad, corresponde a Sevilla el cuarto lugar. Podría hacer pensar esto en la influencia que, a causa de factores morales, jugaría el importante núcleo de la capital, como ocurre en Madrid y Barcelona, pero este no es el caso para las capitales andaluzas: Sevilla y Cádiz. En efecto, estudiando la mortinatalidad por separado en las capitales de España, nos encontramos con que Sevilla y Cádiz ocupan los lugares 22 y 23 de la serie con tasas de 6,6 por 100, muy próximas a la media del resto de las capitales. He aquí una somera investigación estadística que basta para comprender que la causa ha de buscarse por el lado de las taras hereditarias o congénitas.

Si se estudia la evolución periódica de la mortinatalidad, es decir, si tenemos en cuenta el factor tiempo y analizamos las variaciones desde el comienzo del siglo, observaremos una ligera tendencia ascensional, cuya interpretación quizá deba atribuirse a una exactitud más depurada al recoger estos hechos en los Registros civiles. Sea o no así, la tendencia ascensional es tan pequeña que no constituye motivo de alarma social ni demográfica, factores que en este aspecto tienen mayor importancia que el sanitario.

Si el estudio se hace en relación a los meses del año, nos encontramos con que ofrece un máximo en enero, desciende incesantemente hasta julio, en que tiene un mínimo, y reanuda su curso ascendente hasta diciembre. Pero lo más curioso del fenómeno es que sigue un curso retrasado en un mes, pero paralelo, al de la natalidad. Digamos ahora que, en efecto, la natalidad ofrece dos máximos: uno en febrero y otro mayor en septiembre, que parecen de acuerdo con la hipótesis de Villermé, formulada hace exactamente un siglo, y según la cual dichos máximos serían producidos, el primero, por la mayor frecuencia de los contactos sexuales por influencia de la primavera, y el segundo por la convivencia más estrecha de los cónyuges en diciembre y la mayor abundancia de víveres. Hoy se realizan trabajos orientados a descubrir si tal variación cíclica de la natalidad corresponde a la existencia de un ciclo de *fecundabilidad* de la mujer; pero en cuanto al retraso de la curva estacional de la mortinatalidad, con relación a la de la natalidad, se nos escapa totalmente.

Otro aspecto interesante de la mortinatalidad es su relación con la legitimidad o ilegitimidad del recién nacido, mediante el estudio de las tasas específicas oportunas. En esta cuestión destaca el fenómeno, universalmente observado, de que la mortinatalidad entre los ilegítimos alcanza coeficientes que superan al duplo de los que corresponden a los niños legítimos. Cla-

ro que para valorar este fenómeno, en rigor estadístico, sería preciso poder separar las influencias específicas de algunos factores, tales como las enfermedades constitucionales o adquiridas de la madre, la causa de la muerte de estos niños, la influencia de la profesión y condiciones de la vida de la madre, etcétera. En cuanto esto no se logre, no pasa de la condición de hipótesis, siquiera sea extraordinariamente verosímil, el papel que en la mortinatalidad ilegítima juegan las circunstancias morales en que se produce y desarrolla la gestación de los ilegítimos y también la lúes heredada.

Hechas estas consideraciones sobre la natalidad y la mortinatalidad, veamos lo que ocurre con el último factor demográfico de la infancia que nos corresponde tratar y que es, quizá, el más importante de todos: la *mortalidad infantil*.

Lo primero que llama la atención al estudiar la tasa de mortalidad infantil son los valores enormes que puede alcanzar y que desde luego superan a los de cualquier otra tasa específica. Se ha tratado de explicar esto por una mayor fragilidad del niño, que sólo puede tener sentido desde un punto de vista biológico general. En efecto, si se examina lo que ocurre con el niño de pecho en relación con los demás mamíferos, nos encontramos con que aquél se distingue por una notable *lentitud en su desarrollo*, pues mientras el conejo o el perro tardan seis a ocho días en duplicar su peso inicial y la vaca o el caballo de cincuenta a sesenta días, el niño tarda ciento ochenta días, lo que traducido en cifras medias significa que el coeficiente de crecimiento del niño de pecho es siete veces menor que el de los mamíferos domésticos. Tan notable diferencia no parece hallarse en relación con la longevidad de las especies, cuestión en que la Naturaleza ofrece particularidades más curiosas aún. A título de ejemplo, diré que mientras el caballo puede vivir veinticinco años y el asno treinta, el mulo, híbrido del cruzamiento de ambas especies,

puede alcanzar los ochenta años. Entre los peces, especies tan afines, como la tenca y la carpa de nuestros ríos, difieren en su longevidad, hasta el punto de que mientras la primera vive unos diez años, la segunda se calcula que puede alcanzar los trescientos años. Pero todavía tales diferencias se acentúan en el mundo vegetal, la mayor parte de cuyas especies no alcanzan un año de vida, mientras el pino vive quinientos años; el tilo, mil; la encina, dos mil, y el ciprés, que es el árbol de la eternidad, y por eso sin duda nos acompaña en ella, se supone llega a los tres mil años.

Sirva esta digresión para fijar la idea de la lentitud de desarrollo del niño, lo que supone, evidentemente, una especial fragilidad de su vida en ese período. Pero veamos cuáles son las *causas inmediatas* a las que sucumbe esta fragilidad.

Tres grupos de causas actúan sobre la vida del niño para ponerla en peligro, y estos tres grupos de peligros se llaman así: *peligro congénito*, *peligro alimenticio* y *peligro infeccioso*, que actúan sucesivamente. De no existir los dos primeros, la mortalidad infantil, al comienzo de la vida, sería reducidísima, pues sabido es que los niños gozan entonces de inmunidad natural, transmitida por la madre para las más importantes enfermedades infecciosas. Pero no sólo existen aquellos peligros, sino que, además, revisten numérica y proporcionalmente; esto es, como vectores de letalidad o de muerte, una mayor trascendencia, y así sucumben los niños en proporciones considerables a los peligros congénito y alimenticio.

El peligro congénito actúa, principalmente, durante el primer mes de la vida y el segundo, o sea el alimenticio, prepondera durante el intervalo libre entre aquél y los seis primeros meses en que comienza la intervención del peligro infeccioso, concepto esquemático que, como puede suponerse, no impide la imbricación de unos y otros peligros para que sumen sus efectos letales en gran número de casos.

Aparte de los peligros congénito y alimenticio, para valorar los cuales nos faltan el término de comparación con estados similares en el adulto, si examinamos lo que ocurre con el peligro infeccioso, en el que sí tenemos dicho término de comparación, nos encontramos con que la letalidad de las infecciones en el niño es extraordinariamente más elevada que en el adulto. Por si esto fuera poco, la morbilidad en el niño es también muy elevada y, por tanto, las probabilidades de correr el riesgo de morir aumentan notablemente. Esto se pone de manifiesto comparando enfermedades que posean una letalidad análoga, cosa que ocurre con el sarampión del niño y la fiebre tifoidea del adulto. Ahora bien; a letalidad semejante, lo que influirá para producir una mortalidad mayor será la morbilidad, y así vemos que mientras el sarampión lo padecen todos los niños de un determinado universo epidémico, la fiebre tifoidea, en sus explosiones epidémicas más extensas, no sobrepasa el 20 por 100 del total de la población. He aquí la explicación de que sólo el sarampión ocasione entre los niños, exclusivamente, más defunciones que la fiebre tifoidea (tipo de las enfermedades infecciosas más graves) causa en el conjunto de la población, incluida, claro está, la población infantil.

En definitiva, importa retener la idea de que la mortalidad infantil es tanto mayor cuanto más pequeño es el niño, porque esta realidad impone una norma de conducta en la lucha contra aquélla de la mayor importancia, que consiste en procurar, por el aislamiento o la seroprofilaxis, que los niños sufran las enfermedades eruptivas lo más tarde posible. De aquí el gran valor sanitario de la seroprofilaxis en el sarampión, porque esta enfermedad, muy grave en los niños de menos de dos años, disminuye en su letalidad a partir de esta edad, de modo tan evidente, que después de los cinco años es extraordinariamente benigna. Ultimamente, esta seroprofilaxis, cuya ejecución práctica tropezaba con la dificultad de requerir importantes cantida-

des de suero de convalecientes, difícil de obtener, ha entrado en una nueva fase con la preparación de extractos placentarios.

De todo esto resulta que la seroprofilaxis es una notable adquisición sanitaria derivada de la Estadística. Gracias a ésta, se conoce la evolución de la mortalidad a través de las edades, y gracias a ella es posible construir la *curva de Lexis*, que no es otra cosa que la representación gráfica de una seriación construída sobre el número de individuos muertos a cualquier edad en una generación ideal procedente de 100.000 nacimientos.

Dicha curva demuestra que el máximo de la mortalidad general corresponde a la edad de 0-1 año, decreciendo rápidamente a partir de ella.

Ahora bien; si examinamos cómo se distribuyen en el tiempo las defunciones de 100 niños fallecidos en el primer año de su vida, nos encontraremos con que, confirmando desde otro punto de vista lo ya dicho, el 60 por 100 mueren en el primer trimestre, el 20 por 100 en el segundo, el 12 por 100 en el tercero y el resto, o sea un 8 por 100, en el cuarto.

Pero si, para darnos cuenta de la magnitud del problema por lo que se refiere a España, examinamos las estadísticas oficiales de 1935, nos encontramos con que en dicho año murieron, dentro del primer año de su vida, 70.000 niños; 20.000 dentro del segundo, y todavía 17.000 más antes del quinto. Y si redondeamos las cifras, tendremos que éstas representan, sólo para el primer año de la vida, el 20 por 100, o sea la quinta parte del total de defunciones, y para los cinco primeros años, el 30 por 100, porcentajes que no necesitan comentarios.

Si queremos formar un juicio más sintético de la situación, acudiremos a la tasa de mortalidad, que nos dice que en España, en el año 1935, tuvimos 109 defunciones en los niños menores de un año por cada mil nacidos vivos; es decir, que más de la 1/10 parte de los niños que nacen en nuestro país mueren antes de cumplir el primer año de su vida. Esta tasa de morta-

lidad infantil es realmente elevada, aunque sea la menor registrada en España, pues, afortunadamente para nosotros, el curso de nuestra mortalidad infantil es rápidamente decreciente desde el comienzo del siglo, lo que dice mucho del progreso sanitario de nuestro país.

La distribución por provincias de la mortalidad infantil divide España en tres zonas demográficas bastante bien delimitadas. Una, de baja mortalidad, integrada por todas las provincias del litoral levantino, desde Gerona hasta Alicante, e incluso las Islas Baleares, zona a la que es preciso añadir las provincias de Lérida, Huesca, Navarra, Guipúzcoa y Vizcaya. En ella, la mortalidad infantil es algo menos de la mitad de la tasa media de España, y comparable, por tanto, a la de los países de menor mortalidad infantil.

Otra zona, integrada por las provincias de la meseta, León y ambas Castillas principalmente, con mortalidad alta, y una última, formada por Extremadura, Andalucía, Murcia y las Islas Canarias, con mortalidad análoga a la media de España.

En la totalidad de la provincia de Sevilla, la mortalidad infantil fué de 115, y de 80 en la capital, considerada aisladamente; cifras que suponen una disminución importante en relación con las del año anterior.

El estudio de la influencia de las causas de muerte pone de manifiesto el porcentaje importante que corresponde a las enfermedades del tubo digestivo (diarrea y enteritis) y a las infectocontagiosas, lo que evidencia la preponderancia de los peligros alimenticio e infeccioso sobre el congénito, hecho que se ha visto es común a todos los países de mortalidad infantil elevada, y que traza el camino a seguir, que no es otro que el desarrollo de las instituciones sanitarias adecuadas para atajar tales peligros, fácilmente evitables en el estado actual de la Puericultura.

Este predominio del peligro alimenticio, que se traduce por

una mayor mortalidad a causa de las enfermedades del tubo digestivo, explica suficientemente que si estudiamos la mortalidad infantil en los diferentes meses del año, observaremos la elevación extraordinaria que experimenta durante los de julio, agosto y septiembre, elevación separada, por un descenso brusco, de otra menor que corresponde al peligro infeccioso, y que se manifiesta por un aumento de defunciones en los de enero, febrero y marzo.

El estudio de la mortalidad infantil por sexos muestra una mayor mortalidad entre los niños varones, fenómeno de gran constancia e interés, pero al que no ha sido posible dar una explicación satisfactoria, ya que, como se trata de tasas específicas, no influye en ellas el predominio de los varones sobre las hembras en los nacimientos. Este fenómeno es bien conocido desde los trabajos de la escuela de los aritmético-políticos, que en el siglo XVII iniciaron los trabajos estadísticos. Desde entonces ha sido observado y confirmado en todos los países. Recordad, pues, que, contra lo que afirma el vulgo, el número de varones que nacen es siempre mayor que el de hembras, y este predominio de varones subsiste hasta el comienzo de la edad adulta, hecho estadístico que no dudo contribuirá a la tranquilidad de aquellas de mis oyentes que aspiran al matrimonio.

Si se examina lo que ocurre con la mortalidad infantil en cuanto a su distribución urbana y rural, nos encontramos con que en el campo mueren al año, en España, 30.000 niños más que en las ciudades, a pesar de la vida antihigiénica de sus barrios populosos y de la fama tan injustificada, al menos en los tiempos actuales, de las Inclusas y Casas de Maternidad.

Finalmente, es preciso saber que en la mortalidad infantil influye el número importante de factores sociales entre los que se encuentran la situación económica de los padres, la clase de trabajo de éstos, sus edades respectivas al nacer el hijo, el lugar que éste ocupa entre los demás, la clase de lactancia, algunas

características sanitarias de la vivienda, etc. La investigación de estos factores exige la realización de encuestas que no pueden llevarse acabo sin utilizar todo un ejército perfectamente instruído de sanitarios, y especialmente de enfermeras o visitadoras sanitarias puericultoras. Por esto, a pesar de su extraordinario interés, son pocas las encuestas realizadas, debiendo citarse como ejemplo las de Greenwood, efectuadas hace algunos años, la de Miss Elderton, más reciente, y la de Debré y sus colaboradores, que ha sido publicada en 1933, constituyendo una documentada y voluminosa monografía.

Sin embargo, numerosos autores y publicistas, profanos en los estudios estadísticos, se han lanzado a deducir consecuencias de la relación existente entre la natalidad y la mortalidad infantil, alguna de las cuales, por la difusión que ha tenido en España, merece ser recogida.

Tal es el caso de la conferencia del Dr. Marañón sobre «Eugenesia y mortalidad infantil», que, en unión de otras sobre temas diversos de Puericultura, fué publicada por la Dirección general de Sanidad en un folleto titulado «Conferencias radiofónicas» (1), que se repartió profusamente, y que, por razón, sin duda, de la gran tirada que de él se hizo, existe en número considerable en los Servicios oficiales de Puericultura, y he visto en vuestras manos. En la conferencia citada, alardea su autor de haber publicado la primera estadística española acerca de la relación entre la cantidad de hijos y la mortalidad infantil, y podría hacerlo si no hubiera abordado la cuestión desde el punto de vista simplista y erróneo de la causalidad o dependencia entre uno y otro fenómeno. Es interesante consignar que, según dice, tal estadística la dió a conocer su autor por primera vez en el año 1926, fecha en que tantas ideas, más que subversivas, corrosivas de los fundamentos sociales, se propa-

(1) Lucha contra la mortalidad infantil. Conferencias radiofónicas. Madrid, enero-marzo 1933.

garon por España bajo la capa, muchas veces, de la investigación científica, pero, en realidad, con un hondo sentido político. Ya comprenderéis que no puedo hablar de ello, aunque crea necesario y conveniente señalar tal circunstancia. Tampoco valdría la pena de ocuparse de los lugares comunes que a propósito de la ayuda que el Estado debe prestar a las familias numerosas, consigna el autor, siquiera valga la pena de apuntar que esto lo sostiene personaje tan influyente en el régimen que, a su advenimiento, suprimió cuantos auxilios de aquella clase venía abonando el Estado. Y es que aquellos hombres, aun cuando se moviesen dentro de la órbita de sus actividades profesionales o científicas, vivían en su conciencia el drama angustioso y terrible de no saber lo que querían. Así, Marañón, en esa conferencia, afirma que su doctrina «nada tiene que ver con el neomalthusianismo, como dicen los mentecatos» (el delicado epíteto es suyo); pero, ¿qué pensaréis si yo, uno de esos mentecatos a que alude, os digo que, doce líneas después, añade: «La mortalidad infantil hay que combatirla en su fuente: en la lucha contra el número excesivo de hijos»?

He aquí nuevamente el problema fundamental de la pretendida correlación, en el sentido de causalidad, entre mortalidad infantil y número de hijos, aceptada con el criterio simplista de quienes, no habiéndose asomado a los campos de la estadística demográfica, no saben que la correlación en este caso, como en muchos, no es causalidad, y que en el problema que nos ocupa, la relación es inversa, ya que la excesiva mortalidad infantil lo que hace es provocar un vacío demográfico que viene a llenar la natalidad. En una palabra, no se le mueren, a igualdad de condiciones y en términos proporcionales, más hijos al matrimonio que más tiene, sino que aquel matrimonio a quien se le mueren sus hijos por cualquier causa, trata de conseguir hijos a fuerza de engendrarlos, llenando así el vacío demográfico familiar que origina la mortalidad excesiva.

Esta es la explicación correcta del fenómeno, y la que han demostrado las investigaciones conducidas con rigor estadístico y matemático. Sería una pedantería, por mi parte, pretender asomarnos a este tipo de investigaciones; pero, además, no lo hago, porque no concederíais a mis razonamientos la adhesión entusiasta que estoy seguro han de mereceros los juicios, tan perfectos y concluyente como suyos, de ese genio de la Historia que es hoy el verdadero faro de la Humanidad.

He nombrado a Benito Mussolini. Escuchad lo que dice:

«Hoy nadie toma en serio la famosa ley llamada de Malthus... Se ha demostrado que, considerando como punto de partida la población existente sobre la tierra en la época de Malthus, y procediendo para atrás, a través de los siglos, se llegaría a esta grotesca y extraordinaria consecuencia: en tiempos del Imperio romano la tierra no tenía habitantes. La tesis según la cual la calidad puede sustituir a la cantidad, que se ha formulado por los defensores del neomalthusianismo, es falsa, y debe ser rechazada enérgicamente. Falsa y estúpida es también la tesis de que población menor significa mayor bienestar; el nivel de vida de los actuales 42 millones de italianos es inmensamente superior al de los 27 millones de 1871 y los 18 millones de 1816.» Y dirigiéndose a los médicos añade estas palabras: «Vosotros conocéis mi teoría: máximo de natalidad y mínimo de mortalidad, pues que los dos aspectos del fenómeno son independientes. De hecho, cuando la natalidad disminuye, no disminuye también la mortalidad, aunque lo contrario sea cierto.»

Después de esto, no merece la pena hablar de toda la serie de instituciones sanitarias o sociales que deban organizarse para protección de la maternidad y de la infancia, porque, aparte de que nos saldríamos del tema, todo ello se da por añadidura cuando un pueblo ha comprendido cuál es la política demográfica que debe seguir.

Habría, por tanto, terminado mi misión y sólo me quedaría pedir os perdón por haber tratado el tema con una aridez mayor de la que le es propia; pero antes de deciros adiós permitidme que, como resumen de lo expuesto, añada que para la Puericultura y para España es mucho más importante que saber preparar una papilla o esterilizar un biberón que no olvidéis vuestros deberes naturales de mujeres y de madres, y que tampoco los olviden cuantas mujeres puedan ser influenciadas por vosotras.

Que se necesitan madres que no lo sean de un solo hijo como juguete o entretenimiento, sino madres que no consideren cumplido el sagrado deber de la maternidad hasta no alcanzar el cuarto hijo. Queremos madres, en fin, que renuncien, si es preciso, a toda frivolidad femenina a cambio del orgullo, santo y legítimo, de haber logrado un abundante número de hijos, porque sólo así podremos llenar el vacío demográfico de esta guerra, y alcanzaremos a ver la España una, grande y libre que todos anhelamos.

He dicho.