Sociología de la Mortalidad Infantil

A. Guerrero R.

181323
N5 R3

I

SOCIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD INFANTIL

CUADERNOS DE SOCIOLOGÍA

VOLÚMENES PUBLICADOS:

Las Clases Sociales, por el Dr. Lucio Mendieta y Núñez.
Los Partidos Políticos, por el Dr. Lucio Mendieta y Núñez.
Sociología de la Universidad, por el Dr. Roberto Agramonte.
El Mundo Histórico Social, por el Dr. Juan Roura Parella.
Problemas de la Universidad, por el Dr. Lucio Mendieta y Núñez y el Dr. José Gómez Robleda.
Valor Sociológico del Folklore, por el Dr. Lucio Mendieta y Núñez.
Introducción a la Psiquiatría Social, por Roger Bastide.
Teoría de los Agrupamientos Sociales, por el Dr. Lucio Mendieta y Núñez.
Tema y Variaciones de la Personalidad, por el Dr. Juan Roura Parella.
Caracteres Sudamericanos, por Roberto Fabregat Cúneo.
Principales Formas de Integración Social, por L. L. Bernard.
Las Ciencias Sociales del Siglo XX en Italia, por Massimo Salvadori.
La Problemática de la Culpa y la Sociedad, por el Dr. Juan José González Bustamante.
Democracia y Misticismo, por Djacir Menezes.
Ensayos de Sociología Política, *En qué Mundo Vivimos*, por Francisco Ayala.
La Eugenesia en América, por Roberto Mac Lean y Estenós.
Estructura Mental y Energías del Hombre, por el Dr. Pitirin A. Sorokin.
Eutanasia y Cultura, por el Dr. Juan González Bustamante.
Urbanismo y Sociología, por el Dr. Lucio Mendieta y Núñez.
Presentaciones y Planteos, *Papeles de Sociología*, por el Dr. José Medina Echavarría.
El Problema del Trabajo Forzado en América Latina, por Miguel Mejía Fernández.
Universidad Oficial y Universidad Viva, por el Dr. Antonio M. Grompone.
Introducción a la Sociología Regional, por Manuel Diéguez Jr.
Sociología de la Mortalidad Infantil, por Alberto Guerreiro Ramos.
Las Fuerzas Sociales, por Oscar Álvarez Andrews.
Periodismo Político de la Reforma en la Ciudad de México, 1854-1861, por María del Carmen Ruiz Castañeda.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

CUADERNOS DE SOCIOLOGÍA

SOCIOLOGIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL

POR

ALBERTO GUERREIRO RAMOS

Traducción del Portugués por el Lic.

CARLOS H. ALBA

BIBLIOTECA DE ENSAYOS SOCIOLÓGICOS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
UNIVERSIDAD NACIONAL
MÉXICO, D. F.

Derechos reservados conforme a la ley

Impreso en GRÁFICA PANAMERICANA, S. DE R. L.
Parroquia 911.—México 12, D. F.

SUMARIO

ADVERTENCIA
NOTA METODOLÓGICA

PRIMERA PARTE

1. Teoría del problema social.
2. Evolución de la protección a la infancia.
3. Importancia relativa del coeficiente de mortalidad infantil.
4. Importancia económica y social de la estructura estrática de la población.
5. Estructura económica y mortalidad infantil.
6. Las clases sociales y la salud de las masas.
7. Areas de natalidad y de mortalidad infantil.
8. Pauperismo, medicina popular y mortalidad infantil.

SEGUNDA PARTE

Una interpretación sociológica del problema brasileño de la mortalidad infantil.

7968

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO
INVESTIGACIONES SOCIALES

ADVERTENCIA

Durante el período en que enseñó sociología y economía en el Departamento Nacional de la Niñez, del Ministerio de Educación y Salud, del Brasil, el autor de este libro reunió un abundante material sobre la niñez en general, y especialmente sobre la mortalidad infantil. Parte de este material ha sido divulgado en el Brasil, en forma de compendios mimeográficos, folletos y, recientemente, en el libro "Sociología del Presupuesto Familiar".

El presente estudio es también fruto de aquella labor de seis años. Asegura el autor haber contribuído a la formulación de una teoría sociológica de la salud de las masas, materia que hasta esta fecha ha sido estudiada casi exclusivamente bajo el punto de vista médico.

Si las conclusiones de esta teoría fueron válidas, las consecuencias de tal validez no deben hacerse sentir sólo en el terreno de las ideas, sino también en el de la política administrativa de los gobiernos en lo que concierne a la salud de las poblaciones. Este libro tiende a demostrar que

la salud de las masas en los países sub-desenvueltos, jamás resultará de la distribución de recursos de asistencia médica, sino que por el contrario, resultará decisivamente de la planificación democrática del empleo de los recursos económicos y culturales, dentro de las posibilidades de cada país.

Cabe hacer registrar aquí mi agradecimiento a la Secretaría General del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística por la valiosa colaboración que me fué prestada en la investigación de los datos estadísticos y por la colaboración dactilográfica de este libro.

GUERREIRO RAMOS.

NOTA METODOLOGICA

Este libro implica una metodolgía sociológica. Se le figura al autor muy útil exponer las categorías fundamentales de esta metodolgía, pues podrá aplicarse en el estudio de todos los problemas demográficos, con los mismos resultados prácticos obtenidos en este estudio. Por ejemplo, el fenómeno de las migraciones, el problema de la tuberculosis, de la sífilis y de otras enfermedades sólo serán descifrados completamente a la luz de tales categorías.

Estas categorías son el fruto del trabajo secular de varios sociólogos. Así que el mérito que este libro puede tener es el de sistematizarlas y el de aplicarlas, demostrando el rendimiento que aquéllas pueden dar.

Una categoría importante de esta metodología es la de la *estructura*. Representa fundamentalmente una reacción contra el elementalismo y el unilateralismo de la ciencia clásica, según los cuales los fenómenos ocurren en un

universo "sin relieve", impulsados por entelequias.[1] Por ejemplo, la psicología elementalista veía en el hombre "facultades" que deberían ser universales, exentas de condicionamiento espacial o histórico. Suponía así la existencia *del hombre,* abstracción hoy insustentable. La configuración estructuralista de la psicología se expresó principalmente en el "gestaltismo" (Kohler, Koffka, Wertheimer, Lewin) y en la llamada Verstehendpsychologie (Dilthey, Spranger), que substituyeron el concepto universal del hombre por un concepto provincial del mismo, que no lo desliga del campo de fuerzas en que se elabora su naturaleza.[2]

Habría también una sociología elementalista caracterizada por su concepto de sociedad en la acepción de

[1] Sobre la importancia de este concepto que se contrapone al de vetor, véase: Kurt Lewin, *A Dynamic Theory of Personality,* McGraw Hill-Book Company, Inc., New York, 1935; y también: J. F. Brown, *Psychology and the Social Order,* McGraw-Hill-Book Co., Inc., New York, 1936; y asimismo: Mario Lins, *A Transformação da Lógica Conceptual da Sociologia,* Rio, Brasil, 1947.

[2] Sobre las nuevas corrientes de la psicología y de la sociología, consúltese: Guerreiro Ramos, *Aspectos Sociológicos da Puericultura,* Departamento Nacional da Criança, publicación No. 109, Imprensa Nacional, Rio, Brasil, 1944. También: *Uma Concepção Multidimensional do Comportamento,* en Jornal de Pediatria, mayo de 1944, Rio. Y *As Implicações Sociológicas da Puericultura,* septiembre de 1945, Salvador, Bahía.

género humano y por su presunción de la existencia de leyes sociales de contenido ético y normativo.

El concepto de estructura en las ciencias sociales emerge, principalmente, de los estudios de Karl Marx que, según el acertado decir de Robert Aron,[3] abrió la dimensión histórica en el universo lineal de los pensadores idealistas. Marx demostró que los fenómenos sociales transcurren dentro de condiciones históricas y sólo en función de las mismas pueden ser explicados. Las leyes sociales tienen una vigencia limitada por esas condiciones. Marx pudo ver bien que no existe la *sociedad*, sino estructuras sociales limitadas, "cuyas partes están dinámicamente interrelacionadas de modo que el cambio de una resulta del cambio de todas las otras".

Cada estructura social engendra su demografía, sus leyes de población. Por ejemplo, según Marx, la sociedad capitalista conduce necesariamente a la super-población.

Esta, la contribución fundamental de Marx, liberada de su mesianismo político, es necesario incorporarla a la metodología que tratamos de exponer.

Existe, en efecto, una fisonomía demográfica típica de los países sub-desenvueltos, como México, el Brasil, China y la India que trasciende en los aspectos cualitativos

[3] André Siegfried y otros, *Progrès Technique et Progrès Moral*, Edition de la Baconnière, Neuchatel, Librairie Alexandre Jullien, Genève, 1948, p. 355.

y cuantitativos de sus índice de morbilidad y de mortalidad, así como también en la movilidad de sus poblaciones (migraciones internas, inmigración y emigración).

La consideración del dinamismo de las estructuras sociales nos introduce en la percepción de otro concepto importante; el de la fase. Las estructuras económicas y sociales se desenvuelven según sus leyes en una sucesión de fases a través de las cuales realizan sus posibilidades. Durkheim usó la fase como "approach", en su estudio sobre la división del trabajo social *(De la División du Travail Social)*, pero fué Müller-Lyer quien, en este particular, dió una contribución decisiva, elaborando el "método faseológico" *(Phasen der Kultur)*. Müller-Lyer demostró que cada fase posee sus *líneas directrices*, que establecen la forma en que los fenómenos adquieren dentro de ella; también aplicó el método faseológico al estudio de las formas del matrimonio (Formen der Ehe) y de la familia *(Die Familie e Einteilung des gesamten Gabietes der Geneonomie)*.

Dentro de cada fase del proceso evolutivo de las estructuras económicas y sociales, los fenómenos demográficos se comportan diferencialmente. Por ejemplo, dentro de la sociedad de estructura capitalista, el cuadro nosológico de las poblaciones, varía radicalmente conforme la fase. En los países capitalistas que se encuentran en fases de sub-desenvolvimiento predominan, en el cuadro noso-

lógico, las muertes causadas por tuberculosis y otras enfermedades del aparato respiratorio, endemias, siendo en ellas relativamente baja la duración media de vida. En los países plenamente desenvueltos predominan, como causas de muerte, las enfermedades del corazón, el cáncer y otros tumores malignos, la nefrites, los accidentes, siendo en ellos relativamente alta la duración media de la vida humana. Estas diferencias del cuadro nosológico, conforme a la fase del desenvolvimiento económico social, pueden registrarse en el mismo país; por ejemplo, compárense para este efecto las capitales de los países latinoamericanos con las ciudades del interior. Y además, en cada uno de estos países su desenvolvimiento económico y social está siendo acompañado de cambios cualitativos y cuantitativos de su cuadro nosológico.

Pero la categoría de fase también es utilísima en la diferenciación de los arcaismos, de las supervivencias, y de las anticipaciones dentro de las estructuras económicas y sociales que conducen a aquella situación llamada por W. Pinder[4] de "contemporaneidad del "no coetáneo", y que se constituyen en un factor de perturbación del proceso evolutivo.

Acentuando el aspecto espacial, la noción del *área* se asocia a las dos anteriores para darles mayor precisión so-

[4] *El Problema de las Generaciones.* Editorial Losada. Buenos Aires, 1946.

ciológica. Durkheim fué uno de los primeros sociólogos que encarecieron la necesidad del "approach" espacial en el análisis de los fenómenos sociales. Acuñó la expresión de "morfología social" que, según Maurice Halbwachs,[5] tenía como objetivo estudiar el número y la naturaleza de las partes de la sociedad y la manera de cómo éstas se colocan sobre el suelo. Actualmente la llamada *ecología humana* dió una importancia fundamental a la categoría del área.

Como los precedentes, es el área un concepto multidimensional, representativo de la moderna tendencia sociológica de explicar los fenómenos, no en términos de causa y efecto, sino en función del campo de fuerzas en que transcurren.

La categoría de *clase social* corrige la generalidad del concepto de estructura económica y social. Esta no es un todo homogéneo, sino que presenta varios estratos, distintos uno de otros, a causa de características bien marcadas. La nación de clase sugiere así la dimensión vertical de la sociedad y cualquier estudio de cuestiones demográ-

[5] *Morfología Social.* Livraria Academica, São Paulo, 1941. "El autor de *Regras do Método Sociológico* —escribe M. Halbwachs—, que aconsejaba el estudio de las realidades sociales 'como cosas', debía atribuir una especial importancia a todo aquello que, en las sociedades, reviste más acentuadamente los caracteres de las cosas físicas: extensión, número, densidad, movimiento, aspectos cuantitativos, todo lo que puede ser medido y contado".

ficas que descuide esta dimensión, cae, necesariamente en el peligroso terreno de los enunciados vagos y abstractos.

Finalmente, mencionemos los *principia media,* los que entendemos como fuerzas configuradoras de cada etapa histórica. Los hechos no ocurren casual y caprichosamente. Toda sociedad, siendo una estructura espacio-temporal, limita por esto mismo, los acontecimientos históricos. En cada sociedad existen *principia media,* que regulan su proceso evolutivo. En la medida en que se les conoce es posible predecir y promover acontecimientos y también operar estratégicamente los cambios sociales. Los estudios de población no son un fin en sí mismos, sino que se realizan como medios, para ser utilizados en la transformación de situaciones sociales consideradas anormales e indeseables. Para que tenga éxito cualquier solución, cualquier medida, cualquier cambio social, debe encajar en el sistema de *principia media,* vigente en la etapa histórica en que se actúa. Es inútil contrariarlos. La planificación no es un estropicio, sino acción constructiva, un repertorio de medidas que se integran de modo positivo en el proceso histórico-social.

Estos instrumentos conceptuales *(estructura, fase, área, clase, principia media),* constituyen un sistema de referencias utilizable en el estudio de los problemas demográficos, especialmente cuando se procuran resultados prácticos. En los países sub-desenvueltos, como los de la

América Latina, la asimilación de esta metodología sociológica asume el carácter de verdadero antídoto del academismo y del epicureísmo cultural de sus élites.

PRIMERA PARTE

TEORIA DEL PROBLEMA SOCIAL

La actitud objetiva delante de los hechos es extraordinariamente difícil de conseguir. Pero el grado de esta dificultad se hace mayor o menor de acuerdo con la complejidad de los hechos que van a ser considerados. Por ejemplo, es mucho más fácil de determinar la resultante de un paralelogramo de fuerzas, que el momento preciso en que una rebelión puede transformarse en una revolución. Esta es una de las razones por la que existe un gran número de "genios" en el campo de la física y es poco el de los que se cuentan en la esfera de las ciencias sociales. La objetividad en estas ciencias es particularmente difícil, y las causas de esa dificultad, como dijo Edwin A. Burtt, provienen del hecho de que: a) los acontecimientos sociales son afectados por gran número de factores, contrariamente a lo que ocurre con los acontecimientos físicos y los fenómenos biológicos; b) los determinantes

sociales de la acción están siempre en rápido cambio, lo que hace difícil su predicción; c) el ser humano es consciente de lo que hace o lo que constituye otro obstáculo para la predicción; d) el método de la experimentación es la limitada aplicación en la esfera social; e) el pensamiento ideológico es difícil de evitar en el campo social[6].

De ahí resulta que la imprecisión y la inexactitud aparecen más de prisa en las ciencias físico-matemáticas que en las ciencias sociales. Un ejemplo de esto es lo que sucede con la expresión "problema social". Casi toda la gente la emplea; pero raramente en su acepción correcta. Nada más importante, pues, de que antes de pasar a discutir un problema social particular, como el de la mortalidad infantil, tratar de delimitar el sentido objetivo de la expresión.

La primera indicación sociológica de mencionarse es la de que la noción de "problema social" implica una más, la de normalidad. Una determinada condición social toma, en una época determinada, el carácter de problema social porque discrepa de lo que se considera normal. Cada sociedad erige determinadas condiciones sociales a la categoría de problema social, en función de la filosofía

[6] Edwin A. Burtt, *Right Thinking: A Study of its Principles and Method* (citado por Mario Lins en "The Future of Sociology as a Science", *The Social Sciences in México and South and Central America*, Vol. I. No. 2, Fall, 1947, México).

social dominante o genéricamente adoptada por sus miembros. No hay, por tanto, en el sector de las cuestiones sociales una normalidad *sub-especiae aeternitatis*, esto es, válida universalmente, independiente de tiempo y espacio. La esclavitud fue una condición normal en la antigüedad y durante algunos siglos de nuestra civilización, y ahora nos parece anormal. La poligamia nos parece actualmente una anormalidad, aunque sea lo normal en culturas diferentes a la nuestra. El coeficiente de mortalidad infantil en la época colonial del Brasil fue más alto que el de nuestros días y, en cambio, el hecho no alarmaba a nuestros antepasados como nos alarma hoy a nosotros. La filosofía social dominante en nuestra época es la causa determinante de esta alarma.

Hay otra indicación capital para el objetivo entendimiento de la noción de problema social: la de perfectibilidad. Quien afirma la existencia de problemas sociales en una sociedad, admite que está mal organizada, defectuosa; admite que dicha sociedad puede ser mejorada, corregida, perfeccionada; en suma, admite su perfectibilidad.

Por tanto, es posible decir con Richard C. Fuller,[7] que un problema social surge cuando hay una conciencia, común a ciertas personas, de que una particular situación

[7] Robert Park (editor), *An Outline of the Principles of Sociology*, Barnes & Noble, Inc. New York, 1939.

social es una amenaza para determinados valores por ellas estimados, y que tal situación puede ser removida o corregida por la acción colectiva. O estar, asimismo, con Rosenquist: problemas sociales son las condiciones o aspectos de la sociedad que un considerable número de personas trata de transformar.[8] O también con Harold A. Phelps: problemas sociales son los obstáculos que dificultan la realización de aquello que la sociedad considera *vida social normal.*[9]

Por otra parte, el método de resolución de los problemas sociales está también histórica y socialmente condicionado por los *principia media*[10] configuradores de

[8] Carl M. Rosenquist, *Social Problems,* New York, 1940. Prentice-Hall, Inc.

[9] Harold A. Phelps, *Contemporary Social Problems,* Prentice-Hall, Inc., New York, 1942.

[10] Empleamos estos términos en la acepción que le atribuyó Karl Mannheim, quien los considera como fuerzas universales en circunstancias concretas cuando se integran con los diferentes factores que actúan en un lugar y en un tiempo determinados, una combinación particular de circunstancias que no se repite; marco y base de una época determinada y única en la historia social. Una época, dice Mannheim, está dominada no sólo por un *principium medium,* como por toda una serie de ellos. Un número determinado de *principia media* mutuamente relacionados, produce una estructura en la cual las formas concretas de factores están unidas entre sí de un modo multidimensional *(Libertad y Planificación,* Fondo de Cultura Económica, México, 1942).

cada época. Hubo y aún hay sociedades, como la de los *xavantes* del Brasil, en las que este método se reduce casi enteramente a exorcismos, castigos, oraciones, prácticas mágicas y religiosas. Y es que aquellas son, por así decir, quietistas. No admiten el cambio social. Realizan un esquema tradicional que ordinariamente es imputado a entidades divinas o sobrenaturales, cuyos dictados deben ser obedecidos. Son sociedades que no han asimilado la idea de progreso en el sentido de aplicación de la razón (ratio),[11] en los negocios humanos. Todo en ellos está regido por la tradición (traditio).

En el período liberal de nuestra civilización cuyo advenimiento ocurre a partir del Renacimiento, el individuo empieza a libertarse del tradicionalismo y a adquirir un modo de ver a la sociedad como un orden sujeto a "leyes" naturales, manipulables como las del mundo físico.[12] La consecuencia de este estado del espíritu es la aparición de una actitud laica, secularizada a la vista de los fenómenos sociales. Pero como el principio fundamental de la etapa liberal es el individualismo, en ella florece

[11] Guerreiro Ramos, "A Sociologia de Max Weber", en *Revista do Servico Publico*, agosto-septiembre de 1946, Rio, Brasil.

[12] Guerreiro Ramos, *Uma Introdução ao Histórico da Organização Racional do Trabalho* (ensayo de sociología del conocimiento), Departamento Administrativo do Serviço Público, 1950, Rio, Brasil.

también, además de aquella actitud laica, la creencia en el heroísmo como método de organización social. Así, en vista de las crisis y de los males colectivos, los pueblos acostumbran apelar a los hombres buenos (reunidos algunas veces en "campañas") o a los hombres providenciales, y creen en la eficacia peculiarísima de sus actos.

La idea de la perfectibilidad social a través del empleo de procedimientos racionales (del conocimiento científico), sólo madura plenamente en un período relativamente reciente de nuestra historia. Y, en nuestros días, coexiste al lado de las supervivencias de otros tipos de concepción, arriba mencionados. A esta coexistencia se le podría llamar, con Wilhelm Pinder[13], contemporaneidad del no coetáneo.

La índole de la moderna concepción racional de la organización social, es utilizar en la resolución de los problemas sociales dos especies de procesos: a) la manufactura de las actitudes y de la opinión pública a través de la propaganda y de los mecanismos de "presión", y b) la efectiva transformación de las condiciones consideradas como *anormales*, mediante la aplicación de las tecnologías sociales.

Desde que una determinada condición social solo asume la categoría de "problemas" en virtud de haberlo

[13] Wilhelm Pinder, *El Problema de las Generaciones*, Editorial Losada, Buenos Aires, 1946.

pronunciado la opinión pública, es evidente que quien puede manufacturarla puede resolver los problemas sociales... De ahí la razón por la cual las "fábricas" de la opinión pública fueron siempre y en todas las épocas monopolizadas. Hoy tales "fábricas" están "monopolizadas", y este oligopolio se mantiene a través de la propaganda y de los mecanismos de "presión".

La más satisfactoria resolución de los problemas sociales es la que ha sido llevada a término por la efectiva transformación de las condiciones consideradas como anormales. Se obtiene mediante la aplicación de las ciencias sociales. Todavía tal tipo de resolución se dificulta ordinariamente, ya por los "intereses investidos", ya por las reacciones emocionales, ya por la falta de profesionales habilitados para realizarla.

En efecto, si la resolución de un problema social requiere una transformación de situaciones sociales que implique, por ejemplo, una disminución de la renta de un determinado grupo de personas, éstas procurarán obstaculizar dicha transformación o aplazarla cuanto fuese posible. Por otra parte, las situaciones sociales se convierten en hábitos, actitudes y opiniones que ofrecen una gran resistencia al cambio. La "fuerza del hábito" tiene menos fuerza de expresión que una realidad universal. Por último, puede acontecer que en una sociedad surjan posibilidades satisfactorias para resolver un problema

social, con excepción de los profesionales capaces de instrumentar estas posibilidades.

Ejemplos de esta teoría del problema social serán los capítulos que siguen.

EVOLUCION DE LA PROTECCION A LA INFANCIA

Es temeraria cualquier generalización sobre el *status* del niño en las sociedades humanas. Ese *status* varía conforme los recursos disponibles y el *ethos* adoptado. Hay sociedades que se han señalado por tener en alta estima a los niños; hay otras en que las niñas son una especie indeseable, y otras más en donde el infanticidio es practicado normalmente. Sabemos, por ejemplo, que algunos grupos abandonan o matan a los niños nacidos en días de tempestad, en la última semana del mes o bien en los meses de marzo y abril y también si son gemelos; y en cambio, otros grupos reciben con alegría el nacimiento de éstos últimos. El Dr. George B. Grinnel, estudioso de los grupos indígenas de América, informa que entre los mismos jamás vió a una criatura ser castigada. Robert H. Lowie afirma que un comerciante de *Samoa* casi fué linchado porque pegó a su hijo, y que, por la misma razón un nativo australiano castigó a su esposa.

Entre muchos pueblos pre-letrados la práctica del infanticidio, de la exposición, del abandono y de la venta de niños es sistemática y regular. Los Kain-n-Abara sólo dejaban vivir a cuatro hijos por familia, y la madre se encargaba de uno y el padre de tres. En el archipiélago *Ellice*, dice Turner, la ley sólo permitía la vida de dos hijos por familia, y los que excediesen de ese número debían ser muertos. Más drásticas son las costumbres en *Radack*, donde toda madre que tuviese tres hijos era obligada a enterrar vivos con sus propias manos a los que nacieran posteriormente. Sullivan observó entre los *Todas* que sólo se admitía tener una hija por familia. Muchas tribus nómadas practican sistemáticamente el infanticidio, pues dadas las continuas mudanzas de las familias, la procreación de más de dos hijos se vuelve casi imposible. Las familias nómadas de los *Lenguas*, del Chaco paraguayo, dejan un intervalo entre uno y otro hijo. Steinmetz habla de algunas tribus en las que, en caso de hambre, se comen a los niños *(endokannibalismus)*. Spencer y Gillen registran casos de infanticidio para honrar a sus deidades entre algunos pueblos nativos. Entre la tribu *Luritcha* "no es raro que cuando hay una criatura enfermiza, se mate a otra más joven y sana para alimentar a aquélla, con la convicción de que comiendo la más débil a la más fuerte asimila su fuerza". Westermark insinúa que, en estos casos, es frecuente el preferir

el sacrificio de las niñas porque los hombres son más útiles. Los *Hakka* también matan a veces a las niñas para que en la segunda encarnación nazcan convertidas en hombres.[1]

Sin embargo, estas costumbres crueles para nuestra sensibilidad moral, no son características de todas las sociedades primitivas. Entre éstas hay muchas que no conocen el infanticidio y castigan muy severamente su práctica con multas, suplicios, castigos y hasta con la muerte. Por otra parte, el amor y el cariño por los hijos está muy generalizado entre los pre-letrados, aún también en aquellos mismos que practican el infanticidio.

En las sociedades arcaicas el *status* de la niñez no es sensiblemente diverso. Narraciones, leyendas, cuentos, hablan de casos de niños abandonados y expuestos. Recuérdese a Edipo y Rómulo y Remo entre los casos más famosos. En Grecia, con excepción de Tebas, la exposición de menores era una costumbre y los especuladores los tomaban para criarlos y venderlos como esclavos. Casi siempre, las criaturas expuestas eran del sexo femenino, a las que muchas veces esos especuladores las destinaban a la prostitución. Había en la antigüedad hasta mercados de niños. En China el abandono de los niños y el

[1] Un abudante material sobre este asunto se encuentra en Edward Westermack. *L'Origine et le Development des Idées morales,* Tomo I, Payot, París, 1928.

infanticidio fueron largamente practicados; el propio Código Penal chino se manifiesta muy débil en la represión de estos actos. En Esparta era legal el sacrificio de criaturas defectuosas. Aristóteles aconsejaba el aborto y el infanticidio, éste para evitar que los "imperfectos" y "mutilados" fuesen alimentados, y aquél para corregir la super-población, factor de pobreza y sedición. Platón aprobaba también el sacrificio de niños por causas que hoy llamaríamos eugénicas.

El infanticidio en Roma, según la ley de las Doce Tablas, era previsto sólo en el caso de criaturas deformes, y fuera de éste era francamente censurado a pesar de que nadie contradecía el derecho de vida y muerte del padre sobre los hijos. Además, contrariamente a lo que sucedía en Grecia, muchos pensadores y legisladores romanos tomaron una actitud filantrópica en favor de la niñez, anunciando la gran influencia que iba a ejercer, en este aspecto, la moral cristiana. Epicteto, censurando el consejo de Epicuro, según el cual los hombres no debían criar a sus hijos, escribe en sus disertaciones: "Un carnero no abandonará a sus hijos; un lobo tampoco; y el hombre ¿lo haría? ¡Qué! ¿Queréis que seamos tan estúpidos como los carneros? Entretanto ellos no abandonan a sus hijos". Suetonio y Julius Paulus se manifiestan también contra la exposición de los niños, y asimismo se tiene noticia de que Nerva y Trajano fundaron institu-

ciones de asistencia alimenticia para ayudar a los padres en la manutención de los hijos.[2]

Pero es el cristianismo el que introduce en occidente el fermento de una verdadera revolución en la manera de tratar a la niñez. Muchos gobernantes cristianos declararon crimen capital al infanticidio y la madre culpable era en algunas regiones enterrada o quemada viva. Todavía durante la Edad Media el *status* de la niñez no se alteró considerablemente y ocurría entonces una singular contradicción entre la conciencia y la existencia, pues en teoría se afirmaba un núcleo de ideas altamente benéficas a la niñez, pero en la práctica ésta era tratada duramente. Se juzgaban necesarios los castigos y aún los niños de la nobleza no se escapaban de azotes y penitencias. La infancia era, por lo mismo, muy corta, pues el niño pronto tenía que aprender los oficios correspondientes a las clases de su país. Los niños eran enviados a servir de pajes a otros nobles y aprender luego las costumbres de su condición social; los hijos de los siervos eran confiados a los maestros para que los iniciaran en sus oficios.

James H. S. Bossard señala que la niñez fue el último siervo de la civilización. Su emancipación es tratada en fecha relativamente reciente y después de la humaniza-

[2] Véase: Westermack. Op. cit.

ción del tratamiento de los criminales, de la abolición de la esclavitud, de las medidas encaminadas a lograr el bienestar de los pobres, de la mejora hecha respecto de la situación de la mujer y del movimiento hacia la protección de los animales.

En el desenvolvimiento de las ideas sobre la niñez, tiene notable importancia la obra de Johann Amos Comenius quien, en el siglo XVII, procuró demostrar que el niño no es un adulto en miniatura, al que no debía tratársele como tal, sino de acüerdo con su naturaleza. Con este propósito, publicó en 1628 el primer estudio científico de la niñez, *Escola da Infancia*, en que describe el tipo de educación adecuada a los seis primeros años de la vida humana. Fue éste un libro muy leído por las familias ricas y nobles de la época. Además, es a Comenius a quien se debe el primer libro para niños, *Orbis Pictus* (Ilustración del Mundo), aparecido en 1657.

La situación de la niñez en el mundo occidental comienza a cambiar radicalmente a partir del siglo XVIII. Rousseau representa, en este particular, una poderosa influencia. Hasta la época en que él vivió estaba muy arraigada en oriente la idea de que la niñez tiene una fuerte inclinación para el mal, y que por eso debe de ser objeto de severos procedimientos correctivos. Era esta una creencia de origen cristiano, de la que San Agustín fué el principal inspirador y que, inclusive, ejerció notable

influencia en padres y educadores brasileños durante la época colonial.

Al afirmar Rousseau la bondad natural de la niñez y la influencia corruptora de la sociedad, se convirtió en uno de los iniciadores de rehabilitación de aquélla, movimiento que toma cuerpo no sólo en las numerosas medidas legales, sino también en la formación de disciplinas especializadas en el estudio de la infancia, como por ejemplo la pedagogía y la psicología infantil. El siglo XIX será llamado el siglo de los hijos y el XX el siglo de la niñez. Uno de los objetivos fundamentales de este movimiento es afirmar que la niñez no es de la propiedad de los padres, sino una criatura portadora de derechos inviolables. Si los tiempos antiguos y medioevales se "caracterizaban por los derechos de los padres y los deberes de los hijos, pasan ahora a primer término los deberes de los padres con respecto a los hijos; si antes el hijo era un instrumento del egoísmo paterno, ahora será el objeto de un altruismo, lleno de consentimiento simpático y de la más profunda responsabilidad"[3].

Es en el siglo de Rousseau cuando surgen los primeros retratos de la niñez, del mismo modo que en el siglo siguiente aparece una moda solamente para niños, ya que en épocas anteriores vestían como los adultos. Charles

[3] Véase: F. Müller-Lyer, *La Familia*, Revista de Occidente, Madrid, 1930, p. 248.

Dickens con su conmovedor Oliverio Twist fué también en el siglo XIX uno de los que llamaron la atención de las clases superiores respecto de la necesidad de dar protección a la infancia.

No obstante, en esta nuestra época, aún estamos en el plano de las ideas y de las intenciones. Las medidas sistemáticas de protección a la infancia son, relativamente, muy recientes. En la segunda mitad del siglo XIX, Marx señalaba como un gran progreso la promulgación de una ley que prohibía que el trabajo de los menores fuese mayor de doce horas diarias. La explotación del trabajo de los menores estuvo, todavía recientemente, muy generalizada en Europa, pues según informa Nitti,[4] a principios del siglo XIX en Inglaterra había, por cada obrero adulto, diez, veinte y hasta veinticinco niños; en el Lancashire la relación entre los adultos y los niños empleados era de 55 por 1, y de 10 a 1 en Dunbarton. Se estima que por cada cuatro mil que trabajaban en las fábricas inglesas 600 no llegaban a la edad de treinta años. Según Loria, había en estos tiempos, un fenómeno desconocido hasta entonces en la historia: el suicidio infantil.

Desde la antigüedad se han dictado medidas esporádicas y aisladas de protección a la infancia, como por ejemplo, aquellas que Nerva y Trajano pusieron en prác-

[4] Véase: F. S. Nitti, *La Población y el Sistema Social*, Edit. Minerva, S. A., Barcelona, (sin fecha).

tica en Roma. Se tiene noticia de una casa de expósitos en Tréveria abierta en el siglo VI. El arzobispo Dateo había fundado una en Milán en 787. En el siglo XI Guy de Guillaume crea en Montepellier la Orden del Espíritu Santo, para recoger a los expósitos. Inocencio III (1198-1216) inventó el *torno*. San Vicente de Paula (1576-1660) instituyó el *torno* en París, donde fundó la *Maison de la Couche*. A partir de la segunda mitad del siglo XVI el *torno* se difundió en Europa, llamándolo *tour torno* o *ruota*. En el Brasil colonial la cuestión de la niñez abandonada era tratada por la legislación de la Corte. *Las Ordenaçoes do Reino* establecían: "*As creanças nan mourram por mingue de criaçon: as mandem criar a custa dos bens dos hospitais ou abergarias que houver na cidade, villa ou logar*". (Los niños no morirán por falta de crianza: se les manda criar a costa de los bienes de los hospitales o albergues que haya en la ciudad, villa o lugar). Estaba previsto lo que hoy se llama la "colocación familiar", y las Cámaras aplicaban a veces parte de sus rentas para subvencionar a familias encargadas de la crianza de menores abandonados.

A los que parece, estas medidas sólo se hacían sentir muy débilmente. Según los cronistas era grande el número de niños que serían "abandonados a la intemperie por las viejas exclusas de la ciudad o devorados por los perros". Fué hasta fines del siglo XVII cuando el gobierno instituyó

en Brasil el *torno* que, a partir de esta época, según el decir de Luiz Edmundo, "no cesaba de girar, recibiendo con el suspiro de las madres, cientos de cuerpos y de vidas".[5]

Fué Inglaterra uno de los países europeos que atacaron sistemáticamente la cuestión de la protección a la infancia. La legislación elaborada ahí desde la época victoriana influye en otros países, principalmente en los Estados Unidos.

Hasta el año de 1800 los principales aspectos del sistema victoriano en los Estados Unidos son los siguientes:[6]

1. El auxilio externo, esto es el auxilio del padre en su propio hogar, representaba el método por el cual recibía asistencia, a fines del siglo XVIII, el mayor número de niños necesitados, así como de adultos.
2. Niños y adultos recibían asistencia en casas de caridad bajo el control directo de las autoridades. Al principio fueron construidas casas de caridad en las grandes ciudades y posteriormente en las pequeñas.
3. Era muy común en la sistencia social, el sistema del contrato de servicios de particulares. Tal sis-

[5] Véase: Luiz Edmundo, *O Rio de Janeiro no Tempos des Vice-Reis*, Imprenta Nacional, Rio, 1932.

[6] Véase: James H. S. Bossard, *The Sociology of Child Development*, Harper and Brothers, New York, London, 1948.

tema estaba reglamentado cuidadosamente por leyes.

4. Existían instituciones especializadas en asistencia a la infancia.

En el siglo XIX se acentúan las tendencias para una mayor diferenciación en la asistencia a la infancia. Aparecen instituciones destinadas, con carácter exclusivo, a orfanatorios, para niños sordos, ciegos, epilépticos, locos, débiles mentales, etc. Se inicia también en este siglo el movimiento tendiente a la obligatoriedad de la asistencia escolar, y respecto de la elaboración de un derecho del menor, tanto en lo que se refiere a la delincuencia como lo que concierne a las cuestiones de trabajo.

En 1908, el Parlamento inglés votó la *Children's act,* mejor conocida como *Carta de la niñez,* pero en este siglo fueron los Estados Unidos los que se consagraron como el país pionero en el movimiento de protección a la infancia. Es en este país donde se forma la más aguda conciencia de la necesidad de defender a los menores. Las llamadas Conferencias de la Casa Blanca que allí se vienen realizando cada diez años desde 1909, son por así decir, certámenes en los que la conciencia universal se detiene para reflejarse sobre los problemas relativos al bienestar de la infancia. La iniciativa del primero de estos cónclaves, la *White House Conference in the Care on Dependent Child,* fué sugerida al presidente Teodoro Roosevelt por un

joven abogado del Distrito de Columbia que estaba impresionado por la situación de los orfanatorios de dicha localidad. El presidente se interesó por la solicitud del ciudadano, pero se decidió a convocar a la Conferencia sólo cuando recibió una carta solicitando lo mismo, suscrita por nueve personalidades especializadas en problemas de la niñez de Nueva York, Chicago y Boston.

La primera White House Conference sobre la niñez se reunió en enero de 1909, resaltando entre sus conclusiones las siguientes:

1.—La niñez no debe ser apartada de su hogar por motivo de pobreza.

2.—La más importante y valiosa obra filantrópica no es la curativa, sino la preventiva.

3.—Cuando es forzoso apartar a los niños de su hogar, deben ser educados en hogares de adopción.

4.—Tales hogares deben ser seleccionados cuidadosamente, ajustados a cada niño y supervisados con todo escrúpulo.

