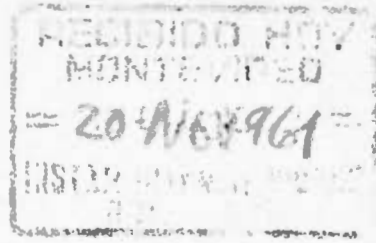


BA.6.11

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 0 (Español) Rev.



LISTA DE DOCUMENTOS REGISTRADOS HASTA EL 12 DE FEBRERO DE 1955.

<u>Doc. Num.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o Entidad</u>
0	----	----	Lista de documentos del Congreso	----
1	----	----	Temario y Reglamento.	----
2	I	Oficial	Problemas de Estadística vital de la Infancia. <i>(Español - Francés, Inglés y Portugués)</i>	Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.
3	IIIa)	Oficial	La Familia y la Seguridad Social.	Consejo Permanente Interamericano de Seguridad Social.
4	III b)	Oficial	La Familia y el Servicio Social.	Unión Panamericana.
5	V	Oficial	La Cooperación Interamericana	Chile.
6	III	Recomendado	Programas Gubernamentales de Protección y Asistencia Familiar.	Rep. Dominicana.
7	IV	Oficial	La Delincuencia Infantil como fenómeno de Desorganización Familiar.	Panamá.
8	I	Libre	Bocio en la infancia y sus consecuencias.	Panamá.
9	III	Recomendado	La participación que tiene el trabajador social en programas de Asistencia Familiar.	Panamá.

<u>Doc.</u> <u>Num.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o</u> <u>Entidad.</u>
10	IV	Recomendado	El problema de los niños en estado de peligro social.	Argentina-
11	IV	Libre	Algunos factores de delincuencia infantil y métodos de control del delincuente una vez extraído de los centros de re formación.	Rep. Domi- nicana.
12	I	Libre	Trabajo realizado en el servicio médico escolar dependiente del Departamento Materno-Infantil.	Paraguay.
13	I	Informe	Situación de la Infancia en el Paraguay.	Paraguay.
14	---	Informe	De lo realizado por la Rep. Dominicana.	Rep. Domi- nicana.
15	II	Oficial <i>Falta</i>	Cómo contribuye la Educación al Fortalecimiento de la Vida Familiar.	Unión Pana- mericana.
16 Rev.	II	Recomendado	La reglamentación de espectáculos para menores, no limitados a cines sino incluyendo la radio y la televisión, cuyos programas se producen en el mismo lugar.	Costa Rica.
17	IV	Recomendado	Estudio comparativo de los sistemas jurídicos de los países de América sobre protección a la infancia, para extender, de acuerdo con las modalidades de cada país, los principios más aceptables.	<i>Falta p. 1-41.</i> Ecuador.
18	III	Recomendado	Problemas especiales de la familia rural y los medios de corregirlos.	Paraguay.
19	IV	Libre <i>Falta</i>	El problema de los niños en estado de peligro social.	Argentina.

<u>Doc. Núm.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o Entidad.</u>
20	I	Libre	Normas que deben seguirse en la aplicación de un programa de salud para la niñez.	El Salvador.
21	IV	Recomendé Recomendado	Le travail des mineurs (Trabajo de Menores). <i>Español</i>	Haití.
22	IV	Recomendado	Necesidad de Tribunales de Menores o de Consejeros tutelares para que el niño tenga toda la protección para su personalidad y para su buena adaptación social.	Uruguay.
23	II	Recommended Recomendado	Improvement of the subject matter and illustrations of story books and illustrated magazines for children, of those available to them, so that the effects of their education will not be prejudiced (Mejoramiento eficaz de los argumentos y de las revistas ilustradas para los niños, o al alcance de éstos con el fin de que no contraríen los efectos de su educación.	<i>Español</i> E.U.de A.
24	I	Recomendado	Mortalidad Infantil	Nicaragua.
25	III	Recomendado	Problemas de la familia rural producidos por la rápida industrialización y manera de solucionarlos.	Colombia.
26	III	Libre	Importancia de la colaboración del Departamento de Servicio Social.	Guatemala.
27	II	Open Libre	Play and family Welfare (Recreo y bienestar familiar) <i>Español</i>	E.U.de A.
28	II	Recomendado	El trabajo de grupos en relación con los programas de Educación.	Bolivia.
29	III	Libre	Protección Social del Niño	Ecuador.

<u>Doc. Núm.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o Entidad</u>
30	III	Libre	El Niño en el Seguro Social Americano.	Ecuador
31	IV	Libre	La protección jurídica del menor en América.	Ecuador
32	IV	Recomendado	Conveniencia de que los regímenes jurídicos de los Estados Americanos sean adecuados a los requerimientos del desarrollo integral del niño.	Chile
33	---	Informe	De lo realizado por la República de Chile.	Chile
34	I	Recomendado	Programa de alimentación suplementaria como medida preventiva en la desnutrición infantil.	Panamá
35	III	Recomendado	Importancia de despertar conciencia en la Población sobre la necesidad de servicio social y medios para alcanzarla.	El Salvador
36	---	Informe	De la Junta Organizadora del X Congreso Panamericano del Niño, a los Asistentes a la sesión preparatoria del mismo.	Panamá
37	II <i>Falta</i>	Recomendado	Educación en el medio Rural ( <u>Impreso</u> ).	Venezuela
38	---	---	Discurso pronunciado por el Presidente de la Junta Organizadora S.E. Profesor Catalino Arrocha Graell, Ministro de Trabajo, Previsión Social	

<u>Doc. Núm.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o Entidad</u>
38	-----	----	y Salud Pública, en la sesión inaugural el 7 de Febrero de 1955.	Panamá
39	-----	----	Mensaje del Dr. Roberto Berro, Director Gral. del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.	Uruguay
40	-----	----	Mensaje del Dr. Carlos Dávila, Secretario Gral. de la Organización de Estados Americanos.	E.U.de A.
41	-----	----	Lista provisional de Delegados y Asesores al Congreso.	Panamá
42	III	Libre	El problema de las lecturas para menores en Venezuela ( <u>Impreso</u> )	Venezuela
43	II	Recomendado	Problemas que la familia Rural tienen al ajustarse a las áreas urbanas y medidas necesarias para ayudarlas.	Perú
44	-----	----	Orden de Precedencia	Panamá
45	-----	----	Acta resumida de la sesión preparatoria el 6 de Febrero de 1955..	Panamá
46	I	Recomendado	El Problema del Niño Lisiado	Cuba
47	III	Recomendado	Asignaciones Familiares	Uruguay
48	IV	Libre	Algunas consideraciones sobre el trabajo de los Menores en el Uruguay.	Uruguay
49	II	Libre	Hogar Infantil del "Hotel Miramar"	Uruguay

*falta f. 14-20 de la última parte -*

*falta*

<u>Doc.</u> <u>Núm.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o</u> <u>Entidad</u>
50 Rev.	-----	-----	Acta de la Sesión Inaugural Solemne, 7 de Febrero de 1955.	
51	-----	-----	Declaraciones del Dr. Myron E. Wegman, Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud ante el X Congreso Panamericano del Niño.	E.U.de A.
52	-----	-----	Acta Resumida de la Primera Sesión Plenaria, 7 de Febrero de 1955.	
53	II	Libre	La Reglamentación de espectáculos para menores, no limitados a cines sino incluyendo la radio y la televisión, cuyos programas se producen en el mismo lugar.	Panamá
54	III	Libre	Datos sobre el Hogar de Cristo.	Chile
55	III	Libre	La Organización de la Comunidad como un Elemento Fundamental en la Asistencia al Niño.	Chile
56	IV	Open	Juvenile Delinquency <i>Español</i>	E.U.de A.
57	IV	Open	Schools promote the child's use of books. <i>Español</i>	E.U.de A.
58	IV	Open	Protection of children trough child labor laws <i>Español</i>	E.U.de A.
59	III	Open	The family and Social Security. <i>Español</i>	E.U.de A.
60	III	Libre	Recomendaciones del Delegado	

<u>Doc. Núm.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o Entidad</u>
60	III	Libre	Oficial de Honduras y Técnico del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia en Honduras Centro América.	Honduras
61	II	Libre	Necesidad de orientar y dar asistencia técnica a los padres de familia.	Panamá
62	I	Libre	Datos estadísticos necesarios de un programa materno-infantil.	Panamá
63	I	Open	Statement on child nutrition ways to use Vit. 1. statistics and population. <i>Español</i>	E.U.de A.
64	I	Open	Statistics in planning and operating health Programs for children. <i>Español</i>	E.U.de A.
64-bis	---	---	Moción del Delegado de Cuba C.A. Malgrat.	Cuba
65	III	Recomendado <u>Falta</u>	Da necessidade de aumentar o No. de escolas de Serviço Social.	Brasil
66	II	Libre	En torno al tema oficial de la Sección II: "Cómo contribuye la Educación al fortalecimiento de la Vida Familiar.	Panamá
67	I	Libre	Salas Cunas y Guarderías Infantiles.	Chile
68 Rev.	---	---	Comisión I.-Informe (10 Febrero de 1955)	



<u>Doc. Núm.</u>	<u>Sección</u>	<u>Tema</u>	<u>Título</u>	<u>País o Entidad</u>
69	II	Libre	Cómo educar a los padres de familia dentro del hogar.	México
70	---	---	Lista de Participantes	
71 Rev.	---	---	Comisión II.-Informe. (10 de Febrero de 1955)	
72	IV	Libre	Unificación de la Jurisprudencia Juvenil en América.	Guatemala
73	IV	Libre	Comentarios en torno a la ponencia: "La delincuencia como Fenómeno de Desorganización Familiar".	Panamá
74 Rev.	---	---	Comisión IV.-Informe (10 de Febrero de 1955)	
75 Rev.	---	---	Comisión III.-Informe (10 de Febrero de 1955)	
76 Rev.	---	---	Comisión V.-Informe (10 de Febrero de 1955)	
77	---	---	Discurso pronunciado en la Sesión de Clausura, por el Presidente de la Delegación de Venezuela, señor Doctor Rafael Salas, en nombre de todas las delegaciones asistentes al Décimo Congreso Panamericano del Niño, en el Salón Bella Vista, Hotel El Panamá, el 12 de Febrero de 1955.	

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

I N F O R M E

QUE EL JEFE DE LA SECCION DE DOCUMENTOS PRESENTA A LA SECRETARIA GENERAL DEL DECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO, REUNIDO EN LA CIUDAD DE PANAMA, DEL 6 AL 12 DE FEBRERO DE 1955.

Panamá, 14 de Febrero de 1955.

Señorita  
Elsa Griselda Valdés,  
Secretaria General del  
X Congreso Panamericano  
del Niño.  
Ciudad.

Para una mejor comprensión y como un complemento al Documento 0-Revisado (Lista de Documentos Registrados hasta el 12 de Febrero de 1955), presento a usted una separación racional de los trabajos efectuados del 13 de Diciembre de 1954 al 12 de Febrero de 1955, así:

- I Secciones
- II Temario
- III Países
- IV Entidades
- V Secretaría General
- VI Idiomas de los Documentos
- VII Autores de Trabajos

S E C C I O N E S

Sección I (Salud)

Tema Oficial: Doc. 2

Temas Recomendados: Doc. 24, 34, 46.

Temas Libres: Doc. 8, 12, 20, 62, 63, 64, 67.

Sección II (Educación)

Tema Oficial: Doc. 15

Temas Recomendados: Doc. 16-Rev., 23, 28, 37, 43.

Temas Libres: Doc. 27, 49, 53, 61, 66, 69.

Sección III (Asistencia Social)

Tema Oficial: Doc. 3, 4.

Temas Recomendados: Doc. 6, 9, 18, 25, 35, 47, 65.

Temas Libres: Doc. 26, 29, 30, 42, 54, 55, 59, 60.

Sección IV (Sociología y Legislación)

Tema Oficial: Doc. 7

Temas Recomendados: Doc. 10, 17, 21, 22, 32.

Temas Libres: Doc. 11, 19, 31, 48, 56, 57, 58, 72, 73.

Sección V (Cooperación Interamericana)

Tema Oficial: Doc. 5

T E M A R I O

Temas Oficiales: Doc. 2, 3, 4, 5, 7, 15.

Temas Recomendados: Doc. 6, 9, 10, 16, 17, 18, 21, 22,  
23, 24, 25, 28, 32, 34, 35, 37, 43,  
46, 47, 65.

Temas Libres: Doc. 8, 11, 12, 13, 19, 20, 26, 27, 29,  
30, 31, 42, 48, 49, 53, 54, 55, 56, 57,  
58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 69,  
72, 73.

Informes Oficiales: Doc. 13, 14, 33, 36.

P A I S E S

Argentina:

Tema Recomendado: Doc. 10

Tema Libre: Doc. 19

Bolivia:

Tema Recomendado: Doc. 28

Brasil:

Tema Recomendado: Doc. 65

Colombia:

Tema Recomendado: Doc. 25

Costa Rica:

Tema Recomendado: Doc. 16-Rev.

Cuba:

Tema Recomendado: Doc. 46

Tema Libre: Doc. 64-Bis

Chile:

Tema Oficial: Doc. 5

Chile:

Tema Recomendado: Doc. 32

Temas Libres: Doc. 54, 55, 67

Informe Oficial: Doc. 33

Ecuador:

Tema Recomendado: Doc. 17

Temas Libres: Doc. 29, 30, 31

El Salvador:

Tema Recomendado: Doc. 35

Tema Libre: Doc. 20

Estados Unidos: (Inglés y Español)

Tema Recomendado: Doc. 23

Temas Libres: Doc. 27, 56, 57, 58, 59, 63, 64

Mensaje del Sr. Carlos Dávila, Srio. General de

OEA: Doc. 40

Declaración del Dr. Myron E. Wegman, de la Ofici-

na Sanitaria Panamericana OMS: Doc. 51

Guatemala:

Temas Libres: Doc. 26, 72

Haití:

Tema Recomendado: Doc. 26 (francés y español)

Honduras:

Tema Libre: Doc. 60

México:

Tema Libre: Doc. 69

Nicaragua:

Tema Recomendado: Doc. 24

Panamá:

Tema Oficial: Doc. 7

Temas Recomendados: Doc. 9, 34

Temas Libres: Doc. 8, 53, 61, 62, 66, 73

Informe Junta Organizadora: Doc. 36

Discurso del Presidente de la Junta Organizadora, Profesor Catalino Arrocha Graell: Doc. 38

Discurso de la Presidenta de la Delegación de Panamá, Doña Cecilia Pinel de Remón: Doc. 83

Paraguay:

Tema Recomendado: Doc. 18

Tema Libre: Doc. 12

Informe Oficial: Doc. 13

Perú:

Tema Recomendado: Doc. 43

República Dominicana:

Tema Recomendado: Doc. 6

Tema Libre: Doc. 11

Informe Oficial: Doc. 14

Uruguay:

Temas Recomendados: Doc. 22, 47

Temas Libres: Doc. 47, 48, 49

Mensaje del Dr. Roberto Berro, del Instituto  
Internacional Americano de Protección a la  
Infancia: Doc. 39

Venezuela:

Tema Recomendado: Doc. 37

Temas Libres: Doc. 37, 42

Discurso del Presidente de la Delegación de  
Venezuela, Dr. Rafael Salas: Doc. 77

E N T I D A D E S

Instituto Internacional Americano de Protección a la In-  
fancia:

Tema Oficial: Doc. 2, 5 (Chile)

Consejo Permanente Interamericano de la Unión Panamericana:

Tema Oficial: Doc. 3

División de Asuntos Sociales de la Unión Panamericana:

Tema Oficial: Doc. 4

Junta Organizadora del X Congreso:

Tema Oficial: Doc. 7

División de Educación de la Unión Panamericana:

Tema Oficial: Doc. 15

S E C R E T A R I A G E N E R A L D E L  
X C O N G R E S O

Lista de Documentos Registrados: Doc. 0-Rev.

Temario y Reglamento: Doc. 1-Rev. (Español)

Doc. 1-Rev. (Inglés)

Lista Provisional Delegados y Asesores: Doc. 41

Lista de Participantes: Doc. 70

Orden de Precedencia: Doc. 44

Acta resumida de la Sesión Preparatoria (6, Febrero, 1955):

Doc. 45

Acta de la Sesión Inaugural Solemne (7, Febrero, 1955):

Doc. 50-Rev.

Acta resumida de la Primera Sesión Plenaria (7, Febrero,

1955): Doc. 52

Acta resumida de la Segunda Sesión Plenaria (11, Febrero,

1955): Doc. 84

Acta de la Sesión Solemne de Clausura (12, Febrero, 1955):

Doc. 79

Acta Final (12, Febrero, 1955): Doc. 80-Rev.

Informe de la Comisión I (Salud) (10, Febrero, 1955):

Doc. 68-Rev.

Informe de la Comisión II (Educación) (10, Febrero, 1955):

Doc. 71-Rev.



Informe de la Comisión III (Asistencia Social) (10, Febrero, 1955): Doc. 75-Rev.

Informe de la Comisión IV (Sociología y Legislación) (10, Febrero, 1955): Doc. 74-Rev.

Informe de la Comisión V (Cooperación Interamericana) (10, Febrero, 1955): Doc. 76-Rev.

Informe de la Comisión Técnica de Resoluciones y Votos (11, Febrero, 1955): Doc. 78 (Incorporado al Doc. 80 Acta Final)

Personal de la Secretaría General: Doc. 82-Rev.

### I D I O M A S D E L O S D O C U M E N T O S

#### Español:

Doc. 0-Rev., 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16-Rev.,  
17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,  
34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50-Rev.,  
51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64-Bis,66,67,  
68-Rev.,69,70,71-Rev.,72,73,74-Rev.,75-Rev.,76-Rev.,  
77,78,79,80-Rev.,81,82-Rev.,83,84.

#### Inglés:

Doc. 1-Rev., 2,3,4,5,7,15,23,27,56,57,58,59,63,64.

#### Francés:

Doc. 2,3,4,5,7,15,21

Portugués:

Doc. 2,3,4,5,7,15,65

A U T O R E S D E T R A B A J O S

Dr. José Pedro ACHARD  
Delegado del Uruguay y del Paraguay.  
(Uruguay)  
Doc. 22-Sección IV-Recomendado, 10 páginas.

M. Josefina R. ALBANO  
Sección de Servicio Social.  
División de Trabajo y Asuntos Sociales.  
Unión Panamericana.  
Doc. 4-Sección III-B-Oficial, 34 páginas.

Prof. Catalino ARROCHA GRAELL  
Presidente de la Junta Organizadora del Congreso en la  
Sesión Inaugural (7, Febrero, 1955)  
Doc. 38-Discurso, 6 páginas.

ASOCIACION de Trabajadoras Sociales de Guatemala.  
Doc. 26-Sección III-Libre, 28 páginas.

Sta. Esther ATLAGIE G.  
Escuela de Servicio Social "Dr. Alejandro del Río", San-  
tiago, Chile.  
Doc. 55-Sección III-Libre, 24 páginas.

Clara González de BEHRINGER  
Tribunal Tutelar de Menores.  
Doc. 7-Sección IV-Oficial, 32 páginas.

Dr. Roberto BERRO  
Director General del Instituto Internacional Americano  
de Protección a la Infancia (Montevideo)  
Doc. 39-Mensaje, 3 páginas.

Sta. Celia N. BUNKER  
Asesora Técnica-Instituto Puertorriqueño de Relaciones  
de Familia.  
Doc. 73-Sección IV-Libre, 6 páginas.

Delmira CAMBIAGGIO  
Cátedra de Psicología Social  
Buenos Aires,  
Doc. 19-Sección IV-Libre, 61 páginas.

Dr. Aníbal CAMPAÑA B.  
Jefe del Departamento de Investigación Social y Propaganda  
del Instituto Nacional de Previsión Social-Ecuador.  
Doc. 30-Sección III-Libre, 32 páginas.

Dr. Alfredo CANTON  
Director de Educación Particular-Panamá.  
Doc. 61-Sección II-Libre, 9 páginas.

Dr. Germán CASTILLO  
Vice-Ministro de Salubridad Pública.  
Prof. de Clínica Pediátrica, Nicaragua.  
Doc. 24-Sección Ia.-Recomendado, 15 páginas.

CHILE Junta Organizadora.  
Doc. 32-Sección IV-Recomendado, 20 páginas.  
Informe Oficial:  
Doc. 33, 9 páginas  
Doc. 54-Sección III-Libre, 4 páginas.  
Delegación de Chile:  
Doc. 67-Sección I-Libre, 12 páginas.

Dr. Carlos DAVILA  
Secretario General de la Organización de Estados Americanos  
(Washington)  
Doc. 40-Mensaje al X Congreso del Niño, 2 páginas.

Dr. Geraldo EBOLI  
Secretario General del Comité Permanente Interamericano de  
Seguridad Social (México)  
Doc. 3-Sección III-A-Oficial, 95 páginas.

Dr. Víctor ESCARDO Y ANAYA  
Instituto Internacional Americano de Protección a la In-  
fancia (Montevideo)  
Doc. 2-Sección I-Oficial, 50 páginas.

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA  
Doc. 23-Sección I-Recomendado, 26 páginas.  
Doc. 27-Sección II-Libre, 6 páginas.

Doc. 57-Sección II-Libre, 6 páginas.  
Doc. 59-Sección III-Libre, 22 páginas  
Doc. 63-Sección I-Libre, 6 páginas.  
Doc. 64-Sección I-Libre, 14 páginas.

Dr. Otto FIEK CAMPODONICO  
(Perú)

Doc. 43-Sección III-Recomendado, 11 páginas.

Vietslav FISCHMANN

Psiquiatra del Tribunal Tutelar de Menores-Panamá.

Doc. 7-Sección IV-Oficial, 32 páginas.

Sta. María Isabell FORLINE

Asistente Social (Brasil)

Doc. 65-Sección III-Recomendado, 9 páginas.

Doctora Melania B. de FRUTAS

Directora del Servicio Médico Escolar

Departamento Materno-Infantil, Paraguay.

Doc. 12-Sección I-Libre, 30 páginas.

Prof. Luis Felipe GONZALEZ FLORES

Presidente de la Junta Directora del Patronato Nacional de la Infancia, Costa Rica.

Doc. 16-Rev.-Sección II-Recomendado, 21 páginas.

Dr. José Manuel GUTIERREZ HERNANDEZ

Decano de la Facultad de Educación.

Universidad de La Habana.

Doc. 46-Sección I-Recomendado, 38 páginas.

HAITI Comité Nacional-Departamento de Trabajo.

Doc. 21-Sección IV-Recomendado (francés y español) 14 páginas

Miss Cora KASIUS

Asociación Americana de Servicio Familiar (Estados Unidos de Norteamérica)

Doc. 56-Sección IV-Libre, 13 páginas en Español y 10 páginas en Inglés.

Sta. María Amelia LEITE

Asesora Técnica Departamento del Niño (Río de Janeiro)

Doc. 65-Sección III-Recomendado, 9 páginas.

Dra. Georgina Jiménez de LOPEZ  
Asesora Técnica-Universidad de Panamá.  
Doc. 7- Sección IV-Oficial, 32 páginas.

Enrique P. LLAURADO  
Asociación Nacional de Asegurados-Panamá.  
Doc. 53- Sección II-Libre, 7 páginas.

Dra. Eugenia MADELAY  
Abogado - Cuba  
Doc. 46 - Sección I-Recomendado, 38 páginas.

Dr. Marco Tulio MAGAÑA  
Médico-Director División Materno-Infantil y Nutrición,  
El Salvador.  
Doc. 20 - Sección I-Libre, 16 páginas.  
Doc. 20 - Anexo, 3 páginas.

Dr. Carlos Manuel MALGRAT  
Delegado de Cuba.  
Doc. 64-bis - Moción, 3 páginas.

Dra. Rosa Celeste MARIN  
Asesora Técnica - Universidad de Puerto Rico.  
Doc. 66 - Sección II-Libre, 20 páginas.

Dr. Francisco MEMCHACA  
Instituto Internacional Americano de Protección  
a la Infancia (Montevideo)  
Doc. 2 - Sección I-Oficial, 50 páginas.

MEXICO Asociación de Asistencia Privada "Por la Niñez  
Mexicana".  
Doc. 69 - Sección II-Libre, 7 páginas.

Dr. Rafael A. MIRANDA  
República Dominicana  
Doc. 11 - Sección IV-Libre, 8 páginas.

Lcda. Carmen A. MIRO  
Asesora Técnica General de Estadística y Censo-Panamá.  
Doc. 62 - Sección I-Libre, 9 páginas.

Dr. Rafael MONTALVO CADENA  
Presidente del Tribunal de Menores de Pichincha, Ecuador.  
Doc. 31 - Sección IV-Libre, 33 páginas.

Dr. Adolfo MORALES

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (Montevideo)

Doc. 2 - Sección I-Oficial, 50 páginas.

Dr. Guillermo MORALES BELTRANI

Santiago, Chile

Doc. 5 - Sección V-Oficial, 22 páginas.

Dra. Elena MOURE

Profesora de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de La Habana.

Doc. 46 - Sección I-Recomendado, 38 páginas.

Miss Beatrice McCONNELL

Jefe de División de Servicios del Estado

Estados Unidos de Norteamérica.

Doc. 58 - Sección IV-Libre, (Inglés y Español) 9 páginas en Inglés y 11 páginas en Español.

Sta. Paz Mery NAVA B.

Secretaria de Cultura de la Asociación Nacional de Asistencia Social, Bolivia.

Doc. 28 - Sección II-Recomendado, 14 páginas.

Prof. Dr. Ricardo ODRIOSOLA

Paraguay.

Doc. 13 - Sección I - Informe, 23 páginas.

Doc. 18 - Sección III-Recomendado, 18 páginas.

Dr. Mario OLINTO DE (OLIVEIRA)

Miembro Técnico del Brasil al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (OEA)

Doc. 65 - Sección III-Recomendado, 9 páginas.

Dr. Juan José OROZCO POSADAS

Fundador de la Ciudad de los Niños de Guatemala.

Doc. 72 - Sección IV-Libre, 4 páginas.

Dr. Carlos Humberto PAEZ

Presidente de la Corte Nacional de Menores del Ecuador.

Doc. 17 - Sección IV-Recomendado, 41 páginas. Anexo 42 a 42.

PANAMA, Delegación de Panamá, Departamento de Salud Pública.

Doc. 34 - Sección I-Recomendado, 12 páginas.

Junta Organizadora:

Doc. 36 - Informe, 4 páginas.

Dr. Héctor PEÑAZA

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia en Colombia.

Doc. 25 - Sección III-Recomendado, 13 páginas.

Sta. Beatriz PEÑAFIEL BAYAS

Trabajadora Social de los Servicios Quirúrgicos de la Liga Ecuatoriana Anti-Tuberculosa.

Doc. 29 - Sección III-Libre, 26 páginas.

María PEREZ POBLETE

Chile.

Doc. 67 - Sección I-Libre, 12 páginas.

Dr. Rodolfo Guillermo PESSAGNO

Juez Nacional de lo Penal de la Correccional para Menores, Buenos Aires.

Doc. 10 - Sección IV-Recomendado, 30 páginas.

Dr. Rodrigo QUEZADA

Nicaragua.

Doc. 24 - Sección I-Recomendado, 15 páginas

Dr. Luis REISSIG

División de Educación, Unión Panamericana

Doc. 15 - Sección II-Oficial, 17 páginas.

Doña Cecilia Pinel de REMON

Presidenta Delegación de Panamá.

Doc. 83 - Discurso de Clausura, (12 Febrero de 1955), 3 páginas.

REPUBLICA DOMINICANA

Doc. 6 - Sección III-Recomendado, 34 páginas. Anexos 8, 8, 14, 22.

Dr. José Manuel REVERTE C.

Director Unidades Sanitarias - Panamá.

Doc. 8 - Sección I-Libre, 15 páginas.

Dr. Joaquín ROMERO II.  
Instituto Internacional Americano de Protección a la  
Infancia en Honduras.  
Doc. 60 - Sección III-Libre, 8 páginas.

Dr. Rafael SALAS  
Presidente del Consejo Venezolano del Niño.  
Doc. 42 - Sección III-Libre, 27 páginas.  
Doc. 77 - Discurso de Clausura (12 de Febrero de 1955),  
5 páginas.

Sta. María Elena SALINAS MENDOZA  
Alumna de la Escuela de Servicio Social, El Salvador.  
Doc. 35 - Sección III-Recomendado, 25 páginas.

Dr. Domingo W. SARLI  
Director de la División Segunda Infancia del Consejo  
del Niño, Uruguay.  
Doc. 47 - Sección III-Recomendado, 30 páginas, 3 cuadros.  
Doc. 48 - Sección IV-Libre, 26 páginas.  
Doc. 49 - Sección II-Libre, 27 páginas.

Sta. Emma Dina SOSA LOPEZ  
Alumna de la Escuela de Servicio Social, El Salvador.  
Doc. 35- Sección III-Recomendado, 25 páginas.

Dr. Mario STONE  
Cirujano del Hospital Ortopédico, La Habana.  
Doc. 46 - Sección I-Recomendado, 38 páginas.

VENEZUELA, Delegación de Venezuela.  
Doc. 37 - Sección II-Recomendado, 49 páginas.

Dr. Myron E. WEGMAN  
Oficina Sanitaria Panamericana.  
Oficina Regional de O.M.S.  
Doc. 51 - Declaración del X Congreso del Niño (7 de Febrero  
de 1955), 6 páginas.

Sra. Georgina de YOUNG  
Asesora Técnica del Servicio Cooperativo Interamericano  
de Salud Pública.-Panamá.  
Doc. 7 - Sección IV-Oficial, 32 páginas.  
Doc. 9 - Sección III-Recomendado, 17 páginas, Anexos 50



Sta. Raquel ZAMORA NORALES  
Directora de la Escuela de Servicio Social, El Salvador.  
Doc. 35 - Sección III-Recomendado, 25 páginas.

Soy de Ud. su atento y S.S.,

Juan Antonio Susto,  
Jefe Sección de Documentos.  
X Congreso Panamericano del Niño.

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS  
DECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

PANAMA, R. DE P. 1955

TEMARIO  
Y  
REGLAMENTO

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS  
DECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

ENERO 10 AL 15 DE 1955  
PANAMA. REPUBLICA DE PANAMA

DOC. 1  
S. G. 2  
30 DE NOVIEMBRE 1954  
ORIGINAL: ESPAÑOL

T E M A R I O  
Y  
R E G L A M E N T O

---

PANAMA  
IMPRESA NACIONAL  
1954

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 1 (Español) Corr.  
S.G. 2.  
3 Febrero, 1955  
Original: Español

C O R R I G E N D A  
TEMARIO Y REGLAMENTO



Página 3

Artículo 1.-De acuerdo con lo dispuesto por el Ejecutivo Nacional, el X Congreso Panamericano del Niño tendrá lugar en la ciudad de Panamá, capital de la República de Panamá, del 6 al 12 de Febrero de 1955.

La Junta Organizadora

Artículo 2.- La Junta Organizadora del Congreso está formada por su Excelencia el Profesor Catalino Arrocha Graell, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Presidente;....

Artículo 4.- La Junta Organizadora formulará, con la debida anticipación, el programa de actos y visitas por realizarse, de modo que los congresistas los conozcan antes de iniciarse las tareas. Esto no obstante, La Mesa Directiva del Congreso podrá modificar tal programa cuando las circunstancias lo exijan.

Página 5, línea 14:

Panamá: "Programa de alimentación suplementaria como medida preventiva en la desnutrición infantil".

Página 7

Artículo 14.- La Junta Organizadora Delegada de cada país americano enviará a la Secretaría General del Congreso, antes del 15 de Enero de 1955, trabajos sobre temas recomendados o libres, cada uno de los cuales debe tener un resumen y conclusiones.

Página 11

Artículo 31.- La sesión preparatoria tendrá lugar el 6 de Febrero de 1955, bajo la dirección del Presidente de la Junta Organizadora.

## REGLAMENTO Y TEMARIO

Artículo 1.—De acuerdo con lo dispuesto por el Ejecutivo Nacional, el X Congreso Panamericano del Niño tendrá lugar en la ciudad de Panamá, capital de la República de Panamá, del 10 al 15 de Enero de 1955.

### LA JUNTA ORGANIZADORA

Artículo 2.—La Junta Organizadora del Congreso está formada por su Excelencia Ricardo M. Arias Espinosa, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Presidente; Dr. Alberto Bissot, Director General de Salud Pública, Vice-Presidente; Señorita Elsa G. Valdés, Directora de Previsión Social, Secretaria; Licenciada Rosario Oller de Sarasqueta, Srta. Graciela Remón, Dr. Leopoldo Benedetti y Sr. Vicente Pascual, Vocales. El Licenciado Domingo H. Turner, Consejero Legal y de Asuntos Sociales del Ministerio del Ramo, será el Asesor Legal.

Artículo 3.—Para cada Sección del Congreso, la Junta Organizadora nombrará una Comisión General, la que, a su vez, podrá designar Sub-Comisiones para que elaboren las ponencias y planifiquen los trabajos correspondientes del Congreso.

Artículo 4.—La Junta Organizadora formulará, con la debida anticipación, el programa de actos y visitas por realizarse, de modo que los congresistas los conozcan antes de iniciarse las tareas. Esto no obstante, el Comité Ejecutivo del Congreso podrá modificar tal programa cuando las circunstancias lo exijan.

Artículo 5.—Terminado el Congreso, la Junta Organizadora quedará constituida en Comité Ejecutivo encargado de gestionar la ejecución de las resoluciones aprobadas por el Congreso, de la publicación de la memoria correspondiente y de la entrega del Acta Final al Instituto Internacional Americano de Protección a la

Infancia y a la Unión Panamericana. El Comité Ejecutivo funcionará hasta dar cumplimiento a las disposiciones anteriores.

Artículo 6.—En cada país miembro del Congreso funcionará una Junta Organizadora Delegada, designada por su Gobierno, que tendrá atribuciones análogas a las de la Junta Organizadora en lo que le sea pertinente.

Artículo 7.—Mientras el Congreso no elija su Mesa Directiva, actuará en su defecto la de la Junta Organizadora.

Artículo 8.—Cualquier asunto no previsto en este Reglamento y cualquier variación en el Programa establecido será resuelto, en cada caso, por la Junta Organizadora hasta la iniciación del Congreso, y luego por la Mesa Directiva del mismo.

## EL CONGRESO

Artículo 9.—El Congreso tiene por fin estudiar asuntos relacionados con el Niño, desde el punto de vista de la Salud, de la Educación, de la Asistencia Social, de la Sociología, de la Legislación y de la Cooperación Interamericana.

Artículo 10.—El Congreso constará de las Secciones siguientes:

Primera Sección: Salud (comprendiendo Pediatría, Higiene Materno-Infantil y Bio-Estadística).

Segunda Sección: Educación;

Tercera Sección: Asistencia Social;

Cuarta Sección: Legislación y Sociología y

Quinta Sección: Cooperación Interamericana.

Artículo 11.—A cargo de los trabajos de cada Sección habrá una Comisión General, formada por cinco miembros la que, una vez constituída, designará un Presidente y un Secretario.

Artículo 12.—Habrá las siguientes categorías de trabajos:

a) Temas oficiales (fijados por la Junta Organizadora).

- b) Temas recomendados (propuestos por la Junta Organizadora, las Juntas Delegadas de países americanos, la Décima Conferencia Inter-americana y el IX Congreso Panamericano del Niño).
- c) Temas Libres (presentados por los Delegados).

Artículo 13.—Los temas de las diferentes Secciones son los siguientes:

## PRIMERA SECCION:

### Salud

**Temas Oficiales:** “Problemas de Estadística Vital en la Infancia”. Asignado al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

**Temas Recomendados:** Su preparación ha sido asignada a:  
**Cuba:** “El Problema del Niño Lisiado”.

**Guatemala:** “Alimentación y nutrición infantiles.”

**Nicaragua:** “Mortalidad Infantil.”

**Panamá:** “Programa de alimentación complementaria como medida preventiva en la desnutrición infantil.”

## SEGUNDA SECCION:

### Educación

**Tema Oficial:** “Cómo contribuye la Educación al fortalecimiento de la Vida Familiar”. Encomendado a la División de Educación de la Unión Panamericana.

**Temas Recomendados:** Han sido asignados a:

**Bolivia:** “El trabajo de grupos en relación con los programas de Educación”.

**Costa Rica:** “La reglamentación de espectáculos para menores, no limitados a cines y teatros sino incluyendo la radio y la televisión, cuyos programas se reproducen en el mismo lugar.”

**Estados Unidos:** “Mejoramiento eficaz de los argumentos y dibujos de las historietas y de las revistas ilustradas para los niños, o al alcance de éstos con el fin de que no contraríen los efectos de su educación.”

Venezuela: "Educación en el medio rural."

### TERCERA SECCION:

#### Asistencia Social

**Tema Oficial:** "La Protección a la infancia en los programas de Asistencia Social", tema que se divide en dos:

- a) "La Familia y la Seguridad Social." Encomendado al Consejo Permanente Interamericano de Seguridad Social.
- b) "La Familia y el Servicio Social." Encomendado a la División de Asuntos Sociales de la Unión Panamericana.

**Temas Recomendados:** Han sido asignados a:

**Brasil:** "Necesidad de aumentar el número de Escuelas de Servicio Social".

**Colombia:** "Problemas de la familia rural producidos por la rápida industrialización y manera de solucionarlos".

**El Salvador:** "Importancia de despertar conciencia en la población sobre la necesidad de servicio social y medios para alcanzarlo".

**Honduras:** "La responsabilidad del Estado en la asistencia familiar y las medidas tomadas para cumplirla".

**Panamá:** "La participación que tiene el trabajador social en programas de Asistencia Familiar".

"La influencia que la Escuela de Servicio Social ejerce en el desarrollo del Servicio Social y los programas asistenciales de la comunidad".

**Paraguay:** "Problemas especiales de la familia rural y los medios de corregirlos".

**Perú:** "Problemas que la familia rural tiene al ajustarse a las áreas urbanas y las medidas necesarias para ayudarlas".

**República Dominicana:** "Programas gubernamentales de protección y asistencia familiar".

**Uruguay:** "Asignaciones familiares".



## CUARTA SECCION:

### Sociología y Legislación

**Tema Oficial:** “La delincuencia Infantil como fenómeno de Desorganización familiar”. Encomendado por la Junta Organizadora del Congreso a una Comisión Especial de Panamá.

**Temas Recomendados:** Han sido asignados a:

**Argentina:** “El problema de los niños en estado de peligro social”.

**Chile:** “Conveniencia de que los regímenes jurídicos de los Estados Americanos sean adecuados a los requerimientos del desarrollo integral del niño”.

**Ecuador:** “Estudio comparativo de los sistemas jurídicos de los países de América sobre protección a la infancia, para extender, de acuerdo con las modalidades de cada país, los principios más aceptables”.

**Haití:** “Trabajos de menores”.

**México:** “Problema que crean los menores que pasan las fronteras de su país, ya sea por sí, o por personas que por cualquier motivo tienen interés en que el menor deje el hogar”.

**Uruguay:** “Necesidad de Tribunales de Menores o de consejeros tutelares para que el niño tenga toda la protección para su personalidad y para su buena adaptación social”.



## QUINTA SECCION:

### Cooperación Interamericana

**Tema Oficial:** “La Cooperación Interamericana”. Encomendado por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia al Delegado Técnico de Chile, Doctor Guillermo Morales Beltrani.

### LOS TRABAJOS

Artículo 14.—La Junta Organizadora Delegada de cada país americano enviará a la Secretaría General del Congreso, antes del 15 de Diciembre de 1954, los

trabajos sobre temas recomendados o libres, cada uno de los cuales debe tener un resumen y conclusiones.

Artículo 15.—Cada país deberá enviar al Congreso un informe documentado sobre lo que ha podido realizar acerca de las recomendaciones del Acta Final del IX Congreso Panamericano del Niño efectuado en Caracas.

Artículo 16.—Los Relatores Oficiales dispondrán de 20 minutos para la lectura de sus informes, y de 10 para contestar las objeciones que se formulen durante la discusión.

La lectura de los trabajos recomendados y de las comunicaciones sobre temas libres, no deberán exceder de 12 minutos y sus autores podrán disponer de 10 minutos para contestar a las objeciones.

Cada congresista podrá hacer uso de la palabra durante 5 minutos, por una vez, para tratar cada trabajo o comunicación.

Cuando por su importancia el tema lo requiera, se podrá aumentar el tiempo necesario para su exposición y discusión, de acuerdo con lo que sobre el particular resuelva la Asamblea.

Artículo 17.—Los trabajos deberán ser inéditos, escritos a máquina e impresos y acompañados de un breve resumen y conclusiones.

Artículo 18.—Los idiomas oficiales del Congreso serán: el español, el francés, el inglés y el portugués.

## LOS MIEMBROS

Artículo 19.—El Congreso se compondrá de cuatro clases de miembros:

- a) Miembros Honorarios;
- b) Miembros Oficiales;
- c) Miembros de Número, y
- d) Miembros Observadores.

Artículo 20.—Serán Miembros Honorarios las personalidades científicas o políticas, nacionales o extranjeras, que se nombren en la reunión preparatoria de los Presidentes de las Delegaciones de los países representados en el Congreso.

Artículo 21.—Serán Miembros Oficiales las personas presentadas por los Gobiernos de los países representados en el Congreso, los Miembros y los Delegados Técnicos del Consejo Directivo del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia y los Representantes de la Unión Panamericana.

Artículo 22.—Serán Miembros de Número las personas presentadas por la Junta Organizadora como colaboradoras en las Comisiones y Sub-Comisiones Oficiales del Congreso, así como los asistentes extranjeros que pertenecieron en sus respectivos países a las Comisiones y Sub-Comisiones de las Juntas Organizadoras Delegadas y todas las demás personas invitadas con tal carácter por la Junta Organizadora del X Congreso Panamericano del Niño.

Artículo 23.—Serán Miembros Observadores todas las personas que se interesen por los problemas vinculados al niño por medio de instituciones nacionales y extranjeras de reconocido crédito.

## LOS FUNCIONARIOS

### El Presidente

Artículo 24.—Serán atribuciones del Presidente del Congreso:

- a) Someter a la consideración del Congreso las materias inscritas en las Ordenes del Día correspondientes a cada sesión, y dirigir los debates;
- b) Conceder el uso de la palabra a los Congresistas en el orden en que la pidieren;
- c) Decidir las cuestiones de orden que se susciten en las discusiones del Congreso, sin perjuicio de que si alguna Delegación lo solicitare, la decisión tomada se someta a la decisión de la Asamblea;
- d) Someter a votación los puntos en discusión, y anunciar los resultados;
- e) Transmitir a los Congresistas, con la mayor antelación posible, el Orden del Día de las sesiones plenarias, por conducto del Secretario General;
- f) Convocar a los Presidentes de las Delegaciones cuando los asuntos del Congreso así lo requieran, y

- g) Tomar las medidas que estime oportunas para promover el desarrollo del trabajo y hacer cumplir este Reglamento.

### **Los Vice-Presidentes**

Artículo 25.—Los Vice-Presidentes reemplazarán al Presidente en caso de ausencia, en el orden en que fueron elegidos por el Congreso.

### **El Secretario General**

Artículo 26.—Serán funciones del Secretario General:

- a) Organizar, dirigir y coordinar el trabajo de los empleados en servicio de la Secretaría del Congreso, en especial de los Secretarios Auxiliares, de las Comisiones, los intérpretes y los amanuenses;
- b) Recibir, distribuir y contestar la correspondencia oficial del Congreso;
- c) Preparar o hacer preparar, bajo su dirección, las actas de las sesiones, con arreglo a las notas que le suministren los Secretarios Auxiliares y los taquígrafos, y distribuir entre los congresistas, antes de cada sesión, ejemplares del Acta de la sesión anterior;
- d) Redactar el Orden del Día, de acuerdo con las instrucciones del Presidente del Congreso, y distribuirlo entre las Delegaciones;
- e) Ser el intermediario entre las delegaciones o los miembros de ellas y las autoridades panameñas en los asuntos relativos al Congreso;
- f) Transmitir a la Unión Panamericana las actas originales del Congreso y las de Comisiones para que sean conservadas en sus archivos, y
- g) Ejercer cualesquiera otras funciones que le asignen el Reglamento, el Congreso o su Presidente.

### **SESIONES Y REUNIONES**

Artículo 27.—El Congreso celebrará las siguientes sesiones:

- a) Preparatoria o de Organización: formada por la Junta Organizadora, los representantes del Instituto Internacional de Protección a la Infancia, de la Unión Panamericana y los Presidentes de las Delegaciones;

- b) Solemnes: Una de apertura y otra de clausura;
- c) Plenaria: De los miembros oficiales del Congreso, y
- d) De comisiones técnicas.

Artículo 28.—Las sesiones plenarias, de los miembros oficiales, y las reuniones de las comisiones técnicas serán públicas, a menos que el Congreso resuelva lo contrario.

Artículo 29.—Cada Sección de las mencionadas en el artículo 10 funcionará independientemente. La Mesa Directiva de cada Comisión estará formada por un Presidente, un Vice-Presidente y un Secretario, que serán electos entre sus miembros en la primera reunión. Habrá también Asesores Técnicos que participarán en la dirección y orientación técnica de la discusión a cuyo cargo estará la presentación del tema oficial.

Artículo 30.—La Comisión de Resoluciones y Votos estará formada por los Delegados que designe el Presidente del Congreso y ésta nombrará también su Presidente.

Artículo 31.—La sesión preparatoria tendrá lugar el 9 de Enero de 1955, bajo la dirección del Presidente de la Junta Organizadora.

En esta sesión:

- a) Serán presentados los Congresistas extranjeros;
- b) Será escogida la Mesa Directiva del Congreso compuesta por un Presidente, dos Vice-Presidentes, un Secretario General y los Secretarios Auxiliares que sean necesarios;
- c) Serán designados los Presidentes y Vice-Presidentes de honor;
- d) Serán nombrados los Miembros Honorarios, de acuerdo con el artículo 20;
- e) Serán escogidos los Presidentes, Vice-Presidentes y Secretarios de las diferentes Secciones del Congreso;
- f) Serán designadas las Comisiones Técnicas correspondientes;
- g) Será escogida la Comisión Técnica de Resoluciones y Votos;

h) Se establecerá, por la suerte, el Orden de precedencia de colocación de las Delegaciones, e

i) Será presentado por el Secretario General, el correspondiente informe de la Junta Organizadora del X Congreso Panamericano del Niño.

Artículo 32.—Durante el Congreso se efectuarán las Sesiones plenarias que la Mesa Directiva del Congreso considere necesarias, las que se dedicarán a considerar los asuntos de interés general y a discutir los informes presentados por las Comisiones Técnicas. En estas sesiones plenarias se considerarán las resoluciones y recomendaciones correspondientes a cada Ponencia.

Para que haya **quorum** en las sesiones plenarias, se requerirá la presencia de más de la mitad de las Delegaciones de los países representados en el Congreso.

En las Sesiones plenarias como en las Comisiones Técnicas, la votación se tomará por países, quedando aprobada una Resolución cuando reciba el voto favorable de más de la mitad de las Delegaciones presentes, a razón de un voto por cada país.

Artículo 33.—En la Sesión de clausura se dará lectura al informe presentado por la Comisión Técnica de Resoluciones y Votos, el cual después de aprobado constituirá el Acta Final. Cada recomendación o conclusión se votará sin discusión.

Artículo 34.—El Congreso será clausurado por el Presidente del mismo o por la persona que éste designe y en la sesión de clausura hará uso de la palabra un Delegado Oficial, designado por las distintas Delegaciones de los Gobiernos Americanos.

Artículo 35.—La publicación del Acta Final del X Congreso Panamericano del Niño estará a cargo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

(Aprobado por la Junta Organizadora, sobre un Proyecto enviado por el Secretario General del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, en sesión del veintisiete de Mayo de mil novecientos cincuenta y cuatro).

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS  
DECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO  
Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 2 (español)  
S.G. 3  
13 Diciembre 1954  
Original: español  
Sección I  
Tema Oficial



PROBLEMAS DE ESTADISTICA VITAL  
EN LA INFANCIA

por

Drs. Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

Instituto Internacional Americano  
de Protección a la Infancia  
Montevideo, Uruguay



## PROBLEMAS DE LA ESTADÍSTICA VITAL EN LA INFANCIA

por los doctores

Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

El presente trabajo tiene por finalidad presentar, de una manera objetiva, algunos aspectos relacionados con las Estadísticas vinculadas a los problemas de la infancia.

Su origen data de una sugerencia formulada por el Doctor Francisco Menchaca, Profesor Adjunto de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe, República Argentina, quien en junio de 1949 planteaba la posibilidad de que en el Segundo Congreso de la Confederación de las Sociedades de Pediatría, se recomendará como uno de los temas de la próxima reunión el relativo a: "Problemas de la Estadística Vital en la Infancia" para que sobre una encuesta o esquema elaborado por una Comisión, cada Sociedad presentará en el próximo Congreso el estado actual del problema en el país respectivo.

Esa sugerencia era todavía extrapolada en el sentido de buscarle asidero en el Congreso Panamericano del Niño o que fuera abordada por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.



## PROBLEMAS DE LA ESTADISTICA VITAL EN LA INFANCIA

por los doctores

Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

El presente trabajo tiene por finalidad presentar, de una manera objetiva, algunos aspectos relacionados con las Estadísticas vinculadas a los problemas de la infancia.

Su origen data de una sugerencia formulada por el Doctor Francisco Menchaca, Profesor Adjunto de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe, República Argentina, quien en junio de 1949 planteaba la posibilidad de que en el Segundo Congreso de la Confederación de las Sociedades de Pediatría, se recomendará como uno de los temas de la próxima reunión el relativo a: "Problemas de la Estadística Vital en la Infancia" para que sobre una encuesta o esquema elaborado por una Comisión, cada Sociedad presentará en el próximo Congreso el estado actual del problema en el país respectivo.

Esa sugerencia era todavía extrapolada en el sentido de buscarle asidero en el Congreso Panamericano del Niño o que fuera abordada por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

El INSTITUTO consideró la sugerencia y se expidió descartando la posibilidad de tomarla en cuenta en el Congreso de la Confederación de las Sociedades de Pediatría y en el de México, por falta de tiempo, pero sí en el próximo Congreso Panamericano del Niño. Encomendó esta tarea a su Departamento de Salud, dirigido por el Doctor Víctor Escardó y Anaya, el que con la colaboración de los Doctores Francisco Menchaca y Adolfo Morales, la llevó a cabo.

El Doctor Menchaca hizo una proposición para realizar una encuesta previa a las Sociedades de Pediatría, que el Departamento de Salud del INSTITUTO efectuó en noviembre de 1949, con el siguiente cuestionario que fué cursado a 36 Sociedades de Pediatría:

¿Cree esa Sociedad que "Problemas de Estadística Vital en la Infancia" es un tema cuya consideración puede ser de interés en el próximo Congreso Panamericano del Niño?

¿Considera de conveniencia esa Sociedad que cada nación americana concorra al Congreso con una Encuesta contestada sobre el tema, a los efectos de encauzar la discusión y llegar a resultados más concretos y homogéneos?

¿Qué otra sugestión sobre el tema acerca del cual se consulta puede hacernos llegar esa Sociedad?

Realizada esa encuesta preliminar, se obtuvo contestación de 10 Sociedades de Pediatría, con el siguiente resultado: todas contestaron afirmativamente a las dos primeras preguntas y res-

pecto a la tercera sugirieron el estudio de la influencia de los antibióticos en la mortalidad infantil; revisión de la nomenclatura de causas de muerte; solicitud de que a los Congresos Panamericanos del Niño asistan Delegados de las Sociedades de Pediatría, normas para la encuesta, que ésta sea mínima; etc.

En 1950, el doctor Monchaca, a pedido del Departamento de Salud del INSTITUTO confeccionó un Cuestionario que fué acentado por dicho Departamento, previa consulta con el doctor Adolfo Morales, Director del Departamento de Estadística de la División Higiene del Ministerio de Salud Pública de Montevideo, Uruguay, y el INSTITUTO resolvió dirigirlo a las Agencias especializadas de los Gobiernos Nacionales de todos los países de América.

El cuestionario contenía las siguientes preguntas:

A.- De la preparación y perfeccionamiento estadístico de médicos y personal auxiliar

- 1.- Se considera que los estudiantes de medicina reciben los conocimientos básicos de estadística necesarios para que como profesionales contribuyan a facilitar los estudios bioestadísticos de la infancia?
- 2.- Se exige algún título de especialización al personal que tiene a su cargo las Direcciones u Oficinas de Estadística que manejan datos relacionados con la salud infantil?
- 3.- Se dan cursos de perfeccionamiento para médicos o personal interesados en estadística?

- 4.- Los empleados en Oficinas de Estadística disponen de algún Manual que les facilite la tarea?
- 5.- Todos los médicos disponen del texto de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte?
- 6.- Qué medidas sugiere esa Sociedad para contribuir al perfeccionamiento de la preparación estadística de los médicos y personas que manejan los problemas vinculados a la salud del niño?

B.- De la captación del material estadístico

- 7.- Considera esa Sociedad que es correcto el registro de los nacimientos? En caso negativo, ¿puede enumerar algunas de las principales causas?
- 8.- Considera esa Sociedad que es correcto el registro de la mortalidad? En caso negativo ¿puede enumerar algunas de las principales causas?
- 9.- ¿Considera esa Sociedad que es correcto el registro de las defunciones de niños de 0 a 1 año?; de 0 a 5 años?; de 6 a 14 años? En caso negativo ¿puede enumerar algunas de las principales causas?
- 10.- ¿Existen dificultades para el registro antropométrico del recién nacido y del niño? ¿Para el registro del peso? ¿de la talla?
- 11.- La proporción de medidas registradas ¿puede permitir establecer las características pondoestaturales del recién nacido y del niño de esa zona de alguna zona de esa nación?
- 12.- Los registros pondoestaturales ¿son centralizados en algún organismo estadístico o sanitario?

- 13.- Existen dificultades en las estadísticas hospitalarias en lo que se refiere a enfermedades o asistencia de la infancia?
- 14.- ¿Las estadísticas hospitalarias, se rigen por las Clasificaciones Estadísticas Internacionales de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte, o por un Código o nomenclatura propia?
- 15.- ¿Qué medidas sugiere esa Sociedad para contribuir al perfeccionamiento de la captación del material estadístico de la infancia?

C.- De la organización y funcionamiento de los servicios de Bioestadística

- 16.- El organismo a cuyo cargo está la bioestadística de la infancia, ¿depende directamente de las autoridades sanitarias o de alguna Dirección General de Estadística nacional?
- 17.- ¿Se ha constituido en esa nación el Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria aconsejado por la Sexta Conferencia Internacional de Revisión de la Lista de Causas de Enfermedad y Muerte?
- 18.- ¿Qué actividades ha desarrollado en favor de la bioestadística de la Infancia esta Comisión o Comité Nacional?
- 19.- ¿Tiene esa sociedad alguna vinculación con esta Comisión o Comité, o con otro organismo vinculado a la estadística vital de la infancia?
- 20.- ¿Existen algunas dificultades en la coordinación de los servicios estadísticos en ese país? ¿cuáles son ellas?

- 21.- Se realizan algunos relevamientos de muestras o muestreo en lo que a problemas de la infancia se refiere?
- 22.- ¿Disponen los organismos centrales que elaboran material estadístico de la infancia de apartados de compilación mecánica?
- 23.- ¿Qué otros problemas o dificultades existen en su país para la mejor organización y funcionamiento de los servicios de Bioestadística?

D.- De la publicación y divulgación de los datos estadísticos de la infancia

- 24.- ¿Cree esa Sociedad que los datos de la bioestadística infantil tienen suficiente publicación y divulgación entre médicos y para el gran público?
- 25.- ¿Existen organismos especiales de divulgación estadística que aparecen regularmente?
- 26.- ¿Divulga la Revista de esa Sociedad datos estadísticos de la infancia?

Dicho cuestionario fué cursado a los 21 países americanos, habiéndose obtenido respuesta de 20 de ellos, a saber:

Argentina

Sociedad Argentina de Pediatría (respuesta confeccionada con el asesoramiento del Profesor Doctor Francisco Menchaca)

Bolivia

Sociedad de Pediatría de Cochabamba

Brasil

Departamento Nacional da Crianca

Colombia

Sección Materno-Infantil. Ministerio de Salud Pública

Costa Rica

Dirección General de Salubridad. Ministerio de Salubridad Pública.

Cuba

Sección de Epidemiología General. Dirección General de Salubridad. Ministerio de Salubridad y Asistencia Social

Chile

Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia.

Servicio Nacional de Salubridad.

Ecuador

Respuesta enviada por el Delegado Técnico de Ecuador ante el INSTITUTO, Doctor Carlos Andrade Marín

El Salvador

Dirección General de Sanidad

Estados Unidos de América

Public Health Service

American Academy of Pediatrics

Children's Bureau

Guatemala

Dirección General de Sanidad Pública

Haití

Departament de la Santé Publique

Honduras

Dirección General de Sanidad Pública

México

Departamento de Estadística Vital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Sociedad por la Niñez Mexicana

Nicaragua

Sección de Estadística Vital de la Dirección General de Sanidad. Ministerio de Higiene

Panamá

Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República

Sociedad Panameña de Pediatría

Paraguay

Sociedad de Pediatría y Puericultura del Paraguay

Perú

Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública

Uruguay

Departamento de Estadística de la División Higiene Ministerio de Salud Pública

Venezuela

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría



El resumen sucinto de las contestaciones recibidas, se puede presentar de la siguiente manera:

A.- De la preparación y perfeccionamiento estadístico de médicos y personal auxiliar

Pregunta No.1.- ¿Se considera que los estudiantes de medicina reciben los conocimientos básicos de estadística necesarios para que como profesionales contribuyan a facilitar los estudios bioestadísticos de la infancia?

De las 26 respuestas venidas de 20 países, 13 contestan categóricamente que no se dá enseñanza estadística en las Facultades de Medicina. Ellas son las de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú. En el Brasil, se consigna que, a pesar de no darse oficialmente enseñanza, algunos profesores dan nociones elementales de estadística en relación con su materia.

En cambio, las respuestas de Chile, Cuba, El Salvador, México, Uruguay y Venezuela, ponen de manifiesto que en las Facultades de Medicina se da esta enseñanza.

En Chile, desde 1948, en el 5o. año de la Escuela de Medicina de la Universidad se dan 26 clases de tres horas cada una, de Bioestadística teórica y aplicada. En México, a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma, se les dan nociones muy someras, a los de Medicina Rural del Instituto Politécnico

co Nacional, se les da en 5o. año. estadística. En Venezuela, los estudiantes de 5o. año reciben en la Cátedra de Higiene y Medicina Social de la Universidad Central, conocimientos de bioestadística que ulteriormente, como profesionales, les facilitan la correcta interpretación de los estudios relacionados con los problemas de la infancia.

De las dos respuestas de los Estados Unidos de América, una de ellas es muy sugestiva y orientadora. "Sería deseable, dice, que los estudiantes de medicina recibieran los conocimientos básicos de estadística, pero esto no se considera esencial más importante es desarrollar en ellos una apreciación y comprensión del valor de los estudios estadísticos en relación con los progresos de los programas médicos e higiénicos". La otra respuesta expresa que muchas Facultades de ese país incluyen en sus planes de estudio, un curso de estadística.

Conclusiones Es evidente que en la mayoría de las Facultades de Medicina del Continente Americano no se imparte a los estudiantes enseñanza básica de estadística. En algunas se hace fraccionada esta enseñanza y en otras se la estudia bien. En esta forma los médicos no tienen, naturalmente, los conocimientos indispensables de estadística que les permitan la captación correcta de los datos y su interpretación.

¿Hasta qué punto deben los médicos profundizar en esta disciplina? No es menester que los médicos sean estadígrafos ni especialistas, pero deben comprender lo suficiente para poder apreciar el valor de las estadísticas y por ende, interpretarlas bien.

El desideratum consistiría que, a la etapa prefacultativa o de enseñanza pre-profesional, el estudiante de medicina adquiriera nociones fundamentales de metodología estadística de la misma manera que se les enseña historia o literatura. Lo que quedaría para hacer durante la enseñanza profesional sería solamente mantener presente el concepto de la utilidad de la estadística, recordando en toda oportunidad posible su valor y la necesidad de acudir a ella.

Pregunta No. 2. ¿Se exige algún título de especialización al personal que tiene a su cargo las Direcciones u Oficinas de Estadística que manejan datos relacionados con la salud infantil?

Doce países contestan categóricamente que no se exige ningún título de especialización al personal indicado. Y ocho países responden que aun cuando no se exige título, en la práctica, los encargados de los servicios especializados o directores de oficinas, han hecho estudios especiales en el extranjero o en el país.

En la República Argentina se exige título de especia-

lización a los Directores-Jefes de Oficinas de Estadística. En la respuesta de la American Academy of Pediatrics de los Estados Unidos de América, se expresa que los que tienen a su cargo oficinas de estadística, poseen una base sólida y experiencia al respecto. Esto, para ellos, es más efectivo que un título académico.

### Conclusiones

Se deduce claramente que en la casi totalidad de los países de América no se exige título especializado para las personas que tienen a su cargo las Oficinas de Estadística. En varios de ellos, la práctica ha establecido que así sea, aún cuando no existe reglamentación especial.

La respuesta de la American Academy of Pediatrics plantea un serio problema, muchas veces debatido y de no fácil solución. ¿Qué vale más, un título o la idoneidad en un conocimiento determinado? Si bien es evidente que existen muchas personas con conocimientos amplios de una materia, sin tener el título correspondiente, no es menos cierto que el título supone un estudio ordenado y una práctica suficiente. Quizás sería la justa solución, exigir el título de escuelas aprobadas y reconocidas por, las autoridades competentes de cada país, que podrían ser, según las circunstancias, oficiales o privadas.

Esa práctica sería concurrente hacia el sostenimien-

to del principio de que, cuando la medicina sale del terreno clásico de la clínica, (en el que se conjuga en el plano dominante el binomio enfermedad-médico) y se extrovierte hacia lo social, otros técnicos especializados entran a actuar en igual plano que el del médico-clínico, con una función tan primordial como la de él mismo.

Pregunta No. 3. - ¿Se dan cursos de perfeccionamiento para médicos o personal interesados en estadística?

En ocho países estos cursos están organizados y en otros siete no se da esta información. Cinco países -Argentina, Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Uruguay dan cursos en forma eventual a todo el personal de sus oficinas.

#### Conclusiones

Un grupo de países ha comenzado ya los estudios estadísticos especializados. En otro grupo no se ha hecho nada todavía. El personal secundario es formado en algunos países con cursos propios.

De todo esto se deduce que para el progreso y desarrollo de la estadística en América es menester intensificar estos cursos de preparación para todos, dirigentes y dirigidos, en vista a una mayor eficiencia de los servicios estadísticos.

Una iniciativa feliz ha cristalizado hace un tiempo y los países de Latino-América tienen ahora ocasión de mejorar la pre

paración estadística de sus técnicos en el Centro Interamericano de Bioestadística que funciona en Santiago de Chile, bajos los auspicios de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud y del Gobierno de Chile.

Pregunta No. 4.- Los empleados de Oficinas de Estadística, disponen de algún Manual que les facilite la tarea?

Trece países contestan que si. Seis que no. La Argentina, a través de la respuesta, puede incluirse entre las que si.

Conclusiones Se deduce que, en general se usan manuales de clasificación estadística en la mayoría de las oficinas. Se aprecia que, en general, no es preceptivo su uso, pero es evidente necesario. Sería útil y de mayor eficiencia el uso de un único manual en todos los países.

En materia de estadísticas relacionadas con la infancia, sería menester que se confeccionara un digesto en el que se describiran someramente los diversos capítulos involucrados.

De esa manera, evitando las iniciativas personales o aisladas, a veces, hijas del desconocimiento o de la improvisación, se darían patrones cuya aplicación facilitaría las comparabilidades internacionales y los estudios en ese terreno.

Pregunta No. 5.- ¿Todos los médicos disponen del texto de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte?

Cinco países contestan que si, los médicos disponen del texto indicado. En cambio, nueve responden que no. Cinco países dan respuestas dubitativas que necesitan explicación.

La respuesta argentina expresa que en ciertas provincias, los médicos disponen de una copia de dicha clasificación. La boliviana establece que a pesar de distribuir Sanidad Departamental los textos, en la mayoría de los médicos no hay interés.

La de Honduras dice que solamente algunos médicos la tienen. La de Paraguay manifiesta que algunos médicos también la tienen, habiendo sido distribuidos a los hospitales de campaña los ejemplares remitidos por la Organización Mundial de la Salud. La de Estados Unidos expresa que no cree que sea importante o deseable que cada médico disponga de un ejemplar de la clasificación de las enfermedades. Creo, sin embargo, que sería mejor que la tuvieran. En Panamá, la Dirección de Estadística y Censo ha recomendado la adquisición de la Standard Nomenclature of Disease, que publica la Asociación Americana de Medicina.

#### Conclusiones

A través de las respuestas se aprecia el deseo general de que todos los médicos posean el texto indicado y lo manejen. No

se ha hecho un trabajo ordenado y amplio para que todos ellos lo tengan a su disposición y lo utilicen. La tendencia actual de que no sean los médicos lo que precisen los diagnósticos, desde el punto de vista estadístico, sino las oficinas competentes, explicaría la respuesta de los Estados Unidos.

Si el hecho de que el médico posea la Clasificación Internacional tiene el valor de poner a su alcance un elemento de consulta ocasional, en la misma forma que un clínico general tiene un texto de anatomía, la distribución profusa de dicha clasificación no merece objeciones.

Pero si con ello se corre el albur de que el médico sea incitado a convertirse en un codificador o clasificador, se produce un serio peligro y, por lo tanto, la puesta en manos de los médicos de la nomenclatura no sería aconsejable.

Pregunta No. 6. ¿Qué medidas sugiere esa Sociedad para contribuir a perfeccionar la preparación estadística de los médicos y personas que manejan los problemas vinculados a la salud del niño?

La mayoría de las respuestas de los países, catorce en total, están porque en las Facultades de Medicina se den los conocimientos necesarios a los estudiantes y también se proporcione la enseñanza necesaria a todo el personal de las oficinas de estadística correspondientes.



La respuesta de la Argentina puntualiza bien los distintos aspectos del problema. Dice así:

- "a) Referente a los médicos, creemos que deberían recibir conocimientos teórico-prácticos de Estadística Metodológica en los primeros años de su enseñanza. Posteriormente, al estudiarse las especialidades: Pediatría, Epidemiología, Higiene, deberían hacerse aplicaciones de Bioestadística a los problemas demográficos que implican dichas especialidades.
- b) Ya en su ejercicio profesional, los médicos, pediatras o no, deberían tener facilidades para realizar cursos de post-graduados sobre temas de Estadística Vital, organizados ya por los centros docentes, ya por los organismos profesionales, o por ambos a la vez.
- c) Sería conveniente que las Sociedades y demás organismos pediátricos y puericulturales tengan sus secciones o Comités de Bio-Estadística que recopilen la Estadística Vital de la Infancia y asesoren en todo lo que se relacione con ésta.
- d) En los Congresos, Jornadas y Seminarios referentes a asistencia infantil, convendría incluir temas de estadística.
- e) Las Asociaciones y Sociedades profesionales médicas, deberían promover la creación de premios u otros estímulos a los mejores trabajos sobre asuntos de estadística de la infancia.
- f) Las revistas y publicaciones pediátricas deben incluir informes o series estadísticas que ilustren sobre la utilidad que tiene la Estadística Vital para la organización y administración de los programas de sanidad infantil.
- g) A las personas no médicas que cumplen funciones relacionadas con bio-estadística de la infancia, no deben faltarle posibilidades para perfeccionar sus conocimientos, mediante cursos, manuales, intercambio científico, becas de estudio en centros especializados, etc."

La Academia Americana de Pediatras, de los Estados Unidos de América, aboga por el establecimiento de un cuerpo profesional de estadígrafos, como el medio más eficaz para desarrollar y mejorar la preparación de los estudios estadísticos. Estos estudios informarían a los médicos sobre los cambios que se efectúan en las condiciones higiénicas y sanitarias y le llamarían la atención sobre los problemas.

La respuesta de Chile da una gran importancia a la confección de un Manual de Problemas Estadísticos, de interés para médicos clínicos de acuerdo con sus especialidades, enfocán<sup>dola</sup>s desde su doble aspecto; teórico y práctico. Confeccionado este Manual o herramienta de trabajo, se repartiría difusamente a estudiantes de Medicina, médicos e interesados en general.

La contestación de Nicaragua recomienda el envío de profesionales a estudiar al extranjero. Otra respuesta se refiere al beneficio que pueden dar cursos breves a médicos y no médicos, referentes a los problemas infantiles.

### Conclusiones

Hay un consentimiento general en que la mejor manera de perfeccionar la preparación estadística de médicos y personas que manejan los problemas relacionados con la salud del niño, es la de que en Facultades de Medicina, se realicen los cursos de estadística necesarios para los estudiantes. Por otra parte, en

las mismas Facultades o donde se crea conveniente, es menester también realizar la enseñanza correspondiente a todas las personas que se ocupan de estadística en cada país.

La confección de un Manual, lo mismo que el otorgamiento de becas, son medios complementarios, que llevan al mismo fin.

La formación de comités y centros consultivos que puedan prestar asesoramiento a los médicos y demás trabajadores sociales interesados en el manejo de los problemas vinculados a la salud de la infancia, parece el medio más eficaz, partiendo de la base de que no es posible convertir a cada uno de esos técnicos en un estadístico especializado y que ni siquiera fuera ello conveniente.

En cambio, lo imprescindible, es el desarrollo del sentido estadístico en cada uno de esos técnicos, que deben estar capacitados para reconocer cuando deben acudir a la consulta y al asesoramiento.

#### B.- De la captación del material estadístico

Pregunta No. 7.- ¿Considera esa sociedad que es correcto el registro de los nacimientos? En caso negativo, ¿puede enumerar algunas de las principales causas?

Se pueden clasificar las respuestas recibidas en tres grupos. De ocho países contestan que sí. Tres responden que en la capital el registro es correcto, pero no en el interior. Nue-

ve manifiestan que no es correcto.

Naturalmente, que esta clasificación de las respuestas es un poco simplista. Si por correcto, se entiende que todos los nacimientos sean registrados y lo sean correctamente, probablemente de ningún país podrían contestar que sí. Pero como la segunda parte de la pregunta establece las causas, el estudio de ellas, orienta con más claridad el problema.

La respuesta de Bolivia expresa que el registro es correcto en las capitales, pero no en las provincias, por falta de personal y colaboración del público.

La del Brasil, atribuye a la ignorancia de los padres y a las dificultades debidas a las distancias para llegar a las oficinas, las deficiencias de los registros.

En Colombia manifiestan que es incompleto, debido principalmente a que la estadística que se lleva es de bautizos, quedando por fuera los niños no bautizados, no obstante existir por disposiciones oficiales el Registro Civil, el cual, para ser aprovechado por el público, necesitaría de más facilidades y propaganda.

En Chile tampoco hay facilidades para llegar a las oficinas correspondientes a las zonas rurales.

En Costa Rica, se atribuyen como causas, a que tiene que realizarse el bautismo antes que la inscripción, a que hay negligencia en la ciudadanía y no es obligatoria la inscripción.

En Ecuador, las causas en las áreas rurales, se atribuyen

a la falta de médicos que certifiquen, el índice alto de dispersión y analfabetismo y a la falta de vías de comunicación.

En Honduras, expresan que el registro de nacimientos, mortinatos y defunciones, es llevado por las oficinas dependientes de las autoridades municipales y distritales y no por la Dirección General de Sanidad Pública.

En México las causas son la falta de vías de comunicación, la ignorancia de las gentes y la deficiencia de las oficinas y su personal.

En Panamá, se supone que el Registro es incompleto, no habiendo hecho ningún estudio específico sobre el particular. Expresan que existen omisiones de datos en los formularios por causa de la ineptitud de las registradoras auxiliares (algunas de ellas analfabetas); la alta dispersión de la población, falta de vías de comunicación, ignorancia del campesino, falta de adecuada propaganda, hace deficiente la inscripción.

En el Perú se señalan como causas el plazo legal que es sólo de ocho días en la zona rural, oficinas pocas y distantes, e ignorancia de las gentes.

En los Estados Unidos, con la finalidad de llegar al 100% se están estudiando a fondo las causas.

### Conclusiones

Entre las causas mencionadas en varios países, es-

tán las distancias y dificultades propias de traslado en las zonas rurales. Por otra parte, las oficinas o las personas en cargadas de realizar dicho registro son escasas, siéndole difícil a la población el poderse llegar a ellas. La falta de colaboración del público, devida en especial a la ignorancia y al analfabetismo, se considera como otro de los motivos principales. En algunos países se señala la no obligación del registro como causa. Como para el bautizo, se exige en algunos países el previo registro, muchos niños no bautizados, no se inscriben.

A falta de médicos se atribuye en otros países la no inscripción. A veces, cuestiones de organización interna se dan como causa, como en los casos en que son las autoridades municipales o distritales las encargadas de efectuar las inscripciones y no las nacionales.

El plazo legal corto -ocho días- se da también como causa. La natalidad ilegítima es también otra causa.

En resumen, las causas generales pueden concretarse en dos. Las que se refieren a las oficinas que son insuficientes o con deficiencia de empleados. Y las que se refieren a la población en general, ignorancia y dificultades, especialmente en las zonas rurales.

El problema de la mayor aproximación de las inscripciones de nacimientos al 100% de los que ocurren, tiene dos aspectos fundamentales cuyo ensamblaje es imprescindible y que consiste en:

- 1.- el nivel cultural del público
- 2.- el desarrollo de un programa administrativo

La falta de uno de esos dos principios elementales, o las deficiencias influyen repercutiendo sobre el binomio en conjunto y esterilizan la posible hipertrofia del otro término.

Quiere decirse con esto que es imprescindible que la importancia del registro llegue a la comprensión de todos y cada uno de los pobladores del área considerada, cualquiera sea su condición económica, su nivel social, y su instrucción.

Si esa comprensión, que debe hacerse mediante la acción de la educación y de la propaganda, no se ha logrado, es inútil cualquier medio que se desee aplicar. En cuanto al desarrollo de un plan administrativo, quiere decirse con ello que el registro de los nacimientos en el área local debe ser subsidiario de un plan general nacional.

Las áreas locales deben ser determinadas y delimitadas teniendo en cuenta las condiciones geo-topográficas, económicas, viales y culturales-ambientales, de manera de permitir la más fácil accesibilidad a la Oficina de Registro de parte del declarante.

Las autoridades deben estar compenetradas de que después de la asistencia médico-hospitalaria, obstétrica y preventiva, el registro del nacimiento es el hecho civil-administrativo más importante.

La elevación del nivel cultural de la colectividad puede perfectamente anular el obstáculo que representa la ilegitimidad para la práctica del registro.

Pregunta No. 8.- ¿considera esa Sociedad que es correcto el registro de la mortinatalidad? En caso negativo, ¿puede enumerar algunas de las principales causas?

Once respuestas indican que el registro de la mortinatalidad no se efectúa en forma correcta, Seis, lo consideran más o menos correcto. Tres lo creen correcto en las capitales e incorrecto en las áreas rurales.

Las respuestas que se refieren a las causas que dificultan el correcto registro, son varias, que enumeraremos directamente, para resumirlas después.

Una de ellas es la dificultad habida para unificar la definición de "nacido muerto". La respuesta chilena expresa que si se considera como "nacido muerto" el definido por el Comité especial de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones,



en marzo de 1924, el registro de mortinatalidad es correcto.

(Un nacido muerto o mortinato, es el nacimiento de un feto viable, tras por lo menos 28 semanas de embarazo y en el que no se presente respiración pulmonar; dicho feto puede morir: a) antes; b) durante; c) después del nacimiento, pero antes de haber respirado).

La respuesta uruguaya cree que una de las causas puede ser la dificultad para apreciar la duración de la vida intrauterina, en lo que se refiere a la duración mínima; y en el otro extremo, a la ambigüedad, la impresión o falta de conocimiento de la defunción del nacido muerto, para diferenciarlo del nacido vivo, que fallece.

Otra causa invocada es la necesidad de un certificado uniforme de nacido muerto, o defunción fetal.

Entra también como causa el hecho de que se certifiquen como "nacidos muertos" muchos nacidos vivos que mueren en las primeras horas o días de vida. Esto es producido muchas veces por la desidia de médicos, parteras y estadígrafos para redactar dos certificados, uno de nacimiento y otro de defunción, cuando el niño fallece enseguida de nacer. Resulta menos trabajoso redactar un solo certificado: el de nacido muerto,

Hay una causa enunciaña varias veces. Muchos médicos, parteras y empleados estadígrafos no tienen concepto claro sobre

la importancia de una correcta certificación. Esto, unido en las campañas a la ignorancia de los padres y a las dificultades que nacen de las distancias, es otra de las causas importantes, también.

La falta de atención médica, especialmente en las zonas rurales, es también causa de que muchos mortinatos se entierran sin ser declarados. Pero entre los que tienen esta atención, muchas veces el facultativo, o no hace diagnóstico, o lo produce inexacto.

En varios países no es obligatoria la declaración de los mortinatos. Y en algunos, las dificultades de los trámites, complican y en realidad impiden las inscripciones.

En Venezuela, el Código Civil dispone en el artículo 466 que "cuando no estuviera vivo el niño en el momento de hacerse la declaración de su nacimiento, la autoridad civil lo expresará así, sin tener en cuenta la declaración de los comparecientes de haber nacido vivo o muerto". Con la información del Registro Civil, es pues imposible, obtener los datos de la mortinatalidad.

Conclusiones.- Las causas podrían, pues, resumirse en tres grupos:

- 1.- Las que se deben a la ignorancia de los padres o desconocimiento de las leyes, especialmente en las zonas rurales;
- 2.- Las que se deben a que médicos, parteras y estadígrafos, o no conocen bien el problema, o no ponen cui-

dado en él.

- 3.- Las debidas a las dificultades que nacen de una legislación no obligatoria o a la mala organización de los servicios, que obliga al público a recorrer grandes distancias.

Y sobre todas estas causas, la de la falta de precisión en el concepto del mortinato, para uniformar datos y resultados.

Las dificultades en el registro de los nacido-muertos están vinculadas a los siguientes elementos:

La Organización Mundial de la Salud, para zanjar el difícil problema de la apreciación del límite de vida intrauterina, acaba de aconsejar que se efectúen cómputos estadísticos relacionándose a todas las muertes fetales, diferenciando dentro de estas, en especial, las muertes fetales tardías, que equivaldrían a los nacido-muertos.

En el Registro de las muertes fetales, influyen en contra, elementos que se sobreagregan, los cuales conspiran contra el buen registro de los nacido-muertos.

Entre estos elementos sobreagregados, figuran las disposiciones legales que califican como criminal el aborto voluntario. Estas disposiciones legales involucran a veces algunas complicaciones de tramitación en la declaración de las muertes fetales, aún cuando se trate de abortos no criminales y esas complicaciones son las causantes de que a veces, público y técnicos, actúan

omitiendo la denuncia de muerte fetal. Las medidas necesarias para mejorar el registro de las muerte fetales se superponen en general con las ya comentadas en lo referente al mejoramiento del registro de los nacimientos.

Pregunta No. 9.- ¿Considera esa Sociedad que es correcto el registro de las defunciones de niños de 0 a 1 año? de 0 a 5 años? de 6 a 14 años? En caso negativo ¿puede enumerar algunas de las principales causas?

De siete países contestan que el registro es correcto. De cinco, que no lo es. Y en otros cinco se expresa que es correcto en las ciudades y no en las zonas rurales. De los países contestan que de 0 a 1 año el registro no es correcto, pero sí lo es en las otras edades.

En lo que se refiere a las causas, son las mismas que las expresadas en la octava pregunta.

#### Conclusiones

Es evidente que una acción similar a la comentada en cuanto al registro de los nacimientos es imprescindible, con el agregado de que aquí con más razón, la difusión y el desarrollo de las facilidades médico-asistenciales y preventivas, son aún necesarias.

Pregunta No. 10.- ¿Existen dificultades para el registro antropométrico del recién nacido y del

niño? ¿Para el registro del peso? ¿De la talla?

De once países se contesta que existen dificultades para obtener estos datos. De cuatro refieren que en las capitales no existen dificultades, pero sí en las zonas rurales. De dos, que no las hay en los Hospitales y Centros de Salud, pero sí en los asistidos particularmente.

En los Estados Unidos, sólo en 1949, se determinó el registro del peso, pero no todos los Estados lo han incorporado al certificado. Uno o dos Estados exigen el dato de la talla del menor al nacer, pero en los hospitales ese dato es obtenido y consignado. Otro informe de los Estados Unidos concede valor al registro del peso, pero cree que los de la talla y en general todos los de los niños, son obtenidos mejor por encuestas que por el registro rutinario de oficinas.

#### Conclusiones

Teniendo en cuenta las dificultades que plantea el estado actual en lo que se refiere a la 7a. 8a., y 9a. preguntas, tienen que ser mayores en lo que se refiere a ésta.

Si la asistencia médico-obstétrica es en general tan deficiente y aún falta, en especial, en las zonas rurales, parecería más práctico que los estudios antropométricos se realizaran con el material hospitalario que se tiene a disposición y cuando éste difiera mucho por las características de los inte -

grantes de la colectividad asistida, de lo que puede llamarse "universo-standard", por medio de encuestas especiales.

Pregunta No. 11.- La proporción de medidas registradas, ¿puede permitir establecer las características ponderostaturales del recién nacido y del niño de esa nación o de alguna zona de esa nación?

De once naciones las respuestas son negativas, esto es, que no se pueden establecer estas características. De seis, manifiestan que si, pero del Ecuador, la contestación expresa que hay un pequeño margen de error, pues las grandes ciudades de la sierra y de la costa representan una imagen promedial bastante clara de la zona en que están situadas. De los países, dicen que con respecto al recién nacido, si es posible, pero con respecto al escolar, no.

#### Conclusiones

Se ve, pues, que a pesar de las respuestas positivas, es en general difícil en el momento actual establecer las características ponderostaturales del recién nacido y del niño.

Las causas, son más o menos las mismas que se han enunciado, ya que si es difícil obtener el máximo de los registros, detalles como estos a que se refiere la undécima pregunta, han de presentar dificultades mayores.

Pregunta No. 12.- Los registros ponderostaturales, ¿son centralizados en algún organismo estadístico o sanitario?

De catorce naciones las respuestas afirman que los resultados no son centralizados en ningún organismo.

En el Brasil, solamente los datos relativos a los escolares secundarios están centralizados en la División de Educación Física del Departamento Nacional de Educación.

En el Ecuador, los datos son centralizados en la Dirección de Sanidad.

En Honduras, en la Dirección General de Cultura Física.

En los Estados Unidos de América, The Public Health Service, recibe la información del peso al nacimiento, prácticamente de todos los Estados del país y en el Departamento de Estadística Vital de la Secretaría de Salubridad de cada Estado de la Unión, se centralizan también esos datos.

En Venezuela, la Maternidad Concepción Palacios, procede a esas centralizaciones referentes a la natalidad.

### Conclusiones

De una manera general, puede afirmarse que no existe en América en ningún país, un organismo central, encargado de centralizar esos datos.

Pregunta No. 13.-¿Existen dificultades en las estadísticas hospitalarias en lo que se refiere a enfermedades y asistencia de la infancia?

De diez y seis países contestan afirmativamente esta pregunta, esto es, que existen realmente dificultades en estas estadísticas hospitalarias. La respuesta de Estados Unidos, expresa que muy pocos hospitales publican estadísticas de morbilidad de niños.

En Venezuela, se hace constar, que los Directores de Hospitales, en su gran mayoría, han recibido el diploma de Administradores de Hospitales y tienen por lo tanto, conocimientos de bioestadística.

#### Conclusiones

De acuerdo con las respuestas, existen en la mayoría de los países, dificultades para que las estadísticas hospitalarias sean completas.

Farecería que cada vez más se hace necesario la compilación de estadísticas hospitalarias referentes a la patología de la infancia, a nivel central nacional, a fin de facilitar las comparabilidades como aplicación secundaria, además de la primaria, que debe tener como fin primordial el suministro de informaciones sobre los aspectos autóctonos de la patología regional.

Pregunta No. 14.- ¿Las estadísticas hospitalarias, se rigen por la Clasificación Estadística Interna-



cional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte, o por algún Código o Nomenclatura propia?

De catorce naciones contestan que se rigen por la Nomenclatura Internacional. De cuatro, que no. Una respuesta, la de Ecuador, afirma que algunos la siguen y otros no. De dos países, manifiestan tener Nomenclatura propia; Guatemala y Honduras.

### Conclusiones

Se ve, a través de las respuestas, que la tendencia general es al uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte. Si se consiguiera la uniformidad de la Nomenclatura, se daría un gran paso hacia la obtención de estadísticas bien organizadas y comparables.

Sería necesario que se intensificara por parte de los gobiernos, la acción de difusión de la nomenclatura de la 6a. Revisión, instando a que en todo el país se aplique.

Pregunta No. 15.- ¿Qué medidas sugiere esa Sociedad para contribuir al perfeccionamiento de la captación del material estadístico de la infancia?

Las respuestas a esta pregunta son muy heteorgéneas; vamos a enumerarlas, tratando al final de llegar a alguna conclusión.

De la Argentina, la respuesta dice:

"Además de las medidas detalladas en la contestación a la pregunta sexta, pueden sugerirse las me-

didias siguientes:

a) Perfeccionamiento de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte, en los rubros relacionados con la infancia.

b) Difusión de esta Clasificación entre todos los médicos en actividad

c) Difusión entre quienes manejan estadística vital infantil de una manual que facilite la captación y tabulación de los datos básicos, y en cuya redacción hayan participado pediatras avezados

d) Divulgación de métodos de muestreo

e) Confección de fichas, certificados, planillas, y demás material de captación de datos que sean sencillos, claros, económicos y fáciles de llenar y elaborar.

f) Medidas y premios de estímulo a quienes demuestran mayor idoneidad e interés por la correcta captación de datos

g) Divulgación de la importancia y trascendencia que tiene la buena captación de los datos iniciales"

De Bolivia, dan gran importancia a la preparación de personal especializado.

De Brasil, dan valor a la formación de técnicos y a la realización de campañas educativas.

De Colombia sugieren la obligatoriedad y facilitación del registro civil de los nacimientos; intervención médica para los certificados de defunción por cuenta del Estado; estrechar la coordinación de las oficinas de estadística municipales con los

organismos de salubridad respectivos; una campaña debidamente plancada y organizada de propaganda entre el público para que colabore, y de educación entre el personal técnico. Y hacer comprender a las esferas oficiales, que es indispensable emplear personal preparado y con algún título de idoneidad.

La respuesta de Chile sugiere la necesidad de estudiar la adaptación de la Nomenclatura a las necesidades de cada país.

De Costa Rica, creen necesario el mejoramiento de la Bioestadística en general, con una mayor colaboración del Cuerpo médico y del público.

Del Ecuador, indican la centralización en una sola oficina, que debería ser la Dirección General de Estadística y Censo; la obligatoriedad de la Nomenclatura Internacional; la propaganda; los cursos para todos los que intervienen en Estadística.

De el Salvador, la contestación dice que es conveniente la preparación a los encargados del Registro Civil; la mejora de la asistencia médica; que se perfeccionen los certificados médicos; que se centralicen los datos y que se eduque al público.

De Guatemala indican que en cada Hospital o Clínica haya una estadígrafo.

De honduras, hacen una serie de consideraciones relacionadas con dificultades locales que deben ser resueltas.

De México, indican que los datos deben ser recogidos por personal competente; que se envíen a una Oficina Central; y que se hagan campañas de divulgación.

De Panamá, consideran necesaria una reorganización del Registro Civil; coordinación completa entre el Registro Civil, fuente de los datos, la Dirección de Estadística y Censo, que compila las Estadísticas Vitales y el Departamento de Salud Pública, que los usa; reorganización de las estadísticas de los Hospitales; utilización de las Unidades Sanitarias para control en la obtención de ciertos datos de la localidad; aprovechar la apertura de las clases en las escuelas primarias, para hacerle un examen general al niño; hacer por lo menos una encuesta al año entre los niños y los hogares de esos niños, para investigar las condiciones sociales, sanitarias y económicas en que viven.

Del Paraguay, indican que la División de Estadística del Ministerio de Salud y Previsión Social, disponga de un organismo para ese fin.

De los Estados Unidos, creen que los datos estadísticos para el estudio de los problemas de la infancia, pueden ser más fácilmente obtenidos si se relacionan los certificados de

nacimiento con los de defunción. Su validez estará en relación con la mayor eficacia en la obtención de los datos y en su rápido envío, Los procedimientos uniformes facilitarían mucho su resultado.

Del Uruguay, refiriéndose al certificado de nacimiento, la implantación del uso obligatorio, con informaciones médico-sociales, sería de gran valor.

#### Conclusiones

Se pueden indicar algunos puntos que señalan la mayoría de las respuestas.

La obligatoriedad y el perfeccionamiento de la Nomenclatura, adaptándola a cada país, parecen ser medios muy eficaces.

La difusión entre los técnicos y entre el público en general, es un medio de gran valor y que facilitaría grandemente los resultados.

Es general el clamor en pro de personal especializado; ya sea en forma de cursos, o con previa preparación, los datos estadísticos correctos ganarían mucho con ello.

La centralización de los datos en oficinas especializadas permitiría su mejor estudio y comparación.

Fuera de lo que concretamente pueden suministrar las constataciones, no se debe olvidar que las estadísticas relacio-

nadas o de aplicación a los problemas de la infancia son tan diversas, que sería imposible crear un organismo especializado para ejercer la centralización de ese tipo de estadística. Y al mismo tiempo que imposible, inoperante, o de resultado negativo, porque lesionaría la integridad de determinados tipos de estadística, que por otras razones tienen una unidad indiscutible.

Lo que sin discusión surge y se puede preconizar, es que debe haber una armonización perfectamente articulada de manera que los organismos que estudien los problemas de la infancia, puedan obtener las informaciones estadísticas en las fuentes de origen, con facilidad.

C.- De la organización y funcionamiento de los servicios de Bioestadística

Pregunta No. 16.- El organismo a cuyo cargo está la bioestadística de la infancia, ¿depende directamente de las autoridades sanitarias o de una Dirección General de Estadística nacional?

De once países responden que la bioestadística de la infancia depende de las autoridades sanitarias. En seis, en cambio, están bajo la dependencia de las Direcciones Generales de Estadística. En un país existen los dos sistemas y en dos no hay todavía estadística organizada.

Conclusiones

Lo esencial es que exista un plan de coordinación estadística mediante el cual la captación de las estadísticas referentes a cada uno de los capítulos relacionados con la infancia puedan efectuarse fácilmente habiendo un plan de coordinación; todo lo demás queda relegado a segundo plano.

Que exista o no centralización; que sean elaboradas en una u otra oficina, dependencia o Ministerio, no representa nada sino existe un plan general coordinado.

La estadística de mortalidad infantil no podrá ser jamás elaborada en forma separada de las estadísticas de mortalidad general; la estadística de delincuencia infantil no podrá jamás ser elaborada en forma separada de la estadística general de delincuencia, etc. etc.

El común denominador que constituye la infancia no puede sacrificar los comunes denominadores más definidos y determinados correspondientes a cada una de las diferentes estadísticas. No debe olvidarse de que lo fundamental es de que los cómputos estadísticos se elaboren exitosamente y estén a disposición del consumidor, pudiendo engranarse mediante el plan general de coordinación.

Pregunta No. 17.- ¿Se ha constituido en esa nación el Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria aconsejado por la Sexta Conferencia Internacional de Revisión de la Lista de Causas de Enfermedades, Traumatismos y Muerte?

De once países contestan que el Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria existe y está funcionando. De ocho reportan que no se ha constituido. En uno, el Comité se ha constituido, pero nunca se ha reunido.

### Conclusiones

Sería de desear que los países que todavía no lo han establecido lo efectúen a la mayor brevedad, para poder realizar una tarea americana más uniforme, y por ende de mayor eficacia.

La coordinación de que se habla en la pregunta 16, puede ser incrementada por los Comités Nacionales de Estadística Vital y Sanitaria, en los cuales es conveniente que existan representantes de los institutos interesados en los problemas de la infancia, que son consumidores selectivos de un sector grande de la estadística vital.

Pregunta No. 18.- ¿Qué actividades ha desarrollado en favor de la infancia esta Comisión o Comité Nacional?

En general, los Comités que existen en los países de América se encuentran en la fase correspondiente a su organización y por consiguiente no se han ocupado de una manera específica de la bioestadística de la infancia.

La respuesta de México expone que el Comité Nacional ha iniciado el estudio del mejoramiento de las estadísticas de morbilidad, registradas en los hospitales y Maternidades de to-



da la República, comunicando a las Escuelas de Medicina, las definiciones de "nacimiento de niño vivo" y de "niño nacido vivo".

La de los Estados Unidos expresa que el Comité Nacional por medio de sus Subcomités ha hecho conocer las definiciones de "nacido vivo" (Live birth) y muerte fetal (Fetal death), existiendo un Subcomité que está trabajando en métodos para obtener estadísticas de las causas de muerte fetal.

La de Uruguay, manifiesta que lo poco realizado beneficiaría sólo colateralmente el problema de la bioestadística de la infancia, a la que piensa darle más importancia en el futuro.

La de Venezuela dice que el Comité Nacional ha desarrollado múltiples actividades referentes a: el mejoramiento de la inscripción ante el registro civil; la aplicación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismo y Causas de Muerte y del Reglamento No. 1 Anexo; a la distribución de folletos a los médicos y de manuales de instrucción para clasificar las causas de muerte; a la elaboración de un nuevo certificado de defunción; a la aplicación de las Estadísticas de Morbilidad, etc.; actividades entre las cuales se halla comprendida la bioestadística de la infancia.

#### Conclusiones

Como los estudios bioestadísticos de la infancia están dependiendo de la instalación de los Comités Nacionales, y una

vez éstos instalados, de su actividad en lo que se refiere a la infancia, el progreso en este sentido se hace lentamente, pero es necesario insistir en él con energía.

Pregunta No 19.- ¿Tiene esa Sociedad alguna vinculación con esta comisión o comité, o con otro organismo vinculado a la estadística vital de la infancia?

Once países contestan que no existe ninguna vinculación. De siete, en cambio, expresan que, en varias formas, esta vinculación existe.

#### Conclusiones

Como resulta evidente que la mejor coordinación de los distintos organismos es de eficiencia mayor, debe tenderse, según las circunstancias, a que esa coordinación se vaya incrementando en los diferentes países.

Pregunta No. 20.- ¿Existen algunas dificultades en la coordinación de los servicios estadísticos en su país? Cuáles son ellas?

De diez países las respuestas afirman que no existen di dificultades mayores en la coordinación de los servicios. De cinco, manifiestan que hay algunas dificultades. Entre estas pueden mencionarse: 1o.- el precario funcionamiento de algunos servicios; 2o.- la falta de personal especializado; 3o.- la existencia de varios organismos que llevan su estadística propia; 4o.- la falta

de una centralización de actividades; 50.- la demora en la elaboración de los datos; 60.- la falta de coordinación.

#### Conclusiones

Las dificultades para la coordinación son las mismas, más o menos, en todas partes. Algunas de ellas se refieren a la falta de un buen funcionamiento de los servicios; otras a la falta de centralización. O sea, en resumen, a una buena realización que ponga en contacto unos servicios con otros.

Pregunta No. 21.- ¿Se realizan algunos relevamientos de muestra o muestreo en lo que a problemas de la infancia se refiere?

De catorce países responden categóricamente que no. De tres, que sí. Y de dos, que se han realizado algunos estudios.

#### Conclusiones

Se ve que el panorama general es que los problemas de la infancia no han tomado el desarrollo que deberían en estadística. Y en lo que se refiere más concretamente a relevamientos de muestras o muestreo, muy poco se ha realizado todavía.

Pregunta No. 22.- ¿Disponen los organismos centrales que elaboran material estadístico de la infancia de aparatos de compilación mecánica?

De diez y seis países responden que poseen aparatos de

compilación mecánica, aún cuando en algunos las instalaciones no son del todo completas. De cuatro países responden que no poseen aparatos.

### Conclusiones

En general, los servicios de estadística de las naciones americanas están bien equipados, siendo de desear que en un futuro próximo, estén todos los países totalmente en posesión de los aparatos necesarios para realizar estudios estadísticos completos.

Esta aspiración no debe hacer perder de vista algunos conceptos que son fundamentales:

1) La proporcionalidad que debe existir entre la masa que se va a asistir y el empleo de máquinas o instrumentos.

2) Que una vez que se ha entrado a la utilización de dichas máquinas o instrumentos, se le dé la máxima aplicación posible.

Pregunta No. 23. - ¿Qué otros problemas o dificultades existen en su país para la mejor organización y funcionamiento de los servicios de bioestadística?

De tres países, las respuestas dicen que, después de los apuntados en las preguntas anteriores, no existen otros problemas o dificultades.

Pero en las respuestas de los demás, se consignan las

dificultades con que tropieza la estadística y que pasaremos a enumerar.

Como primera de todas, señalada por varios países, está la falta de personal y su carencia de capacitación. En segundo lugar, la falta de rubro suficiente para que estas oficinas puedan funcionar correctamente. Ocupan el tercer lugar las dificultades propias de la obtención de datos, tanto de los profesionales, como del público. La falta de unificación de normas, dificulta en algunos países la obtención y comparación de resultados. En algunos países el público no está realmente educado, faltan leyes pertinentes y hay mala organización.

#### Conclusiones

De todo el material recogido en esta pregunta, se deduce que para una mejor organización y buen funcionamiento de los servicios de bioestadística, se requiere principalmente mayor personal, mejor capacitación del mismo y presupuestos más elevados que los que actualmente se utilizan.

#### D.- De la publicación y de la divulgación de los datos estadísticos de la infancia.

Pregunta No 24.- ¿Cree esa Sociedad que los datos de la bioestadística infantil tienen suficiente publicación entre médicos y para el gran público?

De diez y siete países contestan categóricamente que no, los datos no tienen suficiente publicación ni divulgación bastante,

ni entre los médicos ni para el gran público.

En pocos países, dos, la respuesta afirma que se hace suficiente publicación. En uno de ellos, para los médicos.

La respuesta de los Estados Unidos expresa que aunque no exista en el país una revista exclusivamente dedicada a los datos estadísticos de la infancia, el Children's Bureau, por intermedio de la revista "The Child" publica esos datos, lo mismo que en varias monografías.

#### Conclusiones

De una manera general, puede decirse que en América Latina, los datos de la bioestadística infantil no tienen suficiente divulgación.

Se tiene la sensación de que si bien la divulgación de los datos estadísticos referentes a la infancia es importante entre los posibles consumidores de todos los niveles culturales, la difusión de los elementos principales entre el propio público, al estimular el interés en esos problemas, beneficiaría su solución.

Pregunta No. 25.- ¿Existen organismos especiales de divulgación estadística que aparecen regularmente?

De diez países contestan que sí, que poseen los organismos correspondientes. Y en tres, responden que si bien existen, los consideran insuficientes. De cinco naciones, dicen que

no existe tal organismo.

De los Estados Unidos de América, se refieren a esta pregunta en los términos expresados en la pregunta No. 24.

### Conclusiones

Quizás esta pregunta no ha sido formulada con suficiente claridad, pues en ella se habla de divulgación estadística, sin mencionar a la infancia, no quedando claro si se refiere a organismos especiales referentes exclusivamente a la infancia.

Esto quizás dé origen a confusión en las respuestas, pues al contestar afirmativa o negativamente, unos pueden referirse a una cosa y otros a otra distinta.

### Pregunta No. 26.- ¿Divulga la Revista de esa Sociedad, datos estadísticos de la infancia?

De siete países la respuesta es negativa, esto es, que las revistas de las Sociedades de Pediatría no divulgan esos datos. De cinco países, en cambio, contestan que sí. En cinco países, no se considera la divulgación suficiente.

### Conclusiones

Se aprecia que es necesaria una mayor difusión de los datos estadísticos, pero habría que establecer la forma de esa divulgación, pues algunas publicaciones, cargadas de números, son para técnicos, no pudiendo llegar al público y ni aún al médico común.

Cuando las publicaciones son bien presentadas y en forma gráfica, su interpretación está mucho más al alcance de todo el mundo. Quizás la solución sea la existencia de publicaciones completas para los técnicos y la gráfica al alcance de los no técnicos en estadística.



## RESUMEN Y CONCLUSIONES

El origen de este trabajo radica en una sugestión del Doctor Francisco Menchaca, de Santa Fe, (República Argentina) y fué realizado por el Departamento de Salud del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, dirigido por el doctor Víctor Escardó y Anaya, con la colaboración del Doctor Adolfo Morales, Director del Departamento de Estadística de la División Higiene del Ministerio de Salud Pública del Uruguay y del mismo Doctor Francisco J. Menchaca.

El cuestionario enviado fué contestado por veinte de las veintiuna repúblicas de América y de las respuestas obtenidas, se pueden deducir las siguientes:

Conclusiones Generales

Los problemas de la infancia engloban aspectos médicos y sociales cuya solución puede esperarse de la concurrencia de elementos de juicio que provienen de las más diversas ramas de la actividad humana.

Dentro de estos elementos de juicio, la estadística ocupa lugar prominente y, desde luego, están involucradas los demás diversos tipos o clases de estadística.

De los datos recogidos en la encuesta realizada y de

las conclusiones extractadas de las respuestas obtenidas para cada pregunta, puede inferirse que es necesario producir un movimiento general en todos los países del continente, que permita llegar a las siguientes concreciones:

- 10.- Una mayor difusión de la enseñanza estadística en los centros docentes de formación de los profesionales médicos y afines, así como de aquellos cuyo campo de acción se relaciona con la infancia.
- 20.- El mejoramiento del nivel de capacitación de todo el funcionamiento que interviene en las elaboraciones estadísticas, desde los que actúan en los niveles más elementales de la labor.
- 30.- El mejoramiento del umbral de comprensión por parte de los consumidores de las estadísticas de la infancia, a la luz de los principios que consagra la metodología estadística.
- 40.- La coordinación de los diversos capítulos de la estadística, en la parte que corresponda o se relacione con los problemas de la infancia, siendo de desear que en cada país exista un "núcleo" donde se puedan concentrar todas esas informaciones.

(Se anexa un gráfico en el que se indican los diferentes capítulos de la estadística relacionada con la infancia.)

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES  
TENTH PANAMERICAN CHILD CONGRESS

Panama, Rep. of Panama, 1955

Doc. 2 (English)  
S.G. 3  
13 December 1954  
Original: spanish  
Section I  
Official theme

PROBLEMS OF VITAL STATISTICS ON INFANCY

by

Drs. Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

American International Institute  
for the Protection of Childhood  
Montevideo, Uruguay

## PROBLEMS OF VITAL STATISTICS ON INFANCY

By doctors

Víctor Escardó y Anaya,  
Francisco J. Menchaca  
and Adolfo Morales.

The purpose of this paper is to present objectively some aspects of statistics connected with infancy problems. Its origin was a suggestion made by Doctor Francisco J. Menchaca, Associate Professor in the Faculty of Hygiene and Preventive Medicine, Santa Fe, Argentine Republic, who in June 1949 suggested the possibility that the theme "Problems of Vital Statistics on Infancy" was recommended by the II Congress of the Societies of Pediatrics Confederation as one of the subjects to be discussed at the next meeting, so that, according to a questionnaire prepared by a Commission, each Society should present existing conditions of the problem in the respective country, at the next Congress.

That suggestion was still extrapolated as being included in the Pan American Child Congress or as being considered by the American International Institute for the Protection of Childhodd.

The INSTITUTE considered the suggestion and resolved to discard the possibility of taking it into account in the Congress

of the Societies of Pediatrics Confederation and in that of Mexico, owing to lack of time, but resolved to consider the subject in the next Pan American Child Congress. The INSTITUTE asked its Health Department -under the direction of Doctor Víctor Escardó y Anaya -to perform this task, that was carried out with the collaboration of Doctors Francisco J. Menchaca and Adolfo Morales,

Dr. Menchaca proposed to carry out a preliminary inquiry among Societies of Pediatrics; the INSTITUTE's Health Department effected this inquiry in November 1949, sending the following questionnaire to 36 Societies of Pediatrics:

Does that Society believe that "Problems of Vital Statistics on Infancy" is a theme the discussion of which may be of interest in the next Pan American Child Congress?

Does that Society think it is convenient that every American country bring the answers to a questionnaire on this subject to the Congress, in order to direct discussion and arrive at more concrete and homogeneous results?

What other suggestion can that Society offer to us on this subject?

This questionnaire was answered by 10 Societies of Pediatrics, with the following result: all of the, answered affirmatively the two first questions; with respect to the third question, they suggested to study the influence of antibiotics in infant mortality, to revise the classification of causes of death, to request that

Delegates from Societies of Pediatrics should attend Pan American Child Congresses, to establish rules for carrying out the inquiry and to make the latter as brief as possible, etc.

In 1950, Doctor Menchaca, on the INSTITUTE's Health Department request, presented a questionnaire that was accepted by the Department, after consulting Doctor Adolfo Morales, Director of the Department of Statistics of the Health Division, Ministry of Public Health, Montevideo, Uruguay; the INSTITUTE resolved to send that questionnaire to the Specialized Agencies of the National Governments of every country.

The questionnaire included the following questions:

A.- Statistical Preparation and Perfection of Physicians and Auxiliary Personnel

- 1.- It is estimated that medical students receive the basic training in statistics necessary for them to contribute, when professionals, to facilitate biostatistical studies on infants?
- 2.- Is some specialization title demanded from the personnel in charge of Bureaus of Offices of Statistics dealing with child health data?
- 3.- Are improvement courses given to physicians or personnel members who have an interest in statistics?
- 4.- Have employees of Statistics Offices any manual to make their task easier?

- 5.- Has every physician a copy of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death?
- 6.- What measures does that Society suggest in order to contribute to the improvement of the statistical training of physicians and other persons dealing with problems connected with child health?

B.- Collection of Statistical Material

- 7.- Does that Society estimate that registration of births is being correctly made? If not, can you enumerate some of the chief causes?
- 8.- Does that Society estimate that registration of still-birth rates is being correctly made? If not, can you enumerate some of the chief causes?
- 9.- Does that Society estimate that registration of deaths of children from 0 to 1 year is being correctly made? from 0 to 5 years? from 6 to 14 years? If not, can you enumerate some of the chief causes?
- 10.- Are there any difficulties for the anthropometric registration of the newborn and of the child? for weight registration? for height registration?
- 11.- Can the proportion of registered measurements permit the establishment of the height-weight standards of the newborn and of the child in that country or in some region of that country?
- 12.- Are height-weight registers centralized in some statistical or health organism?
- 13.- Are there any difficulties in the hospital statistics as to infant's disease and care?

- 14.- Are hospital statistics made according to the International Classifications of Diseases, Injuries and Causes of Death, or according to some original Code or Classification?
- 15.- What measures does that Society suggest in order to contribute to the improvement of the collection of statistical material relative to infants?

C.- Organization and Functioning of Biostatistical Service

- 16.- Is the organism in charge of biostatistics on infancy in direct dependency on health authorities or on a General Bureau of National Statistics?
- 17.- Has the National Committee on Vital and Health Statistics been created in that country, as recommended by the Sixth International Conference on Revision of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death?
- 18.- What activities has this National Commission of Committee developed in favour of biostatistics on infancy?
- 19.- Has that Society any connection with this Commission or Committee, or with any other organism connected with vital statistics on infancy?
- 20.- Are there any difficulties in the coordination of statistical services in that country? What are they?
- 21.- Has any sample survey or sampling been made, with reference to infancy problems?
- 22.- Have the central organisms which prepare statistical material on infancy any mechanical tabulation equipment?



23.- What other problems or difficulties are there in your country, as to the better organization and functioning of biostatistical services?

D.- Publication and Issuance of Statistical Data on Infancy

24.- Does that Society believe that biostatistical data infancy have a sufficient divulgation among physicians and the general public?

25.- Are there special publications for statistical issues appearing regularly?

26.- Does that Society's review publish statistical data on infancy?

That questionnaire was sent to the 21 American countries, answers having been received from 20 of them namely:

Argentina

Sociedad Argentina de Pediatría (answer prepared on the advice of Professor doctor Francisco J. Menchaca)

Bolivia

Sociedad de Pediatría de Cochabamba

Brazil

Departamento Nacional da Criança

Chile

Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia

Servicio Nacional de Salubridad

Colombia

Ministerio de Salud Pública  
Sección Materno-Infantil

Costa Rica

Dirección General de Salubridad  
Ministerio de Salubridad Pública

Cuba

Sección de Epidemiología General  
Dirección General de Salubridad  
Ministerio de Salubridad y Asistencia Social

Ecuador

Answer sent by the Technical Delegate from Ecuador to  
the INSTITUTE, doctor Carlos Andrade Marín

El Salvador

Dirección General de Sanidad

Guatemala

Dirección General de Sanidad Pública

Haiti

Département de la Santé Publique

Honduras

Dirección General de Sanidad Pública

México

Departamento de Estadística de la Secretaría de  
Salubridad y Asistencia

Sociedad Por la Niñez Mexicana

Nicaragua

Sección de Estadística Vital de la Dirección General  
de Sanidad  
Ministerio de Higiene

Sociedad Nicaragüense de Pediatría

Panamá

Dirección de Estadística y Censo  
Contraloría General de la República

Sociedad Panameña de Pediatría

Paraguay

Sociedad de Pediatría y Puericultura del Paraguay

Perú

Departamento de Bioestadística del Ministerio de  
Salud Pública

United States of America

Public Health Service

American Academy of Pediatrics

Children's Bureau

Uruguay

Departamento de Estadística Vital de la División  
Higiene  
Ministerio de Salud Pública

Venezuela

Dirección de Salud Pública  
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social  
Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría

A brief summary of the answers that have been received, can be made thus:

A.- Statistical Preparation and Perfection of Physicians and Auxiliary Personnel

First Question.- Is it estimated that medical students receive the basic training in statistics necessary for them to contribute, when professionals, to facilitate biostatistical studies on infants?

Of the 26 answers that have been received from 20 countries, 13 categorically say that in Medical Faculties statistical training is not given. These Faculties are those of Argentina, Bolivia, Brazil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, and Peru. In the answer from Brazil they say that although statistical training is not officially given, some professors impart statistical elementary notions in relation with the subject matter they teach.

On the other hand, answers sent from Chile, Cuba, El Salvador, Mexico, Venezuela and Uruguay, express that in Medical Faculties statistical training is given. In Chile, since 1948, in the 5th year of the University Medical School they give 26 classes of theoretical and applied biostatistics, of three hours each. In Mexico, medical students of the autonomous National University receive very superficial notions; rural medicine students of the I.P.N. (Instituto Politécnico Nacional) are taught statistics in

the 5th year. In Venezuela, 5th year students receive from the Chair of Hygiene and Social Medicine in the Central University biostatistical notions that afterwards, when professionals, make the correct interpretation of studies related to infancy easier for them.

One of the two answers from the United States of America is very suggestive and guiding. "It would be desirable -it says- for medical students to receive basic training in statistics, but this is not considered essential. More important is training directed at developing an appreciation and understanding of the value of statistical series and studies in medical and health program advances". The other answer manifests that many Faculties in that country include a statistical course in their curricula.

Conclusions.- It is evident that in most of the Medical Faculties in the American continent, students do not receive a basic statistical training; in some of these Faculties this subject is provided in a fragmentary manner and in other it is well studied. Thus, physicians have not, of course, the indispensable statistical notions allowing correct interpretation of statistical data.

To what extent must physicians go deeply into this discipline? It is not necessary for physicians to be

statisticians or specialists, but they ought to understand this subject sufficiently to be able to appreciate the value of statistics, and, consequently, to interpret them well.

The desideratum would be that before entering Faculty, the medical student should acquire fundamental notions of statistical methodology, in the same way as he is taught history or literature. What would remain to do during the professional training, would be only to keep alive the concept of the usefulness of statistics, remembering whenever possible its value and the necessity of utilizing it.

Second Question.- Is some specialization title demanded from the personnel in charge of Bureaus or Offices of Statistics dealing with child health data?

Twelve countries answer categorically that no specialization title is demanded from the mentioned personnel. Eight countries answer that although, in practice, no title is demanded, those in charge of specialized services or the directors of offices have made special studies abroad or at home. In the Argentine Republic, Directors or Chiefs of Offices or Statistics are demanded specialization titles. The answer from the American Academy of Pediatrics, United States of America, manifests that person in charge of offices of statistics should have a sound basic training and experience in the subject, and this seems more

important to them than an academic title or degree.

Conclusions.- It is clearly inferred that in almost all the American countries a specialization title is not demanded from those in charge of offices of statistics. In several of the latter, that requirement has been established by practice, although there is no special regulation on the matter. The answer from the American Academy of Pediatrics presents a serious problem that has been discussed many times and that has not an easy solution. What has more value: an academic title or the competence in a given subject? Although it is obvious that there are many persons who have an ample knowledge on a subject without having the corresponding title, it is no less true that a title supposes an ordered study and a sufficient practice. Perhaps the just solution would be to demand titles issued by schools that have been approved of and recognized by the competent authorities in each country; these schools might be, according to circumstances, official or private.

This practice would contribute to sustain the principle that when medicine leaves the classical ground of clinic -in the principal plan of which the binomial disease-physician is conjugated- and passes into the social ground, other specialized technicians begin to act on the same level as the clinical physician, having a function as fundamental as that of the latter.

Third Question.- Are improvement courses given to physicians or personnel members who have an interest in statistics?

These courses are organized in eight countries, and in other seven countries this training is not imparted. In five countries -Argentina, Ecuador, Nicaragua, Paraguay and Uruguay- courses are given to all the office's personnel, in a casual form.

Conclusions.- In a group of countries they have already begun specialized statistical studies. In another group they have done nothing yet. In some countries the subordinate personnel is trained in special courses. From all this it may be inferred that in order to encourage the advancement and development of statistics in America, it is necessary to intensify this training courses for everybody -leaders and subordinate personnel- with a view to a greater efficiency in statistical services.

Some time ago, a happy initiative crystalized, and Latin-American countries have now the opportunity of improving the preparation of its technicians in the Inter-American Center of Statistics that is functioning in Santiago de Chile, under the auspices of the United Nations, the World Health Organization and the Chilean Government.



Fourth Question.- Have employees of Statistics Offices any manual to make their task easier?

Thirteen countries answered affirmatively and six countries negatively. The answer from Argentina may be included among the affirmative ones.

Conclusions.- It may be inferred that, in general, manuals of statistical classification are used in most of the offices. It may be seen that, in general, its use is not pre-ceptive, but it is evidently necessary. The use of the same manual in every country would be useful and help to greater efficiency.

In the matter of statistics on infancy, it would be necessary to make a digest in which the different chapter involved be briefly described.

Thus, preventing personal or isolated initiatives that at times originate in ignorance or improvisation, rules would be given the application of which would facilitate the comparison of international information and studies in this field.

Fifth Question.- Has every physician a copy of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death?

Five countries answer that physicians have a copy of this Classification, while nine countries answer negatively. Five countries give dubious answers that need to be explained. The

Argentinean answer expresses that, in some provinces, physicians have a copy of the above mentioned statistical Classification. The Bolivian answer states that although the Departmental Health Bureau distributes the Classification, most of the physicians are not interested in it. The answer from Honduras says that only a few physicians have the Statistical Classification. From Paraguay they express that some physicians have it, the copies sent by the W.H.O. having been distributed among rural hospitals. The answer from the United States of America manifests that they don't feel that it is important or desirable that every physician have a copy of the classification of diseases; however, they think it would be better for physicians to have a copy of a nomenclature of diseases for the reporting of specific diagnoses. In Panama, the Bureau of Statistics and Census has recommended the acquisition of the Standard Nomenclature of Diseases published by the American Medical Association.

Conclusions.- Answers show the general desire for every physician to have the above mentioned Statistical Classification and to make use of it; however, no ordered and extensive attempt has been made that all of the, have that text available and utilize it. The present trend according to which physicians don't need the diagnostics from the point of view of statistics, but the competent offices do, explains the answer from the United States.

If the fact that the physician has the International Classification at his disposal, means to give him an element of occasional consultation, in the same way that a general clinician has a text of anatomy, the profuse distribution of that Classification cannot be objected to. But if this fact means to incite the physician to become a classifier or a codifier, a serious danger is run and therefore putting the Classification in the hands of such physicians would not be advisable.

Sixth Question.- What measures does that Society suggest in order to contribute to the improvement of the statistical training of physicians and other persons dealing with problems connected with child health?

Most of the answers -fourteen in total- express the opinion that in the Medical Faculties the necessary training must be given to students, as well as to all the personnel of the corresponding offices of statistics.

The Argentinian answer determines clearly the different aspects of the problem. It says:

"a) We feel that physicians should receive a theoretical and practical training on Methodological Statistics in the first year of their studies. Afterwards, when special studies as Pediatrics, Epidemiology, Hygiene, etc., are made, Biostatistics should be applied to the demographic problems that those special studies imply.

b) Practitioners -whether they are pediatricians or not- ought to have facilities for attending postgraduate courses on Vital Statistics themes, organized by educational centres, professional

organisms , or both.

- c) It would be convenient for pediatric and child care societies and organisms to have Sections or Committees on Biostatistics that collect data on Vital Statistics on Infancy and give advice on all that refers to the latter.
- d) It would be convenient that themes of statistics be included in child care Congresses and Seminars.
- e) Medical Associations or Societies should promote the establishment of rewards or other stimuli for the best works on statistics on infancy.
- f) Pediatric reviews and publications ought to include statistical information and series, to show the usefulness that Vital Statistics has for the organization and administration of child health programs.
- g) Persons who are not physicians that fulfil duties related to Biostatistics on infancy, should not lack opportunities to improve their training, through courses, manuals, scientific interchange, scholarships in specialization centres, etc."

The American Academy of Pediatrics (United States of America) advocates the building up of a professional staff of statisticians, as the most effective means of developing and improving the preparation of statistical studies. Such statistical studies would keep physicians abreast of changes in health conditions and focus attention on problem situations.

The answer from Chile attributes great importance to the preparation of a Manual of Statistical Problems, of interest to clinical physicians, according to the medical branches in which they have specialized, focusing those medical branches from the theoretical and practical aspects. This Manual or working tool

should be profusely distributed among medical students, physicians and other persons who are interested in it.

The answer from Nicaragua recommends that professionals be sent to study abroad. Another answer from this country refers to the advantages that physicians and other persons can derive from courses on child problems.

Conclusions.— It is generally agreed that the best means of improving the statistical preparation of physicians and other persons dealing with child health problems is to give in Medical Faculties the courses on statistics necessary for students. On the other hand, in the same Faculties or where it would be deemed convenient, it is also necessary to impart the corresponding training to every person dealing with statistics in each country. The preparation of a Manual and the granting of scholarships are complementary means to the same end.

The establishment of advisory committees and centres that can give advice to physicians and other social workers interested in the handling of problems connected with child health, seems to be the most effective means, seeing that it is not possible and not even desirable for each one of these technicians to become a specialized statistician.

But it is indispensable to develop the statistical sense in each one of these technicians, who must be prepared to see when they need to consult and to ask for advice.

Seventh Question.- Does that Society estimate that registration of births is being correctly made? If not, can you enumerate some of the chief causes?

The answers **that** have been received can be classified into three groups. Eight countries answer affirmatively. Three countries answer that in the capitals registration is correctly made, but that it is not so in inland zones. Nine countries manifest that registration is not correctly made. This classification of the answers is, of course, a rather simple one. If correctly made means that all births are registered, and are registered in a correct way, it is probable that no country could answer affirmatively. But as the second part of the question asks for the causes, the study of the latter determines the problem more clearly.

The answer from Bolivia expresses that registration is correctly made in the capitals, but that it is not so in the provinces owing to shortage of personnel and noncollaboration from the public.

The Brazilian answer attributes deficiencies in registration to ignorance of parents and to difficulties created by distances to reach the offices. In Chile also there are no facilities either to reach the corresponding offices in rural zones.

In Colombia registration is incomplete chiefly because statistics refer to baptisms, children who are not baptised being

excluded, although the vital records registration system has been officially established; in order that the public may utilize such registration system it would be necessary to give more facilities and make more propaganda.

In Costa Rica, the fact that baptism must be carried out before registration, makes people negligent and registration not being compulsory, causes it to be incorrectly made.

In Ecuador, in the rural areas, shortage of physicians certificating births, thin population density, high illiteracy index, and shortage of communication ways, are the determining causes of underregistration.

In Honduras, registration of births, stillbirths and deaths, is made by offices dependent on municipal and district authorities, and not by the General Bureau of Public Health.

In Mexico, shortage of communication ways, ignorance of people and deficiency of offices and their personnel, are the determining causes of the incorrectly made registration.

In Panama, registration of births is supposed to be incomplete, no specific study on the subject having been made.

They say that in the formularies data have been omitted, owing to the incompetency of auxiliary women registrars (some of the, being illiterate persons). Thin population density, shortage of communication ways, ignorance of the peasants, lack of adequate propaganda, cause registration of births to be deficient.

In Peru, the legal term of registration being only eight days in rural zones, the fact that registration offices are few and distantly located, as also the ignorance of the people, all are pointed out as underregistration determining causes.

In the United States of America, a study of the principal causes of underregistration is being made, with a view to reach a 100% registration of births.

Conclusions.- Among the causes of underregistration mentioned in several countries, distance and difficulties in traveling peculiar to rural zones can be pointed out. On the other hand, offices or persons in charge of such registration are few, and it is difficult for people to reach them. Non-collaboration from the public, owing in particular to ignorance and illiteracy, is considered as another of the chief motives of underregistration. In some countries, the fact that registration of births is not compulsory, is considered the determining cause of underregistration. As in some countries registration is demanded before carrying out baptism, many non-baptised children are not registered. In other countries, underregistration is attributed to shortage of physicians. Sometimes internal organization questions are pointed out as causes of underregistration, as when municipal or district authorities, and not national authorities, are in charge



of registration of births. Short registration legal term -eight days- is also pointed out as a cause of underregistration. Illegitimate birth rate is another cause of underregistration.

In short, the general causes of underregistration can be reduced to the following two: those derived from shortage of offices or from incompetence of their personnel; and those related to the population in general, as ignorance and difficulties, particularly in rural zones.

The design that registration of births should be as near 100% as possible, presents a problem that has two fundamental aspects the correlation of which is indispensable, namely:

- 1.- The cultural level of people
- 2.- The development of and administrative plan.

Failure or deficiencies in one of these aspects have an influence on both.

This means that it is essential that, whatever may be the economic, social and educational level of the inhabitants of the region, they must realize the importance of registration.

If that realization -that must be inculcated through education and propaganda- is not obtained, any other measures applied would be useless. As to the development of an administrative plan, we mean that registration of births in local areas must be related to a national general plan.

Determination and delimitation of local areas must be made, taking into account the state of roads, topographical, economic and environmental culture conditions, in order to make access to registration offices easier for the public.

Authorities must be convinced that after medical, hospital, obstetrical and preventive care, registration of births is the most important legal administrative act.

The raising of the collectivity cultural level may well remove the obstacle that illegitimacy presents to registration of births.

Eighth Question.- Does that Society estimate that registration of stillbirth rates is being correctly made? If not, can you enumerate some of the chief causes?

Eleven answers show that registration of stillbirth rates is not correctly made in capital cities and incorrectly made in rural areas.

There are several answers referring to the causes that render the correct performance of registration difficult; we shall enumerate them immediately, and summarize them afterwards.

One of these causes is the difficulty for unifying the definition of "stillbirth". The Chilean answer expresses that if the definition of "stillbirth" given by the Special Committee of the League of Nations Hygiene Organization in March

1924 is adopted, registration of stillbirth rates is correctly made. ("Stillbirth" refers to the viable fetus that in the moment of being born, after a pregnancy of 28 weeks at least, does not present pulmonary breathing; such a fetus may die before, during or after birth, but before having breathed).

The Uruguayan answer indicates that one of the causes may be the difficulty to appreciate minimal duration of intra-uterine life; other causes may be ambiguity or lack of knowledge as to the death of stillborn infants, in order to differentiate them from live born infants that die after birth.

Another cause that has been invoked, is that a uniform certification of stillbirth or of fetal death is wanting.

Still another cause is the fact that births of many infants that die within the first hours or days of life, are certificated as "stillbirths". Often this must be attributed to negligence of physicians, midwives and statisticians issuing two certificates -one of birth and another of death- when infants die immediately after having been born. It is less difficult to issue only one certificate relative to stillborn infants.

One important cause that has been stated several times, is that many physicians, midwives and employees of sta-

tistics offices have not a clear concept of the importance of a correctly made certification; in rural areas, this fact is joined to ignorance of parents and to difficulties created by distances.

Non medical care, particularly in rural zones, is another cause for many stillborn infants to be buried without being registered. But among the cases that have been cared for by a physician, it frequently occurs that the latter doesn't make a diagnostic or makes a wrong one.

In several countries registration of stillbirths is not compulsory. And in some others, difficulties in procedures complicate and, indeed, hinder registrations.

In Venezuela, the Civil Code in its article 466 says: "If the infant is not living when registration of its birth is made, civil authorities should express it so, without taking into account what was declared previously as live born or stillborn infant". Therefore, it is not possible to obtain stillbirth data from the information given by the Vital Records Registration System.

Conclusions.- Causes could, then, be divided into three groups:

1st., those owing to ignorance of parents or to ignorance of laws on the part of people, particularly in rural areas;

2nd., those owing to the fact that physicians, midwives and statisticians either don't know the problem well or are not careful when dealing with it;

3rd., those owing to difficulties created by the fact that legislation is not compulsory, or by services being badly organized, the public being forced to cover long distances.

And above all these causes, the special one is the lack of accuracy in the definition of "stillbirth", to unify data and returns.

Difficulties as to registration of stillbirths are connected with the following:

In order to obviate the difficult problem of the appreciation of minimal duration of intra-uterine life, the World Health Organization has recently advised statistical computation to be made related to all fetal deaths, distinguishing in particular among the latter, late fetal deaths that would be equivalent to stillbirths.

Registration of fetal deaths is affected by some elements that overlap one another, which conspire against good registration of stillbirths; legal dispositions that class voluntary abortion as criminal, are among the overlapping elements. Sometimes these legal dispositions imply

procedural complications, as to registration of fetal deaths, although they originated in non-criminal abortions; owing to these complications, public and technicians sometimes omit the denouncement of fetal death cases. The necessary measures for improving registration of fetal deaths, in general overlap those already commented on with reference to the improvement of registration of births.

Ninth Question.- Does that Society estimate that registration of deaths of children from 0 to 1 year is being correctly made? from 0 to 5 years? from 6 to 14 years? If not, can you enumerate some of the chief causes?

Seven countries answer that registration is correctly made. Five countries answer negatively. And in other five they express that it is correctly made in cities and incorrectly made in rural areas. From two countries they answer that registration of deaths of children from 0 to 1 year is correctly made, but that it is not so with reference to the other ages.

The causes are the same as those expressed in answer to the eighth question.

Conclusions.- It is evident that a similar action to that commented on with reference to registration of births is indispensable; we may add that diffusion and development of medical, health and preventive care facilities are even more necessary here.

Tenth Question.- Are there any difficulties for the anthropometric registration of the newborn and of the child? for weight registration? for height registration?

Eleven countries answer that there are difficulties to obtain these data. Four countries say that in capital cities there are no difficulties, but that there are difficulties in rural zones. Two countries say that there are no difficulties in Hospitals and Health Centers, but that there are difficulties with reference to privately cared for patients. In the United States of America, the reporting of birth weight was recommended for the first time in 1949, but not all the States have incorporated this item on the birth certificate. Only one or two States now require the reporting of the length of infants at birth, but this information is probably available on most hospital records. Another information from the United States attributes value to weight registration, but estimates that height registration and in general all data on children, are best obtained through inquiries than through routine registration in offices.

Conclusions.- Taking into account the difficulties presented by existing conditions with respect to 7th, 8th and 8th questions, these difficulties must be greater in this question. If the medical-obstetric care is so deficient -and is even wanting- in general, particularly in rural areas, it would

seem to be more practical that anthropometric studies should be carried out with hospital material available, and when this material differs greatly from what can be called "standard universe" -owing to the standards of the members of the collectivity assisted-, then these studies must be carried through special inquiries.

Eleventh Question.- Can the proportion of registered measurements permit the establishment of the height-weight standards of the newborn and of the child in that country or in some region of that country?

Answers from eleven countries are negative, for they say that those standards cannot be established. Six countries answer affirmatively, while the answer from Ecuador manifests there is a little margin of error, for great cities in the "sierra" and on the coast represent an average image sufficiently clear of the zone in which they are situated. Two countries answer that it is possible to establish those standards with respect to the newborn, but that it is not possible in connection with the school child.

Conclusions.- It can be seen, then, that notwithstanding affirmative answers, in general it is now difficult to establish the height-weight standards of the newborn and of the child.

The causes are more or less the same as have already been stated, seeing that if it is difficult to get the maximum



results from registration, details such as these to which this question refers, must present still greater difficulties.

Twelfth Question.- Are height-weight registers centralized in some statistical or health organism?

Answers from fourteen countries say that height-weight data are not centralized in any organism.

Only in Brazil, height-weight data relative to secondary school pupils are centralized in the Physical Education Division of the National Education Department.

In Ecuador, height-weight data are centralized in the Bureau of Health.

In Honduras, such data are centralized in the General Bureau of Physical Education.

In the United States of America, the Public Health Service receives birth-weight information from practically all States in the country, and in the Department of Vital Statistics of the Health Department in every State of the Union, these data been also centralized.

In Venezuela, height-weight data referring to birth rate, are centralized in the "Maternidad Concepción Palacios".

Conclusions.- In general, it may be affirmed that in no American country there is any central organism in charge of the centralization of these data.

Thirteenth Question.- Are there any difficulties in the hospital statistics, as to infant's diseases and care?

From sixteen countries they answer this question affirmatively, saying that in hospital statistics difficulties do exist. The answer from the United States expresses that very few hospitals publish morbidity statistics for infants.

In Venezuela, they manifest that most hospital directors have received the Diploma of Hospital Administrators and, therefore, they have notions of biostatistics.

Conclusions.- According to the answers that have been received, in most of the countries there are difficulties for the hospital statistics being complete.

It would seem that the compilation of hospital statistics on infant pathology, on a central **national** level, is more and more necessary in order to facilitate comparisons, as a secondary application, besides the primary application the principal object of which should be to supply information on autochthonous aspects of regional pathology.

Fourteenth Question.- Are hospital statistics made according to the International Classifications of Diseases, Injuries and Causes of Death, or according to some original Code or Classification?

From fourteen countries they answer that statistics are made according to the International Classification. From four countries they answer negatively. One answer, that from Ecuador,

expresses that some physicians utilize that Classification, and other do not. From two countries -Guatemala and Honduras- they say that they use an original nomenclature.

Conclusions.- Answers show that there is a general trend towards the use of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. If a uniform nomenclature could be obtained, a great step would be made towards the attainment of well organized and comparable statistics.

It would be necessary for Governments to intensify the diffusion of the International Statistical Classification according to the Sixth Revision, urging its application in the whole country.

Fifteenth Question.- What measures does that Society suggest in order to contribute to the improvement of the collection of statistical material relative to infants?

Answers to this question have a very heterogeneous character; we shall enumerate them, trying finally to arrive at some conclusion.

The answer from Argentina says:

"In addition to the measures that were specified in the answer to the sixth question, the following measures may be suggested:

- a) Improvement of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, in its relation to infancy.
- b) Diffusion of this Classification among all practitioners.

- c) Diffusion of a Manual that facilitates collection and tabulation of basic statistical data, among those dealing with vital statistics on infancy; in the preparation of the Manual skilled pediatricians should participate.
- d) Divulgence of sampling methods.
- e) Preparation of record cards, lists, certificates, and other material for collecting data, that are simple, clear, economical and easy to fill.
- f) Granting of rewards and other stimuli to those who show greater competence and interest in the correctly made collection of data.
- g) Divulgence of the importance for the collection of initial data to be correctly made".

In Bolivia, they attribute great importance to the training of specialized personnel. In Brazil, they value the preparation of technicians and the realization of educational campaigns. The answer from Chile suggests the necessity of studying the adaptation of the International Classification for the needs of each country. From Colombia they suggest that registration of births should be made compulsory and facilities be given for its realization; that death certificates should have medical control, on the part of the State; that coordination between municipal statistics offices and health organisms should be encouraged; that a well planned and organized campaign of propaganda should be carried out in order to obtain collaboration from the public, and that an educational campaign should be effected among the technical personnel. And they also say that it is necessary to have

official circles understand that it is essential to employ trained personnel, with some title certifying their capacity.

In Costa Rica, they believe it is necessary to improve Biostatistics in general, through a greater cooperation from physicians and the general public. From Ecuador, they suggest centralization in an office, that should be the General Bureau of Statistics and Census, of everything relating to statistics; use of the International Classification to be made compulsory; intensification of propaganda; courses for everybody dealing with statistics.

The answer from El Salvador says that it would be convenient for those in charge of the Vital Records Registration System to receive the necessary training; that medical care should be improved; that medical certification should be perfected; that statistical data should be centralized; and that the public must be educated. From Guatemala they suggest that a statistician should be at the service of every Hospital or Clinic. From Honduras, they make several considerations as to the difficulties of a local character that ought to be solutioned. From Mexico, they suggest the necessity for statistical data to be collected by competent personnel, and to be sent to the Central Office; they manifest also that divulgation campaigns should be carried out.

In Panama, they think a reorganization in the Vital Records Registration System should be necessary; they consider that a complete coordination between the Vital Records Registration System (that is the source of the data), the Bureau of Statistics and Census (that compiles Vital Statistics) and the Department of Public Health (that uses them) should be necessary. They suggest that a reorganization of hospital statistics should be made; that Health Unities should be used for controlling the collection of certain local data; that at the beginning of primary school classes a general medical examination should be made to children; that at least a yearly inquiry should be carried out among children and their homes, in order to investigate social, health and economical conditions in which they live. From Paraguay, they suggest that in the Statistics Division of the Ministry of Health and Social Welfare, should be an organism to that end. In the United States, they feel that statistical data for the study of problems of infancy can be most easily obtained based upon matched birth certificates and infant death certificates; the validity of such studies will depend to a large extent upon the completeness with which births and infant deaths are registered, and the accuracy with which the information is reported. From Uruguay, they express that the establishment of compulsory birth certificate, accompanied by medical-social information, would be of great value.

Conclusions.- Some points that are suggested by most of the answers, may be indicated. The improvement of the International Classification the use of which should be made compulsory, after adapting it to the needs of each country, seem to be very efficient measures to be taken. Its diffusion among technicians and the general public, is a measure of great value, that would greatly facilitate returns. In general, the importance for personnel to be specialized is emphasized; this specialization could be obtained through courses, when personnel members have no previous training; with a competent personnel, correct statistical data could be obtained. Centralization of data in specialized offices, would permit their better study and comparison.

It should not be forgotten that statistics relative to problems of infancy are very complex, and it would be impossible to create a specialized organism to centralize those statistical data. And at the same time these organisms would have negative results because they would impair the unity of certain types of statistics, unity that is indestructible.

It can be recommended that a perfectly articulated harmonization should be carried out, so that organisms that study problems of infancy, can easily obtain statistical data from their original sources.

Sixteenth Question.- Is the organism in charge of biostatistics on infancy in direct dependency on health authorities or on a General Bureau of National Statistics?

From eleven countries they answer that biostatistics on infancy depends on health authorities, while in six countries it depends on General Bureaus of Statistics. In one country the two systems coexist, and in another two, statistics is not yet organized.

Conclusions.- A plan of statistical coordination is essential, through which collection of statistical data relative to each one of the branches related to infancy may be easily effected; once a coordinating plan having been established, all other aspects have a secondary importance,

Centralization of statistical data and preparation of statistics in one or other section, office or department, will be useless if there is no general coordinating plan.

Statistics on infancy death rates will never be made separately from statistics on general death rates; statistics on child delinquency will not be made separately from statistics on general delinquency. The several statistical data on infancy cannot have preponderance over other more definite and determinate data corresponding to each one of the different statistics. It should not be forgotten that it is essential for statistical computations to be well made and be available to those



who need them; they can be correlated through the coordinating general plan.

Seventeenth Question.- Has the National Committee on Vital and Health Statistics been created in that country, as recommended by the Sixth International Conference on Revision of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death?

From eleven countries they answer that the National Committee on Vital and Health Statistics was created and is functioning. From eight countries they report that it has not been constituted. In one country, the Committee has been established, but has held no meeting.

Conclusions.- It is to be desired for countries that have not yet established this Committee, to create it as soon as possible, in order to be able to carry out a uniform work of greater efficiency for the American countries.

Coordination referred to in the sixteenth question, can be increased by these National Committees, in which it is convenient for representatives of organisms interested in infancy problems to take part, for these representatives have a selective interest in a large part of vital statistics.

Eighteenth Question.- What activities has this National Commission or Committee developed in favour of biostatistics on infancy?

In general, Committees that have been created in American countries, are in a organizational stage, and consequently they have not paid specific attention to biostatistics on infancy. The answer from Mexico manifests that the National Committee has begun to study the improvement of morbidity statistics registered in the hospitals and maternity hospitals of the whole Republic, communicating to every Medical School the definitions of "birth of a live infant" and "live born infant".

The answer from the United States of America expresses that the National Committee on Vital and Health Statistics through its subcommittee developed the recently adopted international definitions of "live birth" and "fetal death"; a subcommittee is now working on methods for obtaining statistics on causes of fetal deaths. The answer from Uruguay says that the little that has been carried out would benefit the problem of biostatistics on infancy only collaterally; they intend to give more importance to biostatistics on infancy in the future.

The answer from Venezuela reports that the National Committee has developed many activities relative to: improvement of registration in the Vital Records Registration System;

application of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, and of the annexed Regulation No. 1; distribution to the physicians of pamphlets and manuals with directions for classifying causes of death; preparation of a new death certificate; application of the morbidity statistics, etc.; among those activities biostatistics on infancy is comprised.

Conclusions.- As biostatistical studies on infancy depend on the creation of National Committees on Vital and Health Statistics, and -once these Committees have been created- on the activities on infancy that they develop, progress in this direction is slow; but it is necessary to insist energetically on it.

Nineteenth Question.- Has that Society any connection with this Commission or Committee, or with any other organism connected with vital statistics on infancy?

From eleven countries they answer that no connection exists, while from seven countries they manifest this connection exists in several ways.

Conclusions.- As it is evident that the different organisms being better coordinated their efficiency is greater, a gradual increase of this coordination in every country should be obtained, according to circumstances.

Twentieth Question.- Are there any difficulties in the coordination of statistical services in that country? what are they?

Answers from ten countries affirm that there are no great difficulties in the coordination of these services. From five countries, they manifest that there are some difficulties. Among those difficulties, special ones are: precarious functioning of some services; shortage of specialized personnel; existence of several organisms that make their own statistics; lack of centralization of activities; delay of data preparation; lack of coordination.

Conclusions.- Difficulties for coordination are more or less the same everywhere. Some of them are related to bad functioning of services; other are related to lack of centralization. Briefly, these difficulties arise from the lack of a good organization that keeps the different services in contact.

Twenty First Question.- Has any sample survey or sampling been made, with reference to infancy problems?

Answers from fourteen countries are categorically negative. From three countries they answer affirmatively, and from two they answer that some studies on the matter have been made.

Conclusions.- The general panorama shows that infancy problems have not developed as they ought to in statistics. And very little has been done, when we refer more concretely to sample surveys or sampling.

Twenty Second Question.- Have the central organisms which prepare statistical material on infancy any mechanical tabulation equipment?

Answers from sixteen countries say that they have mechanical tabulation equipment, although in some of them installation is not complete. From four countries they answer they have no mechanical equipment.

Conclusions.- In general, statistical services of the American nations are well equipped, and it is desirable that in a near future every country has the mechanical equipment necessary to carry out complete statistical studies.

This aspiration ought not to keep out of sight some fundamental concepts, namely:

- 1.- A proportional adjustment must exist between the statistical material that is to be dealt with and the use of machines or instruments.
- 2.- Once these machines or instruments have begun to be used, they must be given the greatest application possible.

Twenty Third Question.- What other problems or difficulties are there in your country, as to the better organization and functioning of biostatistical services?

From three countries, answers say that there are no other problems or difficulties than those pointed out in the answers to the preceding questions. But in the answers from the other countries difficulties are cited which statistics meet with and which we shall enumerate at once.

The first of these difficulties is the shortage of personnel and their lack of training. In the second place, the insufficiency of funds to allow statistics offices to function correctly. The third place is occupied by difficulties to obtain data as much from professionals as from the public. The nonunification for rules in some countries makes it difficult to obtain and to compare returns. In some countries, the public is not really educated, there are no pertinent laws, and organization is bad.

Conclusions.- From the answers to this question it is inferred that for a better organization and the good functioning of biostatistics services, more and better trained personnel and greater sums than those appropriated at present are required.

Twenty Fourth Question.- Does that Society believe that biostatistical data on infancy have a sufficient divulgation among physicians and the general public?

Answers from seventeen countries are categorically negative; data are not sufficiently divulgated or published either among physicians or among the general public.

Answers from two countries affirm that data are sufficiently published; in one of these countries data are published for physicians only.

The answer from the United States of America says that although there is no publication devoted exclusively to

statistical data on infancy, the Children's Bureau publishes these data in the review "The Child" as well as in several monographs.

Conclusions.- In general terms, it may be said that in Latin America data on biostatistics on infancy are not sufficiently divulged.

It is felt that although public knowledge of statistical data on infancy among possible statistics consumers in every cultural level is important, diffusion of its principal elements among the public, by stimulating interest in these problems would benefit its solution.

Twenty Fifth Question.- Are there special publications for statistical issues appearing regularly?

From ten countries, they answer that they have the corresponding publications. From three countries, they manifest that although these publications exist, they think them insufficient. Answers from five countries, express that there are no such publications.

From the United States of America, they refer to this question in the same way as they answer the twenty fourth question.

Conclusions.- Perhaps this question has not been made with sufficient clearness, for it refers to statistical issues without mentioning infancy, it not being clear if it speaks of special publications relating exclusively to infancy. This may originate

confusion, for affirmative or negative answers may not refer to the same thing.

Twenty Sixth Question.- Does that Society's review publish statistical data on infancy?

From seven countries, they answer that Societies of Pediatrics reviews do not publish these data. From five countries, they answer affirmatively. In other five countries, they estimate that issues are not sufficient.

Conclusions.- It is felt that a greater public knowledge of statistical data is necessary, but a simplified form of issues should be established, for some publications, charged with numbers, are exclusively for technicians, and cannot be of interest to the public, not even to the common physician. When publications are well presented, in a graphical form, their interpretation is more within everybody's reach. Perhaps the solution may be that statistics should be published in a complete form for technicians and in a graphical form for non technicians.



## SUMMARY AND CONCLUSIONS

This paper originated in a suggestion made by Doctor Francisco J. Menchaca (Santa Fe, Argentine Republic), being carried out by the Health Department of the American International Institute for the Protection of Childhood, under the direction of Doctor Víctor Escardó y Anaya, with the collaboration of Doctor Adolfo Morales, Director of the Department of Statistics of the Health Division, Ministry of Public Health, Uruguay, and of the above mentioned Doctor Francisco J. Menchaca. The questionnaire that was sent to the twenty-one American Republics, was answered by twenty of them; the following may be inferred from these answers:

General Conclusions

Problems of infancy include medical and social aspects the solution of which may be expected from the concurrence of elements of judgment which proceed from the most diverse branches of man's activity.

Within those elements of judgment, statistics has a prominent place, comprising, of course, the most diverse types or classes of statistics.

It may be inferred from the data collected through the inquiry carried out and from the answers given to each question, that it is necessary to bring about a general movement in all

the countries in the continent, in order to reach the following results:

- 1.- A greater diffusion of statistical training in the educational centres for physicians and members of related professions, as well as of those whose scope of work is connected with infancy.
- 2.- Improvement of the training level of the personnel dealing with preparation of statistics, beginning with those who work in the most elemental levels.
- 3.- Improvement of understanding on the part of consumer of statistics on infancy, in the light of the principles authorized by statistical methodology.
- 4.- Coordination of the different branches of statistics, in that part corresponding or being related to problems of infancy; it is desirable that in every country a "nucleus" exist where all this information should be centralized.

(A diagram is attached in which the different branches of statistics related to infancy are indicated).

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 2 (français)  
S.G. 3  
13 Dec. 1954  
Original: espagnol  
Section I  
Theme Officiel

PROBLÈMES DE LA STATISTIQUE VITALE  
DE L'ENFANCE

par les Docteurs

Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

Institut International Américain de  
Protection de L'Enfance  
Montevideo, Uruguay

# PROBLEMES DE LA STATISTIQUE VITALE DE L'ENFANCE

por les docteurs

Víctor Escardó y Anaya  
Francisco J. Menchaca  
Adolfo Morales



Le présent travail a pour objet de présenter d'une manière objective certains aspects relatifs aux Statistiques qui ont rapport aux problèmes de l'enfance.

Son origine remonte à une suggestion formulée par le docteur Francisco J, Menchaca, Professeur adjoint de la Faculté d'Hygiène et Médecine Préventive de Santa Fe, République Argentine, lequel, en Juin 1949 envisageait la possibilité qu'au 2ème. Congrès de la Confédération des Sociétés de Pédiatrie, le thème "Problèmes de la Statistique Vitale de l'Enfance" fût recommandé pour être considéré a la prochaine réunion. A oette session les Sociétés présenteraient l'état actuel du problème dans chacun de leurs pays, sur la base d'une enquête ou d'un schéma préparé par une Commission.

Cette suggestion était encore amplifiée dans le sens qu'elle pourrait être considérée par le Congrès Panaméricain de l'Enfant, ou bien qu'elle fût abordée

par l'Institut International Américain de Protection de l'Enfance.

L'INSTITUT considéra cette suggestion et résolut d'écarter la possibilité de présenter le thème au Congrès de la Confédération des Sociétés de Pédiatrie et à celui du Mexique, à cause du manque de temps; et de le présenter au prochain Congrès Panaméricain de l'Enfance. Le Département de Santé de l'INSTITUT, dirigé par le docteur Víctor Escardó y Anaya prit à sa charge la tâche et la réalisa avec la collaboration des docteurs Francisco J. Menchaca et Adolfo Morales.

Le docteur Menchaca prépara un projet aux fins de réaliser une enquête préalable parmi les Sociétés de Pédiatrie. Le Département de Santé de l'INSTITUT le distribua en Novembre 1949, avec le questionnaire suivant qui fut envoyé à 35 Sociétés de Pédiatrie:

-Cette Société croit-elle que le "Problème de la Statistique Vitale de l'Enfance" soit un thème dont la considération intéresserait le prochain Congrès Panaméricain de l'Enfance?

-Cette Société considère-t-elle qu'il convient que chaque pays américain se rende au Congrès avec les réponses à l'Enquête sur ce thème, afin de diriger

sur la même voie la discussion et d'arriver ainsi à des résultats plus concrets et homogènes?

-Quelle autre suggestion, sur le même objet de cette consultation, peut nous envoyer cette Société?

De cette enquête préalable on obtint la réponse de dix Sociétés de Pédiatrie, avec le résultat suivant. Toutes répondirent affirmativement aux deux premières questions et en ce qui concerne la troisième, elles envoyèrent les suggestions suivantes: étude de l'influence des antibiotiques sur la mortalité infantile; révision de la Nomenclature des Causes de Décès; requête pour que des Délégués des Sociétés de Pédiatrie soient envoyés aux Congrès Panaméricains de l'Enfant; normes pour l'Enquête, que celle-ci soit minime, etc.

En 1950, le docteur Menchaca, sur demande du Département de Santé de l'INSTITUT, prépara un Questionnaire qui fût accepté par le dit Département, après l'avoir préalablement consulté avec le docteur Adolfo Morales, Directeur du Département de Statistique de la Division d'Hygiène du Ministère de la Santé Publique de Montévidéo, Uruguay.

L'INSTITUT résolut d'envoyer ce questionnaire à tous les Bureaux spécialisés des Gouvernements de tous les pays d'Amérique.

Le questionnaire contenait les questions suivantes:

- A.- De la préparation et du perfectionnement et du personnel auxiliaire en matières statistiques.
- 1.- Pense-t-on que les étudiants en Médecine reçoivent des connaissances de base en matière de statistique, susceptibles de leur faciliter les études bio-statistiques qu'ils auront comme professionnels, à pratiquer à propos de l'enfance?
  2. Exige-t-on un titre de spécialisation du personnel chargé de la Direction ou des Bureaux de Statistiques s'occupant des renseignements qui se rapportent à la santé des enfants?
  - 3.- Donne-t-on des cours de perfectionnement aux médecins et au personnel préposés aux travaux de Statistique?
  4. Les employés des Bureaux de Statistique disposent-ils d'un Manuel qui puisse leur faciliter la tâche?
  - 5.- Tous les médecins disposent-ils de la Classification Statistique Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès?
  - 6.- Quelles sont les mesures suggérées par cette Société qui soient susceptibles de contribuer au perfectionnement de la préparation, en fait de Statisti-

ques, des médecins et du personnel en charge des problèmes se rapportant à la santé de l'enfant?

**B.- De l'obtention de matériel nécessaire à la Statistique**

- 7.- Cette Société pense-t-elle que l'inscription des naissances constitue un acte correct? Si non, peut-elle en énumérer quelques unes des causes principales?
- 8.- Cette Société pense-t-elle que l'inscription de la mortalité constitue un acte correct? Si non, peut-elle en énumérer quelques unes des causes principales?
- 9.- Cette Société pense-t-elle que l'inscription de décès des enfants de 0 à 1 an, de 0 à 5 ans, de 6 à 14 ans, constitue un acte correct? Si non, peut-elle en énumérer quelques unes des causes principales?
- 10.- Rencontre-t-on des difficultés dans l'inscription des données anthropométriques du nouveau-né et de l'enfant? Dans celle du poids? Dans celle de la taille?
- 11.- En se basant sur les informations recueillies, a-t-on des données suffisantes pour fixer les caractéristiques du poids et de la taille des nouveau-nés ou des enfants de ce pays ou d'un secteur de ce pays?
- 12.- Les registres d'inscription du poids et de la taille, sont-ils centralisés dans un organisme statistique ou sanitaire?
- 13.- En ce qui concerne les maladies et l'assistance de l'établissement des statistiques des hôpitaux?



- 14.- Les statistiques des hôpitaux sont-elles régies par la Classification Statistique Internationale de Maladies, Traumatismes et Causes de Décès ou bien par un autre Code ou une autre Nomenclature qui leur est propre?
- 15.- Quelles sont les mesures suggérées par cette Société, de nature à contribuer au perfectionnement des procédés d'obtention du matériel statistique se rapportant à l'enfance?

C.- De l'organisation et du fonctionnement des Services de Bio-Statistique

- 16.- L'organisme chargé de la bio-statistique de l'enfance relève-t-il directement des autorités sanitaires ou d'une Direction Générale de Statistique Nationale?
- 17.- Dans ce pays, a-t-on procédé à la constitution du Comité National de Statistique Vitale, conseillé par la Sixième Conférence Internationale de Révision de la liste des Causes de Maladie, Traumatismes et Décès?
- 18.- Quelles activités cette Commission ou ce Comité National a-t-il déployé en faveur de la bio-statistique de l'enfance?
- 19.- Cette Société a-t-elle quelques relations avec cette Commission ou ce Comité ou avec un autre organisme rattaché à la Statistique Vitale de l'enfance?
- 20.- Y a-t-il dans ce pays des difficultés dans la coordination des Services de Statistiques? Quelles sont-elles?

- 21.- Réalise-t-on quelques relevés d'échantillons ou échantillonnages des problèmes intéressant l'enfance?
- 22.- Les organismes centraux, chargés du dépouillement du matériel statistique de l'enfance, disposent-ils d'appareils mécaniques pour la compilation des renseignements?
- 23.- A quels autres problèmes ou difficultés se heurte-t-on dans votre pays, quand il faut envisager une meilleure organisation ou un meilleur fonctionnement des Services de Bio-Statistique?

D.- De la publication et de la divulgation des données statistiques concernant l'enfance

- 24.- Cette Société pense-t-elle que les données de la bio-statistique de l'enfance reçoivent une publicité ou sont l'objet d'une propagande suffisante auprès des Médecins et du grand public?
- 25.- Existe-t-il des organismes spéciaux chargés de la divulgation des données statistiques, apparaissant régulièrement?
- 26.- La Revue de cette Société procède-t-elle à la diffusion des données statistiques relatives à l'enfance?

Le présent Questionnaire fut remis aux 21 pays américains, et l'on a obtenu la réponse de 20 d'entre eux, à savoir:

Argentine

Sociedad Argentina de Pediatría (Répon-

se confectionnée selon le conseil du  
Prof. Dr. Francisco J. Menchacal

Bolivie

Sociedad de Pediatría de Cochabamba

Brésil

Departamento Nacional da Criança

Colombie

Sección Materno-Infantil. Ministerio  
de Salud Pública

Costa Rica

Dirección General de Salubridad. Minis-  
terio de Salubridad Pública

Cuba

Sección de Epidemiología General. Di-  
rección General de Salubridad. Minis-  
terio de Salubridad y Asistencia Social

Chili

Dirección General de Protección a la  
Infancia y Adolescencia

Servicio Nacional de Salubridad

Equateur

Réponse envoyée par le Délégué Techni-  
que de l'Equateur à l'INSTITUT, Dr.  
Carlos Andrade Marín

Etats-Unis D'Amérique

Public Health Service

American Academy of Pediatrics

Children's Bureau

Guatemala

Dirección General de Sanidad Pública

Haití

Département de la Santé Publique

Honduras

Dirección General de Sanidad Pública

Mexique

Departamento de Estadística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Sociedad por la Niñez Mexicana

Nicaragua

Sección de Estadística Vital de la Dirección General de Sanidad, Ministerio de Higiene

Panamá

Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

Sociedad Panameña de Pediatría

Paraguay

Sociedad de Pediatría y Puericultura del Paraguay

Pérou

Departamento de Bio-estadística del Ministerio de Salud Pública

Salvador

Dirección General de Sanidad

Uruguay

Departamento de Estadística. División Higiene

ne. Ministerio de Salud Pública

Venezuela

Dirección de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría

Le résumé succinct des réponses reçues peut être présenté de la façon suivante:

A.- De la préparation et du perfectionnement des médecins et du personnel auxiliaire statistiques

Première Question.— Pense-t-on que les étudiants en Médecine reçoivent des connaissances de base en matière de statistique susceptibles de leur faciliter les études biostatistiques qu'ils auront, comme professionnels, à pratiquer à propos de l'enfance?

Parmi les 26 réponses venues de 20 pays, 13 répondent catégoriquement que l'on ne donne pas d'enseignement statistique dans les Facultés de Médecine. Ces réponses viennent d'Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Equateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay et Pérou. Au Brésil, quoique l'on ne donne pas un enseignement officiel, certains professeurs donnent des notions élémentaires de statistiques en relation avec leurs matières.

Par contre, les réponses de Chili, Cuba, Mexique, Salvador, Uruguay et Vénézuéla disent clairement que dans les Facultés de Médecine on donne ce genre d'enseignement. Au Chili, depuis 1948, en 5<sup>ème</sup> année d'Ecole de Médecine de l'Université, on donne 26 classes de 3 heures chacune, de Bio-statistique théorique et appliquée. Au Mexique, on donne des notions très sommaires aux étudiants de Médecine de l'Université Nationale Autonome; aux étudiants de 5<sup>ème</sup> année de Médecine Rurale de l'Institut Polytechnique National, on leur donne des cours de Statistique. Au Vénézuéla, les étudiants de 5<sup>ème</sup> année, dans la classe d'Hygiène et Médecine Sociale de l'Université Centrale reçoivent des cours de Bio-statistique, qui plus tard, comme professionnels leur faciliteront la correcte interprétation des études qui ont rapport aux problèmes de l'enfance.

Des deux réponses des Etats Unis d'Amérique l'une d'elles est très suggestive et donne une orientation. Il serait à souhaiter, dit-elle, que les étudiants en Médecine reçoivent des connaissances bases de statistiques, mais ceci n'est pas essentiel. Il est plus important de développer en eux une appréciation

tion et compréhension de la valeur des études statistiques en rapport avec les progrès des programmes médicaux et d'hygiène". L'autre réponse affirme que plusieurs Facultés du pays incluent dans leurs plans d'études un cours de Statistiques.

### Conclusion

Il est évident que dans la plupart des Facultés de Médecine du Continent Américain on ne donne pas aux étudiants un enseignement-base de Statistiques. Dans certaines d'entre-elles l'enseignement est fractionné et dans les autres, il est complet. Il est évident que de cette façon les médecins n'ont pas les connaissances indispensables de Statistiques qui leur permettent d'assimiler correctement les données et de les interpréter.

Jusqu'à quel point les médecins devraient-ils pousser cette discipline? Il n'est pas nécessaire que les médecins soient des statisticiens ni des spécialistes, mais ils doivent comprendre suffisamment les données pour pouvoir apprécier la valeur des statistiques et, de cette façon, bien les interpréter.

Le desideratum serait que dans l'étape antérieure à la faculté ou celle de l'enseignement pré-professionnel, l'étudiant en Médecine acquière des notions

fondamentales de méthodologie statistique, de la même façon qu'on leur enseigne l'histoire ou la Littérature; ce qui resterait à faire durant l'enseignement professionnel serait seulement maintenir présent le concept de l'utilité de la Statistique, en rappelant toutes les fois qu'il est possible, sa valeur et la nécessité d'avoir recours à elle.

Deuxième Question Exige-t-on un titre de spécialisation du personnel chargé de la Direction ou des Bureaux de Statistiques s'occupant des renseignements qui se rapportent à la santé des enfants?

Douze pays affirment catégoriquement que l'on n'exige aucun titre de spécialisation du personnel mentionné. Et huit pays répondent que, bien que l'on n'exige pas un titre, dans la pratique, les personnes en charge des services spécialisés ou les Directeurs des Bureaux, ont fait des études spéciales à l'étranger ou au pays même. En Argentine, les Directeurs-Chefs des Bureaux de Statistiques, doivent posséder un titre de spécialiste. Dans la réponse de la American Academy of Pediatrics, des Etats-Unis d'Amérique, il est dit que ceux qui ont à leur charge des bureaux de statistiques possèdent une base solide et de l'expérience dans ce domaine, ce qui leur semble beaucoup plus effectif qu'un



titre académique.

### Conclusiones

On peut clairement déduire que dans la presque totalité des pays d'Amérique, le titre de spécialisation n'est pas exigé aux personnes qui ont à leur charge les bureaux de statistiques. Dans plusieurs pays, l'habitude a établi qu'il en soit ainsi, bien que la réglementation n'existe pas. La réponse de la American Academy of Pediatrics pose un grave problème qui a été souvent discuté et qui n'a pas de solution facile. Que vaut mieux dans une connaissance déterminée, le titre ou l'idonéité? S'il est bien évident qu'il y a beaucoup de personnes qui possèdent d'amples connaissances dans une matière sans avoir le titre correspondant, il n'est pas moins vrai que le titre suppose une étude ordonnée et une pratique suffisante. Peut-être la solution juste serait d'exiger le titre d'écoles approuvées et reconnues par les autorités compétentes de chaque pays; ces écoles pour aient être, selon les circonstances, officielles ou privées.

Cette solution soutiendrait le suivant principe: lorsque la médecine sort du terrain classique de la clinique (où le binôme maladie-médecin occupe le plan dominant) pour atteindre le domaine social, d'autres

techniciens spécialisés commencent à agir sur le même plan que le médecin-clinicien et jouent un rôle aussi primordial que le sien.

Troisième Question.-- Donne-t-on des cours de perfectionnement aux médecins et au personnel préposés aux travaux de Statistique?

Dans huit pays ces cours sont organisés; dans sept autres on ne donne pas cette formation. Six pays --Argentine, Mexique, Nicaragua, Equateur, Paraguay et Uruguay-- donnent parfois des cours à tout le personnel des Bureaux.

#### Conclusiones

Certaines nations ont déjà commencé les études de statistiques spécialisées. Un groupe de pays n'a encore rien fait, tandis que d'autres forment un personnel d'ordre secondaire avec des cours appropriés. De tout ceci on déduit: que pour le progrès et le développement de la statistique en Amérique, il est indispensable d'intensifier ces cours de préparation pour tous: dirigeants et dirigés, en vue d'obtenir une plus grande efficacité dans les services statistiques.

Une heureuse initiative a pris forme récemment, et les pays d'Amérique Latine ont maintenant l'occasion

d'améliorer la préparation de leurs techniciens au Centre Interaméricain de Bio-Statistique qui fonctionne à Santiago du Chili sous les auspices des Nations Unies, de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Chili.

Quatrième Question.— Les employés des Bureaux de Statistiques disposent-ils d'un Manuel qui puisse leur faciliter la tâche?

Treize pays répondent oui. Six, non. L'Argentine, peut être incluse parmi les pays qui répondent affirmativement.

#### Conclusions

On peut déduire qu'en général on emploie des Manuels de classification statistique dans la plupart des Bureaux. On apprécie que l'usage n'est pas obligatoire, mais évidemment nécessaire. L'usage d'un unique Manuel pour tous les pays serait utile et d'une plus grande efficacité.

En matière de Statistiques se rapportant à l'enfance il serait nécessaire de confectionner un "digeste" dans lequel on décrirait sommairement les différents chapitres qui ont trait à ce thème.

De cette façon, on éviterait les initiatives personnelles ou isolées, provenant parfois de la méconnaissance ou de l'improvisation, et l'en donnerait des

patrons-modèles dont l'application faciliterait les comparaisons internationales et les études dans ce domaine.

Cinquième Question.- Tous les médecins disposent-ils du texte de la Classification Statistique Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès?

Cinq pays disent que oui; les médecins disposent du texte indiqué. Par contre, neuf répondent que non et cinq autres pays envoient des réponses douteuses, qui exigent une explication. La réponse de l'Argentine affirme que dans certaines Provinces les médecins disposent d'une copie de cette Classification. Celle de Bolivie exprime que malgré la distribution des textes par le Bureau Départemental de Santé, la majorité des médecins ne s'y intéressent pas. Celle de Honduras dit que seulement quelques médecins la possèdent. Celle du Paraguay exprime aussi que quelques médecins la possèdent et que les exemplaires envoyés par la O.M.S. ont été distribués parmi les Hôpitaux de la campagne. La réponse des Etats Unis exprime qu'ils ne croient pas qu'il soit important ou désirable que chaque médecin dispose d'un exemplaire de classification de maladies. Ils croient, cependant, qu'il serait préférable de l'avoir. A Panama, la Direction de Statistiques et Recensement, a recommandé l'acquisition de la "Standard Nomenclature of Disease", que publie l'American Medical Association.

### Conclusions

De toutes ces réponses on déduit le désir général que tous les médecins disposent et manient le texte indiqué. On n'a pas fait un travail ordonné et ample pour que tous le possèdent et l'utilisent. La tendance actuelle vers la précision des diagnostics, du point de vue statistique, établis par des bureaux compétents et non pas par de médecins, expliquerait la réponse des Etats-Unis.

Si le médecin, par le fait qu'il possède la Classification Internationale à sa portée un élément de consultation occasionnelle, de même que le clinicien général un texte d'anatomie, la distribution profuse de cette classification ne soulève pas d'objection.

Mais si avec cette distribution on court le risque que le médecin soit incité à se convertir en un classificateur ou codificateur, le danger est grand: pour cette raison, la remise de cette nomenclature à tous les médecins, ne serait pas à conseiller.

Sixième Question.- Quelles sont les mesures suggérées para cette Société qui soient susceptibles de contribuer au perfectionnement de la préparation, en fait de Statistiques, des médecins et du personnel en charge des problèmes se rapportant à la santé des enfants?

La plupart des réponses des pays, en tout quatorze, sont d'accord en ce que les Facultés de Médecine donnent les connaissances nécessaires aux étudiants et que cet enseignement soit aussi donné à tout le personnel des Bureaux de Statistique.

La réponse de l'Argentine énumère d'une façon précise les différents aspects du problème. Elle dit:

- a) En ce qui a rapport aux médecins, nous croyons qu'ils devraient recevoir des connaissances théoriques-pratiques de Statistique méthodologique dans leurs premières années d'études. Plus tard, lorsqu'ils étudieront les spécialités: Pédiatrie, Epidémiologie, hygiène, etc. on devrait leur apprendre à appliquer la Bio-Statistique aux problèmes démographiques que chacune de ces spécialités implique.
- b) Lorsqu'ils ont déjà commencé leur exercice professionnel, tous les médecins, qu'ils soient spécialistes d'enfants ou non, devraient avoir la facilité d'assister à des cours de postgradués sur des thèmes de Statistique Vitale, organisés ou bien par des Centres d'enseignement, ou bien par des Institutions professionnelles, ou par les deux à la fois.
- c) Il serait avantageux que les Sociétés et autres institutions de pédiatrie et puériculture, aient des Sections ou Comités de Bio-Statistique, qui compileraient la Statistique Vitale de l'enfance et conseilleraient sur tous les problèmes qui s'y réfèrent.
- d) Il serait utile d'inclure des thèmes de

statistique dans tous les Congrès, Réunions, Séminaires, etc. d'assistance infantile.

- e) Les Associations ou Sociétés professionnelles de Médecine devraient promouvoir la création de prix ou autre encouragement aux meilleurs travaux sur les sujets de statistique de l'enfance.
- f) Les revues et publications de pédiatrie devraient contenir des informations statistiques démontrant l'utilité de la Statistique Vitale pour l'organisation et administration des programmes de santé infantile.
- g) Les personnes qui n'ont pas le titre de médecin, mais qui occupent des postes qui ont rapport avec les Bio-Statistiques de l'enfance, devraient avoir la possibilité de perfectionner leurs connaissances par le moyen de cours, de Manuels, d'interchange scientifique, de bourses d'étude dans des centres spécialisés, etc.

L'American Academy of Pediatric (Etats-Unis)

demande l'établissement d'un corps professionnel de statisticiens, comme moyen le plus efficace pour développer et améliorer la préparation des études statistiques. Ces études permettraient aux médecins d'avoir des informations sur les changements qui ont lieu dans certaines conditions hygiéniques et sanitaires et attireraient leur attention sur ces problèmes.

La réponse du Chili donne pour les médecins cliniciens une grande importance à la confection d'un Manuel de Problèmes Statistiques, dans lequel les dif-

férentes spécialités seraient traitées sous leur double aspect: théorique et pratique. Ce Manuel serait distribué profusément entre les étudiants de Médecine, médecins et personnes intéressées en général.

La réponse du Nicaragua recommande d'envoyer des professionnels étudier à l'étranger. Une autre réponse mentionne les bienfaits que rapporteraient des cours brefs sur les problèmes de l'enfance, pour des médecins et de non-médecins.

### Conclusions

L'accord est général sur le fait que la meilleure façon de perfectionner la préparation statistique des médecins et des personnes qui s'occupent des problèmes ayant rapport à la santé des enfants est de donner les cours nécessaires de Statistique aux étudiants des Facultés de Médecine. D'autre part, il est indispensable de donner l'enseignement nécessaire à toutes les personnes qui ont en charge la Statistique de leur pays. Ces cours pourraient être donnés dans les Facultés de Médecine ou dans un endroit qui puisse convenir à cela.

Mais le moyen le plus efficace serait la formation de comités et centres consultatifs pour conseiller les médecins et les travailleurs sociaux qui s'inté-



ressent au maniement des problèmes ayant rapport à la santé de l'enfance, étant donné qu'il n'est pas possible de convertir chacun de ces techniciens en un statisticien spécialisé, et même si cela était possible, ce ne serait pas désirable.

Ce qui est indispensable, par contre, c'est le développement du sens statistique dans chacun de ces techniciens pour qu'ils soient capables de reconnaître quand est-ce qu'ils doivent avoir recours à la consultation et au conseil.

B.- De l'obtention du matériel nécessaire à la Statistique

Septième Question.- Cette Société pense-t-elle que l'inscription des naissances constitue un acte correct? Si non, peut-elle en énumérer quelques unes des causes principales?

Les réponses reçues peuvent être classées en trois groupes. Huit pays répondent oui. Trois autres pays disent que l'inscription se fait correctement dans la capitale et non pas à l'intérieur du pays. Les derniers affirment que l'inscription ne se fait pas correctement.

Naturellement cette classification des réponses est un peu simple. Si par inscription correcte on entend que toutes les naissances soient inscrites et

d'une façon correcte, probablement aucun pays ne pourrait répondre affirmativement. Mais comme la seconde partie de la question établit les causes, leur étude éclaircirait le problème.

La réponse de Bolivie exprime que l'inscription se fait correctement dans les villes et non pas dans les provinces, à cause du manque de personnel et faute de collaboration de la part du public.

Celle du Brésil attribue le défaut des inscriptions à l'ignorance des parents et aux difficultés dues aux distances pour arriver aux bureaux d'inscription.

De Colombie on dit que l'inscription est incomplète. La cause principale provient de ce que la statistique ne relève que le nombre d'enfants baptisés ceux qui ne le sont pas ne figurent point sur le registre d'inscriptions. Par disposition officielle le registre civil existant pour le relevé de toutes les naissances, il faudrait donc intensifier une propagande pour le faire connaître aux parents, leur permettre ainsi de l'utiliser en établissant des moyens de communication dans tous les secteurs.

Au Chili, il n'y a pas non plus de facilités pour arriver aux bureaux qui correspondent aux zones rurales.

A Costa Rica, les causes énumérées sont les suivantes: le baptême doit avoir lieu avant l'inscrip-

tion; les parents sont négligents, et l'inscription n'est pas obligatoire.

A l'Equateur on attribue les causes, dans les zones rurales, au manque de médecins qui certifient, à la grande dispersion des habitants, à l'analphabétisme, et au manque de voies de communication.

De Honduras, on dit que l'inscription de naissances, mort-nés, et décès, est enregistrée par des bureaux dépendant des autorités Municipales et de district, et non pas par la Direction Générale de Santé Publique (Dirección General de Sanidad Pública).

Les causes, au Mexique sont le manque de voies de communication, l'ignorance du peuple et le défaut de bureaux et de personnel.

Au Panama, on suppose qu'il est incomplet, étant donné que l'on n'a fait aucune étude particulière sur ce sujet. On dit qu'il existe des omissions de données dans les formulaires, et ce à cause du manque d'aptitude des fonctionnaires auxiliaires qui s'en occupent (certains d'entr'eux sont illettrés). L'inscription manque d'efficience à cause de la grande dispersion de la population, manque de voies de communication, ignorance du paysan, et manque d'une propagande adéquate.

Au Pérou, les causes signalées sont le délai légal qui est seulement de huit jours dans les zones rurales, le peu de Bureaux d'Enregistrement des actes civils, leur éloignement des centres peuplés et l'ignorance des gens.

Aux Etats-Unis, en vue d'arriver au 100% de l'inscription, on est en train d'étudier à fond les causes.

### Conclusions

Parmi les raisons énumérées par plusieurs pays, se trouvent les distances et les difficultés de transport dans les zones rurales. D'autre part, les Bureaux ou les personnes chargées de cet enregistrement sont peu nombreux, ce qui en rend difficile, l'accès à la population.

Le manque de collaboration du public, dû spécialement à l'ignorance et à l'analphabétisme est considéré comme un autre des motifs principaux. Dans quelques pays on signale comme cause la non-obligation de l'enregistrement. Etant donné que dans certains pays, on exige pour le baptême, l'enregistrement préalable, plusieurs enfants non baptisés ne s'inscrivent pas. Dans d'autres pays, on attribue la non-inscription au manque de médecins.

Parfois, on avance comme raison des questions d'organisation internes, comme il arrive lorsque les au-

torités municipales ou de district sont chargées d'effectuer l'enregistrement, au lieu des autorités nationales. Autre raison: le court délai légal (huit jours). La natalité illégitime en est une autre.

En résumé, on peut ramener à deux les causes générales. Celles qui ont trait aux Bureaux qui sont insuffisants et avec un personnel peu nombreux. Et celles qui se rapportent à la population en général, ignorance et difficultés, spécialement dans les zones rurales.

Le problème de la plus grande approximation des inscriptions à la totalité de celles qui ont lieu possède deux aspects fondamentaux, dont l'assemblage est indispensable et qui consiste:

Premièrement, dans le niveau culturel du public.

Deuxièmement, le développement d'un programme administratif.

L'absence ou l'altération de l'un de ces deux principes élémentaires, influe en répercutant sur l'ensemble du binôme et stérilise la possible hypertrophie de l'autre.

On veut dire par là qu'il est indispensable que l'importance du registre atteigne la compréhension de tous et de chacun des habitants de la zone en ques-

tion, quelle que soit leur condition économique, leur niveau social et leur instruction.

Si l'on n'est pas parvenu à obtenir cette compréhension, grâce à l'éducation et la propagande, il est inutile d'appliquer un moyen autre en ce qui concerne le développement d'un programme ou plan administratif, on veut dire par cela le registre des naissances dans l'aire locale subsidiaire d'un plan général national.

Les zones locales doivent être déterminées et délimitées en tenant compte des conditions géo-topographiques, économiques, routières, culturelles et d'ambiance, de façon à permettre au déclarant la plus grande facilité d'accès au Bureau d'Enregistrement.

Les autorités doivent être compénétrées de ce qu'après l'assistance obstétricale et préventive, médicale et d'hôpital, l'enregistrement de la naissance est le fait civil-administratif le plus important.

L'élévation du niveau culturel de la collectivité peut parfaitement annuler l'obstacle que représente l'illégitimité pour la pratique du registre.

Huitième Question.— Cette Société pense-t-elle que l'inscription de la mortalité constitue un acte correct? Si non, peut-elle en énumérer quelques unes des causes principales?

Onze réponses indiquent que le registre de la mortalité ne s'effectue pas d'une façon correcte. Six le considèrent plus ou moins correct. Trois croient que l'inscription est correcte dans les capitales et non dans les zones rurales.

Les réponses qui se rapportent aux causes qui rendent difficile l'inscription correcte sont nombreuses; nous les énumérerons directement, pour les résumer après.

Une d'elles consiste en la difficulté qu'il y a d'unifier la définition de mort-né. La réponse du Chili dit que si l'on considère comme "Mort-né" la définition donnée par le Comité Spécial de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, en Mars 1924, le registre de la mortalité est correct. (Un mort-né est un enfant expulsé après une gestation d'au moins 28 semaines, né, par conséquent, viable, mais chez lequel la respiration pulmonaire ne s'établit pas, la mort pouvant survenir: a) avant; b) pendant; ou c) après l'accouchement, mais avant d'avoir respiré)

La réponse de l'Uruguay croit qu'une des causes peut être la difficulté d'appréciation de la durée de la

vie intra-utérine en ce qui concerne la durée minimum; et dans l'autre extrême l'ambiguïté, l'imprévision, ou le manque de connaissance du décès du mort-né pour le différencier du né vivant qui décède.

Une autre cause invoquée est la nécessité d'un certificat uniforme de mort-né ou décès-foetal.

On mentionne aussi comme cause le fait que l'on inscrit comme "Mort-nés" plusieurs nés vivants qui meurent après les premières heures ou premiers jours de vie. Cela est produit plusieurs fois par la négligence des médecins, accoucheuses et statisticiens, qui devraient rédiger deux certificats, l'un de naissance et l'autre de décès, lors que l'enfant meurt tout de suite après la naissance. Il est moins pénible de rédiger un seul certificat: celui de mort-né.

Il y a une cause maintes fois énumérée. Les médecins, les accoucheuses et les employés statisticiens n'ont pas une idée claire de l'importance d'une inscription correcte. Cela, ajouté à l'ignorance des parents dans les campagnes et aux difficultés provenant des distances, est aussi une cause importante.

Le manque d'attention médicale, spécialement dans les zones rurales, est aussi la cause que plusieurs mort-nés soient enterrés sans être déclarés. Mais parmi



ceux qui ont cette attention, souvent le médecin ou bien ne fait pas de diagnostic ou bien il le produit inexact.

Dans plusieurs pays l'inscription des mort-nés n'est pas obligatoire; dans d'autres, les difficultés des démarches compliquent et en réalité empêchent les inscriptions.

Au Vénézuéla, le Code Civil détermine dans l'article 466 que "au cas où l'enfant ne serait pas vivant au moment où se fait l'inscription de la naissance, l'autorité civile l'énoncera ainsi, sans tenir compte de la déclaration des comparants qu'il est né vivant ou mort." Avec l'information du Registre Civil, il est donc impossible d'obtenir les données de la mortalité.

### Conclusions

Les causes pourraient donc se résumer en trois groupes:

Premièrement: Celles qui sont dues à l'ignorance des parents ou à la méconnaissance des lois, spécialement dans les zones rurales:

Deuxièmement: Celles qui sont dues à ce que les médecins, sages femmes et statisticiens, ou bien ne connaissent pas le problème, ou bien n'y attachent pas d'importance;

Troisièmement: Aux difficultés qui surgissent

d'une législation qui n'est pas obligatoire, ou à la mauvaise organisation des services, qui oblige le public à parcourir de grandes distances.

En plus de toutes ces causes, celle du manque de précision dans le concept du mort-né pour rendre uniformes les données et les résultats.

Les difficultés dans l'inscription des mort-nés sont liées aux éléments suivants:

L'organisation Mondiale de la Santé, pour trancher le difficile problème de l'appréciation de la limite minimum de la vie intra-utérine a conseillé dernièrement que l'on effectue les calculs statistiques qui ont rapport à toutes les morts foetales, en établissant la différence parmi celles-ci, spécialement des morts foetales tardives, qui équivaldraient aux mort-nés.

Ce qui influe contre le registre des morts foetales, ce sont des éléments qui se surajoutent, lesquels conspirent contre la bonne inscription des mort-nés. Parmi ces éléments surajoutés se placent les dispositions légales qui qualifient de criminel l'avortement volontaire. Ces dispositions légales comprennent parfois des complications de démarche dans la déclaration des morts foetales, même lorsqu'il s'agit d'avorte-

ments non criminels et ces complications sont la cause de ce que parfois, public et techniciens, agissent en omettant la dénonciation de mort foetale.

Les mesures générales pour améliorer l'inscription des morts foetales se superposent, en général, à celles qui ont été déjà commentées en ce qui a trait à l'amélioration du registre des naissances.

Neuvième Question.— Cette Société pense-t-elle que l'inscription des décès des enfants de 0 à 1 an; de 0 à 5 ans; de 6 à 14 ans, constitue un acte correct? Si non, peut-elle énumérer quelques-unes des causes principales?

De sept pays on répond que l'inscription est correcte. Cinq disent qu'elle ne l'est pas. Et cinq autres manifestent qu'elle est correcte dans les villes et non dans les zones rurales. De deux pays on répond que l'inscription n'est pas correcte de 0 à 1 an, mais qu'elle l'est dans les autres âges.

En ce qui a trait aux causes, elles sont les mêmes que les énoncées dans la huitième question.

### Conclusions

Il est évident qu'une action similaire à celle déjà commentée quant à l'inscription des naissances est indispensable, et il faut ajouter, ici avec plus de raison, que la diffusion et le développement des facilités médico-assistancielles et préventives, sont aussi plus nécessaires.

Dixième Question.- Rencontre-on des difficultés dans l'inscription des données anthropométriques du nouveau-né et de l'enfant? Dans celle du poids? Dans celle de la taille?

De onze pays on répond que l'on rencontre des difficultés pour obtenir ces données. De quatre autres on dit que dans les capitales on ne rencontre pas de difficultés, mais qu'il y en a dans les zones rurales. Dans deux nations, on ne rencontre pas de difficultés dans les hôpitaux et les Centres de Santé, mais il y en a parmi les enfants qui sont assistés particulièrement. Aux Etats-Unis, en 1949 seulement, on a établi l'enregistrement du poids, mais ce ne sont pas tous les Etats qui l'ont incorporé au certificat. Un ou deux Etats exigent la donnée de la taille du mineur à la naissance, mais dans les hôpitaux cette information est obtenue et consignée. Une autre réponse des Etats-Unis donne de la valeur à l'enregistrement du poids, mais on croit que celui de la taille, et en général toutes les données sur les enfants, s'obtiennent mieux par des enquêtes que par l'enregistrement routinier des bureaux.

#### Conclusions

En tenant compte des difficultés que présente l'état actuel en ce qui concerne les Septième, Huitième et Neuvième Questions, elles doivent être encore

plus grandes en ce qui a rapport à celle-ci. Si l'assistance médico-obstétricale est en général aussi incomplète et même défectueuse, spécialement dans les zones rurales, il semble plus pratique que les études anthropométriques se réalisent avec le matériel des hôpitaux que l'on a à sa disposition; et lorsque ce matériel diffère beaucoup par les caractéristiques des intégrants de la collectivité assistée, de ce que l'on peut appeler "universtandard"; ces mêmes études devraient se réaliser par le moyen d'enquêtes spéciales.

Onzième Question.— En se basant sur les informations recueillies, a-t-on des données suffisantes pour fixer les caractéristiques du poids et de la taille des nouveau-nés ou des enfants de ce pays, ou d'un secteur de ce pays?

De onze nations les réponses sont négatives, C'est à dire, que l'on ne peut pas fixer ces caractéristiques. De six pays, on affirme que oui, mais la réponse de l'Equateur exprime qu'il y a une petite marge d'erreur, parce que les grandes villes de la montagne et de la côte représentent une image moyenne assez claire de la zone où elles sont situées. De deux pays, on dit que pour le nouveau-né, c'est possible, mais pour l'écolier, non.

#### Conclusions

On voit, donc, que malgré les réponses po-

sitives, il est en général difficile dans le moment actuel, de fixer les caractéristiques du poids et de la taille du nouveau-né et de l'enfant.

Les causes sont plus ou moins les mêmes que celles que l'on a déjà énoncées parce que s'il est difficile d'obtenir le maximum d'inscriptions, des détails comme ceux auxquels se réfère la onzième question, doivent présenter des difficultés plus grandes.

Douzième question.— Les registres d'inscription du poids et de la taille, sont-ils centralisés dans un Organisme statistique ou sanitaire?

De quatorze pays les réponses affirment que les registres ne sont centralisés dans aucun organisme.

Au Brésil, seulement les données relatives aux élèves des écoles secondaires sont centralisées dans la Division d'Education Physique du Département National d'Education.

A l'Equateur, les données sont centralisées dans la Direction de Salubrité.

A Honduras, dans la Direction Générale de Culture Physique.

Aux Etats-Unis d'Amérique, The Public Health Service reçoit l'information du poids à la naissance, pratiquement de tous les Etats du pays et on centralise

aussi ces données dans le Département de Statistique Vitale du Secrétariat de Salubrité de chaque Etat de l'Union.

Au Vénézuéla, la Maternité "Concepción Palacios" procède à la natalité.

#### Conclusions

D' une façon générale, on peut affirmer qu'en aucun pays d'Amérique, il n'existe un organisme central, chargé de centraliser ces données.

Treizième Question.- En ce qui concerne les maladies et l'assistance de l'enfance, rencontre-t-on quelques difficultés dans l'établissement des statistiques des hôpitaux?

Seize pays répondent affirmativement à cette question, c'est à dire, qu'il existe réellement des difficultés dans les statistiques des hôpitaux. La réponse des Etats-Unis déclare que très peu d'Hôpitaux publient des statistiques de morbidité d'enfants.

Au Vénézuéla, on donne constance que les Directeurs des Hôpitaux, en général, ont reçu le Diplôme d'Administrateurs d'Hôpitaux et par ce fait, ont des connaissances de Bio-statistique.

#### Conclusions

D'après les réponses, il existe dans la majori-

té des pays des difficultés pour que les statistiques des hôpitaux soient complètes.

Il semble que chaque fois il devient plus nécessaire la compilation des Statistiques des Hôpitaux qui ont rapport à la pathologie de l'enfance, à niveau central national, afin de faciliter les comparabilités comme application secondaire, en plus de la primaire qui doit avoir comme fin primordiale le fournissement d'informations sur les aspects autochtones de pathologie régionale.

Quatorzième Question.- Les statistiques des Hôpitaux sont-elles régies par la Classification Statistique Internationale de Maladies, Traumatismes et Causes de Décès ou bien par un autre Code ou une autre Nomenclature qui leur est propre?

De quatorze nations on répond que l'on se régit par la Classification Statistique Internationale de Maladies, Traumatismes et Causes de Décès. De quatre, qu'on ne le fait pas. Une réponse, celle de l'Équateur affirme que quelques uns la suivent et d'autres, non. Deux pays affirment avoir une Nomenclature qui leur est propre: Guatémala et Honduras.

#### Conclusions

On voit, à travers les réponses que la tendance générale est pour l'usage de la Classification Statisti-



que Internationale de maladies, Traumatismes et causes de Décès. Si l'on parvenait à obtenir l'uniformité de la Nomenclature, un grand pas serait donné vers des Statistiques bien organisées et comparables.

Il serait nécessaire que les Gouvernements intensifient l'action de diffusion de la nomenclature de la 6ème Revision, en insistant sur son application dans tout le pays.

Quinzième Question.- Quelles sont les mesures suggérées par cette Société, de nature à contribuer au perfectionnement des procédés d'obtention du matériel statistique se rapportant à l'enfance?

Les réponses à cette question sont très hétérogènes; nous allons les énumérer en essayant d'arriver à la fin à certaines conclusions:

L'Argentine donne la suivante réponse:

"En plus des mesures dont le détail se trouve dans la réponse à la sixième question, on peut suggérer les mesures suivantes:

- a) Perfectionnement de la Nomenclature Statistique Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès, dans les groupes qui ont rapport à l'enfance.
- b) Diffusion de cette Nomenclature parmi tous les médecins en activité

- c) Diffusion parmi ceux qui s'occupent de Statistique Vitale de l'enfance d'un manuel qui faciliterait l'obtention et la tabulation des données de base, et dans lequel auraient participé des pédiatres attitrés.
- d) Divulgateion des méthodes d'échantillonnage.
- e) Confection de fiches, certificats, bordereaux, et autre matériel d'obtention des données, qui soient simples, clairs économiques, et faciles de remplir et d'élaborer.
- f) Mesures et primes d'encouragement pour ceux qui démontrent une plus grande idonéité et intérêt pour une correcte captation des données.
- g) Divulgateion de l'importance et de la transcendance que possède une bonne captation des données initiales."

La Bolivie attache une grande importance à la préparation d'un personnel spécialisé. Le Brésil met en valeur la formation de techniciens et la réalisation de campagnes éducatives.

La Colombie suggère que l'on facilite et que l'on oblige à établir un Registre Civil de Naissances: qu'il y ait intervention médicale en ce qui a trait aux certificats de décès, pour compte de l'Etat; de resserrer les liens des Bureaux Minicipaux de Statistique avec les organismes respectifs de Salubrité; que l'on entreprenne une campagne de propagande bien conçue et bien réalisée parmi le public aux fins de collaboration

et de plus une campagne d'éducation parmi le personnel technique; que l'on fasse comprendre aux sphères officielles qu'il est indispensable d'employer un personnel préparé et possédant un titre d'idonéité.

Le Chili suggère la Nécessité d'étudier l'adaptation de la Nomenclature aux nécessités de chaque pays. Costa Rica croit nécessaire l'amélioration de la Bio-statistique en général et une collaboration plus ample entre le Corps Médical et le public. L'Equateur suggère la centralisation dans un seul Bureau, qui devrait être la Direction Générale de Statistique et Recensement; l'obligation d'utiliser la Nomenclature Internationale; la propagande et des cours pour tous ceux qui interviennent en Statistique.

Du Salvador la réponse est qu'il convient de donner une préparation à ceux qui sont en charge du Registre Civil, d'améliorer l'assistance Médicale, de perfectionner les certificats Médicaux, de centraliser les renseignements et d'éduquer le public. Guatemala propose que dans chaque Hôpital ou Clinique il y ait un statisticien. De Honduras, on soulève une série de considérations se rapportant à des difficultés locales qui doivent être résolues. Le Mexique propose que les données soit recueillies par un personnel compétent, qu'on les dirige

vers un Bureau Central, et que l'on entreprenne des campagnes de divulgation.

Du Panama on considère nécessaire une réorganisation du Registre Civil; une coordination complète entre le Registre Civil, source de renseignements, le Département de Statistique et Recensement, qui compile les statistiques de vie, et le Département de Santé Publique, qui en fait usage; la Réorganisation des statistiques des Hôpitaux; l'Emploi des Unités Sanitaires pour contrôler l'obtention de certaines données de la localité; de profiter de l'ouverture des classes dans les écoles primaires pour faire passer un examen médical général aux enfants; d'enquêter, au moins une fois l'an parmi les enfants et les foyers de ces enfants, pour se rendre compte des conditions sociales, sanitaires et économiques dans lesquelles ils vivent.

Le Paraguay pense que la Division de Statistique du Ministère de Santé et Prévision Sociale devrait disposer d'un organisme pour cette finalité.

Les Etats-Unis croient que les données statistiques pour l'étude des problèmes de l'enfance peuvent être facilement obtenues si l'on établit une relation entre les certificats de naissances et ceux de décès. La validité

sera en relation avec l'efficacité dans l'obtention de ces données et leur envoi rapide. Les procédés uniformes faciliteraient beaucoup leur résultat. L'Uruguay, se réfère au certificat de naissance, son implantation pour un usage obligatoire, et estime qu'il serait d'une grande valeur si l'on y joint des informations médico-sociales.

### Conclusions

On peut énumérer certains points qu'indiquent la majorité des réponses. L'obligation d'utiliser et le perfectionnement de la Nomenclature si on l'adapte à chaque pays, paraissent être des mesures très efficaces. La diffusion entre les techniciens et le public en général est un élément d'une valeur appréciable qui faciliterait grandement les résultats.

La clameur en faveur de personnel spécialisé est unanime; que cette spécialisation soit donnée sous forme de cours, ou avec une préparation préalable, les données statistiques correctes y gagneraient beaucoup. La centralisation des données dans des Bureaux Spécialisés permettrait une étude et des comparaisons meilleures.

Hormis ce que les réponses fournissent d'une façon concrète, il ne faut pas oublier que les statistiques appliquées ou relatives aux problèmes de l'enfance

sont si diverses qu'il serait impossible de créer un organisme spécialisé pour effectuer la centralisation de ce genre de statistiques.

En même temps qu'impossible il serait inopérant ou de résultat négatif, parce qu'il blesserait l'intégrité de certains types de statistique, qui pour d'autres raisons ont une unité indissoluble.

Ce qui surgit sans discussion et que l'on peut préconiser, c'est qu'il doit exister une harmonisation parfaitement articulée, de façon que les organismes qui étudient les problèmes de l'enfance puissent obtenir les informations statistiques aux sources d'origine, et avec facilité.

C.- De l'organisation et du fonctionnement des Services de Statistique

Seizième Question. - L'organisme chargé de la bio-statistique de l'enfance, relève-t-il directement des autorités sanitaires ou d'une Direction Générale de Statistique Nationale?

Onze pays répondent que la bio-statistique de l'enfance dépend des Autorités Sanitaires. En six autres, par contre, elle est sous la dépendance des Directions Générales de Statistique. Dans un pays, les deux systèmes coexistent et dans deux autres il n'y a pas encore de statistique organisée.

Conclusions

Ce qui est essentiel c'est qu'il existe un plan de coordination statistique d'après lequel l'obtention des données se rapportant à chacun des chapitres relationnés avec l'enfance puisse s'effectuer facilement; tout le reste est relégué au second plan.

Qu'il existe ou non de centralisation; que les statistiques soient dépouillées dans un Bureau ou autre dépendance ou ministère, cela ne représente rien s'il n'existe pas un plan général coordonné.

La statistique de mortalité infantile ne pourra jamais être dépouillée en forme séparée des statistiques de mortalité générale; celle de délinquance infantile ne pourra jamais être dépouillée en forme séparée de la statistique générale de délinquance, etc. Le dénominateur commun constitué par l'enfance ne peut pas sacrifier les dénominateurs communs plus définis et déterminés qui correspondent à chacune des différentes statistiques. On ne doit pas oublier que le point fondamental consiste en ce que les computations statistiques soient dépouillées avec succès et qu'elles soient mises à la disposition du consommateur, en pouvant s'engrener par le moyen du plan général de coordi-

nation.

Dix-septième Question.- Dans ce pays, a-t-on procédé à la constitution du Comité National de Statistique Vitale et Sanitaire conseillé par la Sixième Conférence Internationale de Révision de la liste de Causes de Maladies, Traumatismes et Causes de Décès?

De onze pays on répond que le Comité National de Statistique Vitale et Sanitaire existe et qu'il est en fonctionnement. De huit, on informe qu'il n'a pas été constitué. Dans un pays, le Comité a été nommé, mais il ne s'est jamais réuni.

#### Conclusions

II serait désirable que les pays qui n'ont pas procédé à la constitution du Comité le fassent le plus tôt possible, pour pouvoir de cette façon réaliser une tâche américaine plus uniforme et, par conséquent, d'une plus grande efficacité.

La coordination dont on parle à la seizième question, peut être augmentée par les Comités Nationaux de Statistique Vitale et Sanitaire dans lesquels il convient qu'il y ait des représentants des institutions intéressées aux problèmes de l'enfance, qui sont consommateurs sélectifs d'un grand secteur de la statistique vitale.



a développé plusieurs activités qui ont rapport: à l'amélioration de l'inscription au Registre Civil; à l'application de la Classification Statistique Internationale de Maladies, Traumatismes et Causes de Décès et du Règlement No. 1 Annexe; à la distribution de brochures aux médecins et de manuels d'instruction pour classifier les causes de décès; à l'élaboration d'un nouveau certificat de décès; à l'application de la Statistique de Morbilité; etc., activités parmi lesquelles est comprise la bio-statistique de l'enfance.

#### Conclusions

Comme les études bio-statistiques de l'enfance dépendent pour le moment de l'installation des Comités Nationaux et, une fois installés, de leur activité en ce qui a rapport à l'enfance, le progrès se réalise lentement, mais il est nécessaire d'insister avec énergie sur cela.

Dix-neuvième Question.— Cette Société a-t-elle quelques relations avec cette Commission ou ce Comité ou avec un autre organisme rattaché à la Statistique Vitale de l'enfance?

Onze pays répondent qu'ils n'ont pas de relation; sept pays, par contre, disent que cette relation existe sous différentes formes.

### Conclusions

Comme il résulte évident que la meilleure coordination entre les différents organismes est d'une plus grande efficacité, on doit pencher, selon les circonstances, à ce que cette coordination aille en augmentant dans les différents pays.

Vingtième Question.— Y a-t-il dans ce pays des difficultés dans la coordination des Services de Statistiques? Quelles sont-elles?

Les réponses de dix pays affirment qu'il n'y a pas de difficultés majeures dans la coordination des services. Celles de cinq pays exposent qu'il y a quelques difficultés parmi lesquelles on peut mentionner: 1o. le fonctionnement déficient de quelques services; 2o. le manque de personnel spécialisé; 3o. l'existence de plusieurs organismes qui tiennent leur propre statistique; 4o. le manque d'une centralisation des activités; 5o. le retard dans le dépouillement des données; 6o. le manque de coordination.

### Conclusions

Les difficultés pour la coordination sont plus

ou moins les mêmes partout. Quelques unes ont trait au manque d'un bon fonctionnement des services, d'autres au manque de centralisation. Ou soit, en résumé, à une bonne réalisation qui met en contact certains services avec d'autres.

Vingt-et-unième Question.— Réalise-t-on quelques relevés d'échantillons ou échantillonnages des problèmes intéressant l'enfance?

De quatorze pays on répond catégoriquement non. De trois, oui; et de deux, autres que l'on a fait quelques études.

#### Conclusions

On voit que le panorama général est que les problèmes de l'enfance n'ont pas pris le développement qu'ils auraient dû atteindre en Statistiques. Et en ce qui concerne plus spécialement les relevés d'échantillons, ou échantillonnages ce que l'on a réalisé est encore infime.

Vingt-deuxième Question.— Les organismes centraux, chargés du dépouillement du matériel statistique de l'enfance, disposent-ils d'appareils pour la compilation mécanique?

Seize pays répondent qu'ils disposent d'appareils pour la compilation mécanique, bien que dans quelques uns les installations ne soient pas encore complètes.

Quatre pays répondent qu'ils ne disposent pas d'appareils.

### Conclusions

En général, les services de statistiques des nations américaines sont bien équipés et il est à désirer que dans un futur prochain tous les pays soient en possession totale des appareils nécessaires pour réaliser des études statistiques complètes.

Cette aspiration ne doit pas laisser perdre de vue quelques concepts qui sont fondamentaux:

1.- La proportion qui doit exister entre la masse qu'on va travailler et l'emploi de machines ou instruments.

2.- Qu'une fois l'utilisation de ces machines ou instruments commencée, qu'on leur donne le maximum d'application possible.

Vingt-troisième Question.- A quels autres problèmes ou difficultés se heurte-t-on dans votre pays, quand il faut envisager une meilleure organisation ou un meilleur fonctionnement des Services de bio-statistique?

Les réponses de trois pays disent qu'à part les difficultés énumérées dans les questions antérieures, il n'y a pas d'autres problèmes ou difficultés. Mais dans les réponses des autres, on consigne les difficultés auxquelles se heurte la statistique et

que nous passons à énumérer.

La première de toutes, signalée par plusieurs pays est le manque de personnel et leur peu de capacitation. En second lieu, le manque d'un budget suffisant pour que ces bureaux puissent fonctionner correctement. La troisième place est occupée par des difficultés propres à l'obtention des données, tant de la part du professionnel que de celle du public. Le manque d'unification des normes, rend difficiles en quelques pays l'obtention et la comparaison des résultats. Dans quelques pays le public n'est pas réellement éduqué, il n'y a pas de lois pertinentes et l'organisation n'est pas bonne.

#### Conclusions

De tout le matériel recueilli dans cette question, on déduit que pour une meilleure organisation et un bon fonctionnement des services de bio-statistique, il faut principalement un personnel, plus nombreux, une meilleure capacitation du même personnel et des budgets plus élevés que ceux que l'on utilise actuellement.

D.- De la publication et de la divulgation des données statistiques concernant l'enfance.

Vingt-quatrième Question.— Cette Société pense-t-elle que les données de la bio-statistique de l'enfance reçoivent une publicité ou sont l'objet d'une propagande suffisante auprès des médecins et du grand public?

De dix-sept pays on répond catégoriquement non, que les données ne reçoivent pas une suffisante publication ni assez de divulgation auprès des médecins ni parmi le grand public.

Dans très peu de pays, deux, la réponse affirme que l'on fait une publicité suffisante. Dans l'un d'eux, pour les médecins.

La réponse des Etats-Unis expose que bien qu'il existe dans le pays une revue dédiée exclusivement aux données statistiques de l'enfance, le Children's Bureau, par l'intermédiaire de la revue "The Child" publie ces données, et aussi dans plusieurs monographies.

#### Conclusions

D'une façon générale, on peut dire qu'en Amérique Latine, les données de la bio-statistique infantile, n'ont pas de divulgation suffisante.

On a la sensation que si la divulgation des données statistiques se rapportant à l'enfance est importante parmi les possibles consommateurs de

tous les niveaux culturels. Il n'est pas moins vrai que la diffusion des éléments principaux parmi la masse, stimulerait le public et faciliterait la solution de ces problèmes.

Vingt-cinquième Question.— Existe-t-il des organismes spéciaux chargés de la divulgation des données statistiques, apparaissant régulièrement?

Six pays répondent qu'ils possèdent ces organismes spéciaux. Trois autres disent qu'ils existent, mais sont considérés comme insuffisants. Et cinq nations contestent qu'il n'existe pas un tel organisme.

Les Etats-Unis d'Amérique, pour cette question, se réfèrent aux termes exprimés dans la réponse à la vingt quatrième question.

#### Conclusions

Cette question n'a pas été formulée avec une clarté suffisante, puisque l'on y parle de divulgation statistique sans mentionner l'enfance; Ceci, peut être, a donné origine à une confusion dans les réponses. En répondant affirmativement ou négativement, ces pays ont pu avoir un concept différent de la question.

Vingt-sixième Question.— La Revue de cette Société procède-t-elle à la diffusion des données statistiques relatives à l'enfance?

De sept pays, la réponse est négative, c'est à dire, que les Revues des Sociétés de Pédiatrie ne procèdent pas à la diffusion de ces données. De cinq pays, par contre, on répond que oui. En cinq autres pays, la diffusion n'est pas considérée suffisante.

#### Conclusions

On apprécie la nécessité d'une plus grande diffusion des données statistiques, mais il faudrait établir la forme de cette divulgation, puisque certaines publications, chargées de chiffres sont pour des techniciens et ne peuvent pas être comprises par le public et même par le médecin commun. Lorsque les publications sont bien présentées et sous forme de graphique, leur interprétation est beaucoup plus à la portée de tout le monde. Peut-être la solution serait l'existence de publications complètes pour les techniciens et de graphiques à la portée des non techniciens en statistique.



### RESUME ET CONCLUSIONS

L'origine de ce travail remonte à une suggestion formulée par le Docteur Francisco Menchaca, de Santa Fe (République Argentine). Il fut réalisé par le Département de Santé de L'Institut International Américain de Protection de l'Enfance, dirigé par le Docteur Víctor Escardó y Anaya avec la collaboration du Docteur Adolfo Morales, Directeur de Département de Statistique de la Division d'Hygiène du Ministère de la Santé Publique de l'Uruguay et du Docteur Francisco Menchaca. Vingt des vingt-et-une Républiques Américaines répondirent au questionnaire envoyé et des réponses obtenues, on peut déduire les suivantes:

### CONCLUSIONS GENERALES

Les problèmes de l'enfance englobent des aspects médicaux et sociaux dont la solution peut être obtenue par le concours d'éléments de jugement provenant des différentes branches de l'activité humaine.

Parmi ces éléments de jugement, la Statistique occupe une position privilégiée et naturellement on peut y insérer les différents genres et classes de statistiques.

De toutes les données recueillies dans l'enquête réalisée et des conclusions extraites des réponses obtenues pour chaque question, on peut déduire

qu'il est nécessaire de produire un mouvement général dans tous les pays du Continent, qui permette d'arriver aux concrétions suivantes:

10.- Une plus grande diffusion de l'enseignement statistique dans les centres didactiques de formation des professionnels, médecins et autres, ainsi que de ceux dont le champ d'action a rapport avec l'enfance.

L'amélioration du niveau de capacité de tout fonctionnaire qui intervient dans le dépouillement statistique, et ce, depuis le plus bas échelon de cette branche.

30.- L'amélioration du niveau de compréhension du consommateur des statistiques de l'enfance, à la lumière des principes que consacre la méthodologie statistique.

40.- La coordination des différents chapitres de la Statistique en ce qui correspond ou a trait aux problèmes de l'enfance, en exprimant le désir que dans chaque pays il y ait un "noyau" où puissent se concentrer toutes ces informations.

(Ci-joint un graphique où se trouvent indiqués les différents chapitres de la Statistique qui a rapport avec l'enfance)

Doc. 2 (português)  
S.G. 3  
13 Dez. 1954  
Original: espanhol  
Secção I  
Tema Oficial

PROBLEMAS DA ESTATÍSTICA VITAL NA INFÂNCIA

pelos

Drs. Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

Instituto Internacional Americano de  
Proteção à Infância  
Montevideo, Uruguay

## PROBLEMAS DA ESTATÍSTICA VITAL NA INFÂNCIA

Pelos Doutores

Víctor Escardó y Anaya  
Francisco Menchaca  
Adolfo Morales

O presente trabalho tem como finalidade apresentar, duma maneira objetiva, alguns aspectos relacionados com as Estatísticas vinculadas aos problemas da infância.

Sua origem data duma sugestão formulada pelo Doutor Francisco Menchaca, Professor Adjunto da Faculdade de Higiene e Medicina Preventiva de Santa Fé, República Argentina, que, em junho de 1949, insinuava a possibilidade de que no 2o. Congresso da Confederação de Sociedades de Pediatria se recomendasse, como um dos temas da próxima reunião, o referente a "Problemas da Estatística Vital na Infância", para que sobre um inquérito ou esquema elaborado por uma Comissão, cada Sociedade apresentasse, no próximo Congresso, o estado actual do problema no país respectivo.

Essa sugestão foi ainda extrapolada no sentido de inclui-la no Congresso Pan-Americano da Criança ou de ser tratada pelo Instituto Internacional Americano de Proteção à Infância.

O INSTITUTO considerou a sugestão e eximiu-se de tomá-la em conta no Congresso da Confederação de Sociedades de Pediatria e no do México por falta de tempo, reservando-a porém, para o próximo Congresso Pan-Americano da Criança. Encomendou o trabalho a seu Departamento de

Saúde, dirigido pelo Doutor Víctor Escardó y Anaya, quem com a colaboração dos Doutores Francisco Menchaca e Adolfo Morales, a levou a efeito.

O Doutor Menchaca fêz uma prôposição para realizar um inquérito prévio junto às Sociedades de Pediatria, inquérito êste que o Departamento de Saúde do INSTITUTO efetuou em novembro de 1949 com o seguinte questionário remetido a 36 Sociedades de Pediatria:

Crê essa Sociedade que "problemas de estatística vital na infância" seja um tema cuja consideração possa ser de interêsse no próximo Congresso Pan-Americano da Criança?

Considera conveniente essa Sociedade que cada nação americana concorra ao Congresso com um inquérito contestado sôbre o tema, com a finalidade de encaminhar a discussão e chegar a resultados mais concretos e homogêneos?

Que outra sugestão sôbre o tema acêrca do qual se consulta pode fazer-nos chegar essa Sociedade?

Realizado êste inquérito preliminar, obteve-se resposta de 10 Sociedades de Pediatria, com o seguinte resultado: tôdas responderam afirmativamente às duas primeiras perguntas; quanto à terceira sugeriram: Estudo da influência dos "antibióticos" na mortalidade infantil, revisão da nomenclatura de causas de óbitos, comparecimento dos Delegados das Sociedades de Pediatria nos Congressos Pan-Americanos da Criança, normas para a pesquisa (devendo esta ser mínima), etc.

Em 1950, o Doutor Menchaca, a pedido do Departamento de Saúde do INSTITUTO, fêz um questionário que foi aceito por êste Departamento, após consulta feita ao

Doutor Adolfo Morales, Diretor do Departamento de Estatística da Divisão de Higiene do Ministério de Saúde Pública de Montevideu, Uruguai, e o INSTITUTO resolveu dirigir este questionário às instituições especializadas dos Governos Nacionais de todos os países da América.

O questionário remetido foi o seguinte:

A.- Da preparação e do aperfeiçoamento estatístico dos médicos e do pessoal auxiliar

- 1.- Considera-se que os estudantes de medicina recebem os conhecimentos básicos de estatística necessários para que, como profissionais, possam contribuir a facilitar os estudos estatísticos na infância?
- 2.- Exige-se algum título de especialização ao pessoal que está encarregado da Direção ou das Repartições de Estatística que trabalham com dados relacionados com a saúde infantil?
- 3.- Dão-se cursos de aperfeiçoamento para médicos ou para o pessoal interessado na estatística?
- 4.- Os funcionários nas Repartições de Estatística possuem algum Manual que lhes facilite a tarefa?
- 5.- Todos os médicos dispõem da Classificação: Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Obitos?
- 6.- Que medidas sugere essa Sociedade para contribuir ao aperfeiçoamento

da preparação estatística dos médicos e pessoas relacionadas com os problemas vinculados à saúde da criança?

B.- Da coleta de material estatístico

- 7.- Considera essa Sociedade que é correto o registro dos nascimentos? Em caso negativo, pode enumerar algumas das principais causas?
- 8.- Considera essa Sociedade que é correto o registro da mortalidade? Em caso negativo, pode enumerar algumas das principais causas?
- 9.- Considera essa Sociedade que é correto o registro dos óbitos de criança de 0 a 1 ano? de 0 a 5 anos? de 6 a 14 anos? Em caso negativo, pode enumerar algumas das principais causas?
- 10.- Existem dificuldades para o registro antropométrico do recém-nascido e da criança? Para o registro do peso? da estatura?
- 11.- A proporção das medidas registradas permite estabelecer as características de peso e de estatura do recém-nascido e da criança dessa nação ou de alguma zona dessa nação?
- 12.- Os registros de peso e de estatura são centralizados em algum organismo estatístico ou sanitário?
- 13.- Existem dificuldades nas estatísticas hospitalares no referente a doenças e assistência da infância?

14.- As estatísticas hospitalares regem-se pela Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Óbitos, ou por algum Código ou nomenclatura própria?

15.- Que medidas sugere essa Sociedade em prol do aperfeiçoamento da coleta do material estatístico da infância?

C.- Da organização e funcionamento dos serviços de Bioestatística

16.- O organismo que tem a seu cargo a bioestatística da infância está subordinado diretamente às autoridades sanitárias ou a uma Direção Geral de Estatística Nacional?

17.- Constituiu-se nessa nação o Comitê Nacional de Estatística Vital e Sanitária aconselhado pela Sexta Conferência Internacional de Revisão da lista de Causas de Doenças e Óbito?

18.- Que atividades desenvolveu em favor da bioestatística da infância essa Comissão ou Comitê Nacional?

19.- Tem essa Sociedade alguma vinculação com esta Comissão ou com outro organismo vinculado à estatística vital da infância?

20.- Existem algumas dificuldades na coordenação dos serviços estatísticos nesse país? Quais são?

21.- Realizam-se alguns levantamentos de amostra ou de amostragem no que se refere a problemas da infância?



- 22.- Dispõem os organismos centrais, que elaboram material estatístico da infância, de aparelhagem de compilação completa?
- 23.- Que outros problemas ou dificuldades existem no seu país para a melhor organização e funcionamento dos serviços de bioestatística?

D.- Da publicação e divulgação dos dados estatísticos da infância

- 24.- Crê essa Sociedade que os dados da bioestatística infantil têm suficiente publicação e divulgação entre os médicos e a elite do público?
- 25.- Existem organismos especiais de divulgação estatística que apareçam regularmente?
- 26.- Divulga a Revista dessa Sociedade dados estatísticos da infância?

Este questionário foi enviado aos 21 países americanos, tendo-se obtido, de 20 deles, respostas das seguintes instituições:

Argentina

Sociedad Argentina de Pediatría (resposta obtida atuando como assessor o Prof. Doutor Francisco Menchaca)

Bolívia

Sociedad de Pediatría de Cochabamba

Brasil

Departamento Nacional da Criança

Chile

Dirección General de Protección a la Infancia  
y Adolescencia.

Servicio Nacional de Salubridad

Colômbia

Ministerio de Salud Pública. Sección Mater-  
no-Infantil

Costa Rica

Dirección General de Salubridad. Ministerio  
de Salud Pública

Cuba

Sección de Epidemiología General. Dirección  
General de Salubridad. Ministerio de Salu-  
bridad y Asistencia Social

El Salvador

Dirección General de Sanidad

Ecuador

Resposta enviada pelo Delegado Técnico do E-  
cuador ante o INSTITUTO, Doutor Carlos Marín

Estados Unidos da América do Norte

Public Health Service  
American Academy of Pediatrics  
Children's Bureau

Guatemala

Dirección General de Sanidad Pública

Haiti

Département de la Santé Publique

Honduras

Dirección General de Sanidad Pública

México

Departamento de Estadística de la Secretaría  
de Salubridad y Asistencia

Sociedad por la Niñez Mexicana

Nicarágua

Sección de Estadística Vital de la Dirección  
General de Sanidad. Ministerio de Higiene

Panamá

Dirección de Estadística y Censo. Contralo-  
ría General de la República

Sociedad Panameña de Pediatría

Paraguay

Sociedad de Pediatría y Puericultura del Para-  
guay

Peru

Departamento de Bioestadística del Ministerio  
de Salud Pública

Uruguai

Departamento de Estadística Vital de la Divi-  
sión Higiene. Ministerio de Salud Pública

Venezuela

Dirección de Salud Pública. Ministerio de Sani-  
dad y Asistencia Social

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

O resumo sucinto das resposta recebidas pode-  
se apresentar da seguinte maneira:

A.- Da preparação e do aperfeiçoamento  
estatístico dos médicos o do pessoal  
auxiliar

Primeira pergunta.- Considera-se que  
os estudantes de medicina recebem os  
conhecimentos básicos necessários para  
que, como profissionais, possam propi-  
ciar os estudos bioestatísticos da in-  
fância?

Das 26 respostas chegadas de 20 países, 13 respondem categoricamente que não, porque não se leciona estatística nas Faculdades de Medicina, ou sejam as da Argentina, Bolívia, do Brasil, da Colômbia, Costa Rica, do Equador, da Guatemala, do Haiti, Honduras, da Nicarágua, do Panamá, Paraguai e Peru. O Brasil expressa que, apesar de não ser ministrado oficialmente o ensino da estatística, alguns professores ministram noções elementares de estatística relacionadas com as matérias que lecionam.

As respostas do Chile, de Cuba, El Salvador, do México, Uruguai e da Venezuela evidenciam que o ensino de estatística é ministrado nas Faculdades de Medicina. No Chile, desde 1948, no 5o. ano da Escola de Medicina da Universidade, dão-se 26 aulas de Bioestatística teórica e aplicada, aulas de três horas cada uma. No México, os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional autônoma recebem noções elementares de estatística; os estudantes de Medicina Rural do I.P.N. (Instituto Politécnico Nacional) recebem o ensino de estatística no 5o. ano. Na Venezuela, os estudantes do 5o. ano, através da Cadeira de Higiene e Medicina Social da Universidade Central, recebem conhecimentos de bioestatística que, posteriormente, como profissionais, lhes facilita a correta interpretação dos estudos relacionados com os problemas da infância.

Das duas respostas dos Estados Unidos da América do Norte, uma delas é muito sugestiva e orientadora. Diz: "Seria muito desejável que os estudantes de medicina recebessem os conhecimentos básicos de estatística, mas isto não se considera essencial. Mais importante é desenvolver nêles a apreciação e compreensão do valor dos estudos estatísticos em relação com os progressos dos programas médicos e higiênicos". A outra resposta expressa que muitas Faculdades dêse país ministram o ensino de estatística.

Conclusões.- É evidente que na maioria das Faculdades de Medicina do continente americano não se ministra aos estudantes o ensino básico de estatística. Em algumas delas fraciona-se êste ensino e em outras a estatística é bem estudada. Nesta forma os médicos não têm, naturalmente, os conhecimentos indispensáveis de estatística que lhes permitam a coleta correta dos dados e sua interpretação.

Até que ponto devem os médicos aprofundar o estudo desta disciplina? Não é necessário que os médicos sejam estatísticos nem especialistas, mas devem compreender o suficiente para poder julgar o valor das estatísticas e, por conseguinte, interpretá-las bem.

O desiderato seria que, na etapa anterior à Faculdade ou do ensino pré-profissional, o estudante de medicina adquirisse noções fundamentais de metodologia estatística da

mesma maneira que se lhes leciona história ou literatura. O que ficaria por realizar durante o ensino profissional seria somente manter presente o conceito da utilidade da estatística, lembrando, em toda oportunidade possível, seu valor e a necessidade de lhe dar aplicação.

Segunda pergunta.— Exige-se algum título de especialização ao pessoal que está encarregado da Direção ou das Repartições de Estatística que trabalham com dados relacionados com a saúde infantil?

Doze países respondem categòricamente que não se exige nenhum título de especialização ao pessoal mencionado. Oito países respondem que embora não se requeira título, na prática, os encarregados dos serviços especializados ou diretores de repartições, fizeram estudos especializados no estrangeiro ou no país. Na República Argentina exige-se título de especialização aos Diretores Chefes de Repartições de Estatística. Na resposta da American Academy of Pediatrics, dos Estados Unidos da América do Norte, expressa-se que os que têm a seu cargo repartições de estatística, possuem uma base firme e experiência a respeito. Isto para eles, é mais positivo que um título acadêmico.

Conclusões.— Deduz-se claramente que na quase totalidade dos países da América não se exige título especializado às pessoas que têm a seu cargo as repartições de Estatística. Em várias delas a prática estabeleceu que assim seja, embora não

exista regulamentação especial. A resposta da American Academy of Pediatrics apresenta um sério problema, muitas vezes discutido e de difícil solução. Que vale mais, um título ou a idoneidade num conhecimento determinado? Se bem é certo que existem muitas pessoas com conhecimentos amplos numa matéria sem ter o título correspondente, não é menos certo que o título supõe um estudo ordenado e uma prática suficiente. Quiçá a verdadeira solução seria exigir o título de escolas aprovadas e reconhecidas pelas autoridades competentes de cada país, que poderiam ser, segundo as circunstâncias, oficiais ou privadas. Essa prática concorreria a manter o princípio de que, quando o médico sai do terreno clássico da clínica - no qual se associa no plano dominante o binômio doença-médico - e se volta para o social, outros técnicos especializados atuam em igual plano que o do médico clínico, com uma função tão primordial como a deste.

Terceira pergunta.- Dão-se cursos de aperfeiçoamento para médicos e pessoal interessado na estatística?

Os cursos de estatística estão organizados em oito países e em outros sete não se dá esta formação. Cinco países: Argentina, Equador, Nicarágua, Paraguai e Uruguai ministram cursos em forma eventual a todo o pessoal das repartições.

Conclusões.- Um grupo de países já começou os estudos estatísticos especializados. Outros países ainda não têm realizado nada. O pessoal secundário é formado - em outro grupo

de países - mediante cursos próprios. De tudo isto deduz-se que para o progresso o desenvolvimento da estatística na América é necessário intensificar estes cursos de preparação para todos, dirigidos e dirigentes, para obter uma maior eficiência nos serviços estatísticos.

Uma iniciativa feliz tem cristalizado, e os países da América Latina têm agora ocasião de melhorar a preparação de seus técnicos no Centro Interamericano de Bioestatística que funciona em Santiago do Chile, sob os auspícios das Nações Unidas da Organização Mundial de Saúde e do Governo do Chile.

Quarta pergunta.- Os funcionários nas Repartições de Estatística possuem algum Manual que lhes facilite a tarefa?

Chega-se à conclusão de que em geral há manuais da classificação na maioria das repartições. Aprecia-se que, em geral, seu uso não é preceptivo, mas é evidentemente indispensável. Seria útil e de maior eficiência o uso dum único manual em todos os países.

Quanto às estatísticas relativas à infância seria necessário fazer um digesto no qual se descreveriam superficialmente os diversos capítulos involucrados.

Assim, evitando as iniciativas pessoais ou isoladas, às vezes filhas do desconhecimento ou da improvisação, dar-se-iam padrões cuja aplicação facilitaria as comparações internacionais e os estudos nessa matéria.



Quinta pergunta.- Todos os médicos dispõem do texto da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Óbitos?

Cinco países respondem que sim, os médicos possuem o texto indicado. Nove respondem que não; outros cinco países dão respostas dubitativas que necessitam explicação. A resposta da Argentina expressa que em algumas províncias os médicos têm uma cópia da mencionada Classificação. A resposta da Bolívia estabelece que apesar de que a Sanidad Departamental distribui os textos, a maioria dos médicos não têm interesse nêles. A de Honduras diz que somente alguns médicos a têm. A do Paraguai manifesta que alguns médicos a têm, e que os exemplares remetidos pela O.M.S. foram distribuídos nos hospitais rurais. A dos Estados Unidos da América do Norte expressa que não crê que seja importante ou desejável que cada médico tenha um exemplar da classificação das doenças. Não obstante, diz que seria melhor que a tivessem.

O Panamá diz que a Direção de Estatística e Censo recomendou a aquisição da Standard Nomenclature of Diseases que publica a Associação Americana de Medicina.

Conclusões.- Da leitura das respostas tira-se a conclusão de que existe a aspiração geral de que todos os médicos possuam o texto indicado e o tenham presente na realização de sua tarefa. Não há um trabalho ordenado e amplo para que todos eles possam usá-lo. A tendência atual de que não sejam os médicos os que determinem os diagnósticos desde o ponto de vista

estatístico, senão as repartições competentes, explicaria a resposta dos Estados Unidos da América do Norte.

Se o fato de que o médico possua a Classificação Internacional tem o valor de pôr a seu alcance um elemento de consulta ocasional, da mesma maneira que um clínico geral tem um texto de anatomia, a distribuição profusa da referida Classificação não merece objeções.

Mas se com isto existe a possibilidade de que o médico seja incitado a converter-se num classificador ou num codificador, então sim existe um sério perigo, portanto não seria aconselhável que os médicos a tivessem.

Sexta pergunta. - Que medidas sugere essa Sociedade para contribuir ao aperfeiçoamento da preparação estatística dos médicos e pessoas relacionadas com os problemas vinculados à saúde da criança?

A maioria das respostas dos países - quatorze no total - expressa que as Faculdades de Medicina devem dar os conhecimentos necessários aos estudantes e também ministrar o ensino necessário a todo o pessoal das repartições de estatística.

A resposta da Argentina particulariza bem os diferentes aspectos do problema. Diz assim:

"a) Quanto aos médicos cremos que deveriam receber conhecimentos teórico-práticos de Estatística Metodológica nos primeiros anos de estudo. Posteriormente, quando estudarem as especialidades: Pediatria, Epidemiologia, Higiene, etc.

deveriam realizar-se aplicações da Bioestatística nos problemas demográficos que implicam as mencionadas especialidades.

- b) No desempenho de sua profissão os médicos, pediatras ou não, deveriam ter facilidades para realizar cursos de post-graduados sobre temas de Estatística Vital, organizados pelos centros docentes, pelos organismos profissionais, ou por ambos.
- c) Seria conveniente que as Sociedades e as instituições de pediatria e puericultura tenham suas Seções ou Comitês de Bioestatística que recopilem a Estatística Vital da Infância e aconselhem em tudo o que tem relação com ela.
- d) Nos Congressos, Jornadas e Seminários relacionados à assistência da criança, seria conveniente incluir temas de estatística.
- e) As Associações e Sociedades profissionais médicas deveriam promover a criação de prêmios ou outros estímulos para os melhores trabalhos sobre assuntos de estatística na infância.
- f) As revistas e publicações de pediatria devem incluir relatórios ou séries estatísticas que ilustrem sobre a utilidade que tem a Estatística Vital na organização e administração dos programas de sanidade infantil.
- g) As pessoas que não sendo médicos, desempenham funções relacionadas com a Bioestatística na infância devem ter possibilidade para aperfeiçoar seus conhecimentos por meio de cursos, manuais, intercâmbio científico, bolsas de estudo para centros especializados, etc."

A American Academy of Pediatrics, dos Estados Unidos da América do Norte, diz que o estabelecimento profissional de estatísticos, é o meio mais eficaz para desenvolver e melhorar a preparação dos estudos estatísticos. Estes estudos informariam aos médicos sobre os câmbios que se efetuam nas condições higiênicas e sanitárias e chamar-lhes-iam a atenção sobre os problemas.

A resposta do Chile dá grande importância à redação dum Manual de Problemas Estatísticos, de interesse para médicos clínicos, de acôrdo com suas especialidades, que seriam estudadas desde o seu duplo aspecto: teórico e prático. Este Manual - ou instrumento de trabalho-repartir-se-ia difusamente entre os estudantes de medicina, médicos e interessados em geral.

A resposta da Nicarágua recomenda o envio de profissionais para estudar em países estrangeiros. Outra resposta refere-se aos benefícios que podem decorrer de cursos breves ministrados a médicos e não profissionais, cursos êsses relacionados com os problemas infantis.

B.- Da coleta de material estatístico

Sétima pergunta.- Considera essa Sociedade que é correto o registro dos nascimentos? Em caso negativo, pode: enumerar algumas das principais causas?

Podem-se classificar as respostas recebidas em três grupos: oito países constestam: sim; três respondem que na capital o registro é correto, mas que tal não acontece no interior; nove expressam que não é correto. Por certo, esta classificação das respostas é um pouco simplista. Se por correto se compreende que todos os nascimentos sejam registrados e o sejam corretamente, provavelmente nenhum país poderia responder sim. Mas como a segunda parte da pergunta estabelece as causas e o seu estudo, orienta com mais precisão o problema.

A resposta da Bolívia expressa que o registro é correto nas capitais, mas não o é nas províncias por deficiência de pessoal e da colaboração do público.

A do Brasil atribui as deficiências de registro à ignorância dos pais e às dificuldades que tem a população rural em atingir os cartórios de registro. No Chile tampouco há facilidades para poder chegar aos cartórios de registro nas zonas rurais.

Na Colômbia, declaram que é incompleto, devido, principalmente, a que a estatística usual é a dos batismos, excluindo-se, pois, as crianças não batizadas, apesar de existir, por disposições oficiais, o registro civil. Êste para ser aproveitado pelo público, exigiria mais facilidades e propaganda.

Costa Rica reconhece como causas as seguintes: a realização do batismo antes da inscrição; a negligência dos cidadãos, e a inscrição facultativa.

No Equador, as causas nas zonas rurais são atribuídas à falta de médicos que certifiquem o nascimento, ao índice elevado de dispersão e analfabetismo e à falta de vias de comunicação.

Em Honduras expressam que o registro de nascimentos, mortinatos e óbitos é realizado pelas autoridades dos municípios e dos distritos e não pela *Dirección Geral de Sanidad*.

No México as causas são a falta de vias de comunicação, a ignorância do povo e a deficiência das repartições e de seu pessoal.

No Panamá supõe-se que é incompleto, não existindo nenhum estudo científico sobre o tópico. Dizem que há omissões de dados nos formulários por causa da inépcia das encarregadas do serviço (algumas delas são analfabetas). A elevada dispersão da povoação, a falta de vias de comunicação, a ignorância do camponês, a ausência de adequada propaganda tornam deficiente a inscrição.

No Peru, dão como causas as seguintes: a brevidade do prazo legal (de apenas oito dias nas zonas rurais), poucos cartórios de registro, as grandes distâncias e a ignorância do povo.

Nos Estados Unidos da América do Norte, com a finalidade de atingir 100% estão estudando a fundo as causas.

Conclusões.— Entre as causas mencionadas nos diversos países estão as distâncias e as dificuldades próprias da locomoção nas zonas rurais. Além disso, os cartórios de registro e as pessoas encarregadas de realizar o referido registro são poucas, sendo difícil à povoação chegar até elas. A falta de colaboração do público, devida especialmente à ignorância e ao analfabetismo, é considerada como outro dos fatores principais. Alguns países apresentam como causa a livre faculdade de registrar os nascimentos. Como se exige para o batismo, em mais de um país, o prévio registro, muitas crianças não batizadas não estão inscritas. Em outros países a falha de inscrição atribui-se à falta de médicos. As vezes, dão-se como causa questões de

organização interna, como nos casos em que as autoridades dos municípios ou dos distritos são as encarregadas de realizar as inscrições, e não as autoridades nacionais.. O prazo legal breve - oito dias - é também outra causa que se expõe. A natalidade ilegítima é, também, outra causa..

Resumindo, as causas gerais podem condensar-se em duas: as que se referem aos cartórios de registro, insuficientes ou com empregados incompetentes, e as que têm relação com a população em geral, ignorância e dificuldades, especialmente nas zonas rurais..

O problema da maior aproximação das inscrições de nascimentos aos 100% dos que ocorrem tem dois aspectos fundamentais cuja ensablagem é imprescindível e que consistem:

- 1.- no nível cultural do público
- 2.- no desenvolvimento dum programa administrativo..

A falha de um desses dois princípios elementares ou as deficiências influem repercutindo sobre o binômio em conjunto e esterilizam a possível hipertrofia do outro termo.

Isto quer dizer que é imprescindível que a importância chegue à compreensão de todos e de cada um dos moradores da área considerada, qualquer que seja sua condição econômica, seu nível social ou sua educação. Se essa compreensão, que deve realizar-se mediante a ação da educação e da propaganda não se logrou, é inútil qualquer meio que se empregue. Quanto ao

desenvolvimento dum plano administrativo, quer isto dizer que o registro dos nascimentos na área local deve ser subsidiário dum plano geral nacional.

As áreas locais devem ser determinadas e delimitadas tendo em conta as condições geo-topográficas, econômicas e culturais do ambiente de maneira a permitir o mais fácil acesso ao cartório de registros por parte do declarante.

As autoridades devem estar compenetradas de que depois da assistência médico-hospitalar, obstétrica e preventiva, o registro de nascimentos é o fato civil administrativo mais importante.

A elevação do nível cultural da coletividade pode perfeitamente anular o obstáculo que representa a ilegitimidade para a prática do registro.

Oitava pergunta.- Considera essa Sociedade que é correto o registro da natimortalidade? Em caso negativo, pode enumerar algumas das principais causas?

Onze respostas indicam que o registro da mortinatalidade não se efetua em forma correta. Seis o consideram mais ou menos correto. Três julgam que é correto nas capitais e incorreto nas zonas rurais.

As respostas que se referem às causas que tornam difícil o registro correto são várias. Vamos enumerá-las diretamente, para fazer o resumo posteriormente.



Uma delas é a dificuldade para unificar a definição de "nascido morto". A resposta do Chile expressa que se considera como "nascido morto" o definido pelo Comitê especial da Organização de Higiene da Liga das Nações Unidas, em março de 1924, o registro do nascido morto é correto. (Um nascido morto ou mortinato é o nascimento dum feto viável, depois de pelo menos, 28 semanas de gravidez e que não apresenta respiração pulmonar; o mencionado feto pode morrer: a) antes; b) durante; ou c) depois do nascimento, antes de haver respirado.)

A resposta uruguaia crê que uma das causas pode ser a dificuldade para apreciar a duração da vida intra-uterina, no referente à duração mínima, e no outro extremo à ambigüidade, à imprevisão ou à falta de conhecimento do óbito do nascido morto, para diferenciá-lo do nascido vivo, que morre.

Outra causa (sic) que apresenta é a necessidade dum atestado uniforme de nascido morto ou de morte fetal.

Também abrange como causa o fato de que se certifique como "nascidos mortos" muitos nascidos vivos que morrem nas primeiras horas ou nos primeiros dias de vida. Isto é muitas vezes o resultado da desídia dos médicos, das parteiras ou dos funcionários estatísticos para redigir dois atestados, um de nascimento e outro de falecimento, quando a criança morre imediatamente depois de nascer. É mais fácil redigir um só atestado: o de nascido morto.

Há uma causa enunciada várias vezes. Muitos médicos, parteiras e funcionários estatísticos não têm um conceito claro sobre a importância duma correta certificação. Isto, unido nas zonas rurais à ignorância dos pais e às dificuldades de acesso que têm origem nas distâncias, é também causa importante.

A falta de atenção médica, especialmente nas zonas rurais, também é causa de que muitos mortinatos se enterrem sem ser declarados. Mas entre os que são sepultados, muitas vezes o facultativo, ou não faz o diagnóstico ou o realiza inexato.

Em vários países a declaração dos mortinatos é facultativa. E em outros, as dificuldades dos trâmites complicam o assunto e na realidade, impedem as inscrições.

Na Venezuela, o Código Civil dispõe no artigo 266 que "quando não estiver viva a criança no momento de realizar a declaração de seu nascimento, a autoridade civil o expressará assim, sem ter em conta a declaração dos comparecentes de haver nascido vivo ou morto". Com a informação do Registro Civil é pois impossível obter os dados da mortinatalidade.

Conclusões.— As causas poderiam resumir-se em três grupos:

1.— As que se devem à ignorância dos pais ou desconhecimento das leis, especialmente nas zonas rurais;

2.— As que se devem a que os médicos, as parteiras e os funcionários de estatística ou não conhecem o problema, ou não lhe dispensam suficiente atenção;

3.- Às dificuldades que nascem duma legislação facultativa, ou a má organização dos serviços, que obrigam aos meradores a percorrer grandes distâncias.

E por acima de tôdas estas causas está a falta de precisão no conceito de mortinato para uniformizar dados e resultados.

As dificuldades no registro dos nascidos-mortos estão vinculadas aos seguintes elementos:

A Organização Mundial de Saúde para salvar o difícil problema da apreciação do limite mínimo de vida intra-uterina acaba de aconselhar que se efectuem cálculos estatísticos relacionando-se a tôdas as mortes fetais, estabelecendo a diferença entre estas, especialmente, as mortes fetais tardias, que seriam iguais aos nascidos mortos.

No registro das mortes fetais influem em contra elementos que se somam e que conspiram contra o registro bem realizado dos nascidos mortos. Entre êsses elementos estão as disposições legais que qualificam como criminal o aborto voluntário. Essas disposições legais têm às vezes complicações nos trâmites da declaração das mortes fetais, até no caso dos abortos criminais e essas complicações são as causas de que às vezes, público e técnicos atuam omitindo a denúncia da morte fetal. As medidas necessárias para melhorar o registro das mortes fetais superpõem-se, geralmente, às já comentadas no relacionado ao aperfeiçoamento do registro dos nascimentos.

Nona pergunta.— Considera essa Sociedade que é correto o registro dos óbitos de crianças de 0 a 1 ano? de 0 a 5 anos? de 6 a 14 anos? Em caso negativo, pode enumerar algumas das principais causas?

Sete países respondem que o registro é correto. Cinco dizem que é incorreto. E outros cinco expressam que é correto nas cidades, mas é incorreto nas zonas rurais. Dois países respondem que de 0 a 1 ano o registro não é correto, mas para as outras idades é correto.

Quanto às causas são as mesmas que as expressadas na oitava pergunta.

Conclusões.— É evidente que uma ação similiar à comentada com respeito ao registro dos nascimentos é imprescindível, com o aditamento, de que nisto, com mais razão, a difusão e o desenvolvimento das facilidades médico-assistenciais e das preventivas são ainda mais necessárias.

Décima pergunta.— Existem dificuldades para o registro antropométrico do recém-nascido e da criança? Para o registro do pêso? da estatura?

Onze países respondem que existem dificuldades para obter êstes dados. Quatro expressam que nas capitais não existem dificuldades, mas que tal não acontece nas zonas rurais. Dois manifestam que não há dificuldades nos hospitais e nos centros de saúde, mas sim nos assistidos particularmente. Nos Estados Unidos da América do Norte, somente em 1949, se determinou o registro do pêso, mas não todos os Estados o incorporaram

ao atestado. Um ou dois Estados exigem o dado da estatura de menor no momento de nascer, mas nos hospitais esse dado se registra. Outro informe dos Estados Unidos da América do Norte dá valor ao registro do peso, não obstante crê que o registro da estatura e, em geral, todos os das crianças se obtêm melhor mediante inquéritos que pelo registro rotineiro que realizam as repartições.

Conclusões.- Tendo presente as dificuldades que apresenta o estado atual no relacionado às perguntas 7a., 8a. e 9a., elas têm que ser maiores ainda no referente a esta. Se a assistência médico-obstétrica é em geral tão deficiente e ainda falta nas zonas rurais, pareceria mais prático que os estudos antropométricos se realizassem com o material hospitalar que se tem à disposição, e quando este discorde muito pelas características dos integrantes da coletividade assistida do que pode chamar-se "padrão universal" mediante inquéritos especiais.

Décima primeira pergunta.- A proporção das medidas registradas permite estabelecer as características de peso e de estatura do recém-nascido e da criança dessa nação ou de alguma zona dessa nação?

Onze países respondem negativamente, isto é, que não se podem estabelecer essas características. Seis expressam que sim, porém o Equador manifesta em sua resposta que há uma pequena margem de erro, porquanto as grandes cidades da serra e da costa representam o termo médio bastante exato da zona na qual

estão. Dois países dizem que sim, que é possível com respeito ao recém-nascido, mas no referente ao escolar a resposta é negativa.

Conclusões.— Apesar das respostas positivas, no momento atual é difícil, em geral, estabelecer as características do peso e da estatura do recém-nascido e da criança.

As causas são mais ou menos as mesmas anunciadas. Se é difícil obter o máximo dos registros, detalhes como estes aos que se refere a pergunta décima primeira, apresentam dificuldades ainda maiores.

Décima segunda pergunta.— Os registros de peso e de estatura são centralizados em algum organismo estatístico ou sanitário?

As respostas de quatorze países afirmam que os resultados não são centralizados em nenhum organismo.

No Brasil somente os dados referentes aos escolares secundários são centralizados na Divisão de Educação Física do Departamento Nacional de Educação.

No Equador os dados estão centralizados na Dirección de Sanidad.

Em Honduras, na Dirección Geral de Cultura Física.

Nos Estados Unidos da América do Norte, The Public Health Service recebe a informação do peso das crianças no momento de nascerem praticamente de todos os Estados do país, e no Departamento de Estatística Vital da Secretaria de Salubridade de cada Estado da nação, também, se centralizam esses dados.

Na Venezuela, a Maternidade Concepción Palacios realiza essa centralização referente à natalidade.

Conclusões.— Em geral pode afirmar-se que não existe em nenhum país da América um organismo central encarregado de centralizar êsses dados.

Décima terceira pergunta.— Existem dificuldades nas estatísticas hospitalares no referente a doenças e assistência da infância?

Dezesseis países respondem afirmativamente a esta pergunta, quer isto dizer, que existem realmente dificuldades nas estatísticas hospitalares. A resposta dos Estados Unidos da América do Norte expressa que muito poucos hospitais publicam estatísticas de morbidade infantil.

A resposta da Venezuela expressa que os Diretores de Hospitais em sua grande maioria, receberam o Diploma de Administradores de Hospitais e têm, portanto, conhecimento da bioestatística.

Conclusões.— De acôrdo com as respostas na maioria dos países existem dificuldades para que as estatísticas hospitalares sejam completas.

Pareceria que cada vez é mais necessária a compilação das estatísticas hospitalares referentes à patologia da infância, o nível central nacional, com a finalidade de facilitar as comparabilidades como aplicação secundária, além da primária que deve ter como propósito subministrar informações sôbre os aspectos autóctones da patologia regional.

Décima quarta pergunta.- As estatísticas hospitalares regem-se pela Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Óbitos, ou por algum Código ou nomenclatura própria?

Quatorze países respondem que se regem pela Classificação Internacional. O Equador afirma que alguns a seguem e outros não. Guatemala e Honduras expressam ter nomenclatura própria.

Conclusões.- A tendência geral é o uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Óbitos. Se se conseguisse a uniformidade na Nomenclatura, dar-se-ia um grande passo para a obtenção de estatísticas bem organizadas e comparáveis.

Seria necessário que se intensificasse por parte dos governos a ação de difusão da nomenclatura 6a. Revisão instando para que se empregue em todo o país.

Décima quinta pergunta.- Que medidas sugere essa Sociedade em prol do aperfeiçoamento da coleta do material estatístico da infância?

As respostas desta pergunta são muito heterogêneas. Vamos enumerá-las para tratar de fazer o resumo posteriormente.

A resposta da Argentina diz assim:

"Além das medidas detalhadas na resposta da sexta pergunta, podem sugerir-se as medidas seguintes:

- a) Aperfeiçoamento da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Óbitos no relacionado à infância.
- b) Difusão desta Classificação entre todos os médicos em atividade.



- c) Difusão entre aquêles que trabalham com estatística vital infantil dum Manual que facilite a coleta e a realização da tabela de dados básicos, e em cuja redação participem pediatras experimentados.
- d) Divulgação de métodos de amostragem.
- e) Confeção de fichas, atestados e demais material de coleta de dados simples, claros, econômicos e fáceis de encher e de elaborar.
- f) Prêmios de estímulo para aquêles que demonstrem maior idoneidade e interêsse na correta coleta de dados.
- g) Divulgação da importância e da transcendência da coleta bem realizada dos dados iniciais.

A Bolívia dá grande importância à preparação do pessoal especializado. O Brasil dá valor à formação de técnicos e às campanhas educativas, com o objetivo de mostrar o valor da bioestatística. A Colômbia sugere a obrigatoriedade do registro civil dos nascimentos, intervenção médica nos atestados de óbitos por conta do Estado; estreitar a coordenação das repartições de estatística municipais com os organismos de salubridade respectivos; uma campanha corretamente programada e organizada de propaganda entre o público para que colabore e de educação entre o pessoal técnico. E fazer compreender às esferas oficiais que é indispensável empregar pessoal preparado e com algum título de idoneidade. O Chile sugere a necessidade de estudar a adaptação da Classificação às necessidades da cada país. Costa Rica crê necessário o melhoramento

da Bioestatística em geral com uma maior cooperação do Corpo Médico e do público. O Equador indica a centralização numa só repartição, que deveria ser a Direção Geral de Estatística e Censo; a obrigatoriedade da Classificação Internacional; a propaganda; os cursos para todos os que intervenham em trabalhos de estatística. El Salvador responde que é conveniente a preparação de encarregados do Registro Civil, o melhoramento da assistência médica, o aperfeiçoamento dos atestados médicos, a centralização dos dados e a educação do público. Guatemala indica que em cada Hospital ou Clínica deve haver um estatístico. Honduras apresenta uma série de considerações relacionadas com as dificuldades locais, às quais se lhes deve achar solução. O México indica que os dados devem ser coletados por pessoal competente, que se remetam à Repartição Central e que se façam campanhas de divulgação. Panamá considera necessária uma reorganização do Registro Civil; coordenação completa entre o Registro Civil, fonte dos dados, a Direção de Estatística e Censo, que compila as Estatísticas Vitais e o Departamento de Saúde Pública que as usa. Reorganização das Estatísticas dos hospitais; utilização das Unidades Sanitárias para contróle na obtenção de certos dados da localidade; aproveitar a iniciação das aulas nas escolas primárias para realizar um exame médico geral à criança. Fazer, pelo menos, uma pesquisa anual entre as crianças e nos lares dessas crianças para

investigar as condições sociais, sanitárias e econômicas nas quais moram. O Paraguai diz que a Divisão de Estatística do Ministério de S. e P.S. disponha dum organismo para essa finalidade. Os Estados Unidos da América do Norte crêem que os dados estatísticos para o estudo dos problemas da infância podem ser mais facilmente coletados se se relacionam os atestados de nascimento com os de óbitos. A validade estará em relação com a maior eficácia na obtenção dos dados e de sua rápida expedição. Os procedimentos uniformes facilitarão muito seu resultado. O Uruguai diz, referindo-se ao atestado de nascimento, que seria de grande valor a implantação do uso obrigatório, com informações médico-sociais.

Conclusões.— Podem-se indicar algumas questões que destacam a maioria das respostas. A obrigatoriedade e o aperfeiçoamento da Classificação, realizando uma adaptação para cada país parece ser um meio muito eficaz. A difusão entre os técnicos e entre o público em geral é de grande valor e facilitaria muito os resultados. É geral a opinião de que o pessoal deve ser especializado. Deve formar-se mediante cursos especiais ou ter prévia preparação, desta maneira os dados estatísticos seriam muito mais corretos. A centralização dos dados nas repartições especializadas permitiria seu melhor estudo e comparação.



Fora do que concretamente podem subministrar as respostas, não se deve esquecer que as estatísticas relacionadas ou aplicadas nos problemas da infância são tão diversas, que seria impossível criar um organismo especializado para exercer a centralização desse tipo de estatística. Também seria impossível, inoperante ou de resultado negativo porque prejudicaria a integridade de determinados tipos de estatística que por outras razões têm uma unidade indissolúvel.

O que surge sem discussão, e se pode preconizar, é que deve haver uma harmonização perfeitamente articulada, de modo que os organismos que estudem os problemas da infância possam obter as informações estatísticas nas fontes de origem com facilidade.

C.- Da organização e funcionamento dos serviços de Bioestatística

O organismo que tem a seu cargo a bioestatística da infância está subordinado diretamente às autoridades sanitárias ou a uma Direção Geral de Estatística Nacional?

Onze países respondem que a bioestatística da infância está subordinada às autoridades sanitárias; seis estão sob a dependência das Direções Gerais de Estatística. Num país existem os dois sistemas, e em outros dois, não há ainda estatística organizada.

Conclusões.- O essencial é que exista um plano de coordenação estatística mediante o qual a coleta das estatísticas referentes a cada um dos capítulos relacionados com a infância,

tudo . . . mais fica distanciado a um segundo plano.

Que exista ou não centralização, que sejam elaboradas numa ou em outra repartição subordinada ou Ministério, não representa nada se não exist um plano geral coordenado.

A estatística da mortalidade infantil não poderá jamais ser elaborada em forma separada das estatísticas de mortalidade geral; a estatística da delinqüência infantil não poderá jamais ser elaborada em forma separada da estatística geral de delinqüência, etc. etc. O comum denominador que constitui a infância não pode sacrificar os comuns denominadores mais definidos e determinados correspondentes a cada uma das diferentes estatísticas. Não deve esquecer-se de que o fundamental é que os cálculos estatísticos sejam elaborados com êxito e estejam à disposição do consumidor, podendo engrenar-se mediante o plano geral de coordenação.

Décima sétima pergunta.- Constituiu-se nessa nação o Comitê Nacional de Estatística Vital e Sanitária aconselhado pela Sexta Conferencia Internacional de Revisão da Lista de Causas de Doenças e de Óbitos?

Onze países respondem que o Comitê Nacional de Estatística Vital e Sanitária existe e está funcionando. Oito expressam que não se constituiu. Num dêles, o Comitê se constituiu, mas jamais se reuniu.

Conclusões.- Seria desejável que os países que ainda não estabeleceram o Comitê o façam à maior brevidade para poder realizar uma tarefa americana mais uniforme e portanto, mais eficaz.

A coordenação de que se fala na décima sexta pergunta, pode ser incrementada pelos Comitês Nacionais de Estatística Vital e Sanitária, nos quais é conveniente que existam representantes dos institutos interessados nos problemas da infância, os quais são consumidores seletos dum grande setor da estatística vital.

Décima oitava pergunta.— Que atividades desenvolveu em favor da bioestatística da infância esta Comissão ou Comitê Nacional?

Geralmente os Comitês que existem nos países da América se acham na fase correspondente à sua organização e, portanto, não cuidaram duma maneira específica da bioestatística na infância. O México na sua resposta, expõe que o Comitê Nacional iniciou o estudo do melhoramento das estatísticas de morbidade registradas nos Hospitais e Maternidades de toda a República, comunicando às Escolas de Medicina as definições de "nascimento duma criança viva" e duma criança "nascida viva".

Os Estados Unidos da América do Norte expressam que o Comitê Nacional, por meio de seus Subcomitês fêz conhecer as definições de "nascido vivo" (live birth) e morte fetal (fetal death), existindo um subcomitê que está trabalhando com métodos para obter estatísticas das causas da morte fetal. O Uruguai diz que o pouco realizado beneficia só colateralmente o problema da bioestatística na infância, à qual pensa dar-se mais importância no futuro.

O Venezuela expressa que o Comitê Nacional desenvolveu múltiplas atividades referentes a: melhoria da inscrição ante o registro civil; aplicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Óbitos e do Regulamento No. 1 Anexo; distribuição de folhetos aos médicos e de manuais de instrução para classificar as causas de óbitos; elaboração dum novo atestado de óbitos; aplicação da Bioestatística de Morbidade, etc.: atividades nas quais acha-se compreendida a bioestatística da infância.

Conclusões.- Como os estudos bioestatísticos da infância estão subordinados ao estabelecimento dos Comitês Nacionais, e uma vez instalados estes, de sua atividade no referente à infância, o progresso neste sentido faz-se lentamente, mas é necessário insistir nêle com energia.

Décima nona pergunta.- Tem essa Sociedade alguma vinculação com esta Comissão ou com outro organismo vinculado à estatística vital na infância?

Onze países respondem que não existe nenhuma vinculação. Sete expressam que em diversas formas esta vinculação existe.

Conclusões.- Porquanto resulta evidente que a melhor coordenação dos diferentes organismos é de eficiência maior, deve tenderse de acôrdo às circunstâncias, a que essa coordenação se acrescente nos diferentes países.

Vigésima pergunta.- Existem algumas dificuldades na coordenação dos serviços estatísticos nesse país? Quais são?

As respostas de dez países afirmam que não existem dificuldades maiores na coordenação dos serviços. Cinco expressam que não há maiores dificuldades. Entre estas podem mencionar-se:

- 1.- o precário funcionamento de alguns serviços
- 2.- a falta de pessoal especializado
- 3.- a existência de vários organismos que levam sua estatística própria
- 4.- a falta duma centralização de atividades
- 5.- a demora na elaboração dos dados
- 6.- a falta de coordenação.

Conclusões.- As dificuldades para a coordenação são as mesmas, mais ou menos, em tôdasas partes. Algumas delas referem-se à falta de bom funcionamento dos serviços, outras à falta de centralização. Em resumo, a uma boa realização que ponha em contato uns serviços com os outros.

Vigésima primeira pergunta.- Realizam-se alguns levantamentos de amostra ou amostragem no que se refere a problemas da infância?

Quatorze países respondem categoricamente que não. Três dizem sim. Dois que realizaram alguns estudos.

Conclusões.- Vê-se que o panorama geral é que os problemas da infância não alcançaram o desenvolvimento que deveriam na estatística. E no que se refere mais concretamente aos levantamentos de amostra ou amostragem, até agora muito se realizou.



Vigésima segunda pergunta.— Dispõem os organismos centrais que elaboram material estatístico da infância de aparelhagem de compilação completa?

Dezesseis países respondem que possuem aparelhagem mecânica de compilação completa, embora em alguns países as instalações sejam incompletas. Quatro países respondem que não têm aparelhagem.

Conclusões.— Em geral, os serviços de estatística das nações americanas estão bem equipados, sendo a aspiração que num futuro próximo tenham todos os países a aparelhagem necessária para realizar estudos estatísticos completos.

Esta aspiração não deve fazer perder de vista alguns conceitos fundamentais:

- 1.— A proporcionalidade que deve existir entre a massa que se vá trabalhar e o emprêgo de máquinas ou instrumentos.
- 2.— Que uma vez que usem as mencionadas máquinas ou instrumentos se lhe dê a máxima aplicação possível.

Vigésima terceira pergunta.— Que outros problemas ou dificuldades existem no seu país para a melhor organização e funcionamento dos serviços de bioestatística?

Três países dizem nas respostas que depois das dificuldades mencionadas nas perguntas anteriores, não existem outros problemas. Mas nas respostas dos outros países expressam-se as dificuldades com que luta a estatística. Vamos enumerá-las.

A primeira de tôdas, mencionada por vários países, é a falta de pessoal especializado e a carência de capacidade. A segundo, deficiência de verbas para que as repartições de estatística possam funcionar corretamente. Em terceiro lugar estão as dificuldades próprias da obtenção dos dados no referente aos profissionais e ao público. A falta de unificação de normas torna difícil, em alguns países, a obtenção e a comparação de resultados. Em outros países, o público não está instruído neste sentido, faltam leis pertinentes e há má organização.

Conclusões.- De todo o material reunido para esta resposta, deduz-se que para uma melhor organização e um bom funcionamento dos serviços de bioestatística é necessário maior número de pessoal, melhor preparação do mesmo e orçamentos mais elevados que os atuais.

D.- Da publicação e divulgação dos dados estatísticos da infância:

Vigésima quarta pergunta.- Crê essa Sociedade que os dados da bioestatística infantil têm suficiente publicação e divulgação entre os médicos e a elite do público?

Dezessete países respondem categoricamente que os dados da bioestatística infantil não têm suficiente publicação nem bastante divulgação nem entre os médicos nem entre o grande público.

Poucos países, dois, afirmam que há suficiente publicação, num dêles para os médicos.

A resposta dos Estados Unidos da América do Norte expressa que embora não exista no país uma revista exclusivamente dedicada aos dados estatísticos da infância, o Children's Bureau, por intermédio da revista The Child, publica êsses dados e também várias monografias.

Conclusões.- Em geral, pode dizer-se que se bem a divulgação dos dados estatísticos referentes à infância é importante entre os possíveis consumidores de todos os níveis intelectuais, a difusão dos elementos principais entre o próprio público, ao estimular o interesse nesses problemas, prestaria benefícios à sua solução.

Vigésima quinta pergunta.- Existem organismos especiais de divulgação estatística que apareçam regularmente?

Dez países respondem que possuem os organismos correspondentes. Três expressam que se bem existem os organismos, os consideram insuficientes. Cinco nações dizem que não têm tais organismos.

Os Estados Unidos da América do Norte referem-se a esta pergunta nos termos manifestados na pergunta vigésima quarta.

Conclusões.- Talvez esta pergunta não foi formulada com suficiente clareza, pois nela fala-se de divulgação estatística sem fazer menção da infância, não ficando aclarado, se se refere a organismos especiais relacionados exclusivamente à infância.

Isto quiçá dê origem a confusão nas respostas, por isso os países ao responder afirmativa ou negativamente, podem referir-se a uma coisa e outros a outra diferente.

Vigésima sexta pergunta.- Divulga a Revista dessa Sociedade dados estatísticos da infância?

Sete países dão respostas negativas, isto é, que as revistas das Sociedades de Pediatria não divulgam êsses dados. Cinco países respondem que sim. Cinco países não consideram a divulgação suficiente.

Conclusões.- Aprecia-se que é necessária uma maior difusão dos dados estatísticos, haveria que estabelecer a forma dessa divulgação, pois algumas publicações, cheias de números são para os técnicos, não podendo chegar ao público nem ao médico comum. Quando as publicações forem bem apresentadas e em forma gráfica, sua interpretação estará muito mais ao alcance de todo o mundo. Talvez a solução seja a existência de publicações completas para os técnicos e a gráfica para que os não são técnicos em estatística.

## RESUMO E CONCLUSÕES

A origem dêste trabalho está numa sugestão do Dr. Francisco J. Menchaca, de Santa Fé (República Argentina) e foi realizado pelo Departamento de Saúde do Instituto Internacional Americano de Proteção à Infância, dirigido pelo Dr. Víctor Escardó y Anaya, com a colaboração do Dr. Adolfo Morales, Director do Departamento de Estatística da Divisão de Higiene do Ministério de Saúde Pública do Uruguai e do próprio Dr. Francisco J. Menchaca. O questionário remetido obteve resposta de vinte das vinte e uma Repúblicas da América e delas se podem deduzir as seguintes:

Conclusões Gerais

Os problemas da infância englobam aspectos médicos e sociais cuja solução pode aguardar-se da concorrência de elementos de juízo que provenham dos mais diversos ramos da atividade humana.

Dentro dêsses elementos de juízo, a estatística ocupa lugar proeminente e, portanto, estão compreendidos os mais diversos tipos e classes de estatística.

Dos dados coletados na pesquisa realizada e das conclusões extraídas das respostas obtidas para cada pergunta, pode inferir-se que é necessário fazer um movimento geral em todos os países do Continente, que permita chegar aos seguintes resultados concretos:

- 1.- Uma maior difusão do ensino estatístico nos centros docentes de formação dos profissionais médicos e afins, bem como daqueles cujo campo de ação se relaciona com a infância.
- 2.- Melhoria do nível de capacidade de todos os funcionários que trabalham nas elaborações estatísticas, começando com aqueles que atuam nos níveis mais elementares da tarefa.
- 3.- Melhoria do nível de compreensão por parte dos consumidores das estatísticas da infância, à luz dos princípios que consagra a metodologia estatística.
- 4.- Coordenação dos diversos capítulos da estatística na parte correspondente aos problemas da infância ou com êles relacionados, aguardando-se que em cada país exista um "núcleo" onde se possam concentrar todas essas informações.

(Anexo vai um gráfico no qual se indicam os diferentes capítulos da estatística relacionada com a infância).

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS

DECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 3 (español)  
S.G. 4  
13 Diciembre 1954  
Original: español  
Sección III-a  
Tema Oficial

LA FAMILIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL

por

Geraldo Eboli

Comité Permanente Interamericano  
de Seguridad Social  
México, D. F.

## INTRODUCCION

No obstante las intensas labores que esta Secretaría General desarrolla en este momento para la preparación de la V Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que deberá tener lugar en el curso del primer trimestre de 1955, en Caracas, no podríamos romper con la tradición establecida después de casi tres lustros de actividades, la cual es el cooperar siempre, no sólo con los gobiernos, sino también con las instituciones de seguro social directamente y con otras organizaciones o eventos de carácter internacional que tengan por objeto el desarrollo de la seguridad social para los pueblos americanos.

Ha sido para esta Secretaría General una doble satisfacción el atender la honrosa solicitud que nos ha sido dirigida por el Comité Organizador del X Congreso Panamericano del Niño, encomendándonos la elaboración del informe relativo a la parte "a" de la sección tercera del temario oficial establecido para discusión en el referido Congreso.

Doble satisfacción porque, inicialmente, nos ha sido proporcionada la oportunidad de, una vez más, unir nuestros esfuerzos a los de aquellos que intentan perfeccionar los medios de protección social para las poblaciones de este Continente, y en segundo lugar, porque hemos constatado que, en los días actuales, en eventos de



carácter internacional como es el X Congreso Panamericano del Niño, se busca un trabajo conjunto, no permitiendo la dispersión o dupli cidad de esfuerzos que han sido siempre condenadas por las organizaci ones internacionales. Nos encontramos aquí cooperando para lograr un objetivo común, que es el de establecer una mayor protección para los pueblos de este Continente - consolidando sus lugares en el concierto de los pueblos civilizados - el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, la Unión Panamericana, el Co mité Permanente Interamericano de Seguridad Social y todos los países americanos.

La Secretaría General del Comité Permanente presenta su estudio sobre "La Familia y la Seguridad Social", pidiendo, de an temano, indulgencia por las deficiencias u omisiones que en éste sean encontradas. Los delegados reunidos en este X Congreso Panamericano del Niño, con mejores posibilidades y capacidad, por medio del libre cambio de ideas y de debates, ciertamente lograrán, a pesar de partir de este trabajo, que es solamente un modesto sendero, señalarnos un camino ancho y firme hacia el futuro.

GERALDO M. EBOLI,  
Secretario General,  
del Comité Permanente Interamericano  
de Seguridad Social.

México, noviembre de 1954.

## PRIMERA PARTE

### LA FAMILIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Desde las primeras eras de la humanidad la célula básica de la sociedad - la familia - viene constituyendo una de las piedras angulares sobre las cuales se basan el futuro y el progreso de las naciones.

El mejoramiento de las condiciones de salud y habitación de las familias, la preservación y aumento de sus componentes y el aseguramiento de su estabilidad y bienestar son de vital importancia.

Los esfuerzos nacionales de los países americanos en concebir y realizar planes de protección para la familia ya empiezan a cristalizarse y se reflejan, especialmente, en las diversas medidas y actividades desarrolladas a través de la seguridad social de cada país.

### EL PROBLEMA BAJO EL PUNTO DE VISTA INTERNACIONAL

La XXVI reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, realizada en Filadelfia del 20 de abril al 12 de mayo de 1944, elaboró y adoptó la Recomendación No.67, conocida como la "Recomendación sobre la Seguridad de los Medios de Vida, 1944" <sup>1</sup> Recomendación

---

<sup>1</sup> Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, "Cuaderno Núm. 10", Recomendaciones Internacionales sobre Seguridad Social (México, Abril de 1954).

ción por la cual se ha señalado un distinto y elevado marco en los estudios que hasta la fecha se habían efectuado sobre la materia y en la cual se puede observar la marcada preocupación que ha orientado sus principios directivos y normativos en favor de la protección de los niños y de la familia, a través de la seguridad social. En la formulación de la Recomendación 67, se han tomado en cuenta diversos Convenios y Recomendaciones aprobados anteriormente por otras reuniones de la Conferencia, convenios y recomendaciones esos, relativos a la Indemnización por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; al Seguro de Enfermedad; a las Prestaciones de Maternidad; a las Pensiones de Vejez e Invalidez; a las Pensiones de Viudedad y Orfandad; a las Pensiones para los Trabajadores Desempleados, <sup>2</sup> además de las resoluciones aprobadas por la primera y segunda Conferencia del Trabajo de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, <sup>3</sup> que constituyen el Có-

---

<sup>2</sup> Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, "Cuadernos Núms. 9 y 10", respectivamente, Rumbos para la Seguridad Social (México, noviembre de 1953) y Recomendaciones Internacionales sobre Seguridad Social (México, abril de 1954).

<sup>3</sup> Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, "Cuaderno Núm. 13", Resoluciones sobre Seguridad Social aprobadas por las Conferencias Regionales de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo (México, julio de 1954).

digo Internacional de Seguros Sociales, y de la Declaración de Santiago de Chile, formulada en la Primera Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Chile en 1942.<sup>4</sup>

Como bases para los principios directivos de la Recomendación 67, entre otras aseveraciones, se ha señalado, con el objeto de otorgar a la "familia" una prestación más efectiva, lo siguiente:

### Principios Directivos

#### Bases

Los regimenes de seguridad social de los medios de vida, deberían aliviar el estado de necesidad e impedir la miseria, restableciendo, en un nivel razonable, las entradas perdidas a causa de la incapacidad para trabajar (comprendida la vejez) o para obtener trabajo remunerado, o a causa de la muerte del jefe de familia.

La seguridad de los medios de vida debería organizarse, siempre que fuere posible, a base del seguro social, según el cual, los asegurados que hayan cumplido todas las condiciones exigidas tendrán derecho, en los casos previstos por la ley, en virtud de las co

---

<sup>4</sup> Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, "Cuaderno Núm. 9", Rumbos para la Seguridad Social (México, noviembre de 1953).

tizaciones que hayan pagado a una institución de seguro social, a prestaciones pagaderas, de acuerdo con la tasa fijada por la ley.

Las necesidades que no estén cubiertas por el seguro social obligatorio, deberían estarlo por la asistencia social; y ciertas categorías de personas, especialmente los niños, inválidos, ancianos y viudas necesitados, deberían tener derecho a asignaciones de una cuantía razonable, de acuerdo con el baremo establecido.

#### Seguro Social

Los riesgos cubiertos por el seguro social obligatorio, deberían incluir todos aquellos casos en los que el asegurado se vea impedido de ganar su subsistencia, ya sea a causa de su incapacidad para trabajar o para obtener trabajo remunerado, ya en caso de que muera dejando una familia a su cargo; deberían incluir también, siempre que no estén cubiertos por otros medios, ciertos riesgos afines que se produzcan frecuentemente y representen una carga excesiva para las personas que dispongan de ingresos limitados.

A fin de que las prestaciones otorgadas por el seguro social, puedan ajustarse estrechamente a las diversas necesidades, los riesgos cubiertos deberían clasificarse como sigue:

- a) Enfermedad;
- b) maternidad;
- c) invalidez;

- d) vejez;
- e) muerte del jefe de familia;
- f) desempleo;
- g) gastos extraordinarios;
- h) daños (heridas o enfermedades, causados por el trabajo).

Sin embargo, no podran acumularse las prestaciones de invalidez, vejez y desempleo.

Debería añadirse un suplemento (a las prestaciones del seguro social) por cada uno de los dos primeros hijos, a todas las prestaciones pagaderas en substitución de las ganancias perdidas; y las medidas a favor de los demás hijos podrían adoptarse en forma de asignaciones familiares, financiadas con fondos públicos o por sistemas contributivos.

#### Maternidad

La mujer debería tener derecho a abandonar su trabajo si presenta un certificado médico que declare que el parto sobrevendrá, probablemente, dentro de un término de seis semanas, y ninguna mujer debería estar autorizada a trabajar durante un período de seis semanas después del parto.

Durante ambos períodos deberían pagarse prestaciones de maternidad.

El pago de las prestaciones de maternidad podrá estar

sujeto a la condición de que la beneficiaria utilice los servi  
cios previstos para ella y su hijo.

#### Muerte del Jefe de Familia

Deberían pagarse prestaciones familiares por un hijo en edad escolar o por aquel que, siendo menor de dieciocho años, continúe su educación general o profesional.

#### Gastos Extraordinarios

Debería concederse la ayuda doméstica necesaria, o una prestación en dinero para obtenerla, durante la hospitalización de la madre con hijos a su cargo, que esté asegurada o casada con un asegurado y no reciba ninguna prestación en substitución de sus ganancias.

Debería pagarse a la asegurada y a la mujer del asegura  
do una suma fija, al nacimiento de un hijo, para sufragar el costo de una canastilla y gastos similares.

#### Daños causados por el trabajo

La indemnización de sobrevivientes, a reserva de las disposiciones de los apartados siguientes, debería pagarse a las mismas personas que hubieren tenido derecho a prestaciones de sobrevivientes.

La viuda debería recibir una indemnización mientras dure su viudez.

Los hijos deberían recibir una indemnización hasta la edad de dieciocho años, o hasta la de veintiún años cuando continúen sus estudios generales o profesionales.

Debería concederse una indemnización a otros miembros de la familia del de cujus que dependían económicamente de él, sin perjuicio del derecho de la viuda y de los hijos.

Los derecho-habientes de un incapacitado permanente, cuyo grado de incapacidad sea de dos tercios o más que fallezcan por causas distintas al daño causado por el trabajo, deberían tener derecho a prestaciones básicas de sobrevivientes, sin considerar si el de cujus había o no cumplido, al morir, las condiciones de cotiza-  
ción exigidas para tener derecho a dicha prestación.

#### Personas Cubiertas

Personas que deben estar cubiertas

Deberían estar protegidas, en virtud del seguro del jefe de familia, las mujeres a su cargo (o sea las mujeres que no pertenezcan a la categoría de asalariadas o de trabajadoras independientes) y los hijos también a su cargo (o sea los hijos que no hayan sobrepasado la edad escolar o aquellos que, siendo menores de dieciocho años, continúen sus estudios generales o profesionales).



Tasa de Prestaciones y Condiciones de Cotización

## Tasa de Prestaciones

En el caso de trabajadores no especializados, las prestaciones de enfermedad y de desempleo, no deberían ser inferiores al 40 por ciento de las ganancias anteriores, netas del asegurado, si no tiene cargas familiares, o al 60 por ciento de dichas ganancias, si tiene una mujer a su cargo o un ama para el gobierno de sus hijos; debería pagarse por el primero de los hijos a su cargo y también por el segundo, un suplemento equivalente al 10 por ciento de dichas ganancias, deducida la suma pagada por dichos hijos en concepto de asignaciones familiares.

En todos los casos, la prestación de maternidad debería ser suficiente para la manutención completa de la madre y de su hijo, en buenas condiciones de higiene, y no debería ser inferior al 100 por ciento de las ganancias corrientes de las trabajadoras no especializadas, o al 75 por ciento de las ganancias anteriores netas de la beneficiaria, adoptándose la más elevada de estas dos cifras, pero podrá restarse de esta suma la cuantía de cualquier asignación familiar que se pague por el hijo.

Las prestaciones básicas de invalidez y de vejez, no deberían ser inferiores al 30 por ciento del salario corriente, comúnmente reconocido para los trabajadores masculinos no especializados en la región donde resida el beneficiario, si éste no tiene cargas

familiares, o al 45 por ciento de ese salario, si tiene una mujer a su cargo, que pudiera tener derecho a prestación de viudedad, o un ama para el gobierno de sus hijos; debería pagarse por el primero de los hijos a su cargo y también por el segundo, un suplemento equivalente al 10 por ciento de dicho salario, deducida la suma pagada por esos hijos en concepto de asignaciones familiares.

La prestación básica de viudedad no debería ser inferior al 30 por ciento del salario mínimo corriente, comúnmente reconocido para los trabajadores masculinos no especializados, en la región donde resida el beneficiario; debería pagarse por el primero de los hijos a su cargo y también por el segundo y el tercero, una prestación familiar de una cuantía equivalente al 10 por ciento de dicho salario, deducida la suma pagada por esos hijos en concepto de asignaciones familiares.

En el caso de un huérfano, la prestación básica por hijo no debería ser inferior al 20 por ciento del salario mínimo, comúnmente reconocido para los trabajadores masculinos no especializados, deducida la suma pagada por cada huérfano en concepto de asignaciones familiares.

Asistencia Social

## Manutención de Niños

La sociedad debería cooperar normalmente con los padres, adoptando medidas generales de asistencia, destinadas a garantizar el bienestar de los niños a su cargo.

Deberían establecerse subsidios públicos en dinero, en especie, o en ambas formas, a fin de garantizar el desarrollo sano de los niños, ayudar al mantenimiento de familias numerosas y completar las medidas tomadas por el seguro social en favor de los niños.

Cuando el objeto sea garantizar el desarrollo sano de los niños, los subsidios en especie deberían consistir, por ejemplo, en alimentos gratuitos o a bajo costo para los niños de corta edad, cantinas escolares y viviendas baratas para familias con varios hijos.

Cuando el objeto sea ayudar al mantenimiento de familias numerosas, o completar las medidas tomadas a favor de los niños, con subsidios en especie o por intermedio del seguro social, los subsidios deberían revestir la forma de asignaciones familiares.

Tales subsidios deberían pagarse, cualesquiera que fueren las ganancias de los padres, de acuerdo con una escala determinada que represente una contribución substancial, al costo de la manutención infantil, y que tenga en cuenta el costo más elevado de la ma-

nutención de los niños de más edad, y deberían concederse, por lo menos, a todos los niños a los que no se aplique el seguro social.

La sociedad debería asumir colectivamente la obligación de mantener a los niños que estén a la carga de sus padres, cuando a éstos les sea imposible cumplir dicha obligación.

#### Manutención de Invalidos, Viudas y Necesitados

Los inválidos y las viudas que no reciban prestaciones del seguro social, porque ellos, o sus cónyuges, según sea el caso, no estuvieren obligatoriamente asegurados, y cuyas entradas no excedan de un nivel prescrito, deberían tener derecho a una asignación especial de manutención de cuantía determinada.

Entre los beneficiarios de las asignaciones de manutención debería incluirse a:

- a) Las personas que pertenezcan a grupos profesionales, o que habiten en regiones donde aún no se aplique el seguro social o no se haya aplicado durante un tiempo igual al período de prueba para las prestaciones básicas de vejez, invalidez o sobrevivientes, según sea el caso, y a las mujeres e hijos a cargo de dichas personas; y
- b) Las personas que estén inválidas, cuando normalmente deben ingresar en el seguro.

La asignación de manutención, debería ser suficiente para garantizar totalmente la subsistencia del beneficiario durante un largo plazo; debería variar, según el costo de vida, y podría variar

también, entre las regiones urbanas y rurales.

Debería pagarse la cuantía total de estas asignaciones, a las personas cuyos ingresos no excedan de un nivel prescrito, y una cuantía reducida en todos los demás casos.

Las disposiciones de la presente Recomendación, que definen los casos en que deberían pagarse prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivientes, deberían aplicarse, siempre que sean pertinentes, a las asignaciones de manutención.

#### Asistencia General

Todas las personas en estado de necesidad, que no tengan que ingresar en una institución para seguir tratamiento, deberían recibir asignaciones apropiadas, en dinero, o parcialmente en dinero y parcialmente en especie.

Los casos en que la cuantía de la asignación se fije de manera enteramente discrecional, deberían ser gradualmente limitados, como resultado de una mejor clasificación de los casos de estado de necesidad, y del establecimiento de presupuestos que correspondan al costo de manutención, en cortos y largos períodos de indigencia.

La concesión de asignaciones, podrá estar sujeta a la condición de que el beneficiario cumpla las instrucciones dictadas por las autoridades que administren los servicios médicos y los servicios

de empleo, a fin de que la asistencia produzca el mayor efecto positivo.

Medidas de Protección Recomendadas por la  
Conferencia Interamericana de  
Seguridad Social

Las reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, al tratar los asuntos que le incumben, han dedicado también especial atención a los problemas de la familia, así, en muchas de sus resoluciones se encuentran recomendaciones en el sentido de que la protección de los regímenes del seguro social sea otorgada, no exclusivamente a los asegurados, sino también a sus familias.

En la I Reunión de la C.I.S.S., realizada en Chile en el año de 1942, adoptaron las Resoluciones Núms. 11 y 12, respectivamente, sobre "Protección a la Maternidad, a la Infancia y la Adolescencia", y "Campo de Aplicación y Objetivo del Seguro Social", resoluciones que dicen:

Protección a la maternidad, a la infancia y a la adolescencia

La Conferencia acuerda recomendar:

A los países, la necesidad de proceder a organizar la protección a la maternidad, a la infancia y a la adolescencia en sus aspectos económico, médico, social, jurídico y educativo, conforme a un criterio estatal y a un programa técnico general que contemple to

dos y cada uno de los capítulos en que se divide el problema.

Esta protección deberá hacerse dentro del seguro social.

#### Campo de aplicación y objetivo del seguro social

La Conferencia acuerda recomendar:

La organización de la protección de la salud sobre la base de un seguro nacional que comprenda al asalariado y su familia, como asimismo, en igualdad de condiciones, a los trabajadores independientes, seguro que deberá cubrir los riesgos de la vida y del trabajo y ser financiado por el Estado, los empleadores y los bajadores.

La Conferencia recomienda asimismo que en la lucha contra estos riesgos, es indispensable reincorporar a la actividad productora nacional a todos los elementos en paro forzoso y establecer el tratamiento de los débiles y enfermos aparentes o inaparentes con la incorporación del examen periódico de la salud en el seguro ba contra la enfermedad. Para este objeto propicia:

Establecer a cargo exclusivo del patrón el seguro social obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales sobre el principio del riesgo profesional y su coordinación, si no es posible su unificación, con el seguro obligatorio de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

La ampliación del seguro obligatorio de enfermedad, de ma

nera que cubra a todos los obreros, empleados, artesanos, profesionales y pequeños comerciantes, así como a sus familias; seguro que deberá garantizar prestaciones médicas, quirúrgicas, farmacéuticas, hospitalización, dentales, protésicas y subsidios en dinero.

La cobertura de los riesgos de invalidez y vejez de las mismas categorías de trabajadores anotadas en el número anterior, mediante el otorgamiento de pensiones temporales y vitalicias determinadas, dentro de un mínimo vital y un máximo convenientes, en función de los salarios ganados, la duración del esfuerzo de previsión y las cargas familiares del beneficiario.

La cobertura del riesgo de muerte por medio de pensiones para las viudas y los huérfanos.

La ayuda mediante subsidios o préstamos a los trabajadores en paro forzoso, coordinada con un servicio amplio de colocaciones.

La creación de un organismo técnico estatal que tenga la función de dar orientación general y de controlar a las instituciones de seguridad social.

Recomendar la creación de cátedras de medicina social.

Paralelamente, con funciones sanitarias puras, debe mantenerse un organismo estatal que tenga a su cargo la referida función sanitaria y que aplique las disposiciones contenidas en el Código Sanitario a que esta función se refiere.



En la III Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en Buenos Aires, en 1951, se aprobó la Resolución No. 37 sobre la "Inversión de parte de las Reservas del Seguro Social en Viviendas para Familias Económicamente Débiles", que dice:

Inversión de parte de las reservas del Seguro Social en viviendas para familias económicamente débiles

La Conferencia considerando:

Que en esta reunión de la Conferencia se han examinado diferentes sistemas de protección de la familia, y que la vivienda es el centro de la organización familiar;

que la vivienda contribuye al fortalecimiento de la salud, cuando ella reúne las características de comodidad e higiene y así ahorra al Estado una serie de gastos de asistencia social, determinados generalmente por una vivienda antihigiénica e incómoda;

que es recomendable que los países controlen la especulación sobre la tierra y la vivienda y propendan a la realización de estudios de planificación y urbanismo, previos a todo nuevo emplazamiento o trazado de centro poblado o ensanche urbano;

que los nuevos pobladores han de encontrarse garantizados por condiciones favorables de abastecimiento y de trabajo favorable,

y por la existencia de aquellos servicios públicos que son indispensables para la salud y un estimable nivel de cultura.

Propone:

Que los países miembros de la Conferencia inviertan porcentajes razonables de las reservas de las instituciones de previsión social, donde ello sea posible, en la construcción de viviendas para las familias de modesta situación económica;

que tales planes se intensifiquen en los períodos de depresión económica como medida coadyuvante para combatir la desocupación y mantener altos niveles de vida, y

Estima:

Que sería aconsejable que otros organismos públicos como los gobiernos locales o instituciones especiales, creados a tal efecto, efectuasen planes de construcción de viviendas para las personas económicamente débiles, utilizando, cuando ello sea posible, aquellos recursos de la seguridad social, que estén concordados con la realidad nacional de los países americanos.

En la IV reunión de la C.I.S.S., celebrada en México, en el mes de marzo de 1952, se adoptó la Resolución específica No.43 sobre las "Prestaciones Familiares", que es la siguiente:

#### Prestaciones Familiares

La Conferencia considerando que:

Puesto que la familia es la unidad básica de la sociedad, su salud, