

Revista

de

Ciencias Económicas

PUBLICACION DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE ESTUDIANTES Y COLEGIO
DE GRADUADOS

DIRECTORES

Enrique Forn

Por la Facultad

Vicente García González

Por el Centro de Estudiantes

Jacobo Wainer

Por el Colegio de Graduados

SECRETARIO DE REDACCION

Carlos E. Daverio

REDACTORES

Egidio C. Trevisán

Silvio Pascale

Por la Facultad

J. Domingo Mestorino

Por el Centro de Estudiantes

Esteban Balay

Por el Colegio de Graduados

AÑO XXIII

MARZO DE 1935

SERIE II, N° 164

DIRECCION Y ADMINISTRACION

CALLE CHARCAS 1835

BUENOS AIRES

La dirección no se responsabiliza de las afirmaciones, los juicios y las doctrinas que aparezcan en esta Revista, en trabajos suscriptos por sus redactores o colaboradores.

de José González Galé

Las leyes de la mortalidad (1)

CAPITULO VII

La revolución industrial y el urbanismo. — La lucha contra la enfermedad en el siglo XIX. — Su influencia sobre la mortalidad. — Aumento de la vida media. — Mortalidad infantil. — La edad límite. — Conclusiones.

I

La revolución industrial, iniciada en el siglo XVIII, tuvo, como primera consecuencia, la formación de fuertes núcleos de población. Existían ya, en aquel tiempo, grandes ciudades, pero el advenimiento de la gran industria aumentó enormemente la extensión y el número de esas concentraciones de seres humanos y provocó el fenómeno que se conoce con el nombre de *urbanismo*. Considerables masas de población rural, atraídas por las perspectivas de una vida en apariencia más cómoda, y de una labor mejor remunerada, emigraron del campo a las ciudades.

El fenómeno es mundial: ocurre lo mismo en Inglaterra que en los Estados Unidos o en la Argentina, y, año tras año, crece en intensidad. Esta intensidad es difícil de medir, con precisión, *numéricamente* porque, en todos los países, se tropieza con las mismas dificultades. Por una parte, las grandes ciudades *crecen*, de vez en cuando, violentamente: es que se han anexado los distritos rurales circunvecinos. Por otra parte, los nuevos distritos rurales, que se van formando alrededor de la ciudad, pierden, poco a poco, su carácter rural y se convierten en *tentáculos* que la ciudad desprende de su seno, para ir ensanchando su área más y más cada vez.

(1) Conclusión. Véase nuestro número del mes de enero último.

En el censo de los Estados Unidos, de 1920, se dan algunas cifras que son muy expresivas. Se compara, con el total de la población en cada época censal, la población llamada *urbana*, es decir, la que vive en localidades de más de ocho mil habitantes, y se establecen las proporciones respectivas que damos a continuación.

Año	Población	
	Urbana %	Rural %
1790.....	3,3	96,7
1800.....	4,0	96,0
1810.....	4,9	95,1
1820.....	4,9	95,1
1830.....	6,7	93,3
1840.....	8,5	91,5
1850.....	12,5	87,5
1860.....	16,1	83,9
1870.....	20,9	79,1
1880.....	22,7	77,3
1890.....	29,0	71,0
1900.....	32,9	67,1
1910.....	38,7	61,3
1920.....	43,8	56,2

Un movimiento paralelo sigue, como es lógico, el desarrollo de las grandes ciudades.

Años	Ciudades cuya población excede de:				
	25.000	50.000	100.000	500.000	1.000.000
1860	32	15	8	2	—
1870	50	24	13	2	—
1880	77	35	20	4	1
1890	125	58	28	4	3
1900	161	79	38	6	3
1910	229	109	50	8	3
1920	287	144	68	12	3

En Inglaterra ocurre lo mismo. Según los censos, levantados desde 1851, hasta 1921, la proporción entre la población urbana y la rural no ha cesado de crecer:

<i>Año censal</i>	<i>Distribución de la población</i>	
	<i>Urbana %</i>	<i>Rural %</i>
1851.....	50,2	49,8
1861.....	54,6	45,4
1871.....	61,8	38,2
1881.....	67,9	32,1
1891.....	72,0	28,0
1901.....	77,0	23,0
1911.....	78,1	21,9
1921.....	79,3	20,7

En cuanto a Alemania, las cifras son igualmente expresivas:

<i>Año</i>	<i>Por ciento de la población en ciudades de:</i>					<i>Total</i>
	<i>Más de 100.000</i>	<i>20.000 a 100.000</i>	<i>5.000 a 20.000</i>	<i>2.000 a 5.000</i>	<i>En el campo y las aldeas</i>	
1871	4,8	7,7	11,2	12,4	63,9	100
1875	6,2	8,2	12,0	12,6	61,0	100
1885	9,5	8,9	12,9	12,4	56,3	100
1895	13,5	10,1	13,6	12,2	50,6	100
1905	19,0	12,9	13,7	11,8	42,6	100
1925	26,7	13,4	13,4	10,9	35,6	100

Entre nosotros —fácil es comprobarlo— ocurre el mismo fenómeno:

<i>Año censal</i>	<i>Población</i>	
	<i>Urbana %</i>	<i>Rural %</i>
1869.....	28,28	71,72
1895.....	37,39	62,61
1914.....	52,74	47,26

Y, a pesar de la falta de estadísticas depuradas y de un censo reciente, podemos afirmar, sin vacilaciones, que el movimiento en los últimos veinte años ha seguido su curso, y

que, cerca de las *dos terceras partes* de los habitantes de la República, viven concentrados en los grandes núcleos de población.

II

Tal concentración es un factor, evidentemente, desfavorable para la salud y debe contribuir, por lo tanto, al aumento de la mortalidad. Y eso ocurrió, en efecto, en los primeros tiempos, hasta que los progresos de la medicina y de la higiene lograron neutralizar, y aun sobrepujar, su influencia. Sin embargo, aun queda mucho por hacer.

Describiendo lo que eran las ciudades en el siglo XVIII, dice un autor inglés —Sir George Newman— en su reciente libro *Health and Social Revolution*:

“El crecimiento de Londres, que de una ciudad medioeval murada se transformó durante el siglo XVIII en un enorme *quiste*, produjo sus naturales efectos: una inacabable masa de callejuelas, calles y plazoletas, sobrecargadas de casas y de gentes, y donde rondaban las fiebres y las enfermedades, con insalubres charcos, rebosantes de toda clase de *detritus*, atmósfera densa y mala ventilación y en donde la inicua tasa a las ventanas —que duró hasta 1803— ensombrecía los hogares. Agreguemos a esto las inmundas y malsanas prisiones, donde se engendraba la llamada *fiebre carcelaria* —*gaol fever*— y de la que, al decir de Creighton, nació la *fiebre naval*, introducida en los barcos y hospitales navales por hombres que pasaron de la cárcel a la flota real.”

Ciudades de ese tipo eran todas las de aquel siglo. Falta-ban, en absoluto, obras sanitarias: no había aguas corrientes, ni cloacas, y los residuos de toda clase daban origen a mil enfermedades que los médicos de aquel tiempo combatían por medio de sangrías.

Por lo demás, durante mucho tiempo las epidemias, las pestes fueron consideradas como un *castigo del Señor*: un azote descargado sobre la mísera humanidad para que expiara debidamente sus culpas.

Fué una suerte que, paralelamente al nacimiento de la gran industria y al desarrollo de las grandes ciudades, se produjese una evolución en las ciencias médicas, que se apoyaban, cada vez más, en la observación.

¿Qué hubiera sido, si no, de la humanidad, condenada —por las nuevas condiciones de vida— a trabajar durante

largas horas inhumanamente amontonada, y a reposar, luego, de mala manera, en la más abyecta promiscuidad?

No bastando los hombres, las mujeres y los niños fueron, también, llevados a las fábricas, a los talleres y a las usinas, con el subsiguiente deterioro de su salud.

El Dr. Aikin, uno de los más reputados médicos de Mánchester, se creyó obligado a levantar su voz —antes que ningún otro— para clamar contra tal estado de cosas:

“En los batanes —escribía— trabajan niños de muy tierna edad. Se los recluta en los barrios humildes de Londres y, formando *rebaños*, se los transporta en calidad de aprendices a muchas millas de distancia de sus hogares, y se los entrega a sus *maestros*, a quienes sirven desconocidos, sin protección y olvidados por aquellos bajo cuya salvaguardia han sido puestos por la naturaleza y por la ley.”

“Esos niños permanecen, por lo común, encerrados demasiado tiempo en los talleres, y, a menudo, hasta durante las horas de la noche; respiran aire dañino; no se presta atención a la limpieza, ni se atiende a las causas que favorecen el desarrollo de las enfermedades, especialmente la fiebre epidémica que, con tanta frecuencia, se halla en esas factorías.”

Algunos de esos niños habían sido *colocados* por los párrocos; otros eran *vendidos por sus propios padres*, quienes recibían un precio tanto mayor cuanto menor era el niño. Otros, en fin, eran *plagiados* (raptados).

Durante muchos años no hubo, para el empleo de niños y niñas, la menor restricción y, criaturas de cinco a catorce años de edad, llegaban a trabajar hasta doce y aun quince horas diarias.

Y un informe de la comisión de minas, en 1842, señaló que, en varios distritos mineros el número de niños empleados representaba del quince al veinticuatro por ciento, de los hombres adultos, y que había aún un número de niños —de iguales edades— que oscilaba entre el dos y el cuatro por ciento del de hombres adultos.

III

No hay necesidad de ir a considerar los casos extremos para darse cuenta de que la vida de las clases humildes se había modificado en un sentido hartamente desfavorable. A cambio de una esperanza de mayor lucro y de mayores facilidades

para lograr determinados goces, habían perdido el contacto con la naturaleza y se habían confinado en esas cárceles para gentes honradas que se llaman minas, fábricas, usinas y casas de vecindad.

Entre nosotros, y en una época en que el desarrollo industrial no estaba aún ni siquiera esbozado, ya la urbanización, de tipo europeo, hacía sus estragos.

En sus conferencias sobre *higiene pública*, dictadas en 1877, en el Colegio Nacional de Buenos Aires, Eduardo Wilde, refiriéndose al *conventillo* —que es, en última instancia, la casa de vecindad de todas las grandes ciudades— decía, y en sus palabras hay, todavía, mucho de verdad.

“Un cuarto de conventillo, como se llaman esas casas ómnibus que albergan desde el pordiosero hasta el pequeño industrial, tiene una puerta al patio y una ventana, cuando más, en una pieza cuadrada de cuatro varas por costado y sirve para todo lo siguiente: es la alcoba del marido, de la mujer y de la cría, como dicen ellos en su lenguaje expresivo —la cría son cinco o seis chicos debidamente sucios—; es comedor, cocina y despensa; patio para que jueguen los niños; sitio donde se depositan todos los residuos, a lo menos, temporalmente; depósito de basura; almacén de ropa sucia y limpia, si la hay; morada del perro y del gato; depósito de agua; almacén de combustibles; sitio donde arde, de noche, un candil, una vela o una lámpara; en fin, cada cuarto de éstos es un *pandemonium* donde respiran, contra todas las prescripciones higiénicas, contra las leyes del sentido común y del buen gusto y hasta contra las exigencias del organismo mismo, cuatro, cinco o más personas”.⁽¹⁾

IV

¿Cómo se explica, entonces, que a pesar de esa modificación de las condiciones de vida —desfavorable, a todas luces, para la salud— se haya obtenido, durante el siglo XIX, una notable ventaja sobre la mortalidad?

(1) Cuando Wilde escribía, para edificar una casa bastaba pedir la “línea” de la calle sobre la cual se levantaba el frente. No se adjuntaban planos, ni se describía la obra. Materiales, traza, pozos, aljibes..., todo quedaba al arbitrio del constructor. Poco a poco se fueron dictando disposiciones parciales, hasta que, en 1887, se dictó la primera ordenanza referente a construcciones.

Porque —ya lo dijimos antes— a la par que la industria, progresaban la higiene y la medicina y, además, porque las clases obreras, dirigidas por hombres inteligentes y desinteresados, iniciaron pronto una lucha tenaz por su bienestar.

No es ésta la ocasión de estudiar esa lucha, que, por lo demás, no ha terminado todavía, ni se sabe cuándo ni cómo llegará a terminar. Sin embargo, tal lucha no dejó de pesar en el ánimo de las clases directoras, inclinándolas a adoptar ciertas medidas de previsión y de vigilancia que, por otra parte, los incesantes progresos de la medicina y de la higiene reclamaban, también, con la mayor urgencia.

Si el hacinamiento de las gentes en grandes edificios incómodos es cosa que aun perdura, muchos de los inconvenientes que ofrecían esos edificios han sido obviados. Y se ha ido llevando a ellos servicios sanitarios: primero, agua potable; después, cloacas; por fin, agua en cantidad suficiente para el aseo personal. Disposiciones de carácter municipal han ido teniendo, con constructores y propietarios de casas de vecindad, exigencias cada vez mayores, respecto a patios, baños, puertas y ventanas.

El trabajo de las mujeres y los niños ha sido reglamentado. En todos los países civilizados, una copiosa legislación, de carácter social, tiende a proteger la salud de sus habitantes.

La medicina, entretanto, ha realizado enormes progresos. Los descubrimientos de Pasteur abrieron horizontes insospechados, y, desde entonces acá, el avance no se ha detenido ni un solo instante. Hoy la lucha contra la enfermedad y contra la muerte prosigue sin tregua ni descanso.

“*El objeto de la higiene* —decía el doctor Guillermo Rawson, en 1874, hace *sesenta años*, al inaugurar sus conferencias en la Facultad de Medicina— *no es otro que el de prolongar con comodidad la vida media de los hombres.*” Por su parte el doctor Eduardo Wilde, en sus clases del Colegio Nacional, en 1877, definía la higiene pública como “*el arte de conservar y recuperar la salud de los pueblos*”.

Esa es la labor que, en todas partes, llevan a cabo las organizaciones oficiales que —con uno o con otro nombre— tienen a su cargo la supervisión de la salud pública.

La famosa Real Comisión inglesa, de 1869, condensó en las once conclusiones que siguen lo que era, a su juicio, indispensable para que un pueblo civilizado pudiera vivir en condiciones *acceptables*:

- 1º) Provisión de agua *sana*, en cantidad suficiente para la bebida y el aseo.
- 2º) Mantenimiento de esa agua *libre* de contaminaciones.
- 3º) Construcción y utilización de desagües.
- 4º) Regulación de calles, caminos y edificios.
- 5º) Salubridad de las casas.
- 6º) Eliminación de los desechos y destrucción del humo.
- 7º) Inspección de los alimentos.
- 8º) Supresión de las causas de enfermedad, y reglamentaciones para el caso de epidemias.
- 9º) Organización de los entierros, sin daños para los vivos.
- 10º) Reglamentación de los mercados, del alumbrado público y de los otros servicios que deban usarse en común.
- 11º) Anotación sistemática de los casos de muerte y enfermedad.

Hoy, transcurridos algo más de sesenta años, el programa de la Real Comisión inglesa de 1869, está ya completamente incluido en el del Servicio Nacional de Salud Pública, que lo ha ampliado agregando estos otros once items:

- 1º) Alojamiento del pueblo y regulación de la planta de las ciudades.
- 2º) Bienestar (comodidad) industrial del obrero y vigilancia de talleres y usinas.
- 3º) Cuidado y supervisión de la maternidad.
- 4º) Salud de jóvenes y niños, incluyendo el servicio médico escolar.
- 5º) Tratamiento de las enfermedades contagiosas corrientes.
- 6º) Tratamiento de las enfermedades constitucionales: tuberculosis, específicas, cáncer, reumatismo, ceguera, mentales.
- 7º) Facilitación de los medios de obtener esos tratamientos: hospitales, clínicas, sanatorios, escuelas especiales.
- 8º) Un sistema nacional de seguro sanitario.
- 9º) Convenciones sanitarias internacionales.
- 10º) Investigaciones médicas acerca de las causas y medios de curar las enfermedades.
- 11º) Educación popular en materia de salud.

V

Y es, realmente, consolador poder comprobar que el esfuerzo realizado no ha sido estéril.

Empecemos por nuestra ciudad.

El doctor Alberto Martínez publicó, en el tercer censo municipal de 1910, un cuadro en que da las cifras correspondientes a la mortalidad por cada mil habitantes en Buenos Aires —la llamada *tasa cruda* de mortalidad— desde 1664 hasta 1909. Advierte el autor, honradamente, que trabajó con datos *insuficientes*. Sin embargo, los resultados a que él llega no difieren mucho de los obtenidos, en 1930, por la oficina de estadística municipal, que *recalculó* dichas tasas en base a *estimaciones*, hechas por la misma oficina, de la población de la ciudad. La irregularidad que ofrecen esas tasas durante el siglo XVIII, donde, junto a una tasa de apenas un *veinte* por mil, hallamos otra que excede de treinta y cuatro, nos induce —dada la forma un tanto *conjetural* en que han sido establecidas— a no tomar en cuenta sino las que proceden de años posteriores a la organización nacional.

Partiremos, pues, del año 1869, en que se levantó el primer censo nacional. Y veremos, de paso, al llegar al año 1871, el tremendo azote que fué, para la capital de la República, la epidemia de fiebre amarilla.

CIUDAD DE BUENOS AIRES

<i>Tasas crudas de mortalidad</i>					
<i>Año</i>	<i>Tasa</i>	<i>Año</i>	<i>Tasa</i>	<i>Año</i>	<i>Tasa</i>
1869	35,2	1880	24,3	1915	15,1
1870	33,1	1885	25,4	1920	14,5
1871	111,4	1890	31,4	1925	13,5
1872	29,0	1895	24,8	1930	12,8
1873	28,8	1900	20,8	1932	12,0
1874	33,5	1905	16,3		
1875	30,7	1910	16,8		

Las cifras que anteceden son las dadas actualmente por la Oficina Estadística Municipal. Las que figuran en el Censo Municipal del año *diez* difieren levemente, en más o en menos. Pero las diferencias no tienen mayor significación y, tanto unas

como otras, revelan claramente la *marcha*, la *tendencia*, decreciente de la mortalidad, que es lo que nos interesa poner de manifiesto. Sería, por otra parte, absurdo pretender dar a las cifras un alcance mayor del que realmente tienen.

Son *tasas crudas*, es decir, *referentes a una población cuya composición se ignora*. Y, de la composición de esa población, depende que la tasa, aparentemente alta, sea baja o viceversa. En una población compuesta en su mayor parte por viejos y niños, la mortalidad *debe forzosamente* ser mucho más elevada que en otra población, en la que predominan, sobre todo, personas que están en la fuerza de la vida. Además, la población *total* —sin atender ya a su composición— que ha servido de base a esos cálculos, es meramente *conjetural*: tan aproximada como se quiera, pero *conjetural*, al fin y al cabo. Y, el grado de aproximación de esa cifra, no se conocerá mientras no se tenga un Censo de Población.

VI

El fenómeno se estudia mucho mejor a la luz de estadísticas más perfectas que las de nuestro país. En Inglaterra, donde desde principios del siglo pasado se levanta un *censo de población* cada diez años —en los años terminados en uno—, se han construido, en base a esos censos, *tablas de mortalidad* que permiten seguir, con precisión, las ganancias obtenidas año tras año.

De esas tablas entresacamos los valores de la *vida media* que siguen para distintas edades:

La vida media en Inglaterra.

VARONES

<i>Tabla y</i> <i>fecha</i>	<i>E d a d e s</i>				
	0	5	10	45	80
E ₃ ; (1838-54)	39,91	49,71	47,05	22,76	4,93
E ₄ ; (1871-80)	41,35	50,87	47,60	22,07	4,79
E ₅ ; (1881-90)	43,66	52,75	49,—	22,06	4,52
E ₆ ; (1891-900)	44,13	53,50	49,63	22,20	4,62
E ₇ ; (1901-10)	48,53	55,90	51,81	23,27	4,86
E ₈ ; (1910-12)	51,50	57,14	53,08	23,92	4,90
E ₉ ; (1920-22)	55,62	58,81	54,64	25,22	4,93

MUJERES

Tabla y fecha	E d a d e s				
	0	5	10	45	80
E ₃ ; (1838-54)	41,85	50,33	47,67	24,06	5,26
E ₄ ; (1871-80)	44,62	53,08	49,76	24,06	5,20
E ₅ ; (1881-90)	47,18	54,92	51,10	24,05	5,—
E ₆ ; (1891-900)	47,77	55,79	51,97	24,20	5,05
E ₇ ; (1901-10)	52,38	58,53	54,53	25,53	5,36
E ₈ ; (1910-12)	55,35	59,94	55,91	26,34	5,49
E ₉ ; (1920-22)	59,58	61,67	57,53	27,73	5,56

La letra que sirve de característica a las tablas es la inicial de la palabra *english* (inglesa); el subíndice que la acompaña indica el número de orden de la tabla; los años entre paréntesis el período que abarcan las observaciones.

En el cuadro anterior se advierten claramente:

- a) el aumento constante de la vida media, para todas las edades.
- b) la mayor vitalidad —también constante— de la mujer.
- c) la —comparativamente— mayor ganancia de mortalidad en los primeros años de la vida. A la edad *cero* —a la hora de nacer—, la vida media de los varones pasa de 39,21 —en 1838-51— a 55,62 —en 1920-22—. Lo que representa más del *treinta y nueve* por ciento de ganancia. A los cinco años de edad, esa ganancia se reduce al *diez y ocho* por ciento. A los cuarenta y cinco años, a menos del *once* por ciento. Y, a los ochenta años, la variación sufrida es prácticamente nula. Eso prueba que, a pesar de haberse eliminado numerosas causas de muerte, la duración *normal* de la vida no se ha alterado. Muchas muertes *prematuras* han sido llevadas a su verdadero lugar. Eso es todo.

Ello se ve con no menor claridad si, en vez de comparar la *vida media*, comparamos las *tasas de mortalidad* que, para diversas edades, se obtienen de estas mismas tablas.

INGLATERRA

Tasas de mortalidad por cada mil sobrevivientes a la edad indicada

VARONES

<i>Edad</i>	<i>T a b l a</i>		
	<i>E₇ (1901-10)</i>	<i>E₈ (1910-12)</i>	<i>E₉ (1920-22)</i>
0	144,34	120,44	89,96
10	1,82	1,93	1,81
20	3,78	3,48	3,49
30	5,66	4,78	4,34
40	9,31	8,11	6,88
50	16,57	14,82	11,79
60	32,62	30,42	25,61
70	67,08	64,70	59,97
80	141,63	142,99	140,02
90	295,66	273,95	267,52

MUJERES

<i>Edad</i>	<i>T a b l a</i>		
	<i>E₇ (1901-10)</i>	<i>E₈ (1910-12)</i>	<i>E₉ (1920-22)</i>
0	117,43	97,67	69,42
10	1,99	1,96	1,80
20	3,25	2,95	3,06
30	4,84	4,11	3,92
40	7,66	6,60	5,32
50	12,67	11,40	9,15
60	25,39	23,10	18,97
70	56,43	52,59	46,46
80	124,29	124,19	117,66
90	257,81	238,26	238,52

Y en cualquier país que consideremos ocurre lo propio.

El Instituto Central de Estadística de Italia, que dirige Corrado Gini, acaba de publicar un volumen de tablas de mortalidad construídas todas por un mismo procedimiento —lo que es una ventaja a efectos de su comparación— y que

se refieren a cuatro períodos diferentes. De entre ellas sacamos los siguientes resultados:

Tablas de mortalidad italianas para ambos sexos

VIDA MEDIA

<i>Edad</i>	<i>Periodo de observación</i>			
	1881-82	1899-902	1910-12	1920-22
0	35,42	42,78	46,94	49,99
5	50,02	54,42	56,22	57,73
10	47,92	51,10	52,58	53,85
20	40,48	43,07	44,40	45,55
45	23,08	24,53	25,44	26,07
60	13,05	13,53	14,24	14,67
70	7,98	7,70	8,16	8,43
80	4,95	3,99	4,18	4,36
90	3,17	2,17	2,33	2,46

MORTALIDAD POR MIL SOBREVIVIENTES A LA EDAD INDICADA

<i>Edad</i>	<i>Periodo de observación</i>			
	1881-82	1899-902	1910-12	1920-22
0	202,12	169,56	141,83	128,66
5	18,28	9,46	7,42	5,58
10	6,18	4,03	3,13	2,67
20	8,07	6,23	5,76	5,42
45	12,65	9,70	8,82	7,91
60	30,86	26,14	23,12	21,35
70	76,79	68,10	61,70	58,05
80	148,—	175,94	165,35	159,37
90	246,87	347,66	337,69	311,30

VII

La mejor parte de la ganancia obtenida en la lucha empeñada contra la muerte es, pues, la que deja la reducción de la mortalidad infantil.

Y entre nosotros —no podía ser de otro modo— ocurre exactamente lo mismo.

En el tercer censo municipal —a que antes nos referimos— hallamos algunas cifras interesantes que lo demuestran.

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Mortalidad infantil (de cero a un año de edad)
Número de muertes por cada cien nacidos con vida

Año	Tasa de mortalidad						
1875	21,7	1884	18,0	1893	14,5	1902	9,2
1876	16,3	1885	18,6	1894	14,1	1903	8,7
1877	18,8	1886	19,6	1895	13,2	1904	8,3
1878	17,1	1887	18,8	1896	12,1	1905	9,9
1897	16,5	1888	17,2	1897	12,4	1906	10,4
1880	16,8	1889	19,3	1898	10,6	1907	9,6
1881	16,2	1890	17,7	1899	10,3	1908	8,6
1882	16,0	1891	15,7	1900	12,3	1909	8,8
1883	18,4	1892	15,6	1901	9,9	1932	6,4

La última cifra del cuadro procede de una publicación reciente hecha por la Oficina de Estadística de la Municipalidad.

La Sociedad de las Naciones decidió, en 1926, realizar una investigación acerca de la marcha de la mortalidad infantil en los distintos países.

El informe preparado en Inglaterra, con tal motivo, es sobremanera instructivo.

Entresacamos de él algunas cifras que son por sí solas harto elocuentes.

INGLATERRA Y GALES

Mortalidad infantil

Número de muertes por cada mil nacidos con vida

Año	Legítimos	Illegítimos	Total
1918.....	91	186	97
1919.....	84	173	89
1920.....	76	156	80

Año	Legítimos	Ilegítimos	Total
1921.....	79	158	83
1922.....	74	139	77
1923.....	67	132	69
1924.....	73	133	75
1925.....	72	136	75
1926.....	68	130	70
1927.....	67	120	70

A pesar de que la tasa de la mortalidad baja continuamente, se mantiene inalterada la proporción entre la mortalidad de los hijos legítimos y los ilegítimos. Grave falla de nuestra pretendida civilización que debería estar ya en vías de ser subsanada. Sin embargo, no es así.

INGLATERRA Y GALES

La mortalidad infantil, según la edad de la madre

Muertes durante el primer año —excluyendo el primer día— por cada mil nacidos con vida

Causas de muerte	Edad de la madre				
	15-25	25-30	30-35	35-40	40 ó más
Gastro enteritis.	6,32	3,44	4,75	8,10	8,44
Sífilis	2,53	3,44	0,73	4,86	3,54
Bronquitis y pneumonía. .	16,86	17,20	17,55	22,68	18,86
Mala conforma- ción	5,06	5,85	2,93	4,32	3,54
Nacimientos pre- maturos. . .	7,17	9,29	5,49	8,64	10,61
Todas las causas	49,32	51,25	41,69	56,70	57,75

Más interesante, aun, es el resultado de una investigación, realizada recientemente en Australia por el *supervisor* del censo Mr. H. J. Exley, en la que se da la *marcha* de la mortalidad infantil en Australia y en Nueva Zelandia desde 1871 hasta la fecha, es decir, desde hace más de *sesenta años*. Y son interesantes, sobre todo, los resultados obtenidos, porque Nueva Zelandia y Australia son, actualmente, los países en que se registra menor mortalidad.

Mortalidad infantil en Australia y Nueva Zelandia

Muertes entre las edades cero y uno por cada mil nacidos con vida

A ñ o s	Australia	Nueva Zelandia
1871-75.....	119,28	111,72
1876-80.....	121,41	95,60
1881-85.....	125,07	90,60
1886-90.....	117,51	84,09
1891-95.....	107,96	87,60
1896-900.....	112,32	80,06
1901-05.....	96,91	74,77
1906-10.....	77,60	69,62
1911-15.....	70,32	53,63
1916-20.....	64,67	48,62
1921-25.....	57,88	42,75
1926-30.....	51,99	36,70

Clasificando las muertes infantiles ocurridas en Australia, desde 1906 hasta la fecha, de acuerdo con la edad del niño —dentro, naturalmente, del primer año— se tienen los siguientes resultados:

AUSTRALIA

Mortalidad infantil de acuerdo a la edad del niño

(Número de muertos por cada mil nacidos con vida)

Periodo	Menos de una semana	De una semana a un mes	Hasta un mes de edad	Más de un mes y menos de un año	Total
1906 - 10	21,19	10,16	31,35	46,25	77,60
1911 - 15	22,18	9,51	31,69	38,63	70,32
1916 - 20	23,10	8,59	31,69	32,98	64,67
1921 - 25	22,04	7,87	29,91	27,97	57,88
1926 - 30	22,39	6,56	28,95	23,04	51,99

También compara, el estudio que nos ocupa, la mortalidad infantil de los hijos legítimos y de los ilegítimos. Igualmente resulta, en Australia, mayor la mortalidad de los ile-

gítimos, y en proporciones análogas a las halladas en Inglaterra.

Durante el período 1925-30, la mortalidad de los hijos ilegítimos, comparada con la de los legítimos, fué, según edades:

Hasta menos de una semana	145 %
De una a dos semanas	130 „
De dos semanas a un mes	167 „
En conjunto: de menos de un mes	146 „
De menos de un año (en total)	184 „

Como las muertes durante la primera y aun la segunda semana se deben, sobre todo, a mala conformación congénita o a lesiones sufridas durante el parto, se ve en el acto que en el exceso de la mortalidad de los ilegítimos pesan, sobre todo, las causas debidas a falta de atenciones.

Es decir, que ese desequilibrio podría y debería remediarse.

VIII

Si estudiamos, ahora, cómo influyen sobre la mortalidad las condiciones económicas, veremos —y no es preciso ser zahorí para preverlo— que las clases más pobres son las que tienen mayor mortalidad.

Uno de los estudios más interesantes al respecto es el realizado, en 1920, por el estadígrafo suizo L. Hersch, tomando como base las estadísticas de la ciudad de París, y al que nos referimos ya en páginas anteriores.

Agrupando los diversos barrios (*arrondissements*) parisienses en cuatro categorías, de acuerdo con la contribución personal *media* pagada durante los años 1911 a 1913, llegó a los siguientes resultados:

<i>Clases por orden de bienestar económico</i>	<i>Mortalidad general, por mil habitantes</i>	<i>Mortalidad infantil, por mil nacidos vivos</i>	<i>Mortalidad por tuberculosis, por cada diez mil habitantes</i>
I	11,0	51,0	14,8
II	13,0	69,0	26,8
III	16,9	107,0	43,1
IV	22,4	151,0	58,6
Promedio general	16,5	107,0	39,4

I X

En resumen, podemos afirmar que, contra viento y marea, venciendo todos los obstáculos que la pobreza, el exceso de fatiga, el hacinamiento y los prejuicios humanos le oponen, más o menos francamente, la ciencia moderna va acorralando a la muerte. No la vencerá: de eso no hay duda. La muerte no es, al fin, más que una consecuencia de la vida. Pero lo esencial no es *eliminarla*, sino *recluírta, confinarla* en su verdadero lugar.

Había llegado a regiones que hubieran debido estarle vedadas, y es en esas regiones donde se lucha denodadamente. Hay que transportar las muertes tan lejos como sea posible. Si no para desplazar la edad límite de la vida, al menos, para hacer que esa edad límite sea accesible, cada día, a un mayor número mayor de personas.

Y que —cuando llegue la muerte— el hombre esté *saciado* de vivir, como los patriarcas bíblicos. No cansado de la vida, sino satisfecho de haberla vivido; no harto de sufrir, sino saturado de bienestar; no esperando la muerte como una liberación, sino aceptándola como el fin natural de una existencia bella y noblemente cumplida.

La lucha es, pues, más contra la *enfermedad* que contra la *muerte*.

El ideal sería que —de esa curva de las muertes que vimos en uno de los primeros capítulos— sólo quedara subsistente la *última* de las curvas parciales que contribuyen a formarla. Naturalmente, tendría que elevar más su cima; acaso ensanchara algo su base, pero ; cuánto dolor y cuánta miseria se ahorrarían! ; cómo mejoraría —incluso moralmente— la humanidad!

Para colaborar en esa espléndida tarea se ha creado —hace relativamente poco tiempo— una nueva ciencia: la *eugenesia*. Los que la aplican, es decir, los que, al lado de la *ciencia*, cultivan el *arte* que de ella ha nacido, se proponen hacer de modo que, en pocos años, no queden sobre la tierra seres *tarados*. Y no vacilan en apelar, para ello, a las medidas más expeditivas, sin excluir la *esterilización* de los hombres a quienes no se juzga dignos de tener descendencia. Es una operación, al parecer, *incruenta*, que se ha llevado a cabo ya, con éxito, en algunos estados de la república norteamericana, y que empieza a ser preconizada en otros muchos países. Recientemente Alemania ha dispuesto la esterilización de *cua-*

trocientos mil personas, la mayor parte de las cuales son, o se dice que son, deficientes mentales. ¡Todo por una más grande Alemania!

Cuesta trabajo, sin embargo, pronunciarse decididamente en pro de la esterilización. De cualquier modo, es una medida que habrá que dejar para casos extremos.

Antes de eso hay una larga ruta que recorrer; hay mucha hambre que aplacar, mucha ignorancia que desvanecer, muchos dolores que mitigar, muchas injusticias que destruir. Cuando todo eso esté realizado, habrá, tal vez, llegado el momento de hacer un *balance*, y ver si las ganancias esperadas justifican la adopción de ciertas medidas. Es muy probable que el número de inferiores, de indeseables y de tarados, decrezca, rápidamente, a medida que aumente la justicia social.