5.—Las instituciones deben ser usadas preferentemente para asistencia temporal, y una vez utilizadas, deben ser de tipo residencial.

La Conferencia reconoció, asimismo, la necesidad de votar un proyecto de ley de tránsito en el Congreso y que dispusiera la creación de un Departamento Federal de la Niñez. Este órgano fué creado en 1912 (*Children's*

Bureau), con el fin de proceder a realizar "estudios sobre todas las cuestiones relativas al bienestar de la niñez y a la vida de la infancia entre todas las clases del pueblo; y de manera especial las cuestiones de mortalidad infantil, natalidad, orfandad, cortes juveniles, deserción, ocupaciones peligrosas y enfermedades infantiles, empleo y legislación en los Estados y Territorios sobre la infancia". Otros países adoptaron la misma orientación y crearon servicios especializados en asistencia a la infancia; dichos países fueron Alemania, Bélgica, Brasil, Chile, Italia, México, Perú, Rusia, Checoslovaquia, Uruguay y Yugoslavia.

La divulgación de los principios de la Primera Conferencia de la Casa Blanca y de la Carta de la Niñez fué, sin duda, uno de los más importantes factores del movimiento en pro de la elaboración del Código de Menores. A partir de 1911 surgen en los Estados Unidos las primeras comisiones estatales para tratar de la materia, y en 1930 ya se pueden contar 37 de ellas. El Código de Menores, del Brasil fué promulgado en 1927.

Para 1919 el *Children's Bureau* ya tenía una larga experiencia, estimulada principalmente por la I Guerra Mundial, período en que se preocupó, sobre todo, con el problema de los padrones de salud y bienestar de la niñez, no establecidos hasta entonces. A propuesta del presidente Wilson, el año de 1919 fué declarado Año de la Niñez. La segunda Conferencia convocada en ese año

por el *Children's Bureau,* tuvo por tema los padrones mínimos del bienestar de la infancia, y consistió en una serie de nueve reuniones, de las cuales la primera fué en Washington y las restantes en ocho distintas ciudades de los Estados Unidos. Los padrones mínimos formulados por la Conferencia se refieren:

1.—A la protección de la salud de los niños y las madres;

2.—A la protección de los niños necesitados de asistencia especial;

3.—Al trabajo de los menores.

Los estudios de este debate cubrían todos los aspectos fundamentales de la protección a la niñez.

La tercera Conferencia de la Casa Blanca fué convocada en 1929 por el presidente Hoover a fin de "estudiar el presente *status* de la salud y del bienestar de la niñez de los Estados Unidos y de sus posesiones; dar a conocer lo que se ha hecho; recomendar lo que se puede hacer y cómo hacerlo". Las cuatro secciones en que fué dividida se especializaron en los siguientes temas: servicios médicos; salud pública; administración, educación y adiestramiento, y desajustados. Se dice que de esta Conferencia resultó la Sociedad Americana de Pediatría. El volumen general sobre esta Conferencia, aparecido en 1931, divulgó una Carta de la Niñez a la cual pertenecen los diecinueve siguientes enunciados:

I.—Entrenamiento espiritual y moral para toda la niñez, a fin de ayudarla a mantenerse firme bajo la presión de la vida.

II.—Comprensión y cuidado de la personalidad de toda la niñez, como su más precioso derecho.

III.—Para todos los niños un hogar y el amor y la seguridad que éste da; y el substituto más aproximado de su hogar, para la niñez que tuviere que recibir otro cariño que no es el de sus padres.

IV.—Para todos los niños, preparación completa para su nacimiento, debiendo recibir la madre cuidados pre y post natales; y el establecimiento de medidas de protección que hacen el nacimiento más seguro.

V.—Para toda la niñez, protección higiénica desde su nacimiento hasta su adolescencia, inclusive, consistente en: exámenes periódicos de las condiciones de salud y, cuando fuere necesario, cuidado de especialistas y hospitalización; examen odontológico y asistencia dental regular; medidas de protección y preventivas contra enfermedades contagiosas; el suministro de alimentación pura, leche pura y agua pura.

VI.—Para toda la niñez, el desenvolvimiento de la higiene, incluyendo instrucción y programa higié-

nico y saludable recreación física y mental desde el nacimiento hasta la adolescencia con profesores y orientadores adecuadamente entrenados.

VII.—Para toda la niñez, un local para estar, seguro, higiénico y saludable, con razonables previsiones, libre de interferencias y de condiciones que tiendan a bloquear su desenvolvimiento; y un ambiente doméstico armonioso y enriquecedor.

VIII.—Para toda la niñez, una escuela libre de riesgos, higiénica, equipada con propiedad, iluminada y ventilada. Para los niños de menor edad escuelas maternales y jardines de niños para complementar la atención doméstica.

IX.—Para toda la niñez, una comunidad que reconozca sus necesidades y planée las medidas para atenderlas; la proteja de peligros físicos, riesgos morales y enfermedades; le proporcione lugares seguros y saludables para jugar y divertirse; y dé satisfacción a sus necesidades culturales y sociales.

X.—Para toda la niñez, una educación que, por el conocimiento y desenvolvimiento de sus habilidades individuales, la prepare para la vida; y que, por el entrenamiento y orientación vocacional, la prepare para una existencia que le dé el máximo de satisfacciones.

XI.—Para toda la niñez, enseñanza y adiestramiento que la prepare para el buen ejercicio de las relaciones familiares, actividades domésticas y derechos ciudadanos; y para los padres un adiestramiento suplementario para hacerlos aptos en el sabio tratamiento de los problemas familiares.

XII.—Para la niñez, educación para seguridad y protección contra accidentes a los que la someten las condiciones modernas, y a los cuales está expuesta directamente; así como a aquellos, que, por la pérdida o mutilación de los padres, la afectan directamente.

XIII.—Para toda la niñez ciega, sorda, muda o de cualquier modo defectuosa, y para la niñez mentalmente deficiente, medidas tales que, desde luego, descubran y diagnostiquen su defecto, le aseguren cuidados y tratamientos, así como adiestramiento, para que se convierta en elemento positivo —y no negativo— de la sociedad.

XIV.—Para toda la niñez en conflicto con la sociedad, el derecho de ser tratada inteligentemente como una obligación de la sociedad y no como una limosna; el derecho de ser tratado con hogar, escuela, iglesia y cuanto fuere necesario, la institución adecuada para devolverla, si es posible, a la corriente de la vida normal.

XV.—Para toda la niñez el derecho de desenvolverse en una familia, con un adecuado padrón de vida y la seguridad de una renta estable, como la más segura salvaguarda contra las desventajas sociales.

XVI.—Para todo niño, protección contra el trabajo que perturbe el crecimiento físico o moral, que limite la educación, que la prive del derecho de camaradería, del juego y de la alegría.

XVII.—Para toda la niñez rural, servicio escolar o higiénico tan satisfactorio cuanto sea el de la niñez urbana, así como la extensión, a la familias rurales, de las facilidades sociales, recreativas y culturales.

XVIII.—Para complementar el hogar y la escuela en el adiestramiento de la juventud y asegurarle aquellos intereses, de los cuales la sociedad moderna tiende a huir, debe darse todo el estímulo y el coraje necesarios a las organizaciones de jóvenes voluntarios.

XIX.—Para hacer realizable en todas sus partes estos requisitos mínimos de protección a la salud y del bienestar de los niños, debe haber organizaciones regionales para la salud, la educación y el bienestar, provistas de servidores en régimen de tiempo integral, y articuladas con un amplio pro-

grama estatal responsable ante un amplio servicio nacional de información general y de investigación estadística y científica. Esto debe incluir:

a) Funcionarios públicos especializados en problemas de sanidad, debidamente entrenados y trabajando en régimen de tiempo integral;

b) Hospitales con un número de camas suficientes;

c) Servicio de bienestar público para el auxilio, la protección y la orientación de niños con necesidades especiales debidas a la pobreza, al infortunio, o a dificultades de comportamiento; y para la protección de los niños contra el abuso, la negligencia, la explotación o el ocaso moral.

Bajo el tema de "Los Niños en una Democracia", se efectuó en 1939 la cuarta Conferencia de la Casa Blanca, cuyos trabajos enfocaron las características de la familia americana, sus ingresos, su habitación, su asistencia en épocas de necesidad; educación, principalmente el sistema escolar; el trabajo de niños y jóvenes; la salud de los niños; los niños con necesidades especiales; y los factores administrativos y financieros que afectan a la acción pública en este tiempo.

La última Conferencia de la Casa Blanca se efectuó en el mes de diciembre de 1950, versando sobre problemas de la infancia y la adolescencia.

IMPORTANCIA RELATIVA DEL COEFICIENTE DE MORTALIDAD INFANTIL

Se ha comprobado que es muy elevada la probabilidad de la muerte del individuo dentro del primer año de vida. En la opinión de Bertilon sería la misma que la de un individuo de 88 años. Es en el primer año de la vida cuando el organismo humano se encuentra más débil para resistir las agresiones del medio y de ahí la razón de los cuidados especiales de que deben ser objeto los menores de un año. Así, se convino en que el número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos (el coeficiente de la mortalidad infantil) es uno de los índices del bienestar social en los diferentes países.

Este convenio puede ser efectivo en los países plenamente desenvueltos, como Inglaterra, Estados Unidos, Suecia y otros; pero no en los poco desenvueltos como el Brasil y los del Continente sudamericano. Por otra parte, es una expresión de la ideología médica y sanitaria y no

tomo en consideración las contexturas demográficas y económicas específicas de cada país.

Aparece así la completa relatividad de la importancia del alto coeficiente de mortalidad infantil de los países no desenvueltos. El llamado problema brasileño de la mortalidad infantil es sólo un aspecto particular de otro problema más general, el de la aguda morbilidad y de la alta mortalidad del hombre brasileño, condicionado a un régimen demográfico particular incluído en una estructura económica y social específica.

El decrecimiento de la mortalidad infantil de una población no siempre representa un progreso de la protección a la infancia, en la significación sociológica de la expresión, esto es, una elevación genérica del padrón de vida (cultural, social, alimenticio, de habitación, de vestido). El decrecimiento de la mortalidad infantil puede significar en buena parte, un aplazamiento de la muerte de cierta masa de los menores de un año y también una restricción de la salubridad y de la capacidad de determinado porcentaje de la población.

En los países de precaria organización social y económica, como los de la América Latina, incluyendo el Brasil, gran número de individuos salvados de la muerte en el primer año de su vida, serán arrastrados por ella también en edades jóvenes o tendrán que pagar su tributo de enfermedades que disminuyen su capacidad productiva.

Se ha calculado que en el Distrito Federal la tasa de la mortalidad en la edad de un año es cerca de 67%; este mismo índice es de 8% en los Estados Unidos y Holanda, y de 7% en Australia. En la edad de los cinco años, la tasa de mortalidad en el Distrito Federal es de cerca de 6%, y el mismo índice es de tres veces menor en los Estados Unidos, Australia y Holanda.

La expectativa de vida media para un recién nacido brasileño es de cerca de veinte años menos que la de un inglés; cerca de veintiún años menor que la de un norteamericano y de un alemán; cerca de veinticinco años menor que la de un holandés o la de un australiano.

La importancia del coeficiente de la mortalidad infantil; como criterio comparativo de las condiciones de salubridad de un pueblo, es muy relativa. En una determinada localidad (como es el caso de Ponta Grossa, estado de Paraná), un fuerte conjunto de servicios médicos puede hacer que el coeficiente de mortalidad infantil en un período de cuatro años (1937-1940), decrezca de 236.7 a 135.2. Pero, ¿por ventura, este hecho significa que en Ponta Grossa las causas sociales de la mortalidad infantil hayan sido substancialmente removidas? Evidentemente que no, pues para tanto sería necesario que se procediese a hacer ahí una transformación económica y social que no pudo haberse obtenido en tan corto plazo y menos a través de servicios médicos. El episodio de

Ponta Grossa, como el de Juiz de Fora, que en el período de 1934-1941, bajó su coeficiente de mortalidad infantil de 295.22 a 162.09, es meramente circunstancial. Representa sólo un éxito de la filantropía organizada. ¿Por ventura las tasas de mortalidad en otras edades, el índice de duración media de vida en tales ciudades discrepan substancialmente de las respectivas tasas e índices del resto del país?

Es tan vergonzoso averiguar que el coeficiente de mortalidad infantil en el Distrito Federal es mayor de 100, como saber que cerca del 26% de los individuos nacidos aquí no llega a la edad de quince años, en tanto que en Holanda este porcentaje es apenas del 7%; como saber aún que, en el Distrito Federal, 62.1% de individuos de cada generación no llega a los sesenta años, en tanto que este porcentaje es sólo de 24.1 en Holanda.

El cuadro será evidentemente más negro con respecto a todo el resto del país. El Brasil se encuentra entre los países en los que se efectúan los mayores desperdicios del capital humano.

IMPORTANCIA ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA ESTRUCTURA ESTRÁTICA DE LA POBLACIÓN

La población es un bien económico y social. Por un lado, representa un capital invertido y uno de los factores del proceso productivo y, por el otro, sus discretas unidades —los individuos— son receptores y productores de cultura y, por tanto, son una condición de existencia de la sociedad.

Cada individuo es un capital realizado. En su crianza y manutención se emplean capitales cuya compensación es lícito esperar. Así, la muerte del individuo es una pérdida de capital. En 1928, Adolphe Quetelet estimaba que los óbitos de los menores de trece años en los Países Bajos correspondían a una suma igual a 2/3 del Presupuesto del Estado. Todavía el cálculo del valor económico del hombre habría de operar con tantas variaciones que difícilmente se conseguiría obtenerlo con precisión. Esta dificultad no ha impedido que varios estudiosos propusieran algu-

nos procedimientos y estimaciones del valor del animal humano.

Las investigaciones sobre el valor económico del hombre, fueron frecuentes desde la antigüedad. En todas las sociedades esclavistas o de índole guerrera, los señores y dirigentes efectuaron estimaciones de esta naturaleza.

Sin embargo, fueron los economistas quienes, a partir de fines del siglo XVII, procuraron estudiar esta cuestión de manera sistemática y no empírica, como hasta entonces había ocurrido.

Sir William Petty (1623-1687) es el autor de la primera estimación más o menos científica sobre el valor económico del hombre. En su obra *Political Arithmetic, or A Discourse Concerning the Extent and Value of Lands, People, Building, etc*[1] escribió: "Supongamos que el Pueblo de Inglaterra sea de seis millones de almas; que su gasto, siete libras *per capita*, sea de cuarenta y dos millones; supongamos también que la renta de las tierras sea de ocho millones y que el interés anual de todas las propiedades personales sea de ocho millones más; esto debe significar que el trabajo del pueblo debe haber suprimido los veintiséis millones restantes, los cuales multiplicados por veinte (la masa de la Humanidad valiendo vein-

[1] Citado en Louis I. Dublin y Alfred J. Lotka, *The Money Value of a Man*, The Ronald Press Company, New York, 1947.

te años de compras), totalizan quinientos veinte millones como valor de todo el pueblo, cifra ésta que, dividida entre seis millones, da más de ochenta libras como valor de cada ser humano, hombre, mujer y niño; y dos veces más en cuanto a las personas adultas. De aquí, podemos llegar a computar la pérdida que hemos sufrido por la peste, la guerra y por enviarlos al exterior al servicio de príncipes extranjeros."

En el siglo XVIII Adam Smith retornó a las ideas de Petty y las desarrolló en su obra *The Wealth of Nations* (1776). Adam Smith formula la idea del hombre como capital en los siguientes términos: "Cuando se monta una máquina cara, el trabajo extraordinario a ser efectuado por ella antes de su desgaste, resarcirá [y así es de esperarse] el capital empleado, por lo menos con utilidades ordinarias. Un hombre educado a costa de mucho trabajo y tiempo para ejercer una de esas funciones que exigen extraordinaria destreza y habilidad, puede ser comparado a una de esas máquinas caras. El trabajo que aprende al ejecutar, retribuído por encima del salario del trabajador común, lo resarcirá —y es de esperarse— de todo el gasto de su educación con, por lo menos, los intereses comunes de un capital igualmente valioso. Y tendrá que hacerlo dentro de un plazo razonable teniendo en cuenta la duración tan incierta de la vida humana, del mismo modo que la duración más cierta de la máquina. La diferencia

entre los salarios de los trabajadores especializados y los de los trabajadores comunes se basa en este principio."[2]

En 1853 el bio-estadístico inglés William Farr, elaboró un método de valoración económico del hombre, el cual ha sido adoptado actualmente por Dublin y Lotka, y considerado por estos técnicos como el padrón fundamental en que se debe basar cualquiera estimación del valor del hombre. En esencia, este método, en el decir de Dublin y Lotka, "computa el valor de un individuo típico de determinada capacidad de salario, como el valor de sus futuros salarios líquidos, esto es, sus salarios futuros, deduciendo su costo de vida personal y descontándose las posibilidades de muerte, de acuerdo con las tablas de supervivencia."[3]

Hasta el siglo pasado aparecieron los trabajos de J. Wittstein, R. Lütdge, Alfred Marshall y Ernest Engel.

Alfred Marshall en su famoso *Principles of Economics* (1890), escribe: "En la estimativa del costo de la producción de trabajo eficiente, muchas veces debemos de tomar como unidad a la familia.

"En cualquier circunstancia no podemos tratar el costo de la producción de un hombre eficiente como problema aislado. Este costo tiene que ser considerado como parte del problema más amplio del costo de la producción de

[2] Idem.

[3] Op. Cit.

hombres eficientes, *juntamente con las mujeres* capacitadas para hacerles feliz el hogar, y criarles hijos vigorosos de cuerpo y de espíritu, de modo sincero, limpio, cariñoso y enérgico."[4]

Ernest Engel es autor de una de las contribuciones más decisivas en este campo del conocimiento. Su concepto de super-población parece perfectamente aceptable aún hoy, sobre todo en los países poco desarrollados. Respecto de esta materia, Engel dice: "Niños sanos de cuerpo y espíritu son el mejor capital o banco de ahorro de los padres, aunque las economías sean en beneficio de los niños y no de los padres. Es verdad que esta afirmación está sujeta a las restricciones impuestas por la definición del 'valor social' (*Gesellschaftswert*). Será difícil negar que de criaturas buenas resulten seres humanos útiles. Pero si no se hubiese procurado esa utilidad, si la demanda ya estuviere más que satisfecha, puede suceder fácilmente que *el capital invertido en los niños venga, a pesar de ello, a traer poca o ninguna utilidad en la época o en el lugar de estudio.* Es en este caso cuando decimos que hay superpoblación y que ideamos toda clase de planes para remediar tal problema."[5]

En la valoración del costo del hombre, la primera escala que usó Engel, consistía en considerar el valor del

[4] Citado por Dublin y Lotka. Obra mencionada en la nota 1.
[5] Idem.

niño como equivalente a la mitad de un adulto. La segunda escala que elaboró es técnicamente más perfeccionada y fué mayormente empleada en Europa. Tiene como unidad el "quet", llamado así en homenaje a Quetelet. El "quet" corresponde al costo de los gastos hechos en un niño antes del nacimiento y durante el mismo. A partir de éste, el costo del individuo aumenta 0.1 cada año, hasta la edad de veinte años para la mujer y de veinticinco para el hombre, cuyos valores en términos del "quet" son respectivamente 3.0 y 3.5. Esta escala puede representarse del siguiente modo:

Edad	*Costo relativo a ambos sexos*
0	1,
1 año	1,1
2 años	1,2
3 ,,	1,3
4 ,,	1,4
5 ,,	1,5
6 ,,	1,6
7 ,,	1,7
8 ,,	1,8
9 ,,	1,9
10 ,,	2,
11 ,,	2,1

Edad	*Costo relativo a ambos sexos*
12 años	2,2
13 „	2,3
14 „	2,4
15 „	2,5
16 „	2,6
17 „	2,7
18 „	2,8
19 „	2,9
20 „	3,

	H	*M*
21 „	3,1	3
22 „	3,2	3
23 „	3,3	3
24 „	3,4	3
25 „	3,5	3

Los trabajos más importantes en este siglo, hasta 1916, sobre el costo el hombre, son los de J. S. Nicholson, Miles M. Dawson, Irving Fisher, Lindheim, Biedert, Zeitlin, A. Barriol y H. Boag. Después de 1930, los estudiosos más conocidos o citados en este ramo del conocimiento, son Giorgio Mortara, Ida Meyer, J. R. Walsh, Louis I. Dublin y Alfred J. Lotka.

En el trabajo titulado *La Consommation comme Mesure du Bienetre des Individus, des Familles et des Nations,* presentado en abril de 1887, Engel valoró en 100 marcos el monto de los gastos hechos con un recién nacido de la clase obrera, antes y durante el nacimiento.

En la elaboración de los cálculos del valor económico del hombre, sus autores pretenden incluir en los gastos los cuidados prenatales, los cuidados médicos o de la conservación de la salud, alimentación, materiales de construcción, abrigo, vestido, educación y hasta relaciones sociales. El costo del formidable trabajo de traer y preparar a un individuo hasta la adolescencia —informa el Dr. Castro Barreto— es comparado por Dublin y Lotka al "costo de la instalación" de una industria.[6]

J. D. Leux en un estudio hecho en 1944, estimó que en América del Norte, el valor de un recién nacido es de cerca de 9,000 dólares (o cerca de 180.000 *cruzeiros,* según la conversación del Dr. Barreto).[7] Las estimaciones de Dublin y Lotka son más bajas, y sólo consideran la inversión privada en la crianza del individuo, haciendo a un lado el valor de los servicios personales de la madre, el costo de la educación pública y de otros servicios de la comunidad que no son pagados directamente, como, por ejem-

[6] Castro Barreto, *Estudios Brasileiros de Populaçao,* Livraria Editora Zélio Valverde, Río, 1944, p. 171.
[7] Castro Barreto, Op. Cit., p. 172.

plo, ciertos cuidados médicos. Cerca de 9.862 dólares, de acuerdo con la base de precios de 1935-1936, es lo que se gastaría en los Estados Unidos, según Dublin y Lotka, en la crianza de un individuo hasta los dieciocho años.[8]

El profesor Giorgio Mortara estima que en el Brasil el gasto medio del superviviente en el décimo quinto aniversario, asciende a 8.355 *cruzeiros*, de acuerdo con el nivel de precios de 1939. En esta estimación no está incluído el valor pecuniario de los servicios prestados gratuitamente, como por ejemplo, el de amamantamiento materno. Por otra parte, advierte el profesor Mortara (en su estudio efectuado en febrero de 1946), que en el nivel actual de los precios, muy superior al de 1939, es posible que el gasto total de los brasileños ya se aproxime al doble de aquella de hace siete años.[9]

En una obra editada en 1944, el Dr. Castro Barreto estimó que la mortalidad en edades jóvenes, causa al Brasil un perjuicio anual de cerca de trece billones trescientos setenta y seis millones ciento veintiocho *cruzeiros*.

Es obvio que esas estimaciones deben usarse con mu-

[8] Julius Isaac, *Economics of Migration*, London, 1947, pp. 228. 229.

[9] Giorgio Mortara, *Estudos Brasileiros de Demografia*, Monografía núm. 2: "El costo de la producción del hombre adulto y su variación en relación a la mortalidad" Fundación Getulio Vargas, octubre de 1946, pp. 118-119.

chas reservas. Al mencionarlas aquí no se tiene otro propósito que el de introducir al lector en la percepción de la existencia de una economía humana, es decir, en la percepción de que el animal humano es un bien económico, como cualquiera unidad de rebaño.

Desde el punto de vista económico, la población humana se compone de individuos productivos y de individuos dependientes. A *grosso modo* se puede considerar como dependientes, en el Brasil, a los menores de quince años y a los mayores de sesenta. Se supone que hasta los quince años el hombre está siendo preparado para la vida activa y, en estas condiciones, es objeto de gastos. El adulto mayor de sesenta años también es considerado dependiente por el hecho de que se supone que en esta edad se retira del proceso productivo. Pero en tanto que la dependencia del mayor de sesenta años se costea, por así decir, con los intereses del capital que produjo durante su vida activa, la dependencia del menor de quince años es costeada sin ninguna compensación económica. De este modo, si el joven muriese antes del décimo quinto aniversario se considera el hecho como una pérdida de capital. Es, pues, económicamente importante que la tasa de supervivencia de las generaciones sea lo más alta posible. En el Brasil la alta mortalidad de individuos en edades jóvenes, es uno de los factores del débil rendimiento económico de su población; se puede estimar que de cada 100.000 hombres

nacidos vivos en el Municipio de São Paulo, sólo 76.499 llegan al décimo quinto aniversario, y en Recife, sólo 57.161 llegan a esa edad; en tanto que en los Estados Unidos, de 100.000 hombres nacidos vivos,[10] 93.089 sobreviven hasta el décimo quinto año. En el período de 1939-1941, la cuota media atribuible a cada superviviente del décimo quinto aniversario, respecto de los gastos para la crianza de los fallecidos antes de esa edad, estaría distribuída así, según Mortara: Recife, 206.53; Salvador, 169.22; Porto Alegre, 125.81; Distrito Federal, 121.65; Municipio de São Paulo, 91.97, y en todo el Brasil (1890-1920), 149.88. En Suecia (1931-1935), Mortara estima la misma cuota en 37.08 y en 26.71 para los Estados Unidos (población blanca).[11] En el mismo período de 1939-1941, el costo de la crianza de los fallecidos antes de los quince años fué en los Estados Unidos (población blanca) cerca de 5.695, en tanto que en el Municipio de São Paulo de 14.517 y en Recife de 24.797.[12]

Población activa es el conjunto de individuos entre los quince y los sesenta años de edad, que produce el dividen-

[10] Giorgio Mortara, Op. Cit., Monografía número 1: "Tablas Brasileñas de mortalidad y supervivencia", Fundación Getulio Vargas, febrero de 1946, p. 127.

[11] Giorgio Mortara, op. cit. *Estudos Brasileiros de Demografía.* p. 213.

[12] Idem, p. 217.

do nacional. Por tanto, cuanto mayor fuere su proporción en relación con los individuos dependientes, mayor será la renta nacional. Ahora bien, la renta nacional *per capita* de los países latino-americanos es, como se sabe, comparativamente pequeña, índice de un pauperismo que se agrava más en virtud del relativamente alto número de individuos dependientes para cada individuo activo. En el año de 1940 por cada 100 personas activas había en el Brasil 194 no activas; 95 en Dinamarca; 100 en Alemania; 103 en Francia; 112 en Inglaterra y 153 en Estados Unidos. Al bajo dividendo nacional de los países latino-americanos, se une como factor de pobreza, el elevado índice de adultos de capacidad reducida, proveniente de su morbilidad y de su bajo nivel cultural, así como el alto porcentaje de dependientes en la composición de sus poblaciones. Los datos siguientes son ilustrativos:

COMPARACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD:

COMPARACIONES INTERNACIONALES[13]

	Bulgaria	Inglaterra	Francia	Italia	Suecia	Estados Unidos	Brasil
De 0 a 9 años ..	24.6	16.9	14.8	20.1	15.9	19.6	29.6
De 10 a 19 „ ..	21.3	17.7	16.2	21.0	18.0	19.2	23.7
De 20 a 20 „ ..	17.8	16.7	16.5	16.2	17.3	16.9	17.4
De 30 a 39 „ ..	11.9	14.3	13.9	12.9	14.4	14.9	11.9
De 40 a 49 „ ..	9.7	13.2	13.3	10.6	12.0	12.2	8.3
De 50 años o más..	14.7	21.2	25.2	19.1	22.4	17.2	9.1

En cuanto a la población brasileña, los datos retrospectivos demuestran que su estructura estrática se ha mantenido estable desde el año de 1870, según se lee a continuación:

Composición de la población brasileña según la edad, en los años de 1870, 1890, 1920 y 1940:

	1870	*1890*	*1920*	*1940*
De 0 a 9 años	29.9	31.4	33.8	29.6
De 10 „ 19 „	22.7	22.5	23.6	23.7
De 20 „ 29 „	16.8	16.6	16.4	17.4

[13] Los datos referentes a Bulgaria, Inglaterra, Francia, Italia, Suecia y Estados Unidos, se refieren a los años comprendidos en el decenio de 1920-1930, y fueron presentados por W. S. Thompson en su obra citada. Los datos referentes al Brasil son los del censo general de 1940.

	1870	*1890*	*1920*	*1940*
De 30 a 39 años	12.0	11.8	11.0	11.9
De 40 „ 49 „	8.4	8.1	7.2	8.3
De 50 „ 59 „	5.5	5.2	4.4	5.0
De 60 „ 69 „	3.1	2.9	2.4	2.6
De 70 „ 79 „	1.3	1.2	1.0	1.0
De 80 años o más	0.3	0.3	0.2	0.5

Pasamos ahora a considerar el aspecto social de la cuestión. Ahora la sociedad no existe sino dinámicamente en la interacción ininterrumpida de los individuos que la componen. Así, para que ella asegure su continuidad es necesario que las bajas, causadas por la muerte o por la emigración de sus miembros, sean compensadas por las entradas (nacimientos o inmigraciones) de otros. Estas entradas y salidas de individuos dentro de una sociedad, ocurren en todas las clases estráticas. La sociedad altera incensantemente estas clases por medio de un complicado metabolismo del que son factores, además del nacimiento y del crecimiento natural del individuo, la mortalidad, la emigración y la inmigración. Pero sólo un metabolismo positivo que mantenga un reflujo de nuevos miembros en exceso al éxodo de otros, asegura la continuidad de la vida social. Si este metabolismo es negativo, la sociedad desaparece, fenómeno que se ha observado no pocas veces en la historia, como es el caso de muchas organizaciones tribales de América.

Dentro de este orden de ideas, la importancia de la natalidad no debe obscurecer la importancia de otros fenómenos demográficos. La alta natalidad por sí sola no asegura el equilibrio metabólico de la sociedad. No solamente se muere en las clases estráticas extremas, sino en todas ellas. Así, no sólo es necesario que ellos se críen en la cantidad y cualidad suficientes para llenar los claros abiertos en todas las clases estráticas. La estructura y el funcionamiento de una sociedad puede perturbarse gravemente si el metabolismo específico de una clase estrática se modificara radicalmente en intensidad, sin que el de las otras clases estráticas acompañe este cambio.

Cada sociedad impone a sus miembros un período de preparación en que se asimilan el repertorio de valores y estilos de comportamiento, necesario para ocupar el *status* y realizar las funciones sociales. Y es esta medida como el grupo social, en el que son conferidas las posiciones y funciones más responsables a las personas previamente entrenadas y experimentadas, mantiene su integridad cultural, su fisonomía o su *Gestalt* psico-social. Pero para que esto ocurra, es necesario que la población de los jóvenes no exceda proporcionalmente de cierto límite, difícil de precisar; es necesario, según Sorokin y Arnold Anderson, que los más viejos —los depositarios de la *Gestalt* de la sociedad existan en número suficiente y puedan asimilar a los más nuevos y enseñarles lo que deben hacer y cómo

hacerlo. Parece que para toda sociedad hay un ordenamiento *optimun* de edades humanas, según el cual garantiza su supervivencia, la transmisión de su herencia cultural de una a otra capa de la población, su desenvolvimiento y también la posibilidad de recurrir a sus reservas vitales en épocas de crisis. Debe haber correlaciones numéricas para tales necesidades y para situaciones que han sido identificadas como "decadencia de las élites", "rigidez social", "desintegración social".

Las categorías de edad son las piedras angulares de la sociedad porque, como lo hace resaltar Ralph Linton,[14] determinan los sectores de la cultura total de la sociedad de la que participará el individuo. Ortega y Gasset proponen, en una de sus exploraciones psicológicas, una clasificación que toma en cuenta esa participación. Las eda-

[14] Ralph Linton, *Un Aspecto negligenciado de la organización. Social*, en "Estudos de Organizacão Social", organizado por D. Pierson, São Paulo, 1949, p. 656. "Las categorías de edad-sexo y sus derivados son las piedras angulares de la sociedad. Determinan las relaciones impersonales del individuo para con los otros miembros de la sociedad y los sectores de la cultura total de la sociedad de los cuales ella participará". Consúltese también: Pitirim A. Sorokin y E. Arnold Anderson, *Metabolism of different strata of social institutions and institutional continuity*, en "Atti del Congresso Internazionale por gli Studi sulla Popolazione", Vol. VIII, Roma, 1933.

des humanas serían divididas en cinco períodos de quince años.[15]

1) Los primeros quince años: *Infancia.* No hay actuación histórica ni tiene ese carácter lo que se recibe del mundo. Por eso, el mundo de la infancia, de una época a otra, cambia mucho menos que el del adulto en fechas idénticas.

2) De los quince a los treinta años: *Juventud.* Se recibe del contorno. Se ve, se oye, se lee, se aprende. El hombre se deja penetrar por el mundo ya existente y que no elaboró. Epoca de información y pasividad.

3) De los treinta a los cuarenta y cinco años: *Iniciación.* El hombre comienza a actuar, a tratar de modificar el mundo recibido y de imponerle su propia innovación. Es la época de la *gestación* en que se lucha con la generación anterior y se intenta echarla del poder.

4) De los cuarenta y cinco a los sesenta años: *Predominio.* Se impone y entra en vigencia el mundo en que se procuraba elaborar en la edad anterior. Los hombres de esta edad "están en el poder" en todos los órdenes de la vida: es la época de la *gestión.* Al mismo tiempo se lucha para defender este mundo en vista de la nueva concepción elaborada por la generación más joven.

5) De los sesenta a los setenta y cinco año o más, en

[15] Julián Mariás, *El Método Histórico de las Generaciones,* Revista de Occidente, 1948, pp. 97-98.

los casos de longevidad: *Vejez*. Es la época de la supervivencia histórica.

Lo que hace esta clasificación sociológicamente significativa es el hecho de considerar los períodos estráticos de la vida humana como fases del proceso cultural. Cada uno de ellos se caracteriza por el modo de participar en aquel proceso. Todavía merece muchas restricciones. Desde luego resalta que ella es, típicamente, una clasificación de generaciones políticas y literarias y, por tanto, corresponde a un aspecto restringido del proceso cultural. Aún más, por el énfasis que da en los períodos 3 y 4 al propósito de modificar el mundo, es una clasificación de generaciones de países occidentales, principalmente europeos. En las sociedades primitivas, por ejemplo, y también en las sociedades arcaicas no occidentalizadas, los períodos estráticos tendrían otros límites y sería menor la citada énfasis sobre el propósito de provocar cambio social. Pero en el esquema de Ortega y Gasset hay una contribución positiva: es la indicación de las categorías de información, iniciación, predominio y supervivencia. Los marcos estráticos y los contenidos de esas categorías, pueden variar de sociedad en sociedad, y en cada una de ellas, de una época a otra. Pero son universales, permanentes y constitutivas de la estructura y del funcionamiento de toda sociedad humana.

ESTRUCTURA ECONÓMICA Y MORTALIDAD INFANTIL

Se cuenta que en cierta ocasión el profesor Robert Park oía, en una reunión de seminario, la exposición de un estudiante sobre el desarrollo de un movimiento nacionalista en la costa oeste de África. Al salir de la reunión, el profesor Park dijo a un amigo que ya había previsto todo lo que el estudiante acababa de exponer.

De cierto que hay una especie de conocimiento indirecto que proporciona al estudioso una cierta capacidad de predecir. Los fenómenos que ocurren en la sociedad humana no son fortuitos. Tienen su lógica, una explicación encadenada en función de otros fenómenos. De ordinario, esta lógica es difícil de ser explicada en forma objetiva y su conocimiento pasa por ser generalmente fruto de la intuición, pero no lo es. Este conocimiento no es innato, sino algo que se adquiere por el estudio y la meditación. Sólo en virtud de un complicadísimo contra-

punto del fenómeno social, hasta hoy la inteligencia humana no ha elaborado un mecanismo conceptual capaz de descifrarlo plenamente. Pero el progreso de este campo de las investigaciones ha sido bastante sensible; por ejemplo, el fenómeno de la revolución parece estar, en nuestros días, satisfactoriamente analizado. Hay una sociología de la revolución que puede ser aplicada, con seguridad, en el control de este fenómeno.

El interés por las cuestiones de conocimiento indirecto tiene una larga historia. Comte, por ejemplo, en su famosa faseología fué de los primeros en intentar una "reducción" objetiva de lo que es aún hoy, en parte, una percepción confusa o "intuitiva".

Stuart Mill en su libro *A system of Logic, racionative and inductive,* que aún puede leerse con provecho, trató el asunto al referirse a los *principia media,* especie de leyes inmediatas o derivadas, según las cuales las situaciones sociales son engendradas unas por otras, a medida que la sociedad avanza. Y Mannheim aprovechó la investigación cuando procuró esclarecer la noción de *principia media* como fuerzas configuradoras de situaciones sociales, cuyo conocimiento sería aplicado en la estrategia del cambio social.[1]

Ahora bien, la observación del comportamiento de

[1] Karl Mannheim, *Libertad y Planificación,* Fondo de Cultura Económica, México, 1942, pp. 161 y sigs.

los fenómenos demográficos, como, por ejemplo, la mortalidad infantil en distintos países, conduce a la inducción de tales *principia media.* A estructuras económicas configuradas de modo semejante corresponden tipos semejantes de coeficientes de mortalidad infantil. La dificultad consistiría en distribuir a los diversos países actuales entre un pequeño número de tipos de estructura económica. Ernst Wagemann, en una investigación igual a la nuestra, clasifica las economías nacionales en tres tipos: economía de alto capitalismo, economía semi-capitalista y economía neo-capitalista. Los caracteres estadísticos primordiales de cada uno de estas estructuras son exhibidos por Wagemann en el siguiente cuadro:[2]

	Alto Capitalismo	*Semi-Capitalismo*	*Neo-Capitalismo*
Densidad de población	elevado	elevado	débil
Empleo de maquinaria	„	Débil	Medio
Transportes	„	„	„
Industrialización	„	„	„
Comercio exterior *per cápita*	„	„	muy elevado

[2] Ernst Wagemann, *La Stratégie Economique,* Payot, París,

En el régimen de alto capitalismo se incluyen a los Estados Unidos y a los países de Europa Occidental y Central; como semi-capitalistas a los países de Asia; y como neo-capitalistas a los de América del Sur, Australia y África del Sur.

En un procedimiento análogo y para los efectos de una comprensión estructural de la mortalidad infantil, nos parece prudente distribuir a los países actuales en las siguientes categorías:

1) Países altamente industrializados, de gran población obrera, con alto nivel de vida en el que el coeficiente de la mortalidad infantil varía entre 30 y 50. Tales eran en 1947, con sus respectivos coeficientes de mortalidad infantil, los Estados Unidos, 32; Inglaterra, 43; Canadá, 45.

2) Países industriales-agrarios, de población obrera con alto nivel de vida y numerosa clase media, en la que el coeficiente de mortalidad infantil varía de 30 a 90. En 1947 eran, con sus respectivos coeficientes, Francia, 66; Austria, 78; Bélgica, 69; Italia, 82; Irlanda, 68; Dinamarca, 40; Japón, 76.

3) Países de voluminosa clase media en la que el coeficiente de mortalidad infantil no llega a 40. Eran

1938. También del mismo autor: *Estructura y Ritmo de la Economía Mundial,* Editorial Labor, S. A., Madrid, 1937.

PAISES	Años	Total (a)	ACTIVA						
			Total (b)	% s/(a)	Producción Primaria	% s/(b)	Producción Primaria	% s/(b)
Estados Unidos	1940	131 669 275	52 712 333	40.0	(°) 10 417 751	19.76	(°) 16 459 238	31.22
Inglaterra (1)	1931	44 795 357	21 074 751	47.0	(8) 2 538 721	12.05	(8) 8 453 793	40.11
Canadá	1941	11 506 655	4 670 139	40.6	(°) 1 319 808	28.26	(°) 1 211 843	25.95
Alemania (2)	1939	69 459 825	34 616 592	49.5	9 718 543	28.07	13 641 009	39.41
Francia	1936	41 183 193	20 260 456	49.2	(9) 7 543 983	37.24	(9) 5 923 210	29.23
Austria	1939	6 972 269	3 648 889	52.3	1 449 652	39.73	1 144 739	31.37
Bélgica	1930	8 092 004	3 750 285	46.3	889 296	22.91	1 570 108	41.87
Italia	1936	42 444 588	18 345 432	43.1	(°) 8 971 231	48.90	(°) 4 959 149	27.03
Irlanda	1936	2 968 420	1 339 085	45.1	651 392	48.64	486 077	36.30
Dinamarca	1940	3 844 312	1 971 301	51.3	562 289	28.52	606 383	30.76
Japón	1930	64 450 005	29 619 640	46.0	(°) 18 479 075	62.39	(°) 7 232 712	24.42
Suecia	1940	6 371 432	2 999 526	47.1	898 397	29.95	1 035 823	34.53
Australia (3)	1933	6 629 924	2 824 924	42.6	657 051	23.26	866 171	30.66
Nueva Zelandia (4) ...	1936	1 491 484	644 448	43.2	(10) 175 113	27.17	(10) 156 858	24.34
Suiza	1941	4 265 703	1 992 487	46.7	422 403	21.20	860 528	43.19
Noruega	1930	2 814 194	1 181 834	42.0	(°) 414 608	35.08	(°) 295 984	25.04
Chile	1940	5 023 539	1 741 526	34.7	709 653	40.75	356 249	20.46
México	1930	16 552 722	5 352 162	32.3	3 677 524	68.71	692 161	12.93
Colombia (5)	1938	8 697 041	4 566 150	52.5	(11) 3 395 854	74.37	(11) 581 474	17.12
Nicaragua	1940	983 160	352 660	35.9	262 749	74.50	39 594	11.23
Perú (6)	1940	6 207 967	2 475 339	39.9	1 590 883	64.27	425 940	17.21
Checoeslovaquia	1947	12 164 661	5 852 372	48.1	2 349 897	40.15	2 042 345	34.90
Portugal	1940	7 722 152	3 049 856	39.5	1 509 903	49.51	609 428	19.98
Venezuela	1941	3 850 771	1 240 682	32.2	659 057	53.12	206 711	16.66
Guatemala	1940	3 283 209	1 093 383	33.3	— — —	— —	— — —	— —
Hungría	1941	9 316 613	4 503 117	48.4	(12) 2 208 736	49.05	(12) 1 057 196	23.48
India (7)	1931	352 837 778	148 816 938	42.2	100 383 048	67.45	15 351 953	10.32

NOTAS AL CUADRO ANTERIOR

Fuentes: Bureau International du Travail "Anuaire des Statistiques du Travail". 1947-48.

NOTAS: a) Población total.

b) Población activa.

Población primaria: Comprende la agricultura, la silvicultura, la caza, la pesca, minas y canteras.

Población secundaria: Comprende las industrias manufactureras, la construcción, electricidad, agua, gas y servicios sanitarios.

(°) Incluye electricidad, gas, agua y servicios sanitarios.

(1) Comprende la Gran Bretaña solamente.

(2) Territorio de 1937.

(3) Excluyendo a los indios.

(4) Excluyendo a los "Maoríes".

(5) Excluyendo a la población indígena del Departamento de "Santander del Norte" (2606 hombres y 2169 mujeres).

(6) Población enumerada. Población total estimada: 7.023.111.

(7) La India (1931) incluyendo Birmania. En 1941 la población de la India (sin la de Birmania) era de 388.997.955 (201.025.726 hombres y 187.972.229 mujeres).

(8) Solamente la Gran Bretaña. Empleados y quienes los emplean por cuenta propia. Incluyendo directores y administradores. Trabajadores con familia sin garantía.

(9) Empleados y quienes los emplean por cuenta propia. Incluyendo a las esposas de los jefes de empresa que ayudan a sus maridos.

(10) Excluyendo a los "Maoríes".

(11) Incluyendo servicios sanitarios y culturales.

(12) Territorio de 1941.

en 1947, con sus respectivos coeficientes, Suecia, 25; Australia, 29; Holanda, 34; Nueva Zelandia, 25; Suiza, 39 y Noruega (1946), 35.

4) Países principalmente agrícolas y donde hay pobreza, en los que el coeficiente de mortalidad infantil es superior a 90. En el mismo año de 1947, con sus respectivos coeficientes, eran los siguientes: Ceilán, 101; Jamaica, 92; Chile, 161; México, 97; Colombia (1946), 150; Nicaragua, 102; Costa Rica, 84; Perú (1946), 114; Checoslovaquia, 89; Portugal, 107; Ecuador, 122; Venezuela, 100; El Salvador, 96; Guatemala, 110; Hungría, 111; la India, 146.

El Brasil, con su coeficiente de mortalidad infantil superior a 100, se incluye en esta última categoría.

Para una clasificación de las estructuras económicas de los diversos países, también podría utilizarse la indicación de Sir William Petty,[3] según la cual los diferentes niveles de desenvolvimiento económico están estrechamente asociados con las proporciones conforme a las cuales la población activa es distribuída por ocupaciones. Para este economista el progreso económico es concomitante con el desplazamiento de la población activa de la agricultura hacia la manufactura, y de ésta hacia el comercio y los empleos.

[3] Colin-Clark, *The Conditions of Economics Progres,* Macmillan & Co. Limited, London, 1940.

Los países sub-desenvueltos, como el Brasil, tendrían gran porcentaje de su población activa aplicada a la producción primaria (agricultura, silvicultura, caza, pesca, minas), hecho que se correlaciona con cuadros nosológicos típicos por la alta mortalidad y por el predominio de las enfermedades parasitarias e infecciosas como causas de la muerte.

Los países plenamente desenvueltos tendrían gran parte de su población activa aplicada a la producción secundaria (industrias manufactureras, construcción, electricidad, agua, gas y servicios sanitarios), y principalmente a la producción terciaria (comercio, transporte, servicios). Lo correlativo de las estructuras económicas de este nivel, es la baja mortalidad y la alta incidencia de enfermedades degenerativas (cáncer, enfermedades del corazón) como causas de la muerte.

BRASIL

POBLACION ACTIVA EN 1940

FORMAS DE ACTIVIDAD	*Población Activa* 1940	
	Números absolutos	% s/o Total
a) Agricultura, etc.	9 453 512	67.43
b) Industrias extractivas ...	390 560	2.79
c) Industrias y construcción.	1 400 056	9.99
d) Transportes y comunicaciones	473 676	3.38
e) Comercio	800 920	5.71
f) Administración pública, etc.	482 938	3.44
g) Profesiones liberales, servicios personales, etc. ..	1 018 461	7.26
TOTAL	14 020 123	100.00

Fuente: "Bureau International du Travail" — Anuaire des Statistiques du Travail — 1947/48.

Nota: Excluyendo las actividades domésticas y escolares, y probablemente el servicio referente a los empleos domésticos y a los estudiantes de más de diez años de edad.

RESUMEN:

Producción primaria: (a+b) = 70% de la población activa.

Producción secundaria: (c) = 10% de la población activa.

Estas correlaciones tipológicas entre la estructura económica y la mortalidad infantil, sugieren la existencia de lo que se podría llamar estrategia del tratamiento de los problemas demográficos. La mortalidad infantil, por ejemplo, sólo podrá reducirse en determinado país, en la medida en que su estructura económica se transforme faseológicamente. Dentro de este punto de vista, adquiere un carácter destructor todo tratamiento de la mortalidad infantil que no se integra en una política de cambios de la estructura económica, entendida ésta en sentido amplio, como compenetración de elementos naturales, geográficos, demográficos, psicológicos, políticos, jurídicos y técnicos, factores todos que, según Wagemann, son muy diferentes en cada país y en cada período de su evolución.

La hipótesis formulada encuentra comprobación en la experiencia de muchos países. El Japón, por ejemplo. Hasta 1868 y bajo el gobierno de los Tokugawa, el Japón era un país feudal y aislado, que presentaba coeficientes de mortalidad infantil invariablemente superiores a 200.

A partir de esa fecha se inició deliberadamente una política en el sentido de vencer etapas, de industrializar el país. Dos generaciones consiguen esta transformación estructural, la substitución de un sistema económico feudal por otro altamente capitalista, cambio que se hace sentir automáticamente sobre los índices sanitarios y con independencia de la prestación de servicios médicos. La mortalidad infantil del Japón que era de cerca de 76 en el año de 1947, es en la actualidad comparable a la de los países desenvueltos.

La reducción de la mortalidad infantil a través de servicios médicos exclusivamente, sin modificación faseológica de la estructura económica, alcanza el carácter de una verdadera destrucción. Parece ser que, el de Puerto Rico, es un caso agudo. Mediante un programa de fuerte asistencia médica a la niñez, en el que se distribuían recursos asistenciales hasta por medio de paracaídas (según los informes que poseo), el gobierno americano consiguió hacer bajar de modo significativo la mortalidad infantil. En 1947, Puerto Rico presentaba un coeficiente de mortalidad infantil de 72. Pero esta reducción se obtuvo a costa de la agravación de otros índices demográficos, de la pobreza y aun del de desempleo.[4]

La baja natalidad, la baja mortalidad, los altos niveles

[4] H. S. Perlof, *Puerto Rico's Economic Future*, The University of Chicago Press, 1950.

de salud de los pueblos son lo que H. S. Singer llama *frutos* del desenvolvimiento económico, cuyas *simientes* serían la abundancia de capitales industriales, el empleo generalizado de métodos tecnológicos y el alto nivel de educación. Lo trágico, según Singer, es más fácil trasplantar los *frutos* del desenvolvimiento económico, o por lo menos, fingir que esto se hace, que trasplantar sus *simientes*. Dice este economista:[5]

"Hay ciertas cosas, como los adelantos médicos, bajos índices de mortalidad, adelantada legislación social, un complejo mecanismo de planeamiento o los resultados finales del desenvolvimiento económico en los países industrializados, que no solamente llenan una función económica definida, sino que también significan la concretización del desenvolvimiento económico. Desgraciadamente pueden ser fácilmente transplantados no como productos finales, sino aisladamente, separados del proceso que los creó en los países industrializados. Así tratados, esos frutos del desenvolvimiento económico acaban deteriorándose y llegan hasta perjudicar el propio desenvolvimiento. Trasplantándose los progresos médicos aisladamente, se aumenta la población antes estacionaria, en lugar de elevar el *standar* de vida *per capita;* en la misma forma, trasplantándose una legislación social avanzada,

[5] H. S. Singer, *Economic Progress in Underdeveloped Countries*, en Social Research, Marzo, 1949.

ésta permanece como letra muerta y se vuelve francamente perjudicial al desenvolvimiento; creándose el deseo de consumir los artículos de lujo, se reducen los recursos en divisas extranjeras disponibles para la importación de géneros indispensables; montándose un mecanismo complicado de planeamiento estatal dentro de las condiciones reinantes en muchos países sub-desenvueltos, tal maquinismo muchas veces se nos revelará ridículamente inoperante frente a las necesidades y posibilidades reales...

"...En estas condiciones, para conseguirse en los países sub-desenvueltos el efecto inmediato de un proceso seguro, se hace necesario mejorar la nutrición y las condiciones de salud, lo que reducirá la tasa de mortalidad. Esto resulta en aumento de la población, la cual consumirá el aumento de la producción sin dejar lugar para abastecimientos. Teniéndose en cuenta la experiencia de los países industrializados, es muy probable que un desenvolvimiento seguro y la industrialización reduzcan el índice de natalidad, abriendo así fuentes de abastecimiento. Nunca se llega a esa venturosa etapa, porque el efecto inmediato de los pequeños progresos es lanzar al país sub-desenvuelto, nuevamente, al punto de partida. El desenvolvimiento en tales condiciones es como subir por una escalera rodante que se mueve hacia abajo; si podemos salir de la posición original, conseguiremos dejar

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA NACIONAL DE MEXICO
INVESTIGACIONES SOCIALES

calera y caminar hacia el frente sin dificultades; pero en cuanto estuviésemos en la escalera otra vez, nos encontraríamos impedidos de conseguir libertad de acción."

Si en el Brasil han mejorado los índices sanitarios de la población, se debe más al desenvolvimiento vegetativo de la economía nacional que a los servicios médicos. Aún más, como observa Hélio Jaguaribe, en la actual conjunción histórica ya no podemos esperar la mejoría de los índices de salud de aquel desenvolvimiento vegetativo de la economía. El gobierno tendrá que reorganizar su

IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS CAUSAS DE DEFUNCION EN RIO DE JANEIRO

(En % sobre el total de defunciones)

Causas de Defunción	*1929*	*1941*	*1947*
Enfermedades infecciosas y parasitarias (1 a 44 de NDCO) ..	35.4	31.3	30.5
Enfermedades del aparato cardiorenal (83, 90 a 103, 130 a 132)	19.6	23.1	26.1
Cáncer (45 a 57)	2.8	3.7	4.8
Tuberculosos (13 a 22)	21.4	17.7	20.5

Los números entre paréntesis se refieren a la Clasificación Internacional de Causas de Defunción.

FUENTE:—"Conjetura Econômica", Febrero 1951.

maquinaria administrativa para ajustarla a un tratamiento estructural de los problemas demográficos del país. Reorganización que no se obtiene, además, sin una transformación radical de estilos y de procesos administrativos. La validez de esta observación se extiende a los países sub-desenvueltos, como los latino-americanos y la mayoría de los países asiáticos.

IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS CAUSAS DE DEFUNCION EN ALGUNOS PAISES Y CIUDADES

(En % sobre el total de defunciones)

Causas de defunción	*Suecia*		*Noruega*	*Suiza*	*Estados Unidos*	*Nueva York*	*Buenos Aires*	*Río de Janeiro*
	Urbana	*Total*						
Enfermedades infecciosas y parasitarias (1 a 44)	8.9	8.3	7.5	10.2			10.4	30.5
Enfermedades del Aparato Cardio-renal (83, 90 a 103, 130 a 132)	34.0	30.2	32.4	37.6	48.5	48.3	36.0	26.1
Cáncer (45 a 57)	16.1	14.5	16.1	15.9	16.5	18.5	16.4	4.8
Tuberculosis (13 a 22)	7.2	6.2	5.7	6.7	3.3	3.9	7.1	20.5
Pulmonía	3.9	4.6	7.5	4.4	4.2	3.7	7.3	8.7
Diabetes	0.6	0.7	1.4		2.6	4.3	0.9	0.6

Los datos se refieren a las defunciones correspondientes a los años alrededor de 1945-1947.
Los números entre paréntesis se refieren a la Clasificación Internacional de Causas de Defunción.
FUENTE:—"Conjetura Econômica", Febrero 1951.

LAS CLASES SOCIALES Y LA SALUD DE LAS MASAS

La clase social es una realidad que marca a todos los hombres, en su carne y en su espíritu. Se interioriza bajo la forma de hábitos, actitudes, opiniones, creencias, gustos; y se exterioriza bajo la forma de vestido, habitación, alimentación y una multitud de otros aspectos. Penetra en el hombre, lo atraviesa, para hablar un lenguaje frobeniano.

En todo momento el individuo está haciendo la comprobación de la existencia de las clases sociales. En los vehículos, en las calles, en los cafés, en los restoranes, en las salas de diversión, en todas partes donde varias personas transiten o se reúnen, las clases sociales son fácilmente perceptibles. Cierto vocabulario, determinada, inflexión de voz, alguna postura del cuerpo, la indumentaria, los gestos nos dan siempre la certera pista de la clase de un individuo.

Numerosos estudios han demostrado hasta la saciedad que hay una psicología y una sociología diferencial de

las clases sociales. Un psicólogo, por ejemplo, estudió el alma de la niñez proletaria como un espécimen humano diferente a la de la niñez burguesa. Spranger en su famoso trabajo, *Psicología da Idade Juvenil,* llama la atención respecto de las diferentes psicologías específicas entre jóvenes de distintas clases. Richard Centers, en su reciente trabajo *The Psychology of Social Classes,* mejoró brillantemente el estudio de los aspectos psicológicos diferenciales de las clases sociales de manera más amplia. Algunos sociólogos han hecho notar la tendencia hacia el ceticismo entre las clases altas. Otros, como Niceforo, la insensibilidad moral de las clases inferiores. Y Halbwachs, en su magistral trabajo *La Classe ouvrière et les niveaux de vie,* saca en conclusión que la clase proletaria es "desocializada" "en virtud de la naturaleza mecánica y socialmente aislada de su trabajo, expresada en el pequeño porcentaje de los ingresos totales que se gasta en alquiler".[1]

Más aún, las señales exteriores de las clases sociales son más evidentes. En el invierno es perfectamente habitual que una joven residente en un barrio rico vaya al cine cubierta con un abrigo de pieles; en tanto que en el

[1] Véase: *American Sociological Review,* vol II, No. 2, abril de 1946. Nota necrológica de Howard Becker sobre Maurice Halbwachs.

suburbio y aún cuando el tiempo esté muy frío, el hecho despertaría grandemente la atención. Escupir en el suelo es un hábito frecuente en las clases inferiores y excepcional en las clases altas. Muchos investigadores autorizados han confirmado que los tipos de mejor complexión física se encuentran con mayor frecuencia en las clases altas que en las clases inferiores.

Frédéric Le Play, fundador de la sociología del presupuesto familiar, observó que la familia burguesa acostumbraba emanciparse de los usos, costumbres y tradiciones locales. Es en sus vestidos, en su alimentación, en su habitación, en sus ideas, más cosmopolita que local. Con este motivo y con fines de estudios monográficos, debería utilizarse a la familia obrera, por ser más representativa del ambiente local, además de que está más atada a sus idiosincracias.

El estudio de las clases sociales es particularmente importante en una era democrática como la nuestra. La resolución de un gran número de los actuales problemas sociales depende de una exacta comprensión de las raíces de desigualdad social. En este capítulo estudiaremos los aspectos diferenciales de las clases sociales, teniendo como objetivo contribuir a la formación de una concepción sociológica de los problemas de salud de las masas, sin la cual toda organización sanitaria no pasaría de un simple paliativo.

Por estar fuera de la índole de este capítulo, no deseamos, en cambio, encaminarnos hacia el trato de las cuestiones metodológicas que el asunto implicaría. Así, dos presupuestos serán admitidos sin discusión: el de la existencia misma de las clases sociales, y el de la diferenciación tricotómica de tales clases en alta, media e inferior.

La división tricotómica es, además, clásica. Desde la época de Aristóteles ha sido admitida. Recientemente el sociólogo mexicano Lucio Mendieta y Núñez realizó un penetrante análisis de cada una de esas tres clases sociales en el que, por así decir, además de contribuir personalmente a descifrar la cuestión, hizo la obra de sistematizador, asimilando los resultados positivos a que han llegado los sociólogos en este campo de investigación.

Del ensayo de Mendieta y Núñez, resumiremos la caracterización genérica de las clases sociales. Según este autor, la clase alta presenta los siguientes aspectos[2] distintivos:[3]

a) Posesión de la riqueza, del capital y del poder;

[2] Naturalmente, señala Max Scheler, estos aspectos genéricos sólo se registran conforme *"a las leyes del gran número de los casos,* una vez que todo individuo puede, en principio, superar la limitación de su clase" *(Sociología del Saber,* Revista de Occidente Argentina, Buenos Aires, 1947, pág. 192).

[3] Véase: Lucio Mendieta y Núñez, The Social Classes, en *American Sociological Review,* vol. II, No. 2, abril 1946

b) formas refinadas de vida material y moral, permitiendo satisfacer las necesidades humanas, individuales o colectivas, por la utilización de las mejores cosas;

c) sentimiento de seguridad y de orgullo de clase;

d) reflexión orgánica, en el aspecto físico y en las maneras, de las características arriba mencionadas, constituyendo tipos selectivos diferenciados como un resultado de "cultura social";

e) conducta dominada por los convencionalismos sociales rigurosamente observados, esto es, una vida de frecuente intercambio dentro de círculos limitados;

f) preocupación constante por el sostenimiento de las apariencias;

g) espíritu reaccionario y conservador.

En su obra arriba citada, Halbwachs, saca como conclusión que las clases altas son las que viven conforme al *standard* ideal de la sociedad, las que realizan los mayores valores sociales y mantienen la vida social más intensa. En otras clases pueden registrarse ciertas relaciones sociales, pero son más intensas en las capas superiores, y, por lo mismo, típicas de éstas. Una joven de familia proletaria puede concurrir a una fiesta en los salones del Itamarati, pero esto no le ocurrirá frecuentemente en su vida, a menos que ascienda en la jerarquía social; por el contrario, el hecho será considerado como extraordinario, y como tal, casi siempre narrado a guisa de aventura . . .

Entre las clases hay diferencias de estructura psíquica. Max Scheler da especial atención a éstas y enumera los siguientes atributos de las clases altas:

1) Retrospección de los valores en la conciencia de la época;
2) punto de vista ontológico;
3) interpretación teleológica del mundo;
4) idealismo (el mundo considerado preponderadamente como un orden de ideas);
5) espiritualismo;
6) conocimiento apriorístico, racionalismo;
7) intelectualismo;
8) perspectiva optimista del futuro y una retrospección optimista: "los buenos viejos tiempos";
9) modo de pensar basado en la identidad;
10) pensamiento nativista.[4]

Para la clase media, de la cual Jules Romain decía "cette masse de Français a la fois traveilleures et possedante, qui ont la technicité, la responsabilité ou le risque",[5] Mendieta y Núñez señala las siguientes características:

a) copia el sistema de la clase alta, el cual, en su

[4] Véase: Lucio Mendieta y Núñez, op. cit. y Max Scheler, op. cit.

[5] Citado por Georges Izard, *Les Classes Moyennes*, ed. Rieder, París, 1938.

aspecto puramente formal, parece ser su ideal constante: vestido, mobiliario, diversiones, etc.;

b) presta gran importancia a la cultura, a las ciencias, a la técnica, a las profesiones liberales como medios de llegar al bienestar económico y a la satisfacción moral;

c) posee un sentido altamente ético y religioso;

d) sus ambiciones se limitan a obtener el bienestar y la satisfacción moral, especialmente por medio del trabajo. No da mucha importancia al objetivo de acumular riquezas;

e) es un factor de moderación, de equilibrio en la lucha social, y amortigua las tendencias revolucionarias del proletariado manifestando conformismo, pusilanimidad, tendencia contra-revolucionaria.

f) exhibe una profunda tendencia a salvar las apariencias, observar las formas sociales aún a costa de los mayores sacrificios;

g) posee un fundamento económico, un cierto bienestar económico mínimo derivado de la renta de la pequeña propiedad, intereses de un capital limitado, del trabajo personal o de la combinación de algunas o de todas esas fuentes;

h) se dedica preferentemente a trabajos de naturaleza técnica (burocracia, pequeños propietarios, pequeños industriales, pequeños propietarios rurales, artífices, profesionales liberales, empleados en empresas privadas, etc.).

La identificación de la clase o de las clases medias es reconocidamente difícil. A este propósito hay muchas controversias entre sociólogos y economistas, como también entre los legos. Juzgando por el resultado de algunos sondeos, la mayoría del pueblo tiende a incluirse en la clase media.[6] En un "survey" realizado en 1939 por Gallup en los Estados Unidos, el 88% de las personas se incluyeron en la clase media.[7] En una encuesta realizada por la Revista *Fortune*, el 79% de los que contestaron se incluyó en la referida clase.[8] Sin embargo, las estadísticas oficiales de los Estados Unidos no confirman este optimismo (consúltese por ejemplo, *Consumer Incomes in The United States*, National Resources Commites, Washington, Government Printing Office, 1939).

En cuanto a la clase inferior, sus caracteres según Mendieta y Núñez, se distinguen como sigue:

a) instrucción rudimentaria; frecuente analfabetismo;

[6] Richard Centers, *Psychology of Social Classes*, A Study of Class Conncieusness, Princeton University Press, 1949.

[7] G. Gallup y S. F. Rae, *The Pulse of Democracy*, New York, Simon and Schuster, 1940. Obra citada por Richard Centers en el trabajo mencionado.

[8] Fortune *(Fortune Surveys)*, *The People of the United States, a Self Portrait*, Febrero de 1940, 21. Citada por Richard Centers en la obra mencionada.

b) es devota del trabajo manual que requiere principalmente el uso de la fuerza material o de la acción física personal;

c) su sistema de vida es inferior al de la clase media;

d) sus estilos de lenguaje y de conducta son rudos;

e) es muy religiosa aunque no comprenda en toda su profundidad y abstracción, los principios de su religión;

f) no tiene capacidad de previsión;

g) no obstante el poder de sus numerosos componentes que podrían promover, en un momento dado, la subversión total del orden existente, es la base más sólida de las otras clases y de la estructura legal que legitima las desigualdades e injusticias sociales. Esta paradoja sólo puede explicarse sociológicamente.

Alfredo Niceforo, en su obra *Força e Riqueza,* señala los siguientes aspectos negativos de la clase inferior:

1) incapacidad de aprender los más refinados estilos psicológicos de la época;

2) falta de desenvolvimiento de la sensibilidad moral;

3) ausencia de decoro o su manifestación en la forma más primitiva;

4) concepciones mentales pobres y primitivas;

5) desenvolvimiento intelectual estacionario;

6) incapacidad de elaborar ideas abstractas;

7) mentalidad automática no constructiva;

8) organización defectuosa de los centros de inhibición, resultando de ello la tendencia al impulsivismo.

Considerando a la clase alta y a la inferior como situaciones polares opuestas, Max Scheler atribuye a la última las siguientes características:

1) prospectivismo de los valores en la conciencia de la época;
2) punto de vista genético;
3) interpretación mecánica del mundo;
4) realismo (considerando al mundo preponderantemente como resistencia);
5) materialismo;
6) inducción, empirismo;
7) pragmatismo;
8) visión optimista del futuro y retrospección pesimista;
9) modo dialéctico de pensar que enfoca las contradicciones;
10) pensamiento inspirado por la teoría del medio.

Cada clase social es, según se ve, un verdadero universo específico, cuya constitución condiciona los procesos de todos los fenómenos que ocurren en su ámbito. Los análisis de Mendieta y Núñez, Alfredo Niceforo y Max Scheler vienen a indicar que cada uno de nosotros es menos un alguien inconfundible y original que cualquier lugar común. La realidad de la clase es, pues, mucho más

efectiva de lo que el lego supone; se manifiesta hasta biológicamente. Natalidad, mortalidad, estatura, peso, fuerza física y mental, son fenómenos que influyen de manera diferencial, según las clases sociales.

Las mejores teorías elaboradas relativas al impacto de la estratificación social sobre la natalidad y la mortalidad, se deben a Herbert Spencer, Arsène Dumont y A. Loria. Herbert Spencer, anticipándose a Landry, observó con acierto que el "progreso" es el factor fundamental de la disminución creciente de la natalidad y de la mortalidad. El sociólogo inglés entendía por progreso una tendencia universal de la esfera social y biológica, que consiste en el paso de lo simple a lo compuesto, de lo homogéneo a lo heterogéneo. Un animal, según expone Gaston Rageot interpretando a Spencer, es más complejo que una planta, un mamífero más que un protozoario, un francés del siglo XX más que un primitivo de Australia. Así, progreso supone individualización. Los animales inferiores son los más prolíficos porque se encuentran mayormente sometidos al plano de la raza o de la especie. Los animales superiores son menos prolíficos porque están más emancipados de los designios de la raza o de la especie. La individualización es el antídoto de la procreación. En la sociedad el hombre estaría bajo la influencia de dos fuerzas en sentido inverso: la de la especie y la de su interés individual; o bien, de dos leyes: la ley de la repro-

ducción y la de su propio progreso. En la medida en que sigue la última, limita su multiplicación.[9]

Para explicar las correlaciones existentes entre la individualización y la natalidad, Arsène Dumont elaboró la noción de "capilaridad social".[10] En las sociedades donde hay condiciones que permiten a los individuos mejorar su *status*, se registra una natalidad diferencial en las distintas clases. Los individuos de las clases altas o en ascendencia tienden a limitar la reproducción para permitirles a sus descendientes gozar de las mejores cosas de la vida, el progreso personal. Cuando la sociedad se organiza rígidamente no permitiendo al individuo la mejoría de sus condiciones por el esfuerzo personal, la natalidad tiende a crecer. El propósito del individuo de buscar su propio

[9] Gaston Rageot, *La Natalité, ses lois economiques et psychologiques*, Flammarion, París, 1918, pp. 30-31. Dice: "la multiplication est en raison inverse de l'individualisme" (p. 31).

[10] "Se conoce en Física el fenómeno de la capilaridad; análogamente en el medio social la célula elemental, el individuo, tiende naturalmente, fatalmente, a elevarse como el aceite por la mecha de la lámpara. Hay formas de sociedades en donde esto no es posible porque las divisiones de estas sociedades en castas o en clases, son muy rígidas y el individuo en ellas no puede elevarse ni pretender hacerlo. Hay otras, por el contrario, en donde el fenómeno es constante, porque estas sociedades son movibles y permeables: la democracia estimula al máximo la capilaridad social." (Rageot, op. cit., pp. 32-33).

desenvolvimiento lo lleva a sacrificar el desenvolvimiento de la raza. En las sociedades divididas en castas, como la India, donde la capilaridad es débil, se vuelve altísima la tasa de reproducción. También en las sociedades democráticas cuando las clases inferiores por su extrema pobreza, están prácticamente imposibilitadas de mejorar sus condiciones, se vuelven prolíficas. Refiriéndose a su ley de la capilaridad, Arsène Dumont dice que se presenta invariablemente cualquiera que sea la latitud, cualquiera que sea la raza y a despecho de todas las diferencias posibles de lenguaje, religión, leyes civiles, organización política, costumbres e instituciones, cultura intelectual y gustos estéticos. Cuando la capilaridad social es activa, dice, la natalidad es débil; si una causa cualquiera la estorba, la natalidad se eleva. Y también, todas las veces que existe una clase social superpuesta de hecho a la masa de ciudadanos, no pudiendo elevarse éstos, se multiplica.[11]

Al resumir esta brillante teoría demográfica, Francisco Nitti propone los siguientes enunciados:

1º—El progreso de la natalidad está en razón inversa de la capilaridad social.

2º—El progreso del individuo, ya en valor ya en bienestar, está en razón directa de la capilaridad social.

[11] Arsène Dumont, Démocratie et Natalité, citado en Mis de Reux, *L'Etat et la Natalité*, Nouvelle Librairie Nationale, Paris, 1918, p. 44.

3º—El desenvolvimiento de la raza está frecuentemente en razón inversa del desenvolvimiento individual en valor o bienestar.

4º—Cuanto más luminoso es un centro de cultura, tanto más atracción ejerce; cuanto más atracción ejerce, más luminoso es. Prodúcese un efecto que aumenta por su propio efecto.

5º—Cuanto más considerable es la atracción ejercida, tanto más rápidamente vencidos se sienten aquellos que experimentan tal atracción. El plebeyo coloca su ideal más alto que el hijo del aristócrata; por eso encuentra más dificultades para obtener lo deseado.

6º—La democracia representa la "viricultura" intensiva, y como por oposición el sistema de castas representa la "viricultura" extensiva.[12]

Para Achille Loria,[13] el sistema de la propiedad capitalista es lo que condiciona la distinción entre los individuos: los ricos, y por tanto, previsores y poco prolíficos, y los pobres e imprevisores que, por necesidad, son prolíficos.

En síntesis, las causas principales de la poca natalidad y mortalidad en la clase alta y media, en los países de ci-

[12] F. S. Nitti, *La Población y el Sistema Social*, Editorial Minerva, S. A., Barcelona, S/d., pp. 133-134.

[13] A. Loria. *Analisi della proprietà capitalistica*, Torino, 1889, (Citado en Nitti, op. cit.).

vilización occidental, serían: la racionalización, la emancipación, la sensibilidad moral refinada, el deseo de progreso económico. En este particular, Landry llamó la atención sobre la influencia de la racionalización.[14] Las clases media y alta son más cultas; más afectas a la utilización de los procedimientos racionales y científicos. Por ejemplo, confían más en medicinas que en oraciones, más en médicos especializados que en curanderos, creen más en el poder de la ciencia que en el poder de entidades míticas. Comentando este laicismo de las clases superiores, Pierre Fromont se refiere a un poema de Víctor Hugo, en el cual, un pescador padre de cinco hijos, exclama, al saber por su esposa la muerte del vecino que deja dos huérfanos:

"Mujer, ve a buscarlos. Los juntaremos a todos.
Juntos vivirán; serán hermanos y hermanas de otros cinco.
Dios nos ayudará a coger más peces.
Cuando vea que es necesario alimentar con nuestros hijos
A esta pequeña y a este niñito."[15]

La emancipación es otra característica de las clases

[14] *La Révolution Demographique* (citado en Pierre Fromont, Demographie Economique, Payot, París, 1947).

[15] Véase: Fromont, op. cit. p. 78:
"Femme, va les chercher. Nos les malerons-tous,
Ils vivront, ils seront frères er soeurs des cinq autres.

superiores. En ellas el individuo se libera de ciertos controles y pasa a buscar su propia perfección y su propio placer. Limita su prole para ahorrar y no amenazar su bienestar. No es raro que las mujeres eviten la concepción con fines estéticos y hedonísticos. Alguien propuso, para las "elegantes" del siglo, esta oración: "¡Oh! ¡Virgen llena de gracia, tú que concebiste sin pecar, danos la gracia de pecar sin concebir!".

La alta sensibilidad moral de las clases superiores se hace más patente en los extremados cuidados que tiene ordinariamente con respecto de la niñez. La muerte de un niño de familia perteneciente a las clases superiores, deja a los padres desesperados, tanto más cuanto mayor sea el laicismo de ellos. Los pobres, en cambio, aminorizan el dolor moral de la pérdida de sus hijos atribuyéndosela a la Providencia.

Finalmente, el deseo de progreso económico es también un factor importante en la limitación de la natalidad.

Conviene advertir que es variable la amplitud de la influencia de estos factores limitativos de la natalidad y de la mortalidad. Y esta variación está condicionada por el carácter urbano o rural del ambiente de la familia, por el

Quand il verra qu'il faut nourrir avec les nôtres
Cette petite fille et ce petit garçon,
Le Bon Dieu nous fera prendre plus de poisson."

hecho de vivir ésta en una época de depresión o de prosperidad, así como también por su credo religioso.[16]

La alta natalidad y, consecuentemente, la alta mortalidad de las clases inferiores, provienen principalmente de su incapacidad de previsión, de su falta de instrucción, de sus pequeños recursos y, según unos, de cierto

[16] Rageot (op. cit.), expone la influencia de la religión sobre el movimiento de la población, en los siguientes enunciados:

1º La natalidad es función de las creencias relativas a la vida y a la muerte, y está en razón directa de la influencia mística ejercida en la familia.

2º Hay religiones que actúan directamente sobre la natalidad por la naturaleza de sus dogmas (religión china). Estas religiones son el más poderoso factor de prolificación.

3º Hay religiones que no actúan directamente sobre la natalidad porque sus dogmas se desinteresan de la familia o sólo se refieren a ella de manera accesoria. El cristianismo, y principalmente el catolicismo, se encuentra entre éstas.

4º Todas las religiones favorecen indirectamente la natalidad en la medida en que, por la fe común, proporcionan a la familia un principio de jerarquía y a la sociedad una unidad de lo ideal.

5º Toda religión que declina implica una declinación de la natalidad.

6º No teniendo frecuentemente acción específica sobre la natalidad, y obrando solamente como ideal místico, la religión puede ser substituída por otro ideal.

7º Las mayores crisis de la natalidad corresponden a cambios de ideal, y se extinguen aquellos pueblos que, habiendo perdido su fe, no pueden reconstruir otra.

estado psicológico impuesto por su desnutrición crónica, favorable a la prolificación.

Como decíamos arriba, las clases inferiores son aquellas en las que se mantienen más efectivas ciertas formas de religiosidad y de pensamiento mágico. El nacimiento o la muerte de los hijos son acontecimientos frecuentemente providenciales. El pobre confía en Dios para criar a sus hijos, como aquel pescador de que habla Víctor Hugo. Y cuando muere uno de ellos es porque *Dios así lo quiso.* En el interior del Brasil, el pobre dice cuando nace un niño: "¡Dios quiera que éste viva"!

El empleo de métodos anticonceptivos y el uso de la medicina científica presupone cierta instrucción y cierta conciencia laica, muy raras en las clases pobres. Muchas veces individuos de estas clases no saben tampoco de la existencia de tales métodos o no creen en la medicina, prefiriendo a ésta los *remedios* y los *rezos.* Y aunque suceda lo contrario, generalmente ocurre que les faltan los recursos necesarios para proceder a la utilización de esos procedimientos.

Charles Richet atribuye a las *élites* una tendencia fisiológica hacia la esterilidad, y T. Doubleday encontró conexiones entre el estado de nutrición y las leyes de población (*The true law of population shown to be connected with food of the people,* Londres, 1847). Respecto

de la exposición de F. Nitti[17] Doubleday sustenta que la deficiente nutrición de las clases inferiores produce un estado depresivo que es singularmente favorable al aumento de una desordenada capacidad generativa; por el contrario, una alimentación abudante daría como resultado la fusión de hombres eufóricos que, por lo general, son poco inclinados a la procreación. No siendo fisiólogo el autor esta suposición no tiene mérito, aunque las apariencias la confirmen. En el Brasil, por ejemplo, las poblaciones desnutridas, presentan tasas de reproducción que se incluyen entre las más altas.

Los datos que siguen, extractados de varias obras de autorizados estudiosos, ilustran los puntos de vista aquí expuestos:

COEFICIENTE DE MORTALIDAD INFANTIL, SIN INDICACION DE FECHA, EN VARIAS CIUDADES EUROPEAS, SEGÚN PIERRE FROMONT[18]

	París	*Londres*	*Berlín*	*Viena*
Clase muy pobre	108	147	157	200
„ pobre	95	140	129	164
„ abastecida	72	107	114	155
„ muy abastecida	65	107	96	153
„ rica	53	87	63	107
„ muy rica	34	63	47	71

[17] Óp. cit. p. 101.

[18] Pierre Fromont, op. cit., p. 76.

En un estudio sobre mortalidad (del período 1939-1941), realizado en Cincinnati por el Dr. Floyd P. Allen, de la "Public Health Federation", fueron obtenidos los siguientes coeficientes medios de mortalidad, entre personas de raza blanca:[19]

	Defunciones por 100.000 habitantes		
	Pulmonía	*Tuberculosis*	*Mortalidad Infantil*
Renta muy baja	98.4	63.8	56.9
Renta baja	61.3	32.5	34.0
Renta intermedia ...	37.1	24.7	26.4
Renta alta	38.7	26.4	19.5

Coeficientes de mortalidad en Inglaterra (1921-1923), según algunas causas y la clase social, considerando igual a 100 el coeficiente según la causa y el conjunto de las clases sociales:[20]

	Bronquitis	*Tuberculosis*
"Independence Class"	24	51
Obreros no especializados	176	137

[19] Citado por Ellery F. Reed, *Cost of Living Compared With Family Income in Seven Cities*, en "American Sociological Review", vol. II, No. 2, abril de 1946.

[20] *The Registrar-General's Decennial Supplement, England and Wales*, H. M. Stationary Offiice, Londres, 1927, citado en René Sand, Health and Human Progress, ed. Macmillan, New York, 1936.

Coeficientes de natalidad en Inglaterra, en el período de 1921-1923[21] según la clase social considerado igual a 100 el coeficiente medio de natalidad de toda la población:

"Independent class"	70
"Middle class"	74
Obreros especializados	100
Obreros semi-especializados	116
Obreros no especializados	127

Coeficientes de mortalidad infantil en varios grupos sociales:

París (1911-1913):[22]

Grupo de los más ricos	51
Grupo de los menos ricos	69
Grupo de los pobres	107
Grupo de paupérrimos	151

Prusia (1880-1888):[23]

Pobres y empleados (dependientes)	421.5
Criados	331.9

[21] Trabajo aludido en la nota No 20.

[22] L. Hersch, *L'inégalité devant la mort d'apres les statistiques de la ville de París*, en Revue d'Economique Politique, Nos. 3 y 4, 1920; citado por Pitirim A. Sorokin, *Social Mobility*, cap. XI, ed. Herber & Bros., New York, s/d., 1927.

[23] Gustav von Mayr, *Statistik und Gessellschaftslehre*, Vol. II. Freiburg, 1897, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. XI.

Trabajadores comunes	251.2
Independientes	242.4 a 215.9
Empleados de alta categoría (privados) .	211.1
Funcionarios públicos	203.1

Oslo (Cristianía), (1850-1879):[24]

Trabajadores comunes	191
Clases comerciales	188
Altos funcionarios públicos	170

Coeficiente de mortalidad, por grupos de edad y según la clase social, en Bremen, Alemania, 1911:[25]

	0-1	*1-5*	*5-15*	*15-30*	*30-60*	*60 o más*
Ricos	48.9	2.8	1.7	1.2	6.2	50.7
Medios	90.9	9.2	2.5	2.7	8.6	56.1
Pobres	255.8	26.2	4.0	6.6	13.6	50.9

Fuerza de mano directa en Kg. medida por el dinamómetro, de individuos de diferentes edades y según la clase social:[26]

[24] H. Westergaard, *Die Lehre von der Motalität und Morbidität*, Jena, 1901, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. XI.

[25] Funk, *Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen*, en Mitt. des Brem. Stat. Amtes im Jahre No. 1, 1911, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. XI.

[26] Alfredo Niceforo, *Les Classes pauvres*, París, 1905, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. XI.

Edad	*Ricos*	*Pobres*
7	10.0	8.6
8	11.8	10.8
9	14.5	12.3
10	15.7	14.6
11	16.7	16.6
12	19.0	18.8
13	21.5	20.0
14	24.8	23.3

Estatura media de los individuos según la clase social:

Soldados reclutados procedentes de diversas regiones de Italia:[27]

	Propietarios Rurales	*Trabajadores Rurales*
Piamonte	167.4	165.6
Lombardía	168.1	165.8
Veneto	168.7	167.0
Lacio	167.6	164.2
Calabria	166.6	163.3
Sicilia	167.1	163.4
Toda Italia	167.4	164.8

Soldados reclutados en Italia[28] de diferentes profesiones:

[27] R. Livi, *Antropometria militare*, vol. I, Roma, 1896, citado por Marcello Boldrini, Antropometria, cap. IV párrafo 30, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino, 1939.

[28] R. Livi, op. cit.

Propietarios, profesiones liberales	167.4
Pequeños comerciantes	165.5
Obreros industriales	165.4
Albañiles y canteros	164.9

Niños de diferentes edades de la Ciudad de Lausana:[29]

Edad	*Ricos*	*Pobres*
7	120.0	116.1
8	126.2	122.5
9	129.9	123.9
10	134.2	128.9
11	135.2	134.2
12	140.5	138.8
13	144.4	140.5
14	150.1	146.2

Individuos de algunas profesiones en España:[30]

Profesiones liberales	136.9
Trabajadores comunes	159.8

Individuos de algunas profesiones en Francia:[31]

Estudiantes	168.7
Funcionarios públicos	167.4
Clases comerciales	165.1
Trabajadores comunes	164.4

[29] Alfredo Niceforo, op. cit.

[30] Oloriz, *La talla humana en España,* Madrid, 1896, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. X.

[31] Longuet, artículo en *Annales de Demographie,* 1900, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. X.

Peso medio, en libras, de individuos de diferentes profesiones en Inglaterra:[32]

Trabajadores rurales	140.0
Obreros de siderurgia	140.0
Albañiles y canteros	134.5
Obreros (de lugares cerrados)	132.5

Condiciones físicas generales de la población, en Inglaterra, según la clase social (números y porcentajes):[33]

	Optimas	*Buenas*	*Satisfactorias*	*Malas*
Clase pobre	2.8	14.6	31.0	51.6
Clase media	7.4	20.1	53.7	18.8
Clase alta	27.4	33.8	27.4	11.4

Número de niños defectuosos entre 1,000, en Inglaterra, según la clase social:[34]

Clase pobre	2.8
Clase alta	1.3

[32] J. Beddoe, citado por Marcello Boldrini, op. cit., cap. IV. Párrafo 30.

[33] B. S. Rowntree, *Poverty*, Londres, 1906, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. XI.

[34] B. S. Rowntree, trabajo aludido en la nota No. 33.

Hombres geniales aparecidos en las clases sociales diferentes en Alemania[35] (números y porcentajes):

	1700-1789	*1789-1818*	*1818-1860*
Nobleza	19.2	14.2	11.0
Alta magistratura y profesiones liberales.	53.3	55.8	60.0
Burguesía (clases comerciales)	15.3	16.4	16.4
Clases trabajadoras	11.9	13.6	12.4

Los resultados precisos a que llegaron en sus investigaciones los sociólogos y demógrafos, hacen resaltar la necesidad de una revisión de las ciencias del hombre. Entre éstas, nos interesan aquí las ciencias amparadas bajo el nombre de medicina.

El papel de los factores sociales en la formación de las enfermedades es decisivo y su desconocimiento lleva a muchos —a la mayoría— a no acertar respecto de las tendencias terapéuticas adecuadas a los casos. El desconocimiento de los fundamentos sociológicos de los fenómenos biológicos lleva también a muchos a confundir los efectos con las causas, y, por tanto, a no tratar, muchas veces, las condiciones patológicas y sí a "maltratarlas";

[35] Fritz Maas, *Uber die Herkunftsbedingungen der Geistigen Füher*, en Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, 1916, citado por Pitirim A. Sorokin, op. cit., cap. XII.

o sea, a contribuir a la persistencia de las mismas, pues cuando no se identifican exacta y corectamente las causas de un mal, su erradicación sólo podría ocurrir por casualidad o por el rudimentario procedimiento de los errores y de las tentativas.

La incorporación de los recientes conocimientos sociológicos a la medicina individual y social, ha sido retardada consciente o inconscientemente por figuras de relieve, cuyo prestigio social se mantiene solamente por el hecho de haber sido aceptadas imprudentemente las equívocas concepciones que tales figuras patrocinaron y difundieron. Hay intereses profesionales ocultos que obstruyen el avance y desenvolvimiento de aquello que el Dr. René Sand, de la Universidad de Bruselas, llama, con toda propiedad, medicina sociológica.

Una de las ciencias médicas más necesitadas del influjo de la sociología es la psiquiatría. Esta última carece, sobre todo, de los conocimientos de la clase de los tratados en este trabajo. La *psique* humana no existe abstractamente. Es algo socialmente modelado dentro de configuraciones de clase, resultando de ahí que la neurosis y la psicosis se vinculen a contenidos sociales. Hoy sabemos que la impreparación sociológica de Freud lo indujo a errores irremediables en su teoría, siendo el principal de ellos haber considerado como tipo de *hombre* al de la clase de los clientes que frecuentaban ordinariamente su consul-

torio. Si Freud hubiese conocido la obra de su contemporáneo el sociólogo francés Maurice Halbwachs tal vez hubiese conseguido su proyección personal de médico. De hecho en *Los Cadres Sociaux de la Mémoire,* editado en 1925, Halbwachs demostraba el contenido social de los sueños (la materia prima del psicoanálisis), su relación con los trazos no materiales de la cultura, "particularmente con los símbolos verbales que sólo adquirimos como miembros de la sociedad (Becker)", es decir, una sociedad particular.

Aún más, la integración de la sociología en la psiquiatría ha sido hecha con éxito, Para hablar sólo de médicos, mencionaremos a Karem Horney, que estudió las raíces socio-culturales de la personalidad neurótica; a Erich Fromm, que estudió la influencia del "carácter social" en los complejos sado-masoquistas; a Franz Alexander, que estudió los factores irracionales de la conducta humana; a J. L. Moreno, jefe de toda una escuela (la Sociometría) creador de la técnica psiquiátrica del psicodrama; y, por último, al reciente grupo del cual es portavoz la revista *Group Psichotherapy.*

Manejando datos biométricos con actitud sociológica, varios estudiosos han enfocado últimamente la cuestión de la renovación de la medicina. Entre ellos están Bernhard J. Stern *(Society and Medical Progress),* Henry E. Sigerist *(Diseases and Civilization),* René Sand *(Health*

and Human Progress). Este último, en su libro formuló también una definición de medicina sociológica, como "el arte de la prevención y de la cura, considerada en su base científica y en sus aplicaciones individuales y colectivas, desde el punto de vista de las relaciones recíprocas que ligan a la salud del hombre con sus condiciones de vida".

Y es precisamente cuando se trata de la resolución de los problemas de la salud de las masas cuando se tiene pleno derecho a hablar de medicina sociológica.

Si la mortalidad general o infantil, la mortalidad por tuberculosis, sífilis, lepra y otras enfermedades se correlacionan de manera positiva con las clases de bajo poder adquisitivo, se hace evidente que estos problemas se resuelven en la medida en que se transforma la estructura de las clases sociales, o como dice el Dr. Pedro de Alcântara,[36] cuando se promueve a la homogeneización de la riqueza espiritual y material. Esto significa que en el tratamiento de tales problemas debe darse primacía a las medidas indirectas que son las sociales. A la luz de este raciocinio acertado, la organización sanitaria de un país como el Brasil, es un aparato cuyas actividades "han sido más o menos inútiles", según afirma con su autoridad de director del Serviço Nacional de Peste y de delegado del

[36] Pedro de Alcântara, *Causas o Remédios Sociais de Mortalidade Infantil*, São Paulo, 1945.

Brasil a la Conferencia de Organización de la Salud de la ONU, en Ginebra, el ilustre médico, Dr. Almir de Castro.

A menos que se adopte la desmoralizada concepción biológica o darwinista del proceso social, o como la de cierto médico español que afirma que la mayoría de los individuos de las clases inferiores son tarados y que los miembros de la clase superior pertenecen a ella por ser biológicamente los más indicados para sus funciones; a menos que se adopte tal teoría, los datos de la biometría y de la sociología diferencial demuestran hasta la saciedad, que la mejoría del padrón sanitario de las masas se deriva de la elevación económica y cultural de la mayor parte de la población.

ÁREAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

Hace poco menos de un siglo que naturalistas, demógrafos y reformadores sociales percibieron la existencia de áreas diferenciadas de fenómenos bióticos y sociales.

En el terreno de la biología esta percepción tomó una forma nítida a partir de 1869, cuando el alemán Ernst Haeckel creó el neologismo *ecología,* pretendiendo, en el sentir de Louis Wirth, llamar la atención hacia el hecho de que la estructura y el comportamiento de los organismos son bastante afectados por su convivencia con otros organismos de la misma y de otras especies, o también por su *habitat.* En adelante, la nueva ciencia se afirmó y aparecieron numerosos estudios de plantas y animales en función del *habitat,* que vinieron a revelar la existencia de áreas y zonas de flora y fauna condicionadas por factores ecológicos.

Los demógrafos Villermé, en su estudio de 1828, *Sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente;*

Chateaneuf, en su trabajo de 1829, *Sur la durée de la vie chez le riche et chez le pauvre;* Turner Thackray, en su estudio de 1834, *The effects of arts, trade and profession, and of civic states and habits of living on health and longevity;* Quetelet, en su *Essai de Physique Social,* aparecido en Bruselas en 1836; y también los autores de fines del siglo pasado y principios de éste, como George V. Mayr, Ferr, Westergaard, Körösi, Gini, Prinzing, Bertillon, Niceforo, Hersch, todos han indicado, implícita o explícitamente, la acción diferencial de los fenómenos biométricos como resultado de la diversidad de las áreas sociales.

En cuanto a los reformadores sociales, para no alargarme demasiado, sólo cito a Edwin Chadwick, autor de un famoso *Report on the Sanitary Conditions of the Laboring Population of Great Britain* (1824); Friedrich Engels, autor de *Conditions of the Working Class in England* (1845) y Charles Booth que realizó, auxiliado por un grupo, la más completa investigación social que se conoce sobre las condiciones de vida de una ciudad, el cual fué expuesto en una obra de diecisiete volúmenes, *Life and Labour of the People of London* (1892-1897). Todos estos investigadores demostraron la variación especial de los fenómenos sociales.

Así, pues, toca a los sociólogos sistematizar estas observaciones dispersas. En 1915, el sociólogo norteameri-

cano Robert Park, echó las bases conceptuales de una nueva ciencia, la *ecología humana*, cuyo objetivo era, por una parte, describir los procesos ocurridos en la sociedad, similares a los que ocurrían en el mundo de los vegetales o de los animales, tales como el de la competencia, el del dominio o el de la sucesión; y por la otra, el estudio de la variación en el espacio de los fenómenos sociales.

De este modo, la noción de "área" se convirtió en una de las más importantes secciones de la nueva rama de la sociología.

La primera descripción clara del "área" en la esfera de la sociedad se debe a Ernest Burgess, quien particularmente se interesó por la sociedad urbana. Basándose en observaciones hechas en ciudades norteamericanas, Ernest Burgess elaboró, una construcción típico-ideal de las tendencias de crecimiento de cualquier ciudad, la que expone en las siguientes palabras: "Circundando el área central (Zona Central del Comercio), hay normalmente una zona de transición que está siendo invadida por el comercio y por la pequeña industria (II). Una tercera zona está habitada por trabajadores de las industrias que han pasado del área a la decadenciá (III), pero que desean vivir en un punto de fácil acceso a su trabajo. Además de ésta, se halla la zona de secciones de restricción, de viviendas aisladas para una familia sola. Más lejos, fuera de los límites políticos de la ciudad, se halla la zona de *con-*

muters, áreas sub-urbanas o ciudades satélites, donde residen los *conmuters,* que todos los días hábiles por la mañana van al centro a trabajar y regresan en la noche, después de treinta o sesenta minutos de un viaje a través de la zona central del comercio."[1]

Cada una de estas zonas de la ciudad constituye un universo social relativamente autónomo, dentro del cual todo está funcionalmente ligado a todo; es decir, que en ella no se puede explicar un fenómeno social aisladamente. Su explicación deberá ser multidimensional, en términos de interdependencia o de su articulación funcional con otros fenómenos.

Esta relativa autonomía de las áreas urbanas, ha sido comprobada por numerosos estudios. Por ejemplo, hoy se sabe que el tipo y la frecuencia del suicidio, del divorcio y de la prostitución varían en cada uno de ellos. Clifford R. Shaw, Henry D. Mckay y otros descubrieron en varias ciudades norteamericanas "áreas de delincuencia", esto es, "Campos" situacionales en cuyo ámbito la conducta individual era "solicitada" para la delincuencia. Y en *Mental Disorders in Urban Areas,*[2] Robert E. L. Faris y H. Warren Dunham identificaron de lo que

[1] Donald Pierson (editor), *Estudos de Ecologia Humana,* Livraria Martins Editora, São Paulo, 1948, p. 356.

[2] Chicago, University of Chicago Press, 1939.

Gustav Ichheiser llama "paranoid conditions",[3] o sea, de campos situacionales en los que la persona que participa de la paranoia colectiva es considerada como normal dentro de su grupo, y la que no participa de esa paranoia colectiva está en peligro de ser considerada, y hasta volverse efectivamente loca *(alienada)*.

A las observaciones de los sociólogos se unen las de los demógrafos. Estos últimos demostraron, desde el siglo pasado, que la nupcialidad, la natalidad, la mortalidad y la propia estructura estrática de la población tienen también su espaciología social. Liebmann Hersch estudió, por ejemplo, la ciudad de París y ahí pudo verificar que la natalidad en los *arrondissements* pobres es sensiblemente más alta que la de los habitados en forma predominante por los ricos. La población de los menores de un año y de los de uno a cinco años —según la investigación de Hersch— aumenta regularmente a medida que se pasa de una clase de *arrondissement* más próspero a otra más pobre. Por otra parte, la proporción de las personas de sesenta años y más, va, por el contrario, disminuyendo regularmente a medida que se pasa de los *arrondissements* más ricos a los más pobres.[4] Observando

[3] In "Misunderstanding in Human Relations", *The American Journal of Sociology*, September, 1949.

[4] *Atti del Congresso Internazionale per gli Studio sulla Popolazione*, vols. V y VIII, Roma, 1933.

la marcha de las tasas generales de nacimiento en París, en el período de 1911-1913, Hersch pudo deducir tres enunciados genéricos: 1º, la tasa general de los nacimientos (nacidos vivos por cada mil habitantes) aumenta fuerte y regularmente a medida que se pasa de los barrios ricos a los pobres; 2º, la clase de barrios más pobres tiene una tasa general de nacimientos dos veces más elevada que la clase de los barrios más ricos; 3º, la tasa general de nacimientos varía de una clase de barrio a otra, más o menos proporcionalmente a su fracción de habitantes pobres. Esto es lo que ilustra el cuadro siguiente, elaborado por Liebmann Hersch.[5]

POBREZA Y TASA GENERAL DE LOS NACIMIENTOS EN PARÍS, POR CLASES DE "ARRONDISSEMENTS" EN EL PERÍODO 1911-1913

Clase de arrondissement	*Pobres por 100 familias*	*Nacidos vivos por 1.000 habitantes*
I	45.9	11.4
II	64.1	14.1
III	79.0	17.9
IV	89.6	21.6
París	*74.2*	*17.1*

Yule observó en Londres (1901), que las tasas de natalidad se relacionaban de un barrio a otro en razón

[5] Op. cit. Vol. VIII, p. 106.

inversamente proporcional al número de empleados domésticos, esto es, al nivel del confort, según lo ilustra el cuadro siguiente:[6]

Barrios	*Empleados domésticos*		*Natalidad Legítima*
	Hombres	*Mujeres*	
Hampstead	3.2	166	17.9
Chelsea	18.4	112	20.7
Camberwell	0.8	33	27.5
Bethnal Green	0.4	12	35.4

Reciente estudio realizado en Nueva York muestra una típica variación ecológica de la natalidad, según la composición racial de las áreas. Los datos siguientes fueron tomados en una investigación de Alfred Yankauer Jr., "The Relationship of Fetal and Infant Mortality to Residential Segregation:[7]

Confirmando la existencia de la espaciología de los fenómenos bióticos, los demógrafos han observado que la tendencia universal de las tasas de natalidad son mayores en las regiones rurales que en las urbanas. Por ejemplo, en el estado de São Paulo (1938-1940), en tanto que

[6] "Changes in the Marriage and Birth-Rates in England and Wales, during the past half century", *Journal of the Royal Statistical Society*, 1906.

[7] *American Sociological Review*, octubre 1950.

NACIDOS VIVOS, BLANCOS Y NO BLANCOS, EN ÁREAS SANITARIAS DE NUEVA YORK, POR PORCENTAJE DE LOS NO BLANCOS NACIDOS EN EL PERÍODO DE 1945-1947

Porcentaje del Total de Nacidos vivos que no eran Blancos	*Nacidos Vivos*	
	Blancos	*No Blancos*
Menos de 5% (0.9%)*	317.563	2.868
5— 9% (7.0%)*	29.410	2.200
10—24% (16%)*	24.628	4.760
25—49% (35%)*	10.391	6.190
50—74% (63%)*	5.477	9.056
Más de 75% (92%)*	1.703	18.420
TOTAL	389.712	43.494

* Los números en paréntesis representan el porcentaje medio de nacimientos de no blancos en cada área.

el coeficiente de natalidad llegaba a 26.3 en la Capital, en el interior era de 39.4. Warren S. Thompson explica tales variaciones como debidas a las siguientes causas:[8]

a) El hombre rural tiene una vida más o menos rutinaria y sometida a modos tradicionales de conducta; el hombre urbano —casi siempre procedente del medio rural— continuamente está reorganizando sus actitudes y comportamiento, está siempre influído por nuevas suges-

[8] *Population Problems*, McGraw-Hill, New York, 1935.

tiones e inclinándose a necesidades creadas por nuevas condiciones de vida;

b) La mujer rural se dedica totalmente al hogar y a la familia; la mujer urbana tiene innumerables contactos que distraen su atención y vive bajo condiciones que exigen diverso comportamiento;

c) El hombre rural, en sus faenas agrícolas, necesita de ayuda directa de la mujer e hijos; el hombre urbano prefiere pocos hijos, ya sea para no ver aumentados sus gastos ya sea para dar posibilidad a la mujer de tener trabajos extra-domésticos;

d) En los centros urbanos es mayor la dificultad de la crianza de los hijos, sea por el reducido espacio de las habitaciones, por la inexistencia, muchas veces, de local apropiado para la recreación infantil, o por las diferencias en el modo de vida;

e) En los centros urbanos es difícil la obtención de un buen empleo, lo que requiere, en general algún tiempo; mientras no lo tiene, el hombre urbano evita casarse o procrear;

f) En los centros urbanos los hijos dificultan la movilidad, los viajes de la familia frecuentemente necesarios; en el campo la regla es una larga permanencia en el mismo lugar;

g) La familia rural, es casi siempre, una unidad económica, social y cultural; en los centros urbanos, la fa-

milia en general, no constituye una unidad económica y muchas veces se desintegra cultural y socialmente.

En una conceptuación más amplia de la noción de *área,* podrá admitirse dentro de un mismo país, y hasta internacionalmente, la existencia de áreas de natalidad, distribuídas conforme el nivel de desenvolvimiento económico y social de las regiones. En el Brasil, la ciudad de más bajo coeficiente de natalidad es el Distrito Federal, con 24.21 (1939-1946), siguiéndole el municipio de São Paulo con 26.30 (1938-1940). El coeficiente de Porto Alegre (1938-1940), fué de 26.8; en este mismo período se llegó en Recife al coeficiente de 34.7; al de 32.8 en Belo Horizonte; de 32.4 en Belén; de 31.4 en Salvador. La América Latina es un área de alta natalidad, tal y como sería de esperarse en virtud de su sub-desenvolvimiento económico y social. En el período de 1936-1940, el Uruguay tuvo como coeficiente bruto el 19.9 y la Argentina el coeficiente bruto de 24.1, siendo éstos los países de más baja natalidad del continente. En orden decreciente les siguen México, con un coefiiciente bruto de 44.0; el Brasil, con 43.0; Costa Rica, con 42.6; El Salvador con 41.4; Puerto Rico, con 39.1; Venezuela, con 34.8; Chile, con 32.5; Guatemala, con 32.4; Jamaica, con 31.5, y Colombia con 31.2[9].

[9] Giorgio Mortara, *Estimativa da taxa de natalidade para o*

Para fines de comparación espaciológica, reproducimos abajo los coeficientes brutos de natalidad de varios países, computados en diferentes meses de 1950:[10]

Australia	23.5	Irlanda	21.5
Austria	14.0	Israel	39.2
Bélgica	16.9	Italia	22.7
Canadá	23.4	Japón	36.3
Ceilán	44.9	Holanda	22.8
Dinamarca	20.1	Nueva Zelandia	26.0
Finlandia	24.4	Noruega	19.9
Francia	21.9	Portugal	24.2
Alemania	15.9	España	20.6
Rep. Dominicana	39.9	Suecia	16.2
Checoeslovaquia (1949)	18.3	Suiza	18.1
Hong-Kong	32.4	Unión Sud-Africana	25.8
Hungría (1949)	18.1	Inglaterra	16.9
India	25.2	Estados Unidos	23.1

La espaciología de la mortalidad también es un tema antiguo, aunque nunca había sido aprovechado sociológicamente y con fines prácticos, como pretendemos ahora. Respecto de la mortalidad en general, se conocen los datos de una investigación sobre la ciudad de París en el período de 1873-1875, en la cual se llegó a la conclusión,

Brasil e para as Unidades da Federação, Edição mimeograda do Serviço Nacional de Recenseamento, Agosto 1945.

[10] *Monthly Bulletin of Statistics*, Vol. V, No. 1, Enero de 1951, Statistical Office the United Nations, Lake Success.

por ejemplo, de que en el *arrondissement* de Elysés (moradores abastecidos) la tasa encontrada fué del 15.7%; y en el *arrondissement* de *Ménilmontant* (moradores pobres) la misma tasa llegó a 36.2%.[11]

Liebmann Hersch fué uno de los primeros científicos que estudiaron las áreas de mortalidad infantil. Sus investigaciones, las más completas que conocemos hasta ahora en este género, se refieren a la ciudad de París en el período de 1924-1928. Hersch reunió los veinte barrios de París que existían, entonces en cinco clases, más o menos homogéneas desde el punto de vista económico. En ellas el coeficiente de mortalidad infantil presentó las siguientes variaciones: Clase I (barrios ricos), 56; Clase II, 73; Clase III, 81; Clase IV, 95; Clase V, 113. Es interesante notar que el coeficiente de mortalidad por debilidad congénita (por cada 10,000 nacidos vivos) presentó la siguiente variación: Clase I, 17.8; Clase II, 23.1; Clase III, 24.1; Clase IV, 26.3; Clase V, 27.3.

Un Comité de la Liga de las Naciones afirmaba en 1937 que la mortalidad infantil en Londres, Berlín y París variaba de los Distritos pobres hacia los más ricos, en la proporción de 2 a 1. Otra relación del Servicio de Sanidad de los Estados Unidos informaba que la mortalidad infantil en el ambiente rural era de 52 por cada mil na-

[11] Pierre Fromont, *Demographie Economique*, Payot, París, 1947.

cidos vivos en las zonas ricas, y 75 en las zonas pobres. En Bruselas y Glasgow, en el año de 1930, la mortalidad infantil se distribuyó en los barrios ricos y pobres como sigue: barrios ricos: Bruselas, 22.3; Glasgow, 50; barrios pobres: Bruselas, 114,4; Glasgow, 131.

En su investigación sobre la variación espacial de las perturbaciones mentales en Chicago, Robert E. L. Faris y Warren Dunham, dividieron dicha ciudad en once áreas, caracterizada cada una por un tipo predominante de alojamientos diferentes. El coeficiente de mortalidad infantil se distribuye en estas áreas del siguiente modo: Areas de casas de apartamientos de blancos nacidos en el país, situada en sectores bastante agradables de la ciudad y habitada por una población que muestra pocos signos de desorganización social, 38.8 por cada mil nacidos vivos. Area de hoteles y hoteles tipo apartamiento, ocupada por una clase económica bastante elevada, 43.7. Area de casas de dos *flats*[12] y de una sola habitación, con rentas mensuales de $50.00 o más, 44.5. Otra área de casas de una sola habitación y de dos *flats*, con alquileres mensuales de $50.00 o más, 45.8. Area de predios de apartamientos (de nacidos en el extranjero), al lado de las áreas de *slums*,[13] 47.8. Dos áreas de casas de una sola habitación y de dos *flats*, con alquileres mensuales inferiores a $50.00,

[12] Flat significa piso o planta.—N. del T.

[13] Se refiere a barrios bajos.—N. del T.

54.7 y 58.1, cada una. Area de predios de apartamientos y de dos *flats*, cercanos a los *slums*, 61.1. Area de *tenements*[14] y de casas de viviendas seriamente deterioradas y parte de verdaderos *slums*, 68.7. Area de casas de apartamientos (de negros) conteniendo algunas de las comunidades más deterioradas de la ciudad, cuyo coeficiente de mortalidad infantil está en segundo lugar entre los más altos de la ciudad. Area de casas de viviendas, las más incómodas y deterioradas de la ciudad, 133.3.[15]

De la investigación realizada en Nueva York por Alfred Yankauer, Jr., ya citada en este capítulo, tomamos los siguientes datos:

Coeficientes de nati-mortalidad y de mortalidad infantil, neonatal y post-natal, de blancos y no blancos, en áreas sanitarias de Nueva York, por el porcentaje del total de nacidos vivos *no* blancos:

Están por hacerse en el Brasil las investigaciones espaciológicas sobre la mortalidad infantil. Sólo conocemos un trabajo del doctor Alísio Mamede, no publicado aún ("Reflexo de nível econômico de população, na mortalidade infantil no município de Fortaleza"), en el que se llegó a la siguiente distribución de defunciones de menores de un año, en el municipio de Fortaleza, en 1946:

[14] Casas de vecindad.—N. del T.

[15] "Perturbações Mentais em Áreas Urbanas", en Donald Pierson, op. cit.

Coeficiente medio anual por cada 1.000 nacidos vivos (1945-1947)

Porcentaje del total de nacidos vivos que no eran blancos	*Natimortalidad*		*Mortalidad Neo-natal*		*Mortalidad Post-Natal*		*Mortalidad Infantil*	
	Blancos	No Blancos	Blancos	No Blancos	Blancos	No Blancos	Blancos	No Blancos
Menos de % (0.9%) *	75.7	112	19.1	24.0	5.8	9.0	24.9	33.0
5 — 9% (7.0%) * ..	71.8	105	21.3	26.3	6.1	12.3	27.4	38.6
10 — 24% (16%) * ..	80.0	129	21.4	30.2	7.6	13.3	29.0	43.5
25 — 49% (35%) * ..	84.2	128	21.5	32.2	7.1	15.2	28.6	47.4
50 — 74% (63%) * ..	94.8	130	24.5	31.4	7.1	14.4	31.6	45.8
Más de 75% (92%) *	100.0	143	35.9	38.7	15.1	14.0	51.0	52.7
TOTAL	76.2	135	19.6	33.7	6.6	13.8	25.7	47.5

* Los números en paréntesis representan el porcentaje medio de nacimientos de no blancos en cada área.

En zonas de población abastecida, 2.09%; en zonas habitadas por la clase media, 20.58%; en zonas habitadas por la clase pobre, 77.35%.

Es necesario establecer también, en una acepción más amplia, las áreas de mortalidad infantil de nuestro país en áreas alimenticias, tal vez a la manera como lo han dicho los señores Josué de Castro, Pedro Borges y Rui Coutinho.[16] En efecto, todo hace indicar que en nuestro

[16] Josué de Castro, *Geografía del Hambre*, Ediciones *Penser*,

país hay, considerado como un todo, un *gradient* de la mortalidad infantil y general. Giorgio Mortara, por ejemplo, trabajando con datos del censo demográfico de 1940, demostró con respecto al Estado de São Paulo, que en tanto que el coeficiente de mortalidad infantil de la capital (1938-1940) fué de 135.21, en el interior ascendió a 162.80, variación que también debe registrarse en las otras entidades federativas. Tomando en consideración a las capitales del país, Giorgio Mortara demostró también que en el mismo período de 1938-1940, el coeficiente de mortalidad infantil varió de 267.03 en Recife, a 201.40 en Salvador, a 187.47 en Porto Alegre, a 157.87 en Belo Horizonte, lo cual nos indica que es posible, con base en elaboraciones más amplias, establecer áreas regionales de mortalidad infantil en el Brasil.

En los Estados Unidos y la América Latina el coeficiente de mortalidad infantil en las áreas rurales, es frecuentemente mayor que los computados en las áreas urbanas. Por ejemplo, según *Statistical Abstractal of the United States, 1943*,[17] el desarrollo de la mortalidad infantil, de 1925 a 1942, en "Birth-registration States", fué el siguiente:

Buenos Aires, 1950. También: Ruy Coutinho, *Valor Social da Alimentação*, Livraria Agir, Rio, 1947.

[17] Bureau of the Census, Government Printing Office, Washington, 1944.

	Área Urbana	*Área Rural*
1925	73	70
1930	63	66
1935	55	57
1940	44	50
1941	42	50
1942	38	43

Así como el Brasil, casi todos los otros países de América Latina se caracterizan por una alta mortalidad infantil. De este modo, en 1947 los coeficientes de mortalidad infantil obtenidos en el continente,[18] son de la siguiente importancia: Chile, 161; Costa Rica, 84; Colombia, 150; Guatemala, 110; Ecuador, 122; Nicaragua, 102; México, 97; El Salvador, 96 y Venezuela 100. Los menores coeficientes de mortalidad infantil computados entre los países de la América Latina son el de Argentina (1946), con 79, y el Uruguay (1944), con 66.

En cuanto a las variaciones especiológicas de la mortalidad infantil, en una más amplia esfera internacional, los datos que siguen y que se refieren al año de 1947, son aclaratorios:[19]

[18] Monthly Bulletin of Statistics, United Nations, Lake Success.

[19] Op. cit.

Australia	29	Irlanda	68
Austria	78	Israel	29
Bélgica	69	Italia	82
Bulgaria	130	Japón	76
Canadá	45	Luxemburgo (1946)	75
Ceilán	101	Holanda	34
Chipre	66	Nueva Zelandia	25
Checoeslovaquia	89	Noruega (1946)	35
Dinamarca	40	Portugal	107
Egipto (1945)	153	Rumania	199
Finlandia	59	España	76
Françia	66	Suecia	25
Hungría	111	Suiza	39
Islandia	22	Inglaterra	43
India	146	Estados Unidos	32

El tratamiento espaciológico de los fenómenos biométricos es una forma particular que Karl Mannheim llama pensamiento planificador por oposición al pensamiento inventivo, cuya tendencia es expresarse en términos de causa a efecto. Un determinado coeficiente de natalidad o de mortalidad infantil no se explica por medio de causas inferidas abstractamente, sino de manera estructural, dentro de las "áreas" donde ocurren. Para obtener un cambio en tales coeficientes, es inútil actuar sobre un factor aislado, levantado a la categoría de *causa*, por más importante que éste sea, sino que es necesario obrar sobre el área, considerada como un todo, en donde se relacionan dinámicamente varios factores. Tales factores, según la

clasificación de R. D. McKenzie,[20] son: 1º, geográficos, que incluyen condiciones climatéricas, topográficas y recursos materiales; 2º, económicos, que abarcan un amplio y variado orden de fenómenos, como la naturaleza y la organización de las industrias locales, la distribución ocupacional y el padrón de vida de la población; 3º, culturales y técnicos que incluyen, además de la condición predominante de las artes, las actitudes morales y los tabús que influyen en la distribución de la población y de los servicios; 4º, políticos y administrativos, tales como las tarifas, tasas e impuestos, leyes migratorias, normas y reglamentos, régimen político.

[20] "The Scope of Human Ecology", en Ernest Burgess, *The Urban Community*, The University of Chicago Press, 1927.

PAUPERISMO, MEDICINA POPULAR Y MORTALIDAD INFANTIL

El pauperismo no es sólo una condición económica, sino también una condición cultural y psicológica. Al bajo poder adquisitivo de las masas corresponde un repertorio de costumbres, tradiciones y actitudes. La pobreza es una condición económica y cultural y un estado de espíritu. Ambos, condición y estado, tienen su inercia, ofrecen resistencia al cambio. La fortuna puede escoger caprichosamente a un pobre que pase por la calle y hacerlo rico con un billete premiado de la lotería de un millón de *cruzeiros*. Pero desde el punto de vista sociológico, aunque posea esa cantidad, continuará siendo durante mucho tiempo un pobre y tal vez nunca dejará de serlo, aunque vaya a residir en el barrio más *chic* de la ciudad y use las ropas más caras. Seguirá siendo leal a muchos hábitos y a muchas actitudes críticas de la pobreza. Por más que se esfuerce nunca vencerá del todo el traumatismo de la pobreza. Tal vez sean solamente sus

nietos quienes consigan la integración satisfactoria en la "cultura" de la clase superior.

Cuando se dice que los altos coeficientes de mortalidad infantil se correlacionan con el bajo poder adquisitivo, no se está diciendo todo. Para mayor precisión sería necesario mencionar que aquéllos se correlacionan con la "cultura de folk", característica de la pobreza. El bajo poder adquisitivo es, por sí mismo, un aspecto parcial de esa "cultura de folk". Por ejemplo, hay un aspecto dentro de esta última que, además de la limitación de los recursos monetarios constituye un factor positivo de la alta mortalidad infantil, y es la medicina de "folk" o medicina popular. El enriquecimiento repentino de un individuo pobre le da mayores recursos económicos, pero no altera inmediatamente sus actitudes y hábitos largamente elaborados y adquiridos. Después de superada la condición económica sólo muy lentamente se supera la condición cultural y psicológica, factor, por sí sólo, de la alta mortalidad infantil.

Son muy numerosas en el Brasil las prácticas de medicina de "folk" o medicina popular, las cuales son de positiva influencia en la mortalidad infantil. De mis observaciones tomo diversos ejemplos. Se oye hablar en muchos Estados del "mal de siete días", enfermedad que produce muchas víctimas entre los recién nacidos. El pueblo cree que el excremento seco del caballo o de otros animales,

quemado sobre una estera de "periperi", sirve para secar el ombligo del recién nacido. Pero como se sabe, estas materias provocan el tétano umbilical y la criatura muere del "mal de siete días". Créese también que no retirando antes del séptimo día de su nacimiento al niño del cuarto donde nació, "el mal" no lo hace víctima. Para hacer brotar el sarampión que está incubando, se emplea, en el Estado de Paraíba, un té de excremento seco de cachorro de perro, y para el dolor de cabeza inhalaciones de excremento, seco también, sólo que de un caballo castaño; para endurecer las piernas del niño se usa el sebo de carnero castrado y también los huevecillos de araña, colocados en las ingles; para hacer hablar al niño se le da a beber, en un cencerro de buey, agua muy agitada.

En Bahía se cree que dando a beber al niño el agua usada en un baño, lo hace dócil. El autor conoce de un caso en el que la diarrea provocada por esta práctica estuvo a punto de causar la muerte de un recién nacido. Otra práctica muy generalizada consiste en que cuando la criatura tarda en nacer, la comadrona se sienta sobre el abdomen de la parturienta, así como también la de vestir a ésta con ropas de hombre a fin de darle fuerza para resistir el parto; para ello se recomienda especialmente "vestirla con los calzoncillos del marido y situar a éste acurrucado detras de la puerta y con el sombrero puesto". También se acostumbra durante el parto, colocar el som-

brero del marido en la cabeza de la parturienta, o bien ponerle sus calcetines.

Para los ojos es remedio eficaz lavarlos con saliva u orina; para la hinchazón se usan cataplasmas de materias fecales; para dolores de estómago se emplea la orina fermentada durante dos días; el excremento seco de asno para secar las heridas; para curar la escarlatina, el sarampión y también la fiebre maligna se hace un té con excremento de cachorro de perro; el panadizo se cura con excremento de gallina; el té hecho con estiércol de buey y mezclado con grasa de armadillo, sirve para la mordedura de serpiente y para las picaduras de alacrán, araña y *caranguejeira;*[1] el té de cebolla blanca con orina de mujer cura la viruela; el tocino para el *berne;*[2] la sangre de *urubú*[3] para el asma y la tuberculosis; el té de pólvora para provocar el aborto; orines para el chancro; *passóca*[4] obtenida de tres piões[5] de casas distintas; huevos de *tico-*

[1] Araña muy venenosa.—N. del T.

[2] Larva de un insecto que penetra en la piel del hombre y de los animales y que puede ocasionar la muerte.—N. del T.

[3] Especie de buitre.—N. del T.

[4] Mezcla de cecina con maíz triturado en una especie de mortero.—N. del T.

[5] Plural de *pilão,* especie de mortero hecho con un tronco de árbol horadado, donde se tritura el maíz.—N. del T.

tico[6] o de *chã-chã*[7] para hacer hablar a los niños; café con querosena o infusión de excremento de cachorro de perro para el coqueluche y té de piojos para la ictericia.

Para diversas aplicaciones es muy conocida en el Brasil la llamada *Agua de Mil Flores* que, según informes de Mario de Andrade, es el "té de todas las hierbas", hecho con boñiga de vaca que, al andar suelta el día entero, se supone que se estuvo alimentando con toda clase de hierbas. También es conocidísima como remedio para diversas enfermedades de adultos y niños el llamado "jazmín del campo", que no es otra cosa que el excremento de cachorro de perro, usado, por ejemplo, para el coqueluche, el sarampión, las ampollas y las viruelas.

De *Em Namoros com a Medicina,* de Mario de Andrade,[8] tomo los siguientes datos:

Para curar las cortaduras se usa el estiércol de asno o cataplasmas de boñiga fresca de vaca y aceite de cocina; para extraer de los pies las pequeñas lombrices es necesario pisar sobre excremento de cerdos; orina humana para lograr la cicatrización; para el dolor de muelas se hacen buches con la orina del propio enfermo; para curar uñeros o panadizo se debe colocar el dedo afectado en el ano

[6] Especie de pájaro.—N. del T.

[7] Especie de pájaro parecido a la golondrina.—N. del T.

[8] Livraria do Globo, Porto Alegre, 1939.

de un gallo o de una gallina clueca, o también colocarlo en algodones después de haberlo tenido dentro del sexo de una mujer por espacio de cinco minutos; para las quemaduras se usa el excremento de vaca; para los sabañones se utilizan los orines; para las espinillas se emplea un jabón con boñiga de vaca; para "furar inchaço"[9] se usan las materias fecales humanas, calientes aún, aplicadas en la herida; para el sarpullido es conveniente la orina de oveja virgen; fricciones con estiércol de ganado para la sarna; para la ictericia conviene beber en ayunas y durante la mañana la orina de una vaca negra o poner tres piojos en la comida del enfermo y sin que éste lo sepa; para el asma una cucharada de estiércol de vaca, todavía fresco y disuelto en la leche; para la congestión, llamada también "Mofina" o "ar-de-fora",[10] se emplea una solución de excremento de pollito tomada a cucharadas; se usa el estiércol de un cerdo negro diluído en agua para la *sapiranga;*[11] para las molestias de los ojos son necesarias tres bolitas de excremento de conejo, las materias fecales del cerdo negro o de la liebre; para curar el orzuelo es necesario restregar el ojo afectado con la

[9] Significa: Horadar o reventar la hinchazón.—N. del T.

[10] Significa *aire de afuera.*—N. del T.

[11] Enfermedad que inflama los párpados y hace perder las pestañas. Es la *blefaritis ciliar.*—N. del T.

parte trasera de una mosca o en el ano de un gato o una gata, según el sexo del enfermo.

En el Noreste, Gonçalves Fernandes[12] recogió los siguientes procedimientos empleados por la medicina de "folk":

Para las espinillas saliva en ayunas; té de flor de *catingueira*[13] para la "tosse de peito";[14] la orina de un niño varón, leche humana y excremento seco de conejo para la conjuntivitis; hollín del techo de la cocina mezclado con nata de leche para el zague;[15] jugo de *Melão de São Caetano,*[16] para el sarpullido; la rana asada para la faringitis; té de *Malícia de Homem*[17] para la gripe; el excremento de niño para el paño; un brebaje compuesto de pimienta del reino, sal, ajo y agua para facilitar el parto; la panza de la araña para el panadizo; excremento de perro ("flor de touco") para el sarampión; la orina de vaca negra mezclada con leche de vaca del mismo

[12] *O Folclore Mágico do Nordeste,* Civilicacao Brasileira, Rio, 1938.

[13] Planta común.

[14] Significa *tos del pecho.*—N. del T.

[15] Regionalismo que indica el nombre de una enfermedad.—N. del T.

[16] Fruto de una planta trepadora que tiene forma de melón pero no comestible. Significa *Melón de San Cayetano.*

[17] Planta espinosa muy común. Quiere decir *Malicia* del hombre.—N. del T.

color para la tuberculosis pulmonar; tierra de cementerio para las llagas de las piernas.

A continuación reproducimos íntegramente algunas de las recetas populares reunidas por Gonçalves Fernandes:

ANEMIA. Denominación popular: la misma.

Tratamiento: En una olla de barro se pone jugo de caña de azúcar con un pedazo de cualquier fierro oxidado; se deja la olla al sereno durante tres noches y queda listo el brebaje para ser tomado.

CONJUNTIVITIS. Denominación popular: "doença de olhos.[18]

Tratamiento: Se mastica una mezcla de tabaco, cebolla, ajo y sal hasta obtener una masa informe que se exprime en un paño, colocándose las gotas en el ojo enfermo.

CÓLICO UTERINO. Denominación popular: "dor de mulher"[19] o "dor-da-mãe-do-corpo".[20]

Tratamiento: el marido debe lavarse el saco escotral y el agua usada por él debe ser bebida por la mujer enferma.

PLEURESÍA. Denominación popular: "pilorís".

Tratamiento: Dentro de un *pilão* se aplasta un pollito

[18] Significa *dolencia de los ojos.* N. del T.

[19] Quiere decir *dolor de mujer.* N. del T.

[20] Significa *dolor de la madre del cuerpo.* N. del T.

vivo de quince días de nacido hasta dejarlo "demolido",[21] haciéndose después una lavativa.

PANADIZO. Denominación popular: la misma.

Tratamiento: Se abre en canal un pájaro llamado Galo de Campina[22] y dentro de las entrañas se coloca el dedo afectado atándolo todo con trapos viejos por espacio de veinticuatro horas.

En la meseta goiana, José A. Teixera[23] encontró los siguientes sistemas medicinales:

Té de excremento de perrito para las paperas; estiércol fresco de caballo para las heridas infectadas; té de lagartija para el sarampión; excremento de conejo o "pílulas de São Jorge"[24] para el orzuelo.[25]

Estas prácticas no son privilegio de las poblaciones pobres del Brasil. Nada hay más parecido a la pobreza del Brasil que la de Inglaterra, Francia, Suiza; la de los

[21] Triturado. N. del T.

[22] Pájaro parecido a la calandria. Quiere decir *gallo de la llanura.* N. del T.

[23] *Folclore Goiano,* Comp. Editora Nacional, Río, 1941. Véase también: Fausto Texiera, *Estudos de Foclore,* Edicoes João Calasans, Belo Horizonte, 1949. También: Ademar Vidal, *A estranha medicina dos excretos,* en Edison Carneiro, "Antología do Negro Brasileiro", Editora Globo, Río, 1950.

[24] Significa *píldoras de San Jorge.* N. del T.

[25] Conocido en México con el nombre común de "perrillas". N. del T.

países de la América Latina; de Alemania, Italia, España, Portugal y hasta de los Estados Unidos. Léase, por ejemplo el romance de la pobreza de Italia, *Fontamara*,[26] de Ignazio Silone, y allí podrá reconocerse cómo los estilos mentales y la visión del cosmos son semejantes a los de la pobreza en el Brasil.

Un *caipira*[27] ("cafone"), personaje de Fontamara, dice: "Cuando yo era joven estuve en Argentina, en las Pampas; hablaba con ñps *cafoni* ("caipiras") de todas las razas, desde españoles hasta indios y nos entendíamos como si estuviera en Fontamara; hablaba con un italiano al servicio del consulado que venía a la ciudad todos los domingos, y no nos entendíamos; también sucedía que muchas veces comprendíamos lo contrario de lo que se trataba de decir".

El Dr. Joseph A. Jerger,[28] médico norteamericano, anota en su autobiografía varios casos ocurridos en los Estados Unidos y que muy bien pudieron haber sucedido en China, en la India o en los países latinoamericanos. Perdone el lector la larga cita en la que el referido doctor Jerger narra un caso de gran interés sociológico:

[26] Antena Editora, São Paulo, 1942.

[27] Significa *campesino*. N. del T.

[28] *Doutor, aquí está o seu chapéu*, Livraria José Olympo, Editora, Río, 1946.

"El sarampión de Johnny fué uno de esos casos en que casi me descontrolé, perdiendo el sentido de las conveniencias, a pesar que me refrenaba la influencia de Old Doc.[29] Pude convencer a mi maestro de que me acompañara en aquella mañana, con el propósito de tenerlo a mi lado siempre que fuese posible. Estaba seguro de que en esa llamada telefónica la voz de la madre de Johnny había pronunciado el nombre de Old Doc, pues ella no me conocía. Partimos junto con Billy en aquel bello amanecer de Iowa. No es que real o imaginariamente me fuera llenando de contento. El aire suave olía a heno; los campos parecían no tener fin, semejando hermosos acolchados al toque de la luz del alba. Al romper el sol, el escenario se abrió en una vivaz coloración, y el acolchado de indecisos tintes se transformó en una rica alfombra oriental. Entrábamos en el pequeño patio de la heredad en el momento en que acababan de ordeñar a las vacas, y una mujer nos ofreció un cangilón lleno de esa leche, que invitaba a beberla. Old Doc no aceptó y me hizo una imperceptible seña para que también rehusase.

—Felizmente llegaron. Parece que Johnny no la está pasando bien.

[29] Se trata del médico más antiguo del lugar.

Nos condujo a un barrancón de piedra encalada. Por su apariencia, aquella gente pertenecía a un pequeño grupo de miserables arrendatarios de los que a veces se encontraban por aquellos fértiles parajes. Cuando el día aclaró completamente pudimos ver un patio lleno de fierros oxidados y en abandono. Vacas, cerdos, gallinas, perros y caballos vagaban alrededor de la casa. Las puertas y ventanas tenían remiendos de tablas. Entonces supe por qué Doc hizo que me privara de la magnífica leche que nos habían ofrecido. Tenía recelos naturalmente de que él mismo participase de la porquería que nos rodeaba. Entramos en un cuarto bajo y obscuro, ocupado casi todo por una larga cama de madera. Me costó trabajo contener una exclamación de espanto. El rostro del pobre Johnny, redondo, lleno de pecas, hinchado y cubierto de manchas, denotaba una verdadera angustia. El cuerpo estaba cubierto por una capa de estiércol de caballo, de algunas pulgadas de espesor, sobre la cual un hule mantenía el calor producido por el singular cobertor.

La madre nos dijo con toda calma y sin ironía:

—No hay manera de tenerlo quieto.

Doc mandó que fuese retirada la cataplasma y me previno en voz baja:

—No diga nada sobre el estiércol.

La fisonomía de Johnny se alegró cuando se vió aliviado de aquel peso y calor húmedo. Lo examinamos y pudimos comprobar que además del sarampión había contraído una pulmonía. Después de haber formulado nuestro diagnóstico, la madre ordenó que vigilasen las cobijas mientras ella salía a buscar estiércol más fresco; y en efecto, a poco volvió trayendo baldes de excremento humeante aún, bajo el que sepultó al enfermo. Si Doc no me hubiese prevenido yo hubiera protestado enérgicamente contra aquella tortura.

Doc dió instrucciones, dejó algunas píldoras para aliviar la angustia del enfermo metido en aquella inmundicia, y salimos lo más aprisa posible. Old Doc no perdió tiempo y ya de regreso, mientras Billy nos traía trotando, me fué diciendo:

—Me di cuenta, hijo mío de que usted estaba con deseos de intervenir en todo aquello. La primera vez también yo me sublevé con tanta porquería; tuve deseos de hacer pedazos a semejantes imbéciles y aún llegué a prohibirles que siguieran cubriendo a sus hijos de aquella inmunda manera. El resultado fué que no me pagaron. Perdí numerosos clientes y el pueblo simplemente me consideró como un idiota.

No quise interrumpir a Doc para decirle que

aquel tratamiento por el estiércol, antihigiénico y peligroso como era, debía ser puesto en conocimiento de las autoridades sanitarias las que, sin duda alguna, lo prohibirían. Ya me había acostumbrado a tener fe en sus juicios, y aun furioso por dentro aún, procuré oírlos con atención. Doc continuó:

. . . . . .

—Sería más fácil contener la marcha de la historia que convencer a la gente del pueblo que el estiércol no cura el sarampión, o que el aceite de comadreja o el sebo de ganso no curan los resfriados, o que las cataplasmas de cebolla no curan la congestión pulmonar; o que el azufre y la melaza no tonifican, o que el tabaco masticado no cura la picadura de los insectos. También en las ciudades encontrará mujeres en estado de gravidez que no irían al circo por nada de este mundo, por miedo a que los bebés nazcan con parecidos a monos y jirafas".

En el romance de Arthur Koestler, traducido al portugués como *O Zero e o Infinito*[30], hay un personaje campesino que es apresado por los rusos como reaccionario, porque había tratado de impedir que sus hijos fueran

[30] El original en inglés de esta obra se titula *Darkness at Noon.*

vacunados. Manifiestan la misma repugnancia por la vacuna las poblaciones rurales de la América Latina, Asia y Africa. En el Brasil la resistencia opuesta por los negros a la vacuna, llegó a asumir el aspecto de una franca revuelta. En todas partes la pobreza está en el mismo nivel cultural. Su concepción de la salud, de las enfermedades, de la muerte, es la misma que en todas partes. Es una concepción que se caracteriza por su aspecto mágico y fatalista, y que en, el sentir del sociólogo hindú Sripati Chandrasekhar[31] afirma la importancia de la humanidad frente a las fuerzas misteriosas, de orden cultural o social que, se cree, dirige la vida de las sociedades y vuelve inevitable la pérdida de vidas humanas; concepción según la cual las enfermedades y los sufrimientos de los hombres son un castigo merecido por sus pecados y sus errores.

Esa concepción es la misma que se encuentra implícita en las creencias y prácticas, como el culto de Nossa Senhora do Parto,[32] las mandas y las romerías, las velas encendidas a entidades místicas; el uso de amuletos, de aguas y yerbas "santas"; de los rezos para cerrar el cuerpo y curar las enfermedades; de los "feitiços"[33] y

[31] "Os problemas demográficos da India e do Paquistão", *Revista do Servicio Público,* agosto de 1950

[32] Nuestra Señora del Parto. N. del T.

[33] Significa: Hechizos. N. del T.

"trocas de cabeça".[34] Según las palabras de Roger Bastide,[35] esta última consiste en lo siguiente: "Se restrega la parte atacada con un gallo, una gallina o un palomo; después se mata al animal y se prepara con él un *ebö*[36] que es tirado en la calle. O también: se toma un pedazo de lino que se corta en forma de mortaja y con la intención de trasmitirle la enfermedad, se coloca en el camino de la persona a la que se desea el mal. Cuando se trata de perjudicar a distinta persona, el *ebö* es colocado en el cementerio". En el sincretismo católico-fetichista en vigor entre las poblaciones pobres de Cuba, Ellegua, Oxossi y Ogum son los responsables de las molestias consumitivas y crisis de locuras; Xangó, dios del relámpago, lo es de las quemaduras accidentales; Oxum y Yemanjá castigan con molestias del vientre; Oxum es el responsable de las enfermedades de los órganos genitales; Babá provoca la lepra, la erisipela, la viruela, las enfermedades de la piel en general y la embolia.

En todos los países de América en cuya formación tomó parte el elemento africano, se encuentran creencias idénticas, aunque con variaciones locales. En el Brasil las yerbas consagradas á Oxalá, Exú, Ogum, Omulu, Xangó,

[34] Significa: Trueques de cabezas. N. del T.

[35] Roger Bastide, "Medicina e Magia nos Candomblés", Departamento de Cultura, São Paulo, 1950.

[36] Significa: Lío, envoltorio. N. del T.

Yansan, Aloia, Oxcossi, Odê, Nanan, Yemanjá son empleadas en el tratamiento de las cefalalgias, cólicos, fiebres, adenitis, paperas, reumatismo, artritismo, sífilis, bronquitis, perturbaciones estomacales y digestivos, enfermedades de la piel, de las vías urinarias y de los ojos. Ciertas enfermedades aun son consideradas como una señal de predilección de una divinidad hacia el enfermo. Roger Bastide informa que conoce diversos "hijos" de Omulú que presentan en el rostro las cicatrices de la viruela; en Porto Alegre,[37] uno de ellos se había hecho miembro de su cofradía después de un ataque de esa enfermedad, considerada como un llamado divino.

Las prácticas de los curanderos, curiosos, charlatanes y personalidades carismáticas aún componen la medicina de "folk". En el Brasil el curanderismo fué impresionante hasta principios del siglo XVIII, y en el interior del país aún hoy se vé que ahí se conservan intactas algunas épocas de nuestra evolución histórica. Hasta la fecha citada, no había propiamente entre nosotros un personal efectivamente habilitado para el ejercicio de la medicina.

Nos informa Luiz Edmundo[38] que en Portugal a principios del siglo XVI la medicina casi había desaparecido

[37] Puerto Alegre. N. del T.

[38] *O Rio de Janeiro no Tempo dos Vice-Reis,* Imprensa Nacional Rio, 1939.

debido a la influencia de los jesuítas, para quienes "nuestro cuerpo, obra de Dios, no podía sufrir faltas de respeto ni agravio alguno con investigaciones del hombre". Esta aversión de los sacerdotes católicos por la cirugía parece que no se ha extinguido. Se sabe que, cuando don Miguel de Unamuno era rector de la Universidad de Salamanca, tuvo una fuerte discusión con el Obispo de la ciudad porque éste no consentía que los estudiantes practicasen cirugía en los cadáveres.

Manoel Chaves, médico portugués del siglo XVIII, cuenta que "en aquellos tiempos, la anatomía era enseñada en Coimbra, en casa del profesor Francisco Gomes Teixeira, quien mostraba a sus alumnos un carnero desollado colocado en una bandeja de plata, diciéndoles: este es el hígado, este es el bazo, estos los intestinos...". El *desembargador*[39] Brochado decía de los estudiantes formados en tan curiosa escuela, que curaban por ignorancia y mataban por experiencia. En el Brasil hasta épocas no muy remotas, ciertos prejuicios y excesos de pudor constituyeron un obstáculo para el desenvolvimiento de la obstetricia, que era un arte ejercitado casi siempre por mujeres. Era frecuente ver grandes cruces blancas colgadas en las puertas de las casas donde vivían las comadronas o parteras. Aquí, en el Brasil, la medicina era ejercida

[39] Magistrado de la Administración de Justicia. N. del T.

por "doctores" y por "licenciados", títulos que según el reglamento de la Real Junta del Proto Medicato podían otorgarse a "todo ciudadano que prestase testimonios demostrando el ejercicio clínico, ya fuese médico o cirujano, tanto en Portugal como en el Brasil".

He aquí lo que recetaban tales "médicos" y "licenciados": té de *percevejos*[40] y de excremento de ratones, para desarreglos intestinales e ictericia; molleja de avestruz; ventosas sobre los costados y purgas de caña fístula para la inflamación de los ojos; *úsnea*[41] del cráneo humano para la epilepsia; tisanas de raspadura de cuerno de venado para las lombrices; grasa quemada de oso, de mosca o de rana para la calvicie, así como también una fricción de "unto de hombre muerto de muerte violenta", medicina que parece haber tenido gran importancia en el Brasil y que hizo del tejido adiposo de los ahorcados algo muy solicitado, según lo refiere Vieira Fazenda. Hacia 1691 visitó el Brasil el famoso doctor João Curvo Semmedo, autor de una *Polyanthéa Medicinal* y también de la *Atalia da vida contra as hostilidades da morte fortificada e guarnecida com tantos defensores quantos sãoos remedios que no curso de 58 anos experimentou Curvo Semmedo, dedicado a Jesús Crucificado,* quien admitía la

[40] Insectos hemípteros parásitos. N. del T.

[41] Especie de musgos o líquenes. N. del T.

amamantación de los niños por hombres... En el siglo XVIII el cirujano aprobado y comisario general del cirujano mayor, José Antonio Mendes, autor del libro *Governo de Medicina mui necesário para os que vivem distantes dos profesores, seis, oito e mais léguas,* se manifestaba partidario del pescuezo de gallo tostado y pulverizado para la cura de anginas, así como de la acción medicinal de las lombrices en el tratamiento de los panadizos...

Este primitivismo medicinal está muy lejos de haber desaparecido. Es aún un legado vivo y efectivo en el interior del país y entre la gente del pueblo que vive en las ciudades. Naturalmente que una que otra práctica se ha extinguido, pero aún hoy se encuentran en vigor entre el pueblo, como procesos para conjurar las enfermedades, los rezos, como estos que Luiz Edmundo registra en su pintoresco *O Rio de Janeiro dos Vice-Reis* (1763-1808):

Para hacer salir la *bicheira*:[42]

"Insecto o lombriz,
Víbora o viborón,
Insecto de cualquier nación:
Salte de ahí,
Que la cruz de Cristo
Está sobre de ti."

[42] Se llama así a la presencia de lombrices en una herida. N. del T.

Para las fiebres o *maús olhados.*[43]

"Todo mal que en este cuerpo haya entrado,
Aire de niebla, aire de ceniza,
Aire de gallina clueca, aire de basura,
Aire de vivo en pecado,
Aire de muerto excomulgado
Sea de este cuerpo apartado;
Dios te desate de quien te ató,
Dios te libre,[44] *de quien te envidió."*

Para la *espinhela caída:*[45]

"En la casa donde Dios nació
Todo el mundo resplandeció.
En la hora en que Dios ha nacido
Todo el mundo fué alumbrado.
Sea en el nombre del Señor
Este tu mal curado.
Espina dorsal caída y vientre "derrumbado",[46]
Yo te levanto, curo y sano.

[43] Significa mal de ojo. N. del T.

[44] En el original portugués se dice "desinveja", que literalmente significa "desenvidia". N. del T.

[45] Molestias o dolores en la espalda o espina dorsal.—N. del T.

[46] Significa caído.—N. del T.

—Santa Ana, Santa María,
En el nombre del padre, del Hijo y del Espíritu Santo."
—¡Espina dorsal, ponte en pie!

Para los dolores de dientes:

"En aquel monte, mal sentado,
Estaba San Clemente;
Nuestra Señora le dice:
—¿Qué tienes? ¡Oh Clemente!
—¡Me duele la quijada y más el diente!
—¿Quieres que te lo bendiga, Clemente?
—Sí lo quiero, Señora mía.
—Pon tus cinco "pulgadas"[47]
Sobre tus panzadas
Que ellas serán mitigadas.
Padre Nuestro, Ave María,
pax, teco, Aleluya."[48]

En Goiás,[49] la gente del pueblo cura el dolor de muelas escribiendo en el suelo las siguientes frases, antes de rezar a Santa Apolonia tres padrenuestros y tres avemarías:

[47] Yemas de los dedos.—N. del T.
[48] Frase latina que significa "la paz sea contigo".—N. del T.
[49] Uno de los Estados del Brasil.—N. del T.

"Aire lo mate,
Aire lo mate,
Aire lo mate."

El doctor Egberto Ferreira de Almeida me informa que en Salinas de Margarida, en Bahía,[50] recogió las siguientes oraciones que le fueron proporcionadas por el curandero Bernabé:

Para el *cobreiro*:[51]

"Viene de Roma o de romería
Curando cobra[52] *y cobraria.*[53]
—Con hoja de "chiche"[54] *y agua fría,*
Con los poderes de Dios
Y de la Virgen María."

Para el *quebranto*.[55]

"Fulano de tal, con dos te pegaron
Con tres te saco.
Dios que te puso en el mundo,

[50] Uno de los Estados del Brasil.—N. del T.
[51] Erupción en la piel atribuída por el vulgo al paso de un reptil sobre la ropa con que se vistió el enfermo.—N. del T.
[52] Así se llama a las serpientes.—N. del T.
[53] Igual que *cobreiro*.—N. del T.
[54] Planta común.—N. del T.
[55] Significa hechizo, decaimiento.—N. del T.

Dios que saque todo el mal.
Que en ti se metió.
Si tienes mal de ojo o estás hechizado
O mal de pavor,[56]
Haz un requerimiento
Al Santísimo Sacramento
Para que te haga feliz, como bautizado
En la pila del agua bendita."

Cuando en la meseta goiana alguien elogia la belleza de un niño, para cortar el hechizo debe decirse: "Dios lo bendiga", si no se hace así, según nos informa José A. Teixeira, la madre añade en voz baja: "Bésalo en el ano"

Gonçalves Fernandes expone minuciosamente un proceso mágico para tratar el mal de ojo. El curandero, provisto de agua y de una rama verde, reza:

"*Fulano de tal, si has sido mal mirado,*
¿Por qué no lo has dicho?
Que yo te sanaría, te sanaría
Con un padrenuestro y un avemaría
Y un Gloria Patri, Fulano de tal!
Si te lo pusieran por el frente,

[56] En el original portugués se dice "ramo de assombramento", que significa mal o enfermedad repentina de miedo intenso.—N. del T.

¡Lo saco con el poder de Dios y del señor San Benito!
Y si te lo pusieran por detrás,
¡Lo saco con el poder de Dios y del señor San Blas!
Y si te lo pusieran en las carnes o en la hermosura,
¡Lo saco con el poder de Dios y de la Virgen pura!
¡Con los poderes de Dios Padre, Dios Hijo,
Dios Espíritu Santo, Santísimo Sacramento del Altar!
Debes creer, Fulano de tal,
¡Que ya quedas libre de este tu mal!"

Después de bendecir al paciente con agua y con una rama verde, el curandero procede al ofrecimiento:

"Yo ofrezco este padrenuestro y esta avemaría
Y estas oraciones que ahora recé
A la sagrada Pasión y Muerte de Nuestro Señor Jesucristo.
Así como Él quedó libre,
Sano y salvo de sus llagas,
Así creerás tú, fulano,
Que quedas libre del mal de ojo y del hechizo
Y de todos los males causados.
Con los poderes de Dios Padre, Hijo, Espíritu Santo,
Santísimo Sacramento del Altar,
Así creerás tú, fulano de tal,
¡Que ya quedas libre de tu mal!"

También vale la pena exponer algunos procedimientos

más de la pediatría de "folk". Muchos niños nordestinos tratan de curar sus propios sollozos, diciendo:

"Sollozo va,
Sollozo viene;
Va para arriba..
¿De quién?
¡De quien me quiere bien!"

Y después de tomar cinco buches de agua, continúa:

"Bebo de las cinco llagas de Nuestro Señor Jesucristo."

Cuando el niño tiene un uñero, pone el dedo enfermo dentro de algún agujero de la pared y dice:

"¡Nunca vi un uñero verde
En un agujero de la pared!"

En Minas Gerais [57] para sacar la basura de los ojos se restregan el órgano afectado, mientras dicen tres veces:

"Santa Lucía pasó por aquí
En un caballito, comiendo capim."[58]

Para el orzuelo, el niño debe mirar al sol poniente y decir por tres veces seguidas:

[57] Uno de los Estados del Brasil.—N. del T.
[58] Planta gramínea del Brasil.—N. del T.

"Orzuelo, orzuelo,
Vete con el sol."

Esta oración me recuerda otra muy corriente en Salvador,[59] usada por los niños que se quitan un diente; éste debe ser arrojado a un tejado después de decir:

"Mourão, Mourão,[60]
Toma mi diente podrido
Y dame otro sano."

Para el mismo fin, en Minas se dice:

"Golondrina, golondrina
Toma este diente ruin
Y dame otro bueno."

Para el tratamiento de las torceduras de pies, en el nordeste, se usa frecuentemente un ovillo de hilo y una aguja, además de una oración. Después de hacer con la aguja una cruz sobre el pie del paciente, el curandero interroga así:

"—¿Qué coso?

Y el enfermo responde:

[59] Capital del Estado de Bahía.—N. del T.
[60] Poderoso personaje imaginario.—N. del T.

"—¡Carne rota!"

El curandero, traspasando el ovillo con la aguja, continúa:

"Nervio torcido,
Hueso descoyuntado,
¡Todo eso yo coso!"

Por tres veces se repite esta ceremonia.

Para corregir en los niños el hábito de orinarse en la cama, los hacen salir a pedir limosna durante tres viernes consecutivos, llevando en la cabeza una parrilla o un tizón; el niño debe tararear sin descanso, a la manera de los mendigos, lo siguiente:

"¡Hermano, dale una limosna
Al niño demente,
Que se orina de noche
Y nunca lo siente!"

O también:

"Mira la limosna
Para el niño de la parrilla,
Que se mea en la cama
Y no siente."

El señor Iberê de Souza Cardoso recogió en Campos, Estado de Río, la siguiente receta popular para las verrugas de los niños:

En un pedazo de rama de mandioca se hacen tantos cortes cuantas sean las verrugas; en seguida, con una fibra de hoja de plátano se amarra el pedazo de rama a la llave de la chimenea de la casa del niño, y al cabo de dos semanas las verrugas deben haber desaparecido.

El mismo señor Souza Cardoso recogió también los siguientes procedimientos populares para el tratamiento de enfermedades infantiles (zona del sur de Minas):

HEMORRAGIA NASAL.—La parte posterior de la cabeza del niño debe mojarse con agua fría, al mismo tiempo que se le amarra al dedo pequeño de cualquier mano un pedazo de paja de mijo, haciéndole tres nudos.

ICTERICIA.—Primera receta: se le da té de *picão*[61] hecho con retoños de la planta.

Para la misma enfermedad debe cortarse un *pendão*[62] (hoja aún enrollada) de plátano de São Tomé[63] que sea del mismo tamaño que la criatura; se dobla por enmedio y se amarra encima del fogón; al secarse la hoja el niño queda aliviado.

[61] Planta del Brasil.—N. del T.

[62] Significa pendón.—N. del T.

[63] Significa Santo Tomás.—N. del T.

COBREIRO.—En tallo de higuerilla se hacen algunos cortes con una faca diciendo al mismo tiempo: "*cobreiro,* yo te corto el rabo, por enmedio y la cabeza; *cobreiro,* yo te corto la cabeza, por enmedio y el rabo", el tallo cortado se pone a secár al sol o sobre el fogón, y al secarse la criatura queda curada.

COQUELUCHE.—En una *gameleira*[64] se clavan nueve alfileres preguntándosele al niño, al ir clavando cada uno de ellos, "¿Qué es lo que clavo?", a lo que el niño debe responder: "La tos".

OMBLIGO SALIDO.—Se coge una tacita que no haya sido usada y con ella se cubre por tres veces seguidas el ombligo, y luego la misma se coloca sobre la boca de un hormiguero y cuando la tacita queda cubierta de tierra sana el ombligo del niño.

HÁBITO DE ORINARSE EN LA CAMA.—Se seca al sol un hígado de carnero o de cabrito y todas las mañanas se le da al niño, en ayunas y sin que éste sepa la razón, un pedazo asado del hígado.

BRONQUITIS.—Para esta enfermedad se emplean dos sistemas:

[64] Planta del Brasil.—N. del T.

El primero indica que en ayunas debe darse al niño y sin que sepa el motivo, una bebida hecha con testículo de cerdo en el caso que aún no sepa masticar, o bien el testículo asado si es que la criatura ya mastica.

El segundo aconseja romper las pinzas de una jaiba y colocarlas dentro de un saquito, colgándose éste del cuello del niño enfermo; después se tira la jaiba en la playa teniendo cuidado de que ya esté muerta.

PARA HACER HABLAR A LOS NIÑOS.—Se les da frito o mezclado con leche (según el niño pueda o no masticar) el primer huevo de una gallina, y el cascarón se llena hasta la mitad con agua que se da a beber al pequeño. También puede dársele el cascarón para que el niño escupa dentro hasta llenarlo.

SAPINHO (erupción en la boca).—Sobre la boca del niño se pasan, sin juntarlos, tres renacuajos, colocándolos después dentro de un saquito que se le ata al cuello; al secarse las larvas el niño queda curado.

DESTETE.—Para que el niño no resienta el destete deben cortársele las uñas del pie izquierdo y las de la mano derecha, así como cuatro mechones del cabello "en forma de cruz"; juntándolo esto a tres cáscaras de mijo, se hierve todo en un litro de leche, con lo que se le da un baño de pies a cabeza.

VERMINOSIS.—La primera lombriz arrojada por el niño se lava y se pone a secar al sol; luego se le coloca en un saquito que se le ata al cuello con tres hilos de cordel; el niño queda curado al reventarse los hilos.

INFLAMACIÓN DE LOS OJOS.—Sobre los ojos del niño se pasan, en forma de cruz, los huevos cogidos en un nido de colibrí, para volverlos a depositar después en el mismo sitio.

Con relación al tratamiento pre-natal y natal, los procedimientos empleados no son menos abundantes y primitivos.

La gente del pueblo cree que la placenta debe salir en forma natural, y a este respecto me fué narrado el caso de una mujer que se moría después del parto por habérsele quedado la placenta dentro, lo cual quedó comprobado por un médico que acudió. A nadie se le ocurrió que la placenta podía ser sacada artificialmente.

Para hacer salir la placenta, las *comadres*[65] del nordeste tienen por costumbre rezar, junto con la parturienta, la siguiente oración:

"Santa Margarita mía,
¡No estoy preñada ni parida!

[65] Quiere decir comadronas.—N. del T.

Santa Margarita mía,
¡No estoy preñada ni parida!
¡Saca esta carne podrida
De dentro de mi barriga!"

Para los mismos fines, una partera de *Paraiba*[66], acostumbraba colgar del cuello de la parturienta la calavera de un perrito que contenía la pretina de los calzoncillos del marido.

Para facilitar el parto son conocidos varios procedimientos de medicina popular, tales como colgar a la parturienta de las axilas por medio de unas cuerdas para colocarla sobre un *taburete* especial y poner un sahumador debajo del vestido, al mismo tiempo que otra mujer de nombre María le pega con fuerza en las caderas.

También suele emplearse el siguiente procedimiento mágico, narrado por Gonçalves Fernandes:

El marido debe hacer en los faldones de su camisa el mayor número posible de nudos, montar un caballo de madera (palo de escoba) y correr velozmente alrededor de la casa, pero antes debe tener cuidado de poner su sombrero en la cabeza de la esposa, cosa que es indispensable para el buen éxito; y así debe continuar corriendo hasta que la parturienta "descanse".

[66] Uno de los Estados del Brasil.—N. del T.

Cuenta José A. Teixeira que en Goiás, para facilitar el parto, el marido tiene que correr tres veces seguidas alrededor de la casa, llevando en la mano un pesado machete.

Para detener la hemorragia después de un parto, entre las *curiosidades nordestinas* hay la siguiente oración:

"Cuando Dios vino al mundo
Fué tomando sangre de palabra.
¡Tim, tim!
Fué tomando sangre de palabra
En el cuerpo, en las venas, en el útero.
¡Tim, tim!".

O también usan esta otra:

"San Cosme,
San Damián,
Doné sangre
De este cristiano."

Para evitar que el feto se "desmanche" (el aborto) cuando la mujer es presa de un susto, muchas nordestinas acostumbran tomar el agua con la que el marido se ha lavado el rostro.

En el Brasil ha habido y actualmente hay muchas personalidades carismáticas a quienes se atribuye el poder

de curar enfermedades. El obispo don Francisco de São Jerônimo curaba en el nombre de Dios; también fué famoso como curandero de enfermedades el ya fallecido Fray Fabiano, de la Orden de San Francisco; en el Nordeste el padre Cícero fué médico de almas y de cuerpos durante mucho tiempo; en 1932 el curandero y beato João de Dios tuvo en Paraiba una extensa clientela; el padre Antonio Pinto de Urucania pertenece a nuestra época. Otro que también hacía curaciones era el beato Antonio Conselheiro,[67] quien curó a una dama bahiana[68] de un terrible mal con sólo una infusión de las cenizas de un pedazo de su sotana, y aun había quienes utilzaban como remedios su excremento y su orina; un pedazo de madera junto al cual el santo "confesaba ser humano", sirvió para hacer miles de "crucecitas" que fueron convertidas en amuletos por mujeres y niños; al mismo tiempo dieron carácter de cosa sagrada al árbol a cuya sombra descansaba, atribuyéndosele a sus hojas milagrosos poderes de curación. Una persona que convivió con los que seguían al curandero, decía: "Acostumbra a veces mojarse los pies o la punta de su túnica, y el agua que ha tenido la felicidad de estar en ese contacto, llega a adquirir propiedades maravillosas para sus adeptos, que la recogen y

[67] José Calasans Brandão da Silva, *O Ciclo Folclórico do Bom Jesús Conselheiro*, Tipografia Beneditina Ltda., Bahia, Brasil, 1950.

[68] Originario del Estado de Bahía.—N. del T.

guardan como una cosa preciosa. Las deyecciones del santo son pulverizadas, y aplicadas en forma de rapé, tienen la propiedad de curar las neuralgias. Son igualmente milagrosas las arenas en las que el buen "santo" "vierte el agua",[69] que son recogidas y esparcidas en cantidades pequeñas en una determinada región, para hacerla más fértil que la vieja Canaán del Pueblo de Dios."

La página policíaca de los periódicos casi diariamente proporciona noticias en el sentido de que se multiplican junto con sus clientelas los antonios y antonias conselheiras. Para comprobarlo, ahí están en la capital del Brasil, mme. Jael, Cobra Coral, Joãozinho da Goméia y muchos otros menos famosos . . .

Euclydes de Cunha encontró, entre las poblaciones *sertanejas*,[70] la práctica del infanticidio con fines mesiánicos y registró el episodio de "Pedra Bonita", narrado en *Os Sertoes*[71] y ocurrido en Pajehú, Estado de Pernambuco, en 1837. Dice así:

"Un *mamaluco*[72] o *cafuz*[73] iluminado congregó ahí a toda la población de los lugares circunvecinos, y subido

[69] Modismo que significa orinar.—N. del T.

[70] Significa poblaciones rurales.—N. del T.

[71] *Os Sertoes*, 12ª Edición, Río, 1933, pp. 143-144.

[72] Mestizo de blanco e indio.—N. del T.

[73] Mestizo de negro e indio.—N. del T.

a una piedra anunciaba, muy convencido, el próximo advenimiento del reino encantado del rey D. Sebastián. Cuando la piedra se hubiese roto, no a golpes de martillo sino por la acción milagrosa de la sangre de los niños derramada sobre ellas como un holocausto, el gran rey irrumpiría rodeado de su fulgurante guardia, castigando inexorablemente a la humanidad ingrata, pero llenando de riquezas a quienes hubiesen contribuído al desencanto.

"Una reacción nerviosa se apoderó del sertão . . . [74]

"El trastornado encontró un medio propicio para castigar su locura. En torno a la monstruosa ara se apretujaban las madres levantando a sus pequeños hijos, luchando entre sí para curarles la primacía en el sacrificio . . . La sangre corría sobre la roca, chorreando, acumulándose alrededor y, en tal cantidad, afirman los periódicos de la época, que después de deshecha aquella lúgubre farsa, era imposible la permanencia en ese lugar infestado".

El pauperismo del Brasil con su Weltanschauung se ha convertido, desde 1930, en el tema fundamental del romance brasileño. De este modo, conforme a la perspectiva del presente estudio, el romance nacional de mayor interés sociológico en el llamado *Calunga,*[75] *de Jorge de Lima.*[76]

[74] En el Brasil, lugar inculto y apartado de las poblaciones.—N. del T.

[75] Nombre dado a una deidad.—N. del T.

[76] Livraria do Globo, Porto Alegre, 1935.—N. del T.

El escritor, que era médico, fué enviado para que investigara preferentemente los aspectos higiénicos de los personajes de su obra. *Calunga* es, por tanto, la historia de la miserable población de una isla del Nordeste.

En ella, el Dr. Lula llegó cierto día al lugar, animado de ideas progresistas, con el deseo de iniciar en nuevos procesos económicos y en nuevos hábitos higiénicos a aquel pueblo que vivía de la cría de cerdos, de la pesca y de la alfarería, y que se alimentaba con *pirão de surum*,[77] y que tenía, además, el inveterado vicio de comer tierra.

El Dr. Lula comprendía que de nada le iban a servir las medidas de asistencia médica si antes no iniciaba a aquellas gentes en un nuevo modo de vivir, pero de tropiezo en tropiezo, Lula fué vencido por el medio hasta caer en una deplorable decadencia antes de ser trágicamente devorado por las fiebres y por *calunga*, especie de remolino que se traga al incauto que navega en ciertas aguas que circundan la isla.

A continuación transcribimos un fragmento de *Calunga*:

"Cierta vez Lula fué a visitar el puesto sanitario de profilaxis rural. Abordó una lancha y se dirigió a Babedouro, donde fué recibido amablemente por el médico jefe del puesto. Éste le mostró todas las instalaciones,

[77] Especie de masa de maíz.—N. del T.

microscopios y estufas; a los auxiliares que contaban los glóbulos de la sangre y a las enfermeras que distribuían quinina, timol y quenopodio a una multitud de *sambudos*,[78] *opilados*[79] y palúdicos. El médico del puesto, convencido de su misión, trataba de encontrar en el rostro del visitante una sonrisa de aprobación.

Por fin, Lula habló:

—¿Pero está usted convencido, doctor, del éxito de la intervención de Rockfeller?

—¿Por qué no? Es un benefactor, un benemérito que, asociándose a los buenos oficios del Gobierno, distribuye salud y consuelo a los infelices de nuestra patria. ¿Le parece poco?

—Entonces usted, doctor, ¿piensa que distribuir cápsulas de quinina y remedios contra las lombrices es resolver el problema de la felicidad de esas gentes? ¿Supone también que esa terapéutica resuelve, asimismo, el simple caso de la salud?

—¿Y por qué no? Sólo hay que observar cómo ha sido aumentada la capacidad de trabajo de todo este personal; están más activos. ¡Hay que verlo!

Lula replicó:

—No lo creo. Ése es un favor que los miserables no

[78] Se llama así a los enfermos que tienen el vientre hinchado.
[79] Enfermos de *anchilostomiasis duodenalis*.—N. del T.
— N. del T.

deben ni al gobierno ni a Rockfeller. Esa gente no tiene que agradecer a nadie tan gran patraña, ni son esas cápsulas tomadas en los pueblos sanitarios, ni ese repugnante quenopodio lo que libraría al pueblo, sin zapatos y sin habitaciones, del paludismo y del *amarelão*.[80] Es como echar agua en un tonel sin fondo, doctor.

—Pero el remedio además de profiláctico es curativo, —atajó el médico.

Lula se concretó a preguntar:

—¿Dónde defeca esa gente?

Y antes de que llegara la respuesta, él mismo contestó:

—En el suelo, en torno a sus propias habitaciones.

Y continuó:

—¿Dónde toma agua esa gente? En los ríos infectados. ¿Dónde duermen esos desgraciados? En tugurios agujerados por donde entran los insectos contaminadores. ¿Es o no una patraña? Es una patraña y una buena patraña capitalista.

—Pero no quiere usted darse cuenta de que junto con los medicamentos el gobierno utiliza la ingeniería sanitaria drenando y removiendo los focos de infección...

Entonces Lula, molesto con la recalcitrancia del doctor, dijo que Rockfeller más gobierno eran para aquella

[80] Nombre que se da a los enfermos de *anchilostomiasis*.—*N. del T.*

gente de menos utilidad que un simple bacín. Bacín, bacín. Bacín con fenol dentro y todo derramado sobre la cabeza del gobierno."[81]

Una de las medidas que el Dr. Lula trató de poner en práctica en su propiedad, fué la de obligar a sus trabajadores a usar zapatos. La noticia se esparció por toda la isla y el nombre del doctor fué, desde entonces, pronunciado entre burlas. Algunos de sus empleados lo engañaban cambiando sus zapatos por zuecos, y otros trabajando descalzos todo el día para ponérselos solamente cuando tenían que ir a hablar con él. Un *cabrocho*[82] se despide diciendo: "No soy policía para trabajar calzado. Soy pescador."

Léase este otro trozo de la misma obra.[83]

"Lula se enojaba dando explicaciones y hablando sobre cosas de higiene, de cómo podían ser contaminados por el suelo; de cómo caerían enfermos, sin reaccionar, anémicos, convertidos en gente *bucho-de-lama*,[84] como la que había en las propiedades vecinas. Era necesario que cambiaran de hábitos y con ellos surgiría ahí mismo una población fuerte, la tierra se transformaría y conocería una vida mejor.

[81] *Calunga*, pp. 30-32.
[82] Mestizo casi negro.—N. del T.
[83] *Calunga*, p. 46.
[84] Significa *barriga de lodo*.—N. del T.

—*Nhôr, sim.*[85]

Luego continuaba con su amonestación enseñando cómo se trasmitía la fiebre palúdica, cómo ese mal arruinaba la voluntad disminuyendo la capacidad de trabajar. Aquella gente debía ser fuerte, tal y como otros pueblos lo habían podido conseguir, observando simplemente los preceptos de la higiene que les daba junto con los medios de salvación.

—*Nhôr, sim.*

—¿Quieren obedecer?

—*Nhôr, não.*[86] No sabemos trabajar con zapatos dentro del lodo; no somos *praciano.*[87] Somos *brejos.*[88]

Los medicamentos y consejos de los puestos de socorro eran rechazados por los pobladores de la Isla con el pretexto de que "hacían impotente al cliente, quedando el tipo sin ninguna fuerza para con las mujeres".

Tampoco falta en este bajo mundo la indefectible figura de uno de esos beatos que abundan en los *sertões* que, a propósito de todo, decía: "¡Anda!".

Helo aquí:

—"¡Anda!" "¡Anda!" Y el señor Leocadio recibió una bofetada del santo y se fué curado. "¡Anda!"

[85] Quiere decir: Sí, señor.—N. del T.
[86] Quiere decir: No, señor.—N. del T.
[87] Capitalino.—N. del T.
[88] Campesino.—N. del T.

"¡Anda!" El Santo se está disgustando. Todo santo tiene derecho a enojarse. No vamos a pedirle más cosas; dejémosle amansar, que después queda como una seda. Respetaban el odio sagrado del beato. Se enfurecía sin motivo alguno y a veces cuando estaba más mimado por los penitentes. Por las noches se recogía bajo una enramada hecha para él. Había otra hecha de tablas para que hiciera sus necesidades; el santo no se bañaba. Se decía que no dormía por estar velando o conversando con los espíritus aprendiendo recetas medicinales, etc. Mujeres que dormían cerca, presentían la sombra que sólo podía ser la del peregrino que llegaba a levantarles las sayas; perdían los sentidos y no podían acusar al pobre. Supieron que era él porque en una ocasión azotó a una vieja. Era él. Pero el bordón también estaba santificado. Con raspaduras de su bastón hacían té con el que curaban los dolores de oído y otras pequeñas enfermedades;[89] y las mandaban a otros necesitados que no podían venir al Canindé. Desde lejos los pacientes sanaban luego. El bastón del santo fué quedando delgado, como si fuese un bastoncillo.[90] El santo se enfadó y sacudió el bastoncillo en las costillas de los penitentes. La rabia del santo

[89] En el original se dice: "...outras dorenzinhas manliras...". N. del T.

[90] El original dice: "...mal comparando uma bengalinha..." N. del T.

era sagrada y los fieles encontraban el perdón porque recogían los pelos del santo señor; sus pelos tostados curaban las heridas. Apareció un tal *Zé*[91] *Pajeú* que trasmitía las órdenes del santo, recogía los dineros y abrió una tienda muy surtida que tenía hasta *madapolão*[92] para vender al personal. Decía que el santo quería una iglesia. Vino la gente de las caleras trayendo piedras de cal desde muy lejos hasta cerca de media legua de la playa. Mujeres, principalmente niñas, con las blancas piedras sobre la cabeza formaban hileras y trabajaban para la iglesia del santo. Zé Pajéu dijo que el santo necesitaba ladrillos: y la multitud[93] cavó en dos por tres un gredal que de tan grande que era no podía ser mayor, cayendo dentro del barro con desmedido arrojo a fin de amasar el lodo con pies y manos. Dicen que la señora del Gobernador, disfrazada, vino a ver al santo. La mirada de éste se clavó en la dama y la moza se alivió de un nudo crónico en la garganta.

—Hasta la mujer del Gobernador . . ."

El mejoramiento de los padrones de la salud de la población brasileña implica la alteración de esos hábitos y de esas actitudes que constituyen un verdadero complejo cultural. En el actual estadio de pauperismo, nuestra

[91] Término equivalente a Pepe. N. del T.
[92] Consistente tejido de lana de color blanco. N. del T.
[93] "Cabroeira" en el original. N. del T.

población está —tanto por su constitución psicológica como por otras condicinoes externas— incapacitada para asimilar los modernos hábitos de la higiene. En último análisis, cualquiera política sanitaria tiene posibilidades de hacerse efectiva en países como los de la América Latina, India y China, sólo si se desarrolla bajo un plan de cambios en la estructura económica y social. Aun así, los efectos psicológicos de tales cambios no serían automáticos. La transformación en masa de los hábitos de pobreza de una población, sólo se realiza a largo plazo.

SEGUNDA PARTE

UNA INTERPRETACION SOCIOLOGICA DEL PROBLEMA BRASILEÑO DE LA MORTALIDAD INFANTIL

"Muchas personas —especialmente los funcionarios públicos— suponen que el científico es un simple consultor de la administración. Es esto útil porque, ocasionalmente surgen problemas —en general problemas técnicos triviales—, para los cuales no es posible obtener una solución satisfactoria sin consultar al científico que conoce de ésta o de aquélla técnicas. Entonces se le pide consejo y él lo da, y el administrador, utilizando o ignorando ese consejo, modela su política y la pone en ejecución. Este método ya ha fallado y está siendo substituído por otro, en el cual la ciencia extiende su acción a toda la máquina gubernamental. Hay, en particular, dos funciones del Gobierno que están siendo cada vez más permeabilizadas por la ciencia: una es la de decidir en cuanto a la orientación de la política a seguir, y la otra es la de la ejecución de esa política." (Prof. J. D. Bernal, "*A Função do Cientista na Política Governativa e na Administração*", en *A Ciencia e a Ordem Mundial.* p. 21, Lisboa, 1943).

En el Brasil, la administración precedió a la sociedad. En los comienzos del siglo XVI teníamos un territorio sobre el cual vivían algunos pueblos organizados rudimentariamente bajo la forma tribal. A partir de 1530, fecha en que se funda San Vicente, comienzan a ser transplantadas a nuestro país, prefabricadas, por así decir, las instituciones administrativas de Portugal, una de las naciones más adelantadas del mundo en aquella época.

En 1549 ya funcionaban aquí los mecanismos administrativos que en Europa habían sido elaborados atrasada y lentamente en el transcurso de varios siglos.

La sociedad brasileña, por la fuerza de su formación, no tuvo la oportunidad de elaborar lentamente, a través de ensayos y errores, las soluciones de sus problemas. Estos, una vez conocidos, eran tratados por los métodos experimentados o ya en uso en la metrópoli.

Cuando el país se independizó de Portugal, ya había echado profundas raíces el vicio de adoptar para sus problemas rápidas soluciones. Los modelos, juzgados anticuados, dejaron de venir de Portugal y pasaron a ser importados de Francia, de Inglaterra y de los Estados Unidos, principalmente.

En estos países los sistemas que importábamos habían sido fijados ya por la selección natural, por tentativas y errores, y eran la cristalización de experiencias. En tanto que aquí pasaban a ser administrados deliberadamente.

De este modo, ocurría y aún ocurre en nuestro país algo semejante a lo que acontecía en las Islas Tahití, donde los nativos hospedaron durante algún tiempo al Capitán Cook y a su comitiva. Asistían boquiabiertos a la construcción de casas y muebles que los viajeros hacían para su comodidad durante su estancia en las Islas, y cuando los huéspedes se retiraron, los nativos plantaron las herramientas que se habían robado con la esperanza de que, casas y muebles brotasen mágicamente de la tierra.

Cuando importamos de otros países sistemas legales o instituciones burocráticas, procedemos, en cierta forma, como los nativos de Tahití. Esperamos que aquí surtan los mismos efectos que allá, sin atender a las diferencias estructurales que hay entre la sociedad brasileña y las sociedades que procuramos imitar.

El reconocimiento de que la eficacia de las instituciones no les es inherente, pero que depende de las estructuras en las cuales aquellas se integran, está suscitando el desenvolvimiento de una sociología y de una antropología aplicadas. Los ingleses, por ejemplo, están poniendo ambas en uso dentro de la administración de sus colonias en Africa. Por otra parte, las llamadas sociedades primitivas están siendo tratadas, en todas partes del mundo y particularmente por las naciones imperialistas de occidente, a través del empleo de técnicas sociológicas y antropológicas.

El trasplante de trazos de las sociedades occidentales hacia las sociedades primitivas se hace obedeciendo a lo que se podría llamar principio de límites, es decir, atendiéndose a las peculiaridades estructurales de estas últimas. Para dar tan sólo un ejemplo, recordamos que la industrialización de las áreas sub-desenvueltas obedece actualmente a técnicas sociológicas y antropológicas de aculturación.[1]

Pero para los objetivos que tenemos, es especialmente importante señalar los recientes trabajos de sociología y antropología aplicadas en el transplante de trazos culturales dentro de las mismas sociedades pertenecientes al presente estadio de la civilización occidental. Actualmente, los antropólogos estudian a la propia sociedad urbana, como si ésta fuese un mosaico de diferentes culturas en contacto,[2] o la industrialización de las áreas rurales, como

[1] A este respecto, debemos señalar los trabajos del Institute of World Affairs de la New School for Social Research, y principalmente los de Wilbert E. Moore, entre los que se cuentan *Primitive and Peasants in Industry Theorethical Aspects of Industrialization*, editados ambos por el referido Instituto.

[2] Los más significativos trabajos de esta orientación son los patrocinados por el "Comitte on Human Relation in Industry", dirigido éste por W. Lloyd Warner y Burleigh B. Gardner, También *Deep South* (Universidad de Chicago, 1949), cuyos autores son Allison Davis, Burleigh B. Gardner y Mary R. Gardner. Véase también "El Principio de Límites en la Problemática So-

si estudiaran la difusión de un complejo de una área cultural a otra.

Esta orientación es la que nos parece útil de seguir en la crítica y en la reforma de la organización administrativa de los países como el Brasil y otros de la América Latina. Nuestra administración pública se viene formando a costa de trasplantes y en la actualidad el país dispone de un organismo administrativo afectado de un agudo hibridismo en el que encontramos desorganización, duplicidad, paralelismo, conflictos de competencia y, en una palabra, un defecto estructural: su desajuste a la realidad económica y social del país.

De aquí resulta el problema de la reorganización de nuestra administración pública como un todo, tarea predominantemente sociológica.

En una institución burocrática ningún esquema de organización tiene cualidades inmanentes. Su eficacia depende de las estructuras sociales y económicas donde encajan. Un determinado sistema de órganos de asistencia médica puede dar excelentes resultados, digamos en los Estados Unidos. Por otro lado, transplantado literalmente a nuestro país, de estructura económica y social diferente, puede ser inócuo y contraproducente. Ciertas institucio-

ciológica", del Dr. Mario Lins, publicado en la Revista Mexicana de Sociología", Septiembre-Diciembre de 1945.

nes, una vez transplantadas, no encuentran en la sociedad receptora elementos fijadores o condiciones que posibiliten el rendimiento que ellas presentan en las sociedades donantes. Muchas veces son reinterpretadas, a fin de que ejerzan alguna función en la nueva estructura social.

La reorganización de una administración pública no es sólo una tarea de lo que comunmente se llama técnica de la administración, sino que incluye investigaciones de carácter sociológico, principalmente. La entienden en la actualidad como una tarea de dar efectividad dentro de una unión económica y social, a un conjunto de órganos y reglamentos. Es, por tanto, una tarea para cuya ejecución es necesaria la alianza del conocimiento sociológico con la técnica de la administración.

No es posible examinar globalmente el problema de la reorganización administrativa. Este examen tendrá que ser hecho por partes. Nuestro objetivo, en este estudio, es la crítica de un segmento de la administración federal; de aquellos órganos encargados de realizar la protección a la infancia, o más precisamente, de tratar el problema de la mortalidad infantil. Tenemos la pretensión de realizar al respecto, un estudio de la administración federal, pues sostenemos que los defectos y fallas que apuntamos son aspectos particulares del desajuste de toda la maquinaria gubernamental ante la realidad social y económica del país.

El presente estudio lo hemos dividido en los siguientes capítulos: 1) Sociología de la mortalidad infantil; 2) Mortalidad infantil y renta nacional; 3) Niveles de vida en el Brasil; 4) Mortalidad infantil y estructura económica; 5) ¿La alta mortalidad infantil del Brasil es un problema? 6) Mortalidad infantil y servicios médicos; 7) Conclusiones.

1. *Sociología de la Mortalidad Infantil*

La muerte, en sí misma, no es problema social. Puede ser un problema filosófico, y a este respecto han sido muchos quienes lo tratan, como por ejemplo, Paul Landsberg. La muerte no es, en sí misma, un problema social porque es un fenómeno inevitable como lo son el día y la noche.

Desde el punto de vista social, la muerte puede convertirse en un problema por lo que respecta al momento en que ocurre en la vida del individuo. Si en una gran sociedad un gran porcentaje de su población no llega al primer año de vida o muere en edades jóvenes, surge entonces el problema social y económico de la mortalidad.

La desaparición prematura de una gran parte de los miembros de una sociedad representa una perturbación amenazadora de la transmisión y del desenvolvimiento

de la herencia cultural, así como un desgaste económico, pues la vida de cada individuo incluye un revestimiento de capital, cuya compensación es legítimo esperar.

Resulta de esto el interés de reducir el coeficiente de mortalidad a su mínima expresión, o lo que es lo mismo, de eliminar tanto cuanto sea posible la influencia negativa del ambiente sobre el organismo humano.

Liebmann Hersch[3] observa con acierto que todo índice general de mortalidad correspondiente a una población es la suma de dos partes: una inevitable, irreductible, invariable constituída por el "mínimo" a que puede bajar la mortalidad; y la otra es una variable histórica que oscila de acuerdo con las condiciones del medio y cuya tendencia es siempre disminuir también o desaparecer ante el creciente progreso de las civilizaciones contemporáneas.

La muerte de los individuos de una población resulta de una interacción de factores naturales y de factores históricos. La participación en la muerte de un individuo de lo que aquí llamamos factores naturales, es fácil de apreciarse en el caso del fallecimiento de alguien que ha nacido con un defecto en su constitución, como una lesión

[3] L. Hersch: "D'une formule générale de la baisse de la mortalité dans les divers pays de l'Europe Occidentale." *Théorie Générale de la population.* Congrès International de la Population. Hermann et. Cie., Editeurs, París, 1938.

fisiológica que disminuye su resistencia, aunque la constitución o lesión puedan ser remotamente resultantes de condiciones sociales. Por otra parte, la participación de los factores históricos en la muerte de una persona también puede ser fácilmente apreciada en el caso de que alguien muriese de miseria o a causa de un accidente de trabajo.

Por tanto, el índice general de mortalidad depende de la combinación ("pattern") de los factores naturales e históricos. Por lo que respecta a los factores naturales la probabilidad de muerte en los menores de un año y de los mayores de cuarenta y cinco es, en principio, mayor que en las otras edades. En el primer caso, el hecho proviene de la poca madurez y debilidad naturales del recién nacido; y en el segundo, del natural desgaste en la vitalidad de la máquina humana. Asimismo, es cierto que hay, por igual causa y para cada una de las diferentes edades, una probabilidad de muerte relativamente específica, fenómeno que pone de manifiesto, por así decirlo, la estructura biológica de la especie humana.

La circunstancia histórica no puede eliminar esas probabilidades, pero sí reducirlas a su límite mínimo haciéndolas residuales. Una de las finalidades, de la política social del Estado es, precisamente, crear condiciones dentro del ambiente propicias a la reducción de tales probabilidades.

Hay que decir, no obstante, que esta concepción sociológica de la mortalidad parece que no ha sido acogida por nuestra administración federal, porque si sucediese lo contrario, otra debería ser su conducta ante los problemas higiénicos del país.

Es una concepción médica o eugenésica que da forma a la estructura de los servicios sanitarios de nuestro país.

Por ejemplo, en lo que dice respecto de la mortalidad infantil, está en vigor entre nosotros, una concepción según la cual la muerte provendría no tanto de factores sociales y económicos, como de la "falta de vigor físico y de la escasa capacidad hereditaria" de los individuos. Según esta teoría, habría en toda sociedad individuos pertenecientes a dos tipos biológicos diferenciados: el de los que son poseedores de una buena capacidad hereditaria, y el de los débiles y delgados entre quienes la muerte hace su cosecha preferentemente. Así, el problema resultaría de una diferencia biológica cualitativa entre los miembros de la sociedad. En consecuencia, ya por deber filantrópico, ya para resolverlo de manera efectiva por procesos eugenésicos, serían necesarios servicios de distinta naturaleza: puericultura, lactancia, hospital infantil y otros. La solución es médica. El raciocinio es perfectamente lógico.[4]

[4] La ideología biológica tiene por un lado, una variante que

Este punto de vista configura lo que se podría llamar, con precisión, ideología médica, la cual encuentra también un representante de proyección mundial en la figura del Dr. Alexis Carrel, autor del *best-seller, L'Home, cet inconnu,* de quien transcribimos las siguientes palabras: "La repartición de la población de un país en diferentes clases no es efecto del azar, sino de convenciones sociales. Tiene una base biológica profunda, pues depende las propiedades físicas y mentales de los individuos. En los países libres, como los Estados Unidos y Francia, cada quien tuvo, en el pasado, la libertad de elevarse a la po-

se expresa en términos pesimistas (darwinistas). Las palabras del profesor Giorgio Mortara lo enuncian del modo siguiente: "Entre las criaturas que nacen hay siempre una fracción con su constitución impropia para la existencia; pero donde se le deja actuar libremente, la mortalidad infantil elimina en breve esa fracción de incapaces; luego, consiguiéndose disminuir esa mortalidad, sólo se asegura la supervivencia de individuos constitucionalmente inferiores". —Esos individuos constitucionalmente inferiores, a salvo de la eliminación en la primera infancia, o no consiguen llegar a la edad adulta y en este caso representan para la sociedad una carga económica mayor a la que no se opone ningún beneficio— o llegan a adultos, caso este en el que se vuelven económicamente perjudiciales a la sociedad por su rendimiento escaso o nulo, o biológicamente por su participación en la reproducción, a través de la cual perpetúan sus taras". *(Estudos Brasileiros de Demografiia,* Monografía Nº 2 Fundación Getulio Vargas, Octubre de 1946.)

sición que fué capaz de conquistar. Los que hoy son proletarios deben su situación a defectos hereditarios del cuerpo o del espíritu".

Evidentemente que no insinuamos que todos los médicos piensan de este modo. En lo concerniente a la cuestión de la mortalidad infantil, correspondió también a dos médicos, doctores Olinto de Oliveira y Pedro de Alcântara,[5] que cada quien a su manera, hace resaltar el aspecto social del problema en el Brasil. Parece que la joven generación de médicos puericultores e higienistas, por las manifestaciones de que he sido testigo, está desilusionada de los resultados sociales de los servicios médicos de protección a la infancia. Por otra parte, también podemos registrar a un sociólogo en la lista de los partidarios de la ideología médica o biológica; se trata de Franck H. Hankis, para quien la alta mortalidad entre los pobres no se debe principalmente a factores de medio ambiente, esto es, a precarias condiciones de vida y de trabajo, sino al carácter selectivo de nuestro orden social que resulta de la concentración en las clases inferiores, de los menos ajustados biológicamente. Estos serían inferiores en un doble sentido: biológico y social. Para Hankins —nos informa Bernhard J. Stern en su obra *Society and Medical Progress*—, bajo las condiciones actuales se debe atribuir

[5] Pedro de Alcántara: *Causas e Remédios Sociais da Mortalidade Infantil*, São Paulo, 1945.

una importancia selectiva a la mortalidad infantil; la pobreza de los padres, que es evidentemente la causa ambiental más importante, se debe a la inferioridad física e intelectual. En resumen, lo que se afirma a *grosso modo*, con esta ideología, es que la mortalidad infantil como una unidad, es biológica y socialmente selectiva.

De este modo, la ideología médica de la mortalidad infantil muestra su verdadera fisonomía: es una de las formas del racismo, cuya precaria base científica ha sido suficientemente demostrada por la antropología cultural, por la biología y por la sociología modernas. Además, confunde lo inmediato con lo mediato, lo determinado con lo determinante y el efecto con la causa.

A los partidarios de esta ideología les hace conocer los mecanismos de movilidad social en la sociedad capitalista, así como lo que se puede llamar ley de la inercia histórica.

Hay en la sociedad capitalista una ininterrumpida movilidad social vertical, por la que numerosos individuos mudan efectivamente de clase o superan intelectualmente la condición de su clase económica. Pero E. Davidson y H. Dewey Anderson (*Occupational mobility in an American community*, Stanford University Press, Stanford, 1937), utilizando en 1930 una muestra de 1,242 personas (representantes del 7% de la población obrera de San José de California), observaron que el 58.3% de

los hijos de obreros no calificados consiguieron un *status* económico superior al de sus padres de acuerdo con la siguiente forma: 16.5% se convirtieron en obreros semi-especializados; 13.7% en obreros especializados; 13.7% en empleados de escritorio; 10.3% se hicieron propietarios, y 4.10% abrazaron profesiones liberales.

Este fenómeno de movilidad vertical se observa en todas las sociedades capitalistas actuales, a pesar de las barreras que las clases superiores oponen a los arribistas.

Además, la oportunidad de pasar de una a otra clase superior no se ofrece a un individuo tan pronto como revela cualidades biológicas y espirituales superiores. Las situaciones una vez formadas tienden a permanecer, y con frecuencia el más fuerte biológica y espiritualmente hablando, pierde con el más débil, merced a la inercia, de la resistencia al cambio que oponen las situaciones constituídas.

La función de la herencia en la mortalidad infantil, es por tanto, mucho menor de lo que se afirma. Generalmente el niño nace débil porque todo su desarrollo orgánico está sujeto a condiciones económicas y sociales precarias. En realidad los factores sociales influyen sobre el individuo desde la fase uterina de su existencia; desde entonces sufre las consecuencias del poder adquisitivo y de la educación de sus padres; desde entonces puede estar expuesto a ciertas agresiones que disminuyen su ca-

pacidad fisiológica de resistencia a la muerte y, a partir del nacimiento, si el medio en que llega a vivir continúa siendo precario, tanto menor será su probabilidad de supervivencia. Numerosos estudios, investigaciones e informes así lo confirman.

El reconocimiento de la influencia de los factores sociales en la etiología de las enfermedades, y consecuentemente en la mortalidad, han promovido, entre la profesión médica, un reciente movimiento de la inclusión de la sociología en la medicina. El libro de Henry E. Sigerist, *Diseases and Civilization*, es uno de los pilares de esta tendencia. En él muchos datos son expuestos sobre la determinación económica y social de las enfermedades. El Dr. René Sand, de la Universidad de Bruselas, en su obra *Health and Human Progress* (título este de la edición norteamericana) presenta, con numerosas ilustraciones, toda una doctrina sobre la medicina sociológica que, en su definición, sería el "arte de la prevención y la curación considerada en su base científica y en sus aplicaciones individuales y colectivas desde el punto de vista de las relaciones recíprocas que ligan la salud del hombre con sus condiciones de vida".

El problema de la mortalidad infantil que hasta hoy ha sido considerado desde un ángulo estrictamente médico, se encamina actualmente hacia una situación sociológica. A la luz de este punto de vista, se verá clara-

mente que nuestra alta mortalidad infantil no es, como diría Pedro Borges,[6] un fenómeno fortuito u ocasional cuyas raíces puedan ser encontradas en acontecimientos recientes, sino por el contrario, representa un lógico e inevitable accidente en un orden de cosas establecidas muy remotamente y que persiste aun hoy. Es, al mismo tiempo, una herencia que recibimos de la formación del capitalismo brasileño y de la secular ineficacia que tiene señalada la intervención del Estado en la vida económica y social del país.

Existe una sociología de la mortalidad infantil que localiza sus raíces en el sistema de clases largamente elaborado por nuestra formación histórica y en todo un complejo institucional vigente en nuestra sociedad.

2.—*Mortalidad Infantil y Renta Nacional*

En efecto, la salud no es un don definitivo concedido a los individuos por los dioses o por la naturaleza. De este modo no hay poblaciones innatamente sanas o innatamente enfermas, como insinúa la ideología médica. Es la forma como se distribuyen el poder adquisitivo y

[6] Pedro Borges: "Como fomentar a produção e o consumo dos nossos alimentos de real valor", en la *Revista Brasileira de Medicina Pública*, Julio-Agosto de 1946.

la cultura social (entendida aquí la palabra cultura en su acepción sociológica como un conjunto de ajustes del individuo al universo), que condiciona en forma decisiva los índices de salud de una población.

La salud es, a *grosso modo,* un bien que se conserva o que se adquiere en razón directa de la cultura social y del poder adquisitivo de cada uno. Es un bien cuya distribución en masa podría realizarse[7] mediante una política social adecuada. "La salud —escribe R. H. Tauney— es una mercancía que se puede adquirir y que la comunidad puede poseer, dentro de ciertos límites, en mayor o menor grado según sea el interés en pagar por ella. Puede encaminar sus recursos en una dirección y vivir cincuenta mil de sus miembros que, de otra manera, hubieran muerto; puede encaminarlos en otra dirección y morir cincuenta mil de sus miembros que, de otro modo, hubieran vivido. Así como ningún individuo, por mucho que se esfuerce, puede añadir una pulgada a su altura, una nación que se preocupa en hacerlo, sí puede añadirla a la altura de algunos grupos de sus hijos, pero aumentar también un kilo a su peso" (*La Igualdad,* Fondo de Cultura Económica, México, 1945).

[7] Al estudio sistemático de estas cuestiones es lo que René Sand llama *Economía Humana. L'Economie Humaine.* Presses Universitaires de France, París, 1948.

Uno de los más importantes factores del precario nivel de salud en las poblaciones del Brasil es la pequeñez y la extrema concentración de su renta nacional, de la cual resulta el pauperismo de las masas.

El Brasil es, sin duda alguna, un país potencialmente rico, aunque mucho menos de lo que proclaman los optimistas. Todavía la mayor parte de la riqueza se encuentra inexplorada, así que, en realidad, es un país pobre, cosa que se traduce en una renta nacional comparativamente baja. Se estima que la renta nacional nuestra es, por cabeza, cerca de diez veces menor que la de los Estados Unidos (año de 1940)[8]; cerca de nueve veces menor que la de Suiza; cerca de ocho veces menor que la del Canadá; cerca de siete veces menor que la de Sue-

[8] Fuente: Doc. E/PC/T/180 de las Naciones Unidas. Respecto de la renta nacional se hacen aún las primeras estimaciones. En el Brasil, los estudios de la materia se encuentran en la fase de levantamientos preliminares, realizados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y por la Fundación Getulio Vargas, ambas en colaboración. Por lo que respecta al Brasil, se han hecho algunas estimaciones de mayor aproximación, entre ellas las de Roberto Simonsen, Rómulo de Almeida, Richard Lewinsohn, Marcelo Boldrini *(Conceito e determinação da renda nacional*, en el Digesto Económico, Nº 37 de diciembre de 1947, São Paulo) y la de J. B. D. Derkssen *(Preliminary memorandum on the measurement of national income of Brazil*, Statistical Office of the United Nations, Lake Succes, N. Y., Agosto de 1948).

cia; cerca de cuatro veces menor que la de Inglaterra y sus Colonias en conjunto; cerca de tres veces menor que la de Argentina, y aun menor que la de México.

Si esta renta nacional fuese dividida en partes iguales entre las familias brasileñas, y suponiendo por buenas razones que sean cinco los miembros de nuestra familia media, lo que correspondería a cada una de ellas no sería suficiente para su subsistencia física. Por este procedimiento tendríamos generalizada la miseria.

Además, el Brasil no es un país económicamente homogéneo (ni tampoco culturalmente). Se ha estimado que el 65% de la renta nacional es producido por el Estado de São Paulo y por el Distrito Federal; el resto, 35%, representa la cuota de 19 Estados y 4 Territorios.[9] Esto significa que la renta *per capita* del país, con excepción de São Paulo y del Distrito Federal, es sensiblemente inferior a la cifra de Cr. $ 1008.28.

Examinando aisladamente la economía de los Estados, nos encontramos con un panorama de acentuado pauperismo en la mayoría de ellos. El 43.50% de la producción industrial del Brasil estaba representado, en 1947 por la contribución del Estado de São Paulo; el 19% por

[9] Sérgio Nunes Magalhães Junior, "O Distrito Federal e o Brasil". Folleto Nº 4 del Departamento de Geografía y Estadística del Distrito Federal. También del mismo autor: "Os Cíclos Economicos", Servicio Gráfico do I. B. G. E., Río, 1948.

la del Distrito Federal y, en consecuencia, las cuotas del resto de las entidades federativas sólo representaban el 37.50%.[10]

Pero también es necesario considerar la concentración social de la renta nacional. Es una pista inestimable para apreciar el nivel del bienestar social de la población. Una fuerte concentración social de la renta de un país tiene consecuencias sociales, políticas y económicas. Es un índice del bajo nivel cultural de las poblaciones, de regímenes políticos de protección y de pauperismo. No tenemos noticias de la existencia de ningún estudio sobre este asunto en el Brasil. En cambio, el examen de algunos datos disponibles nos autoriza a afirmar, con seguridad, que nuestra renta nacional se distribuye de un modo marcadamente irregular. En el Distrito Federal apenas un 3.728% de sus habitantes en edad activa (18 años o más) tenían en 1944 una renta líquida superior a Cr. $12,000.00; en tanto que en São Paulo este índice era de 0.924%; de 0.677% en Rio Grande do Sul, y en Minas Gerais de 0.209%.

Estos cálculos no dejan de ser impresionantes, aunque deben de ser usados con reserva en virtud del mal funcionamiento de las secciones recaudadoras y de un ele-

[10] "Estimativa do Valor da Produção Industrial", *Estudos Economicos*, Departamento Econômico da Confederacão Nacional da Industria, Año I, Nº 1. marzo, de 1950.

vado número de declaraciones fraudulentas respecto de los ingresos. Pero otras estadísticas llevan a la conclusión de que hay una extrema concentración de la renta en el Brasil. En un trabajo del escrupuloso demógrafo, Evaldo da Silva Garcia, se averiguó que el personal permanente de los establecimientos agropecuarios censados en 1940, se distribuían, considerando las propiedades en conjunto, en las siguientes categorías: 7.82% eran grandes y medios propietarios; 15.07% eran miembros de las familias de los grandes y medios propietarios; 26.60% lo formaban el contingente de pequeños propietarios (situación un poco mejor que la del asalariado) y sus familias, y el 47.51% estaba constituído por trabajadores asalariados y aparceros.

En fecha más reciente (1945), las Encuestas Económicas del I. B. G. E. demostraron que el personal ocupado en los establecimientos industriales, tomando en conjunto los capitales brasileños, se distribuyeron por porcentajes, en las siguientes categorías: propietarios, 2.85%; personal técnico y administrativo, 10.48%; obreros, 76.20%; personal de transportes, 3.32%; servicios de braceros, 4.92%; viajantes, 0.53%; cajeros y vendedores, 1.70%.

Esta desigualdad en la distribución de la renta nacional restringe la movilidad de una clase hacia otra y, según las palabras de Bernhard J. Stern "establece la

estructura ("framework") crucial de la salud de un pueblo". Las profundas desigualdades del poder adquisitivo en el Brasil no parecen ser pasajeras; al contrario, presentan todos los indicios de que se han mantenido y se mantendrán estables durante mucho tiempo. Las razones de este hecho son muy poderosas y la principal de ellas consiste en que el capitalismo brasileño se encuentra en su fase incipiente. Constituímos un país de pequeña renta y de insuficientes capitales para desenvolver la economía nacional en la medida de las necesidades de la población brasileña. Es ingenuo pensar en una distribución más avanzada. Por mucho tiempo el desenvolvimiento del país tendrá que obtenerse a costa del pauperismo o de salarios de hambre.

3.—*Niveles de Vida en el Brasil*

Por otra parte, la valoración de los niveles de vida de la población brasileña a la luz de la sociología del presupuesto familiar, ofrece la oportunidad de verificar el origen económico y social de los problemas de la salud del país. Tal valoración presupone, no obstante, el conocimiento de algunas "normas de vida" que pasamos a exponer (Remitimos al lector interesado en el estudio de estas cuestiones a nuestro libro titulado "Sociología de Orçamento Familiar, D. A. S. P. Rio, 1950).

El autor de las más claras clasificaciones de los niveles de vida es C. S. Wyand, que los agrupa en cuatro modalidades: el nivel de pobreza, el nivel mínimo de subsistencia, el nivel mínimo de salud y decencia y el nivel de comodidad.

El nivel de pobreza, dice Comish, sólo permite mantener juntos el cuerpo y el alma. En él, ni siquiera la más prudente utilización de la renta disponible permite satisfacer las necesidades de la familia media; la menor emergencia expone a los individuos a la caridad pública o a la dependencia.

El nivel mínimo de subsistencia permite mantener satisfactoriamente la vida física, aunque sea insuficiente para permitir la satisfacción de las necesidades sociales; implica también una condición precaria de existencia. Una extrema prudencia en la selección de los bienes y una cuidadosa economía en los gastos, son requisitos necesarios para el sostenimiento de este nivel y para evitar desastres económicos. Una emergencia importante lleva frecuentemente a los individuos a contraer deudas.

Sin duda es a la población de este nivel a la que se aplica la famosa teoría del "ciclo de pobreza" formulado por B. S. Rowntree, según el cual el obrero pasa por tres períodos de pobreza y por dos períodos de relativa abundancia. A menos que su padre sea un obrero calificado, aquél permanecerá probablemente en el estado de pobre-

za durante su primera infancia, cuando su constitución física está aun en desarrollo. Esta situación perdura hasta que él y sus hermanos comienzan a ganar dinero y elevan la renta de la familia a una condición de relativa abundancia. La prosperidad dura hasta que se casa y tiene dos o tres hijos; entonces el obrero caerá nuevamente debajo de la línea de pobreza, ya en su edad madura, cuando debería estar en la mejor situación. Este segundo período de pobreza continúa hasta que sus hijos crecen y comienzan a ganar dinero. Entonces se inicia el segundo período de relativa abundancia, durable hasta que sus hijos dejan el hogar, y al sobrevenir la vejez, es entonces cuando regresa a la pobreza por tercera y última vez.

Una investigación entre comerciantes realizada en el Distrito Federal (L. A. Costa Pinto, "Estudo sôbre padrão de vida", en *Digesto Econômico,* Junio de 1949), nos ofrece material ilustrativo de lo que B. S. Rowntree llama "ciclo de pobreza". En este trabajo se observa que "los presupuestos de familias hasta de tres miembros —que hacen un total de 106 unidades— son todos deficientes; en ellos, por contingencias de su propia estructura, predominan en más del 50% las familias en las que sólo hay un elemento activo.

"En la escala ascendente del número de miembros de las familias, el primer presupuesto medio donde encon-

tramos que los ingresos son mayores que los gastos, es el de las familias compuestas de cuatro miembros, de los cuales ninguno es dependiente. Los presupuestos en los que los ingresos traspasan los gastos comienzan a aparecer con más frecuencia a partir del grupo de familias compuestas de seis miembros; éstas, con uno, dos y tres dependientes, aun llegan a tener superávit, pero con 4 y 5 dependientes vuelven a presentar déficit. Lo mismo ocurre con las unidades de siete o más miembros, donde los presupuestos deficientes tienden a disminuir y los déficits encontrados tienden a reducirse. De este modo, en las familias de menor volumen predominan los presupuestos deficientes, en tanto que en las familias de volumen mayor la tendencia es inversa".

El nivel mínimo de salud y decencia permite no sólo llegar al bienestar físico, sino a la satisfacción de las necesidades sociales más elementales. En este nivel, la lucha por la supervivencia no es aguda. El vestido, por ejemplo, puede ser no solamente abrigador, sino respetable en el sentido de que esté propia y razonablemente dentro de lo señalado por la moda. Es posible economizar y tener una pequeña cantidad destinada a diversiones y actividades sociales sin que se vea amenazado en ninguna forma el presupuesto de las necesidades más elementales.

Es posible calcular en dinero el presupuesto básico de una familia de este nivel. No obstante, de acuerdo con las variaciones del valor real de la moneda, nos parece más conveniente y práctico, para los fines de comparación estimar cuáles son los porcentajes normales de los gastos realizados en los varios renglones de los egresos familiares.

El National War Labor Board, en un *Memorandum on the minimum wage and increased cost of living* (1918), propuso un presupuesto mínimo para una familia de cinco miembros, cuyos renglones se distribuyen en porcentaje del siguiente modo: alimentación, 44.4%; vestido, 16.9%; habitación, 13.0%; combustibles y luz, 4.4%; diversos, 21.3%. Por su parte el National Industrial Conference Board propuso, para el año de 1921, el siguiente presupuesto básico para una familia de cinco miembros: alimentación, 43.1%; vestido, 13.2%; habitación, 17.7%; combustibles y luz, 5.6%; diversos, 20.4%.

El nivel de la comodidad empieza cuando el presupuesto permite que los diversos gastos suban en un 25% del ingreso total. En este nivel la alimentación, el vestido y la habitación son satisfactorias y variadas, y los gastos para diversiones, transportes y educación son relativamente considerables. Este es el nivel de las clases de mayor rendimiento.

Para una valoración de los niveles de vida de la población brasileña se pueden utilizar estas referencias, especialmente los presupuestos-modelo propuestos por el National War Labor Board y por el National Industrial Conference Board. Ambos fueron elaborados teniendo en cuenta la población asalariada y la familia media de cinco personas.

En el Brasil varias investigaciones han demostrado que el número medio de los componentes de una familia es de cerca de cinco miembros.

El Gabinete Técnico do Serviço Nacional do Recenseamento calcula que el número medio de los componentes de una familia rural brasileña es 5.10, tomando como base los resultados del censo demográfico de 1940, en una región que incluye a 340 municipios brasileños pertenecientes a dieciséis Unidades Federales y representativas de zonas evidentemente rurales, cuya población es inferior a 20,000 habitantes.

En cuanto a la familia media urbana son varios los cálculos que merecen confianza. En 1936 Samuel H. Lowrie encontró entre los obreros de la Limpieza Pública de São Paulo una familia media de 4.98 miembros, compuesta en lo general, por un hombre, su esposa, un hijo de menos de 7 años, otro en edad escolar y un quinto miembro de 14 a 17 años o de más de 65 años de edad. Otro cálculo se basó en la investigación realizada en 1942

por los señores Dácio de Almeida Cristóvao y Haroldo D. Chope en el barrio paulista Jardim América, habitado por elementos de diferentes clases sociales. La familia media encontrada ahí fué de 4.45 miembros. En 1948 en el Morro de São Carlos, Distrito Federal, se encontró una familia media de 4.48 miembros. También en el Distrito Federal se encontró en la población de comerciantes una familia media de 5.54 componentes.

La situación de los niveles de vida en el Brasil se expresan en el siguiente cuadro:

Ninguno de estos presupuestos familiares encontrados en la población de trabajadores rurales y urbanos del Brasil se aproxima a lo que puede considerarse como un nivel de salud y de esencia. En efecto, en todos ellos encontramos que más de la mitad de los ingresos de las familias es aplicado a la adquisición de alimentos. Los gastos para alimentación, habitación, vestido y combustible absorben, en todos los casos, cerca de 85% de los presupuestos, dejando un pequeño sobrante para la satisfacción de otras necesidades. Estos mismos gastos llegan sólo al 72.8% del gasto total de la familia obrera en Francia ("Budgest de Familles de Salaries de la Région Parisienne en Novembre 1946", en *Bulletin de la Statisque Générale de la France,* Supplément Avril-Juin, 1948). En los dos presupuestos familiares de trabajadores rurales se debe observar el porcentaje relativamente alto corres-

pondiente a excitantes. Los gastos por instrucción son prácticamente insignificantes. Así, pues, no sólo debe estudiarse el aspecto del porcentaje de los renglones de presupuesto familiar. El nivel de vida presupuestado por los porcentajes mencionados se agrava aún más cuando se sabe que el contenido de la dieta y la calidad de la habitación y del vestido son también bajos, a pesar de lo que representan presupuestalmente.

Todo nos lleva a creer que estos presupuestos familiares pueden ser considerados como representativos de la gran mayoría del pueblo brasileño. En el sector de la alimentación, por ejemplo, se estimó en 1942 que, desde el punto de vista de las calorías, el pueblo brasileño consume apenas el 60% del mínimo que necesita, tomándose como base que son necesarias 3,000 calorías en bruto por adulto del sexo masculino.[18] En el mismo año el con-

[18] Esta estimativa es del Departamento Económico de la Confederación Nacional de la Industria. En el número de septiembre de 1950 de *Conjuntura Económica*, se estima en 130 calorías diarias *per capita* el déficit de nutrición en el país o en menos del 6% de lo necesario, admitiendo (como lo hace *Conjuntura Económica*) que, por término medio, las necesidades diarias de la población brasileña son de 2,430 calorías *per capita* y considerándose como base del cálculo 3,000 calorías para el adulto y de 600 a 2,250 para niños y jóvenes de 13 años. La discrepancia entre estas dos estimaciones (40% y 6%) es, según se ve, muy aguda lo cual da la idea de la precariedad de las estadísticas

sumo de pan y de cereales de la población brasileña era de cerca de 39% menor que el mínimo necesario. También de un 39% fué el déficit del consumo de frutas y legumbres; de 37.5% el de la leche y sus derivados; de 39% el de carnes y pescado, y de 38% el de grasas y aceites.[19] En 1948 el déficit en el consumo de carne fué cerca de 40%.

Este bajo consumo se agrava más aún a causa de la creciente disminución de la producción animal vegetal en nuestro país, demostrada por los levantamientos de las nacionales. Aún más, las investigaciones monográficas respecto de lo proporcionado por el Departamento Económico de la C. N. I., sobre la dieta alimenticia de las familias de obreros, acusan un déficit de nutrición entre esos grupos. Por lo demás, se comprende el relativamente pequeño déficit estimado por Conjutura Económica, ya que ella se basó en las estadísticas de producción de artículos alimenticios que indican una cifra evidentemente superior a la de consumo. Conviene resaltar también que el padrón de 3,000 calorías sea razonable, tal vez, para poblaciones de los países plenamente desenvueltos, en donde la contribución de la fuerza humana a la potencia energética total es mínima. En los países poco desenvueltos, como los de la América Latina, en los que el esfuerzo muscular representa más del 50% de la energía total (en los Estados Unidos esta cifra es cerca de 2.4%; de 4.5% en Noruega y de 4.4% en Inglaterra) el padrón de 3,000 calorías nos parece muy bajo.

[19] "Sugestões para uma Política Econômica Panamericana". Consejo Económico de la Confederación Nacional de la Industria, s/d.

PORCENTAJE DE LAS DIFERENCIAS DE DISTRIBUCION DE LOS GASTOS EN LOS PRESUPUESTOS FAMILIARES DEL BRASIL

Porcentaje de los gastos mensuales en:	*Investigación: Leitão, Cavina, Palmeira. — Trabajador rural. 1934.*[11]		*Investigación: Davis. São Paulo 1934.*[12]	*Investigación: J. Castro. Recife. 1935.*[13]	*Investigación: Lowrie. São Paulo 1936.*[14]	*Investigación: Araujo. São Paulo 1940.*[15]	*Investigación: Pompeo do Amaral. São Paulo 1941.*[16]	*Investigación: Sesi. D. F. 1947.*[17]
	1er. Grupo	*2º Grupo*						
Alimentación	65	80	50	71.6	53	52	51	54.1
Habitación	5		22	18.9	18	12	18	11.3
Vestido	8		10		10	7		11.1
Combustible	7	5	4		4	3		
Higiene - medicina - dentista - farmacia					2	4		6.7
Diversiones			0.8		0.3	0.2		3.4
Instrucción			0.2		0.2	0.6		1.6
Transportes					2	3		3.3
Imprevistos								4.3
Tabaco			2		2	3		
Excitantes	10	10						
Otros gastos	5	5	11	9.3	8.5	14.5	31	4.1

[11] Evaristo Leitão, Romulo Cavina, João Soares Palmeira, *O Trabalhador rural brasileiro*, Departamento de Estadística y Publicidad, Ministerio del Trabajo, Industria y Comercio, Río, 1937.

[12] H. B. Davis, *Padrão de Vida dos Operários da Cidade de São Paulo*, en "Revista do Arquivo Municipal", Vol. XIII, São Paulo.

[13] Josué de Castro, *Alimentacão e Raça*, Civilização Brasileira, S. A. Río 1936, p. 95.

[14] Samuel H. Lowrie, *Pesquisa de padrão de vida das familias dos operários da Limpieza Pública da Municipalidade de São Paulo*, en "Revista do Arquivo Municipal", Año V. Vol. LI.

[15] Oscar Egídio Araujo, *Uma Pesquisa da Padrão de Vida*; suplemento al Volumen LXXX de la "Revista do Arquivo Municipal", São Paulo.

[16] F. Pompeo do Amaral, *Política Alimentar*, Editora Brasilense, São Paulo, 1945.

[17] *Relatório Anual da Divisão Regional do SESI*, Río, marzo de 1947 a marzo de 1948. Véase también: Gilberto Freyre, *NORDESTE*, Livraria José Olympio, Editora, Río, 1937, pp. 237-238, quien dice: "Hacia la primera mitad del siglo XIX, decía un documento del Consejo General de Salubridad Pública de la Provincia de Pernambuco: "El daño que proviene contra la salud pública por la destrucción de los bosques, por la falta de cuidado en la conservación de los animales y del tratamiento de sus enfermedades, no se limita a su trasmisión ni a su destrucción momentáneas, sino que tiende también a producir una alteración orgánica, subsecuente y general proveniente de la falta de toda clase de producción. El jornal medio de un hombre es de 640 rs; el hombre socialmente considerado es la reunión de tres personas: marido, mujer y un hijo; y es el primero quien soporta al máximo todo el trabajo, trabajo de permuta al que todos van a proveer. Suponiendo que cada uno, coma una libra de carne por día y no pasando ésta de diez patacas la arroba, gastará en carne 300 rs.; si sumáramos 80 rs. de harina y 20 rs. de leña, tendríamos que el hombre gasta en comida 400 rs. diarios y 12$000 en un mes, y como la casa consume poco más o menos un tercio de lo que se come y que en el caso supuesto es de 4$000, suma en total 16$000; quedándole cuatro mil reis para sustentarse en los días santos, para las enfermedades, para vestirse, etc., lo cual es imposible para el hombre que desea vivir higiénica y honradamente; pero siendo notorio que el pobre también vive con honra, conviene saber cómo se hace esto. La carne seca, el pescado seco y salado y las más de las veces arruinado, la harina sin goma, la mala comida, el mal dormir, la mala casa, la hacienda arruinada, son los productos que consume el pobre, además de la disminución que está obligado a hacer para acomodarse. En tales condiciones, esta familia no dejará de sufrir, su organización no tendrá un completo desenvolvimiento, la cantidad de trabajo será menor y mala será su prole; de ella saldrá el soldado flaco y cobarde; el marinero sensible y sin intrepidez; las criadas y amas que se van a encargar de los hijos de los ricos serán malas por su organización y su educación".

últimas estadísticas. La media brasileña del consumo de carne que, según cálculos de Pedro Borges, era de 55 Kg. *per capita* hace diecisiete años, bajó a 23 Kg. en 1939 y a 13 Kg. en 1942;[20] en 1948 el consumo de carne *per capita* fué de 20.73 Kg. Por lo que respecta al consumo de leche sigue la misma progresión decreciente. El brasileño consume cerca de 37.3 litros de leche por año, en tanto que el argentino consume 135 litros, 164 el dinamarqués, 136 el holandés, 95 litros el inglés, 159 el norteamericano y 263 litros el suizo.[21] Según cálculos estimativos más recientes (1947), el consumo medio diario de leche en especie es de 52 cms^3. Porto Alegre y São Paulo son las ciudades del Brasil donde se registran los mayores consumos *per capita,* a saber: 170 y 150 cms.^{3} respectivamente. En el año de 1939 este mismo consumo era en Boston de 882 grs.; en Nueva York de 622 grs.; de 334 grs. en Buenos Aires, y de 241 grs. en Montevideo.

Nuestra producción agrícola *per capita* manifiesta claramente una tendencia a disminuir. En 1938 llegó a 0.45 toneladas, variando en los años siguientes, como

[20] Datos utilizados en 1946 por el Sr. Pedro Borges. Trabajo ya mencionado anteriormente.

[21] Agostinho Monteiro, *Problemas de Alimentação no Brasil.* Río, 1946. También: Thales de Azevedo, *Padrão Alimentar da População da Cidade do Salvador,* Departamento de Salud, Secretaría de Educación y Salud, Bahía, 1947.

sigue: 1939, 0.44; 1940, 0.40; 1941, 0.43; 1942, 0.41; 1943, 0.42; 1944, 0.39.[22] En 1946, el nivel del consumo anual *per capita* de géneros alimenticios fué 10% menor que el del año de 1933.

El vestido y los paños de casa consumidos por la gran mayoría de la población brasileña son, predominantemente, tejidos de algodón. En 1949 el consumo *per capita* de tejidos de algodón se calculó en 18 mts.; es decir, 3.4 veces menor que el verificado en 1929 en los Estados Unidos. El consumo de lana en el Brasil (0.29 mts. *per capita* en 1949) es, desde el punto de vista del conjunto de la población, verdaderamente insignificante. Se estima que el consumo nacional de hilados y tejidos es cerca de cinco veces menor que el consumo general de los Estados Unidos.[23]

Por lo que respecta a la habitación, la Fundação da Casa Popular estimó que en 1946 había una super-población de 14.000,000 de personas en el Brasil, lo que significa que cerca del 30% de su población vivía en malas condiciones; también estimó este órgano que el 50% de las habitaciones del país no llenaban las condiciones mínimas de higiene y comodidad.[24]

[22] Véase el trabajo citado en la Nota 17.

[23] Idem.

[24] Idem. Véase también *O Problema da Habitação Popular no Brasil.* Fundación de la Casa Popular, Río, 1947.

Los problemas resultantes de la desigualdad económica del Brasil se agravan por su heterogeneidad cultural. El Brasil es un mosaico de culturas, como ya observó Lynn Smith. El "gradient" que Robert Field y otros sociólogos encontraron en México, también puede observarse en nuestro país. De la costa del Atlántico hacia el interior del Brasil, se encuentran numerosos grados culturales, desde la "civilización" hasta la llamada "cultura de folk". Sobre este "gradient", Emilio Willems en su libro *PROBLEMA RURAL BRASILEIRO DO PUNTO DE VISTA ANTROPOLOGICO* (São Paulo, 1944), escribe:

"Si en el mapa del Brasil trazamos una recta que ligara la ciudad de São Paulo con las cabeceras del Xingú, en la meseta matograsense, encontraríamos a un lado de esa línea una serie de agrupamientos humanos culturalmente muy heterogéneos. En una extremidad está la metrópoli moderna representando un tipo de civilización urbana que se está difundiendo rápidamente en todas las zonas de la Tierra donde ha llegado la cultura occidental. Tipos más antiguos de civilización urbana le ceden lugar y este acto se expresa en la substitución de barrios antiguos con su arquitectura multisecular por una especie de edificación urbana altamente estandarizada. Este fenómeno se procesa, de manera semejante, en las

metrópolis sudamericanas, en las ciudades medioevales de Europa y en las antiguas ciudades asiáticas.

"Siguiendo la recta, se tropieza con un tipo de cultura rural estrechamente ligada a la ciudad: es atravesada por caminos, sus hombres trabajan y producen para los mercados. Si por cualquier motivo que, a veces, escapa a la comprensión de esos rústicos productores, los mercados dejan de comprar su producción o les es disminuída la compensación monetaria, su vida se hace extremadamente difícil, ya que su subsistencia material depende del cambio de moneda y del lucro.

"Prosiguiendo por la recta nos encontramos, ya más bien distante del punto de partida, con poblaciones mestizadas cuya vida parece transcurrir en un mundo diferente del nuestro; poco o nada las liga al mercado urbano; no dependen de él, y el uso que hacen del dinero es muy restringido. Las altas y bajas del café o del algodón no les afectan porque no cultivan esos productos o les son cultivados por otros, o bien porque la producción apenas se destina al consumo personal. Generalmente somos poco piadosos con esas poblaciones, pues les aplicamos epítetos tales como "atrasados", "indolentes" y otros menos lisonjeros aún. Viven de una manera juzgada como indigna y despreciable.

"Encontramos que deben trabajar y producir más y mejor, que deben abonar sus siembras, usar jabón, tener

escuelas, parteras, farmacias y médicos. Si a uno de esos individuos le preguntáramos si sabe el nombre del Presidente de la República, no entenderían bien el sentido de nuestra pregunta. Se disgustaron poca cosa con nuestro consejo de curar o evitar la anquilostomiasis. Aunque hablan portugués no parece fácil entenderse con ellos".

En 1940 sólo el 43% de los brasileños de diez años o más sabían leer y escribir. En los municipios de las capitales el 71.1% de las personas de diez o más años sabían leer y escribir, en tanto que en los municipios del interior sólo el 36.9% de los individuos en dicha edad sabían leer y escribir. En Acre el 42.6% de las personas de diez años o más, residentes en la capital, sabían leer y escribir, y sólo el 37.8% de los residentes en los municipios del interior sabían hacerlo. En la Amazonia las cifras correspondientes eran, respectivamente, 67.3 y 32.6%; en el Pará, 75.1 y 24.8%; en Maranhão, 67.9 y 20.2%; en Piauí, 38.6 y 20.3%; en Ceará, 64.5 y 26.2%; en Rio Grande do Norte, 61.5 y 27.8%; en Bahia 70.9 y 23.0%; en Minas Gerais, 81.8 y 50.8 y en Goiás 40.6 y 25.6%

4.—*Mortalidad Infantil y Estructura Económica*

La alta mortalidad infantil es un fenómeno condicionado por la estructura económica y social del país. Bur-

damente puede decirse que sólo a través de la desconcentración del poder adquisitivo y de la universalización de la cultura social, será posible conseguir una disminución significativa del número de muertes de los menores de un año de edad.

Toda medida que tienda a disminuir nuestra alta mortalidad, pero que no contribuya a la desconcentración del poder adquisitivo y a la universalización de la cultura social y que, en suma, no contribuya a la transformación estructural de la economía y de la organización social, es superflua y carente de eficacia real.

Nuestra alta mortalidad infantil es un fenómeno perfectamente normal e inevitable en las actuales condiciones de vida del país. Se explica por lo que Radhakamal Mukerjee llama "ajustamiento ecológico" ("The ecological control of population", Congrés Int. de la Prop., París, 1938). Es una especie de mecanismo regulador por medio del cual la población equilibra sus recursos con sus necesidades. Permaneciendo igual tales recursos, el decrecimiento de nuestra mortalidad infantil equivaldría a una amenaza para la subsistencia de esa población. Algunas investigaciones efectuadas en poblaciones experimentales de plantas y animales demostraron que hay un límite de recursos limitados impuesto por todo medio ambiente al proceso vital del crecimiento de la población. Pearl observó que ciertas moscas restringen la produc-

ción de huevos mucho antes de superar la capacidad suplementaria de alimentación del medio, con el aumento de la densidad de población. En cuanto a las comunidades humanas, Radhakamal Mukerjee afirma: "El hombre substituye a los mecanismos reguladores automáticos de la multiplicación animal por factores socio-psicológicos, costumbres y tradiciones. Estos factores se integran en niveles de vida, pero frecuentemente dejan al hombre sin indicaciones en cuanto al control del número. Así, sucede con frecuencia que el hombre aumente la población por encima de la densidad que permite el goce satisfactorio de la vida, de la libertad y de la riqueza. Cuando este desequilibrio es mayor se produce un ajuste ecológico de los índices de natalidad y mortalidad por el decrecimiento de la primera y el aumento de la segunda, o bien por ambas cosas, y el poblamiento humano reencuentra el equilibrio ecológico" (op. cit.). Para Mukerjee, la naturaleza inflama estos mecanismos para prevenir una "ecological calamity". Sucede aquí lo que se tiene observado en familias de cortos ingresos; las más prolíficas son las que presentan mayor número de defunciones en los hijos. La manutención de los hijos que viven agrava más aún el ya bajo padrón de vida de la familia obrera brasileña, restringiendo la calidad y la cantidad de su alimentación, de su habitación, de su vestido, transporte, educación, diversiones, etc. Un estudio

efectuado en el Pará por el Dr. Pedro Borges demuestra lo anterior (*Diretoria Municipal da Alimentação, protejo de organização*, Belén, Pará, 1940), del cual transcribimos el cuadro que sigue:

FECUNDIDAD DE LA MADRE PROLETARIA DEL ESTADO DEL PARÁ, Y MORTALIDAD DE SUS HIJOS

Nº de hijos	*Nº de familia*	*Total de hijos*	*Hijos Muertos*	*Porcentaje (%)*
0	6	0	0	
1	42	42	9	21.4
2	30	60	12	20
3	15	45	12	26.6
4	25	100	28	28
5	20	100	37	37
6	16	96	39	40.6
7	11	77	37	48
8	12	96	41	42.7
9	13	117	56	47.8
10	12	120	64	53.3
11	10	110	69	62.7
12	11	132	87	65.9
13	8	104	82	78.7
14	9	126	93	70.6
15	5	75	53	70
16	2	32	24	75
17	1	17	12	70.5
18	1	18	12	66.6
20	1	20	18	90
Totales	250	1.489	758	52.8

Este fenómeno es universal. En Inglaterra y Gales de acuerdo con una publicación oficial de 1917, los coeficientes de mortalidad infantil, según el volumen de la familia, fueron los siguientes: familias con un hijo, 122; con dos hijos, 140; con tres hijos, 162; con cuatro hijos, 176; con cinco hijos, 189; con seis hijos, 199; con siete hijos, 206; con ocho hijos, 214; con nueve hijos, 225; con diez hijos, 246; con once hijos, 267; con doce hijos, 300; con trece hijos, 331; con catorce hijos, 364; con quince hijos, 394.

Hay países de baja mortalidad infantil que ya resolvieron prácticamente el problema del bajo consumo. En esos países los servicios médicos de asistencia infantil pasaron en gran escala, a manos del Estado, en una etapa posterior a la de la resolución del problema del consumo insuficiente. Es, pues, evidente que en un sistema económico precario la aplicación de los recursos del Estado debe orientarse en el sentido de las necesidades más urgentes y en busca de un efectivo rendimiento social.

Es imposible la existencia de una baja mortalidad infantil "dentro de un sistema económico incipiente como lo es aún el sistema económico brasileño, y dentro de un sistema demográfico-sanitario estructurado sobre estómagos vacíos y precaria educación".[25] Nuestra alta mor-

[25] João Lyra Madeira, "Brasil e a Providencia Social", en *Industriarios*, órgano oficial del I. A. P. I. Nº 3, Junio, 1948.

talidad infantil —como diría el claro economista João Lyra Madeira— es parte integrante del sistema económico brasileño, al cual está indisolublemente ligada.

Sólo podremos hacer bajar estos índices de una manera efectiva a través de la transformación radical del sistema económico nacional, o lo que es lo mismo, a través del perfeccionamiento de los métodos de explotación de los recursos naturales disponibles, de la elevación de la capacidad productiva del hombre brasileño y de una racional distribución "del resultado de los esfuerzos de cada hombre entre los que cooperan en el proceso de producción".[26]

Cuando queremos hacer resaltar lo calamitoso de nuestros coeficientes de mortalidad infantil, los comparamos con frecuencia a los de Suecia, Noruega, Australia, Suiza, Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania. Esta comparación se hace por lo general para encarecer la necesidad de introducir medidas directas. No obstante, le falta conexidad, pues lo que debía compararse son los padrones de vida de esos países.

Ahora bien, el padrón de vida de una población —sugiere con acierto el brillante economista y geólogo compatriota Glycon de Paiva—[27] que, puede expresarse por

[26] Idem.

[27] Glycon de Paiva. *Planificação dos Espaços de Ocupação*

el índice anual "per cápita" del consumo de energía, o sea, un alto consumo o uso adecuado de las principales categorías de los bienes y artículos de lujo, es incompatible con el consumo de la energía.

A la luz de este criterio y según cálculos realizados respecto del año de 1948, el padrón de vida brasileño se caracteriza por el consumo anual "per cápita" de 63.09 kg. de carbón mineral y 62.4 kwh. de energía eléctrica, en tanto que el consumo respectivo en Suecia fué de 1058 kg. y 1174 kwh.; en Noruega de 626 kg. y 2779 kwh.; en Suiza de 573 kg. y 1608 kwh.; en Holanda de 1434 kg. y 320 kwh.; y en Estados Unidos (1947) de 3741 kg. y 1070 kwh.

El bajo consumo de energía de origen no muscular es, en efecto, un símbolo de atraso económico, es decir, de sistemas agrícolas e industriales basados en una extensa utilización de la mano de obra. Es lo que ocurre, por ejemplo, en el Brasil, en la India, en China, países en los que el hombre lucha contra la naturaleza con medios rudimentarios cuyo manejo exige relativamente un gran esfuerzo muscular. Así, el trabajo diario producido en kilowatts hora, por habitante, según cálculos realizados en diciembre de 1944 por el Sr. Glycon de Paiva, es, en el Brasil, de 0.47; en la India, de 0.36 y en China, de 0.34.

Industrial no Brasil. Depto. Nacional de la Producción Mineral. Río, 1945.

Por otra parte, en los Estados Unidos este índice es de 10.02; de 10.00 en Canadá; de 5.75 en Noruega; de 5.00 en Inglaterra; de 4.95 en Alemania; de 3.37 en Suiza; de 3.36 en Suecia; de 3.25 en Francia y de 2.80 en Australia.

La disparidad de las fases económicas entre el Brasil y los países de baja mortalidad infantil, se percibe más claramente al cotejar el porcentaje de utilización de la energía muscular. De este modo, mientras en el Brasil la energía muscular representa 51.00% de la energía total, en Australia es de 9.40%; en Francia de 7.65%; en Suiza de 7.40%; en Suecia de 7.30%; en Alemania de 5.30%; de 4.40% en Inglaterra; de 4.50% en Noruega; de 2.40% en Canadá y de 2.40% en los Estados Unidos.

A este respecto T. Lynn Smith escribe (*Sistemas Agrícolas*, sobretiro de la Revista Brasileira de Geografía, Nº 2, Año IX, 1947): "El Brasil ha sido siempre, y todavía hoy sigue siendo casi exclusivamente rural. No sólo es bastante elevado el porcentaje de la población que pasa su vida de manera exclusiva dentro del ambiente rural, sino que el grado de rusticidad, esto es, la falta de trazos e influencias urbanas en las comunidades rurales es también muy alto. Tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, el Brasil es una de las naciones más rurales del mundo; de ahí que no sea una sorpresa tan

grande el hecho de que la tala y la quema de pastos y arbustos y las espaldas del hombre y la mujer (a veces auxiliados por el animal de carga o por el carro de bueyes) representan aún los elementos básicos de la producción y del transporte rural en la mayor parte del territorio brasileño".

Estos datos dan configuración a la situación nacional del pauperismo. Pero es preciso recordar que el pauperismo no incluye tan sólo el bajo poder adquisitivo de las masas; implica un repertorio de hábitos sociales, hábitos típicos de la pobreza cuya influencia negativa sobre la vitalidad humana se suma a la del bajo poder adquisitivo. No es solamente la desnutrición, el mal vestir, la mala habitación en sí mismas lo que disminuyen la vitalidad del hombre brasileño, sino también los hábitos que aquéllas condicionan. El pauperismo es un complejo económico, cultural y psicológico. Puede ser que nadie muera de hambre en el Brasil, como claman algunos optimistas, pero sí muere por los hábitos típicos de la vida de pobreza.

El descenso de la alta mortalidad infantil en el país, así como el de sus índices de mortalidad general y de morbilidad, deberán ser el resultado substancial de la superación efectiva de la actual fase de nuestro sistema económico. Investigaciones como las que el Gobierno ha hecho en Volta Redonda y en el Valle de San Francisco, son mucho más efectivas en el tratamiento de la "morta-

lidad infantil que los servicios médicos de asistencia directa. Poblaciones enteras se rehabilitan mediante la realización de tales procedimientos; la simple instalación de lámparas eléctricas en viviendas pobres, tal como ocurrió en el Valle del Tennessee, vienen a constituir, un promotor de cambios en masa de las actitudes humanas.

5.—*¿La Alta Mortalidad Infantil del Brasil es un Problema?*

Cuando consideramos nuestra mortalidad infantil como un problema social, en realidad estamos importando una definición o una idealización de países más adelantados que el nuestro; estamos procediendo al transplante de un trazo cultural sin que tengamos aún las condiciones necesarias para adoptarlo.

De hecho, en los países en donde no hay pauperismo, se considera un oprobio todo coeficiente de mortalidad infantil superior a 100. Los países más adelantados del mundo presentan, en efecto, coeficientes inferiores a ese número. En 1946 era 30 el de Suecia; 36 el de Noruega; 38 el de los Estados Unidos; 41 el de Suiza; 48 el de Inglaterra y Dinamarca; 51 el del Canadá; 63 el de Finlandia; 68 el de Irlanda; 80 el de Holanda y 83 el de Francia.[28]

[28] *Monthly Bulletin of Statistics*, Vol. II, Nº 4. Abril de 1948. Statiscal Office of United States, Lake Sucess.

¿Cuál es el coeficiente de mortalidad infantil en nuestro país? Sólo los superficiales responden rápidamente esta pregunta. En verdad el coeficiente de mortalidad infantil en el Brasil es todavía un misterio. Puede decirse que todos los cálculos elaborados hasta ahora con fundamento en los datos del registro civil no representan la realidad. En primer lugar, porque los propios archivos —y sobre todo los del interior del país— están mal organizados y dejan de proporcionar informaciones a los órganos estadísticos; en segundo lugar, porque son muchos los padres que se abstienen de registrar a sus hijos en el primer año de su vida y aún en edades más avanzadas, unas veces por ignorar la existencia del registro civil, otras con toda deliberación, pues temen que sus hijos sean molestados con la obligación del servicio militar, y otras más por no poder distraer de su presupuesto el importe necesario para hacerlo.

Es comprensible, por tanto, que haya una gran evasión en las estadísticas del registro civil del Brasil. Se puede obtener una perspectiva de la importancia de esta fuga de datos leyendo el siguiente cuadro elaborado por el señor Heitor Bracet ("O Registro Civil das Pessoas Naturais", en *Revista Brasileira de Estatística*, Abril-Septiembre de 1947, página 367).

MENORES DE UN AÑO REGISTRADOS Y CENSADOS EN 1940

Unidades de la Federación		*Registrados hasta el 30 de noviembre*[29]	*Censados en 1º de septiembre*	*Deficiencia del Registro Civil en Porcentaje*
	Acre	44	3 321	98,67
Norte	Amazonas	334	14 375	97,67
	Pará	3 246	32 179	89,91
	Maranhao	2 366	42 613	94,44
	Piauí	1 051	30 519	96,55
	Ceará	4 010	85 581	95,20
Nordeste ...	Río Grande do Norte	2 158	30 102	92,83
	Paraíba	6 686	53 515	87,50
	Pernambuco	5 673	86 031	93,40
	Alagoas	1 512	28 912	94.77
	Sergipe	2 006	18 864	89,36
	Bahia	7 270	113 849	93,81
	Espíritu Santo	8 544	27 892	69,37
Oeste	Minas Gerais	67 552	216 909	68,85
	Río de Janeiro	18 852	62 483	69,56
	Distrito Federal	25 823	40 920	36,89
	Sao Paulo	148 477	230 819	35,67
	Paraná	17 429	45 725	61,88
Sur	Santa Catarina	15 457	46 294	66,61
	Rio Grande do Sul	40 279	115 805	65,21
Centro-Oeste.	Mato Grosso	1 895	13 139	85,57
	Goiás	3 761	30 106	87,50
	Brasil	384 525	1 367 953	71,89

NOTA: Fueron excluídos de este cuadro 2577 menores de un año censados en territorio pendiente de litigio entre los Estados de Minas Gerais y Espirito Santo.

[29] Relación de Sucesos comunicada al S. E. D. M. P.

No es de extrañar, por tanto, que en 1935 se haya encontrado en una capital del norte del país un número mayor de defunciones de menores de un año que el de los nacidos vivos. Por ser los más fidedignos, de acuerdo con lo que suponemos, utilizaremos aquí los cálculos del Prof. Giorgio Mortara, basados en el censo demográfico de 1940. Según él, los coeficientes de mortalidad infantil en el trienio 1938-1940, fueron los siguientes: En Recife, 267.03; en Salvador, 201.40; en Porto Alegre, 187.46; en Belén, 159.67; en Río de Janeiro, 159.24; en Belo Horizonte, 157.87 y en Sao Paulo 135.21.[30]

Por lo tanto, en materia de mortalidad infantil, nuestro país se encuentra en la fase del oprobio. No obstante, es necesario observar que el tipo de mortalidad infantil verificado en nuestro país es una de las muchas manifestaciones de una fase de la evolución económica y social en que se encontraban, con sus peculiaridades hace cerca de cincuenta años, los países que actualmente tienen baja mortalidad infantil, y en los que se encuentran aún casi todos los países de la América Latina, Portugal, Ceilán, Japón, China y otros.

En efecto, en el quinquenio de 1898-1902, los países que hoy son considerados como términos de comparación, presentaban coeficientes de la magnitud de los que

[30] Alberto Guerreiro Ramos y Evaldo da Silva García, *Problemas Económicos e Sociais do Brasil,* Río, 1949.

actualmente se computan en nuestras capitales. Tales son: 98 en Suecia; 91 en Noruega; 142 en Suiza; 152 en Inglaterra; 131 en Dinamarca; 138 en Finlandia; 148 en Holanda; 154 en Francia y 159 en los Estados Unidos (año 1900).[31]

En cuanto a los países que en la actualidad son económica y socialmente comparables al Brasil, sus coeficientes de mortalidad infantil (año de 1940), son: Chile, 217; Ecuador, 158; Colombia, 140; Venezuela, 122; México, 126; Portugal, 126; Ceilán, 149; Japón, 90 y 163 en la India Británica (año de 1942).[32]

Es forzoso concluir que la disminución de la mortalidad infantil es la consecuencia natural de una transformación de carácter total, en esta fase de los complejos económicos y sociales de los países. Es inútil pretender hacer bajar decisivamente la mortalidad infantil en países como el Brasil y los demás de la América Latina mediante providencias directas o que no fuercen la transformación de sus estructuras económicas y sociales. Sería una anomalía, desde el punto de vista sociológico, que

[31] Con excepción de lo referente a los Estados Unidos, estos datos fueron tomados de Warren S. Thompson, *Population Problema*, cap. XII, McGraw-Hill, New York, 1935. El coeficiente de los Estados Unidos fué tomado de T. Lynn Smith, *Population Analysis*.

[32] A. Guerreiro Ramos y E. S. García, op. cit.

esos países en la actual fase de su evolución, presentasen índices de salud iguales a los de los Estados Unidos, Suecia, Noruega, Inglaterra, etc.

Por lo demás, nuestra mortalidad infantil actual es, como todos sabemos, más baja que la de hace cincuenta años, y mucho más aún que la de hace un siglo. Entre nosotros, la mortalidad infantil de los pasados siglos fué altísima, según los cronistas.

Los estudiosos han señalado casi unánimemente las pésimas condiciones higiénicas de la población brasileña existentes en la época colonial e imperial. Aquella mortalidad en las edades mozas sería alarmante en la actualidad. Sin embargo, fuera de una que otra voz de algunos personajes, aquello parecía natural a la mentalidad reinante en aquellos tiempos, y más que esto, estaba rodeada de un halo de poesía.

Desgraciadamente, los datos de que disponemos con referencia a esa época, no pueden ser convertidos a los coeficientes actuales, toda vez que no se precisa el período dentro del cual ocurrieron las defunciones que, no obstantes, indican una elevadísima mortalidad infantil.

Maria Graham en su *Journal of a Voyage to Brazil and Residences there during the Years 1821, 1822, 1823* (editado en Londres en 1824), informa que menos de la mitad de los negros nacidos en el ingenio de Matta Paciencia llegaba a la edad de diez años. Según la conocida

estadística de Eschwege, en Minas Gerais, en 105 de los mulatos esclavos nacían 4 y en 100 morían 6; entre los esclavos negros: en 103 nacían 3 y en 102 morían 7; entre los blancos libres: en 99 nacían 4 y en 106 morían 3; entre los indios libres en 99 nacían 4 y en 108 morían 4; entre los mulatos libres: en 109 nacían 4 y en 109 morían 3; entre los negros libres: en 84 nacían 4 y en 99 morían 5.

Gilberto Freyre, en su gran obra *Casa Grande e Senzala,* (Schmidt Editor, Río, 1938), proporciona los siguientes datos sobre la mortalidad infantil en Pernambuco:

Año	*Blancos*		*Mulatos*		*Negros*	
	Nacimientos	*Defunciones*	*Nacimientos*	*Defunciones*	*Nacimientos*	*Defunciones*
1822	279	103	197	61	239	87
1823	294	108	223	49	256	95
1824	281	115	209	53	276	87
1825	221	124	234	70	271	119
1826	192	135	178	60	294	125

Refiriéndose a la mortalidad infantil en los primeros siglos de la colonización, Fernandes Gama *(Memorias Históricas de Pernambuco,* Recife, 1844) escribe que "las mujeres portuguesas criaron al principio muy pocos

hijos" y que "dos tercios de éstos morían poco después de haber nacido".

"La vida de los niños, escribe el padre jesuíta Montoya, no era duradera; morían muy fácilmente; algunos morían hasta dentro del vientre de sus madres, y otros, nacidos apenas y sin haber sido bautizados".

El pueblo, en cambio, no se alarmaba con estos altos índice de mortalidad; por el contrario, reflexionaba sobre el hecho en términos místicos y poéticos. Nuestras *élites* gobernantes, superfluas y sofisticadas, sirviéndose de la misma propaganda, trataban de transmitir al pueblo un sentimiento depresivo del fenómeno a través de un procedimiento megalomaníaco, o por decir así, psicótico.

Gilberto Freyre nos dice (op. cit., pp. 101 y 102):

"La idealización de que fueron hechos objeto los niños hijos de indios en los primeros tiempos de la catequización y de la colonización —época precisamente de elevada mortalidad infantil, según se desprende de las propias crónicas jesuítas—, tomó muchas veces un carácter medio mórbido, resultado tal vez de la identificación del niño con el cordero católico. La muerte del niño vino a ser recibida casi con alegría, o por lo menos sin horror. De semejante actitud subsiste aún la influencia sobre nuestras costumbres; pues todavía hoy entre matutos[33]

[33] N. del T.—Habitante del interior del Brasil.

y sertanejos[34] y también entre la gente pobre de las ciudades del Norte, el entierro del niñito o del "cordero", como generalmente se dice, contrasta con la sombría tristeza de los entierros de la gente grande.

En los tiempos de la catequización, los jesuítas, tal vez por atenuar entre los indios el mal efecto del aumento de la mortalidad que siguió al contacto o al intercurso en relaciones disgenésicas entre las dos razas, lo hicieron para ornar o embellecer la muerte del niño. No era ningún pecador el que moría, sino un inocente cordero al que Nuestro Señor llamaba para tenerlo junto a Él. La historia que refiere Montoya es típica de ese ambiente morboso que se formó a causa de la excesiva idealización del niño: Un pequeñuelo hijo de un hermano de Rosario sintió envidia cuando vió el entierro de un compañero suyo; de acuerdo con la costumbre, "el cuerpo estaba adornado con flores y en la cabeza tenía puesta una corona hecha de las flores más bonitas. Por esta causa, a veces le decía a su padre: *déjame morir, padre mío,* y ponía su cuerpo como el de su compañero muerto que había visto tendido en el suelo. Habiendo oído el padre muchas veces ya las palabras de su hijo, le dijo un día: "*Hijo mío, su Dios quiere que tú mueras, que se haga Su voluntad;* y al oír las palabras de su padre, así contestó la criatura: *Está*

[34] N. del T.—Los que viven en el Brasil, lejos de las costas y de los lugares cultivados.

bien, padre mío, voy a morir ahora. Fué a acostarse luego sobre la cama y sin tener enfermedad alguna murió".

El Dr. José Maria Texeira, autor de *Causas da Mortalidade das Crianças no Rio de Janeiro* (1887), dice haber oído con frecuencia esta expresión de los padres: "Es una felicidad la muerte de los niños." Y Luccock oyó decir lo siguiente a la madre de un pequeñuelo muerto: "¡Oh, cómo soy feliz! ¡Cómo soy feliz! Murió mi último hijo. ¡Cómo soy feliz! Ahora cuando yo muera y vaya al cielo no dejaré de entrar: allí estarán mis cinco hijos para arrastrarme adentro con sus manos asidas a mis faldas y diciendo: ¡Entra, madre, entra!" (Notes in Rio de Janeiro and the Southern Parts of Brazil, London, 1820). Richard F. Burton *(The Explorations of the Highlands of the Brazil,* London, 1869), confirma diciendo: "an 'ajinho' or 'innocente', a very young child dies unregretted because its future happiness is certain".

Es probable que esta superstición de la "insaciabilidad" de Nuestro Señor en rodearse de "corderitos", según la insinuación de Gilberto Freyre, se haya derivado de lo siguiente: ante el número alarmante de niños indios que la muerte arrebató en el siglo XVI, los jesuítas esparcieron para consuelo de las madres y en interés de la catequización, la idea de que eso era una "felicidad", pues los pequeños iban al cielo. Además, en este particular, los

jesuítas continuaban con una tradición católica, pues San Bernardo, que no había sido jesuíta, desconfiaba de la buena salud de sus monjes, porque encontraba que aquélla comprometía la salvación del alma. Parece que es el protestantismo el que ha desempeñado un gran papel en la formación de los conceptos modernos de salud y morbilidad.

Reabordando el tema en su libro *Sobrados e Mucambos*, Gilberto Freyre observa que la referida idealización del "cordero" y otras "idealizaciones de muerte": idealización de la muerte del hijo muchacho aún; idealización de la muerte de la criatura; idealización de la muerte de la hija virgen" que tenía derecho a la guirnalda de azahares, velo de novia, *bouquet* de claveles y cajón azul o blanco", han pervertido en el Brasil el gusto por la vida y por el sentido de la salud.

Si la "pérdida de tanto valor social" se tuvo alguna vez en aquellas épocas como un problema social, la manera de tratarlo era sobrenatural, "más o menos teológica", "animada por los padres y por la Iglesia", "toda vez que no tenían ni medios técnicos, ni independencia económica para enfrentarse a las causas sociales de tanta muerte".

Además, todavía hoy tales idealizaciones se encuentran plenamente vigentes en el interior del país y hasta entre figuras de la *élite* en las capitales, como lo prueba

el famoso poema del poeta paulista Vicente de Carvalho sobre el pequeñuelo muerto. En los países de la América Latina se registra este mismo complejo. En México se hace una fiesta cuando muere un recién nacido, bailándose y bebiéndose por la felicidad *del angelito en el cielo.*

La mortalidad infantil en el Brasil rural sólo es un problema visto a la luz de un estado de espíritu importado. Así se delinea un verdadero conflicto cultural entre la "urbanidad" de los administradores y el mundo rural en que la alta mortalidad infantil es, por así decir, desde el punto de vista místico, un favor de Dios y desde el punto de vista práctico una providencia, expediente actuarial, por el cual los parcos recursos y las restringidas comodidades de la población se ajustan a sus necesidades fundamentales, permitiéndoseles la subsistencia.

También en las ciudades, no obstante, las clases desfavorecidas ¿habrán llegado a la sensibilidad moral de nuestras élites y en particular a la de la mortalidad infantil? Nos parece dudoso. Tal sensibilidad es un refinamiento, un lujo en acepción spegleriana del término, que no creemos al alcance de las masas de bajo nivel cultural. Todo indica que hay, en nuestro país, dos definiciones sociales contradictorias de la mortalidad infantil: una de los ruralistas y del proletariado en general, y otra de las élites dominantes o "marginales", como las llama Oliveira Viana.

6.—*Mortalidad Infantil y Servicios Médicos*

Fueron los médicos los que descubrieron o "inventaron", hasta cierto punto, el problema de la mortalidad infantil. Lo "inventaron" en la acepción de que crearon en nuestro país una conciencia nacional de la gravedad del fenómeno.

Uno de los primeros médicos que se preocuparon con este problema fué el Dr. Bernardino Antonio Gómes, que vivió en el siglo XVIII, siguiéndole en el siglo XIX Sigaud, Paula Candido y J. A. Imbert, autor de dos interesantes trabajos titulados *Guía Médica das Mass de Família ou a Infancia Considerada na sus Higiene, suas Moléstias e Tratamento* (Río, 1843) *y Manual do Fazendeiro ou Tratamento Doméstico sobre as Enfermedades dos Negros* (Río, 1839).

El 18 de junio de 1846 se reunió la Academia de Medicina para discutir el siguiente tema: I) *¿A qué causa se debe atribuir tan gran mortalidad en los niños dentro de sus primeros años de vida?; ¿la práctica de la amamantación por esclavas escogidas poco escrupulosamente podrá ser considerada como una de las principales?; ¿cuáles son las enfermedades más frecuentes en los niños?*

El Barón de Lavradio, médico también, escribe en 1847 en una publicación de la Academia Imperial bajo

el título "Algunas consideraçoes sobre as causas da mortandade das crianças no Rio de Janeiro e molétias mais frequentes nos seis ou sete primeiros meses de idades", una serie de artículos.

Un estudio "verdaderamente notable", según Gilberto Freyre, es el publicado en 1887 y titulado: *Causas da Mortalidade das crianças no Rio de Janeiro,* del Dr. José María Teixeira.[35]

Con excepción del citado en último lugar, todos estos estudios no distinguen más que los factores inmediatos de la mortalidad infantil. En esencia, procedían al tratar el problema en cuestión, del mismo modo como proceden actualmente las llamadas "autoridades en el asunto".

Aún más, el Dr. José Maria Teixeira adopta un "approach" sociológico, y atribuye la alta mortalidad infantil del país, en aquella época, al sistema económico de la esclavitud y a las costumbres sociales de ella provenientes. Así, es él una especie de precursor de la orientación seguida por algunos médicos contemporáneos como el Dr. Pedro de Alcántara, el Dr. Almiro de Castro, el Dr. Pedro Borges, el Dr. Josué de Castro.

Cuando la alarma dada por los médicos conmovió al Gobierno, comenzaron a aparecer en el plano federal y

[35] Las informaciones sobre mortalidad infantil durante los períodos colonial e imperial fueron tomadas de *Casa Grande e Senzala.* Schmidt-Editor, Río, 1938, cuyo autor es Gilberto Freyre.

en el estatal los servicios de protección a la infancia. Organizados por Fernandes Figueira aparecen en 1928, los primeros servicios públicos de higiene prenatal e infantil, que fueron ampliados en 1932. En 1937 surge la División del Amparo a la Maternidad y a la Infancia que, en 1940, y en virtud del decreto-ley Nº 2204 del 17 de febrero, fué transformada en el Departamento Nacional de la Niñez; es actualmente un mecanismo administrativo que tiene siete delegaciones funcionando en todo el territorio. Además, intervienen directa o indirectamente en el tratamiento del problema: la Legión Brasileña de Asistencia, el Servicio de Asistencia a Menores, el Consejo Nacional del Servicio Social, el Servicio Social de la Industria, el Servicio Social del Comercio, los Institutos y Cajas de Jubilaciones y Pensiones, y en casi todos los Estados hay divisiones especializadas en cuestiones de maternidad y de la infancia, muchas de las cuales funcionan con el nombre de Departamento Estatal de la Niñez.

No obstante, todo este vasto mecanismo se construyó sobre una base falsa: la de que el problema de la mortalidad infantil importa una solución médica. Era natural que sucediera esto, pues el médico en el ejercicio de su profesión observaba que podía salvar al niño enfermo aplicándole los remedios adecuados y, consecuentemente, le parecía lógico que si se proporcionaban medicinas o asistencia médica a todos los niños enfermos, casi la to-

talidad podría ser salvada. Por tanto, como decía el Dr. Oscar Clark, "en cada municipio, en cada aldea, al lado de la iglesia y de la escuela, deben construirse clínicas de salud, esto es, "creches" y obras peri-escolares (escuelas-hospitales y clínicas escolares) para la salvación de nuestros hijos. Tal vez de este modo todo el presupuesto de la Unión no sería suficiente para instalar y mantener dichas unidades de asistencia.

En último análisis, los órganos nacionales y estatales de protección a la infancia viven con este ideal y se justifican por esta falsa concepción, muy bien representada por el libro del Dr. Oscar Clark, *O Século da Criança*, que estuvo tan en boga cerca de 10 años.

No hay duda de que el tratamiento a un niño enfermo es un problema médico. Pero tratar a una población, a masas de individuos enfermos, deja de ser un problema médico: es un problema social. Y si es un problema social, su solución debe ser sociológica; esto es, no implica una distribución de consejos, de medicinas o de alimentos sino la transformación de todo un complejo institucional.

El vicio fundamental de nuestro sistema administrativo de protección a la infancia (así como todo nuestro sistema sanitario) consiste en que para el tratamiento de un problema de masas se aplican los mismos procedimientos de la medicina individual. Los dirigentes de este sis-

tema no percibieron el cambio que sufre el problema de la muerte del menor de un año o del menor de edad en general, cuando se pasa de la perspectiva del individuo a la perspectiva de la masa. En resumen, no han asimilado aún la idea de la planificación.

Refiriéndose a este atraso ("lag") de la organización médico-sanitaria, el Prof. A. V. Hill escribe *(A Ciencia e a Ordem Mundial,* Lisboa, 1943, p. 18): "Bajo el viejo régimen de *laissez faire,* que deseamos ver sustituído por una utilización adecuada de la ciencia por el Gobierno, nuestros servicios de salud pública estaban organizados principalmente bajo el principio de tratar de curar a las personas estando ya enfermas: a nuestros constructores, que arreglaban las cañerías, cuando ya habían reventado después de grandes fríos; cuando nuestra industria daba una limosna a los obreros que habían sido desempleados y cuando nuestra defensa nacional se preparaba por si comenzaba una guerra. No obstante, es evidente que la publicación científica y la planificación de los recursos nacionales pueden hacer desaparecer muchas de nuestras preocupaciones".

A la luz de las ideas de planificación, los actuales servicios de protección a la infancia, tanto de la administración directa como de la indirecta, implican una impresionante dilapidación de los recursos porque distraen una apreciable parte de la renta nacional para costear las

medidas que en casi nada alteran las causas de la mortalidad infantil. Tales medidas son, por así decir, un ataque improductivo.

Por tanto, es necesario examinar este mecanismo a la luz de la idea de la planificación. El actual sistema de protección a la infancia, así como también toda la estructura sanitaria del país, se constituye sobre la inspiración del pensamiento inventivo, o de lo que el Prof. A. V. Hill caracteriza como regimen de *laissez faire*. (Véase el libro antes citado del mismo autor).

No obstante, las crecientes responsabilidades actuales que el Estado viene asumiendo, le imponen la planificación del trabajo gubernamental, teniendo por objetivo la aplicación más productiva de los recursos presupuestales. El criterio de eficiencia social en la aplicación de estos recursos es mucho más necesario en países de pequeña renta nacional, como el Brasil, que necesitan organizar sus fuerzas económicas.

El Brasil no tiene base económica para soportar los gastos presupuestales actuales para medidas de asistencia médico-sanitarias. Evidentemente que nadie insinúa la supresión de esas medidas; pero sí la necesidad de integrarlas en una política de desenvolvimiento económico del país, de colocarlas en el lugar justo que deben ocupar en una escala de prioridad de las providencias gubernamentales, cuidadosamente planeadas.

En verdad, las actividades de los órganos de protección a la infancia (como todos los otros de asistencia médica) no se realizan bajo ninguna planificación. El hecho de que existan tal como existen (con pocos o muchos artículos) es meramente aleatorio o casual; frecuentemente proviene del grado de prestigio personal de éste o de aquel dirigente. En el caso de la protección a la infancia hay copiosos indicios de que el cuerpo actual de artículos encaminados a este fin es, en parte, fruto de argumentos sentimentales como éste: "Es una vergüenza que el Brasil se presente ante el mundo entre las naciones de más alto coeficiente de mortalidad infantil". Evidentemente que la muerte de los niñitos impresiona más que, por ejemplo, la disminución de la producción "per capita" de los artículos alimenticios, muy a pesar del costo de las providencias que objetiven el incremento de esta producción en la medida que las necesidades de la población nacional puedan ser un correctivo más efectivo de la tasa de mortalidad infantil que las unidades de asistencia médica.

Para que nuestra administración pública llegue más allá de la presente fase del *laissez faire* y entre en la de la planificación, es necesario todo un cambio de estilo. Con esto queremos decir que es necesario adiestrar a los administradores en una nueva manera de pensar, reeducándolos.

Otros aspectos de nuestra política nacional de protección a la infancia que hay que considerar, es el idealismo utópico implícito en ella, según el cual el llamado problema de la niñez, podría ser resuelto mediante simples operaciones administrativas (creación de divisiones, cargos, artículos, etc.), o mediante actos de voluntad, de heroísmo o de renuncia de las clases dominantes.

Podemos obtener los numerosos e inequívocos ejemplos ilustrativos de este idealismo. Una vez más es un buen representante de este estado de espíritu el famoso libro del Dr. Oscar Clark, *O Século da Criança.*

Este autor descuidaba completamente las causas económicas de la mortalidad infantil, y decía: "...la reducción de la mortalidad constituye el orgullo de la medicina preventiva (¡sic!) en el siglo XX.

La causa principal de la muerte de los niños, son las perturbaciones de la nutrición (gastro-enteritis de los antiguos), una consecuencia de la ignorancia de las madres. El medio de corregir la situación es lo más simple posible: consiste en *obligar a toda joven a llevar un curso práctico de puericultura,* del mismo modo que los jóvenes hacen el servicio militar obligatorio antes de tomar su puesto en el trabajo social" (pp. 36-37, Edic. 1940). "Hasta la presente hora no reducimos nuestra mortalidad infantil porque no disponemos de hospitales" (p. 38). "La ciencia enseña que en el siglo de la niñez, deben ser

construídas en cada municipio, en cada aldea, al lado de la iglesia y de la escuela, clínicas de salud, esto es, "creches" y obras peri-escolares (escuelas-hospitales y clínicas escolares) para la salvación y la buena educación de nuestros hijos" (p. 39).

Un gran pediatra brasileño aconsejaba como remedio decisivo a nuestro problema infantil, la instalación en el ambiente rural, de "concentraciones escolares" y opina que "así como muy justamente mantenemos fuerzas armadas a la espectativa de posibles batallas, ¿por qué no armamos fuerzas para la batalla real, permanente y diezmadora que es la Batalla de la Niñez?

Otro pediatra compatriota señalaba como medida para resolver el problema de la mortalidad infantil, la creación de un cuerpo de instructores destinados a enseñar a los lecheros y convencerlos de no echar agua en la leche, demostrándoles las consecuencias manifiestas de este acto.

El Dr. Olinto de Oliveira que, según todo lo indica es el inspirador de la organización del Departamento Nacional de la Niñez, después de haber viajado en 1937 por Europa como observador de los servicios de protección a la infancia, escribe en el informe que presentó al Ministro de Educación y Salud: "La causa predominante de la elevada mortalidad infantil es, en todas partes y tanto en Europa como aquí, la incompetencia de las ma-

dres en materia de puericultura". Además: "Para que se pueda tener una modificación sensible en las cifras de la mortalidad infantil, es necesario que del número de los puestos de puericultura corresponda uno para cada grupo de ocho a diez mil habitantes: Es la cifra media en los países visitados".[36]

Por otra parte, hasta hoy hemos estado realizando como parte de programa oficial, campañas, cruzadas, batallas en pro de la niñez, que se sostienen a costa de donaciones de personas generosas.

Los órganos de protección a la infancia de nuestro sistema federal continúan estando aún, desde el punto de vista básico, en la etapa filantrópica y utópica del tratamiento del problema de la mortalidad infantil, a pesar de que exista en sus cuadros una reserva de médicos puericultores competentísimos, muchos de mentalidad sociológica y de los cuales es lícito esperar, para el futuro, la "revolución necesaria".

La propia estructura económica y social del Brasil no permite que del funcionamiento de tales órganos resulte un lucro social positivo, pues éstos suponen una población de elevado nivel cultural. Los consultorios, los puestos de puericultura y otras unidades sanitarias sólo

[36] Prof. Olinto de Oliveira, A *Proteção a Infancia en Alguns Países da Europa.* Servicio Gráfico do Ministerio de Educação e Saude, Río, 1940.

se afirman eficientemente cuando las poblaciones ya estén suficientemente purificadas, posean hábitos de vida superior y gocen ya de un poder adquisitivo para mantenerse en un nivel mínimo de vida.

Según las estadísticas, la mayoría de los niños que son llevados a los puestos de puericultura presentan enfermedades de pobreza, como son las enfermedades del aparato digestivo. Ahí reciben medicinas y leche. Es cierto que, de este modo, algunos de ellos no mueren en el primer año de vida; pero si los factores sociales de las enfermedades permanecen inalterables ¿qué significado efectivo tendrá este tipo de asistencia? ¿Qué beneficios puede reportar?

El director de un hospital infantil nos refirió que son frecuentes los sucesos como este: El hospital recibió a un niño enfermo que, internado por algún tiempo, sanó y fué reintegrado a sus padres; pero meses después regresó atacado por los mismos males (casi siempre del aparato digestivo).

Médicos higienistas han recorrido el interior del país a fin de distribuir medicinas e instruir a los habitantes en nociones útiles de higiene. En la región amazónica, por ejemplo, cierto higienista observó que muchas familias sacaban el contenido de las cajas y tubos de medicinas para adornar sus casas o para guardar los objetos como agujas, alfileres, etc.

Tales hechos revelan cuán superficiales son los servicios médicos entre nosotros. En vista de la persistencia de los altos índice de morbilidad y de mortalidad y a pesar de tales servicios, no podemos dejar de notar la ironía que constituye, entre nosotros, la complejidad burocrática de nuestros servicios de salubridad. En cambio, en los Estados Unidos, es el pueblo el que se dirige a las entidades de asistencia solicitando enseñanzas. Padres y profesores les dirigen cartas. Ordinariamente las publicaciones sólo son distribuídas previo pedido y a cambio de ser pagadas. Muchas publicaciones oficiales son populares; por ejemplo, hasta 1938 cerca de diez millones del *Infant Care* fueron distribuídos en todo el país.

Realmente las instituciones administrativas no tienen ningún poder mágico o inmanente para resolver los problemas. Sólo rinden en función de unas o de otras y del medio nacional donde actúan. Es inócuo, pues, trasplastarlas de un país a otro de condiciones radicalmente diferentes.

Los organizadores de nuestro sistema de asistencia médico-social no podrán comprender que los modelos norteamericanos sólo tendrían eficacia en nuestro país si su estructura económica y social hubiese llegado a una fase más adelantada de su desenvolvimiento. Les ha faltado la necesaria preparación sociológica para percibir que la reforma administrativa que implantaron agravó, entre

nosotros, el panorama que W. Pinder llamaría la contemporaneidad de lo no coetáneo.

La experiencia de otros países debe ser calculada sin duda alguna. No obstante, su utilización debe ocurrir según los principios de lo que aquí se llamó aculturación de las instituciones administrativas. En lo que se refiere a nuestro sistema de asistencia médico-sanitaria no se procedió a hacer esta aculturación, pero sí se transplantaron de manera inexperta normas y prácticas cuyos efectos sólo podrían fijarse en otro ambiente cultural y económico diferente del brasileño.

Felizmente, en el seno de los propios médicos se está formando una corriente de ideas orientada en el sentido de una remodelación completa de la estructura médico-sanitaria del país. Uno de los más ilustres representantes de esta corriente, el Dr. Almir de Castro, director del Servicio Nacional de la Peste y delegado del Brasil a la Conferencia de Salubridad de la ONU, dijo en una entrevista de prensa refiriéndose a los servicios de salubridad del país:

"Es forzoso reconocer que las actividades del sistema han sido más o menos inútiles, lo que se hace evidente por el examen de los principales índices sanitarios que se mantienen sin alteración. De hecho, no hay modificación significativa en los coeficientes de mortalidad infantil, de mortalidad general, de mortalidad por la tuberculosis,

etc. Venimos siguiendo un plan inadaptado a la realidad económica y social del Brasil y continuamos insistiendo en querer resolver por medidas de salubridad pública problemas cuyos orígenes residen en causas que en nada podrán ser afectadas por aquellas medidas".[37]

El Sr. Dr. Almir de Castro, como uno de los responsables de la dirección en la organización médico-sanitaria del país, no vacila tampoco en confesar: "Erramos todos en conjunto"; e insiste: "La crisis es de métodos".

Esta renovación de sistemas, cuya urgencia es reconocida por los mejores elementos de las carreras técnicas de los servicios de asistencia médica, choca con situaciones ya cristalizadas e intereses creados que impiden su efectividad.

Todo nos indica que actualmente existe en la organización médico sanitaria del país, una compenetración de intereses públicos y particulares muy conscientes de sí mismos, dispuestos a triturar implacablemente a quien quiera que ose contrariarlos.

Estudiada la organización administrativa de protección a la infancia en nuestro país a la luz de las fases sociológicas, se hace ocioso discutir cuestiones de detalle, como por ejemplo, la de saber que se debe distinguir

[37] "Los autores y ejecutores decepcionados del plan de salubridad", en "*O Jornal*", de 24 de septiembre de 1948.

la Legión Brasileña de la Asistencia, restringir o ampliar el Departamento Nacional de la Niñez.

En este estudio no entran las cuestiones de detalle. Lo que indicamos es que todo el sistema federal de protección a la infancia presenta un vicio de origen que sólo podrá ser corregido por medio de medidas radicales que implican un cambio de estilo mental y una reestructuración administrativa.

Lo que hicimos fué, por así decir, un estudio del caso, en el que nos parece haber dejado patente que, en buena parte, los vicios del sistema administrativo de protección a la infancia son los vicios de toda nuestra administración federal. El verdadero problema es, por consiguiente, el de la organización de la máquina gubernamental. Es necesario someter la máquina entera a una crítica sociológica, trabajo que, naturalmente, exigirá los esfuerzos conjugados de muchos especialistas.

7.—*Conclusiones*

A pesar de ser muy sumario el análisis precedente, nos autoriza para formular las siguientes conclusiones de carácter práctico:

I.—Nuestra alta mortalidad infantil es un fenómeno inevitable y normal en las actuales condiciones de vida

del pueblo brasileño, condicionado a la estructura económica y social del país. Es una especie de mecanismo ecológico por medio del cual la población equilibra sus recursos con sus necesidades, siendo legítimo el presumir que las poblaciones rurales y el proletariado no participan de la convicción de que aquella sea un "problema social".

II.—La actuación de los órganos gubernamentales de protección a la infancia, manifestando un propósito eminentemente curativo antes que preventivo, implica una falsa concepción de los problemas que se pretende resolver, esto es, una concepción según la cual son los factores biológicos más que los sociales los que condicionan los altos coeficientes de mortalidad infantil del Brasil.

III.—Siendo la mortalidad infantil en nuestro país un fenómeno económico y social, no admite sino subsidiariamente una solución médica. Sólo podrá resolverse mediante la realización de políticas económicas y sociales que promuevan, sin sacrificio del proceso de capitalización, la mejoría real de las condiciones de vida de las poblaciones brasileñas.

IV.—La distribución de los recursos presupuestales debe hacerse según la importancia de los problemas brasileños, o como inversiones de capital teniendo como objetivo un movimiento económico y social y la restricción de los gastos con obras de filantropía a un mínimo inevi-

table. Según esta línea directriz, se hace necesario estudiar los planes y la organización de los servicios médicos de protección a la infancia y a fin de convertirlos hacia el interés colectivo del desenvolvimiento de la economía nacional.

Es convicción del autor que estas conclusiones son válidas también para los países de la América Latina.

INDICE

ADVERTENCIA 9
NOTA METODOLÓGICA 11

PRIMERA PARTE

1. Teoría del problema social 19
2. Evolución de la protección a la infancia 27
3. Importancia relativa del coeficiente de mortalidad infantil 47
4. Importancia económica y social de la estructura estrática de la población 51
5. Estructura económica y mortalidad infantil 69
6. Las clases sociales y la salud de las masas 83
7. Areas de natalidad y mortalidad infantil 113
8. Pauperismo, medicina popular y mortalidad infantil 133

SEGUNDA PARTE

Una interpretación sociológica del problema brasileño de la mortalidad infantil 179

SOCIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD INFANTIL
se terminó de imprimir el día 22 de
marzo de 1955, en Gráfica Panamericana,
S. de R. L., Parroquia, 911. México, D. F.

FECHA DE DEVOLUCION

El lector se obliga a devolver este libro antes del vencimiento de préstamo señalado por el último sello.

22-XI-76

26-XI-76

HB1323
N5R3

DS-7968

Sociologia de la Mortalidad Infantil

A. Guerretto R.

HB1323
N5 R3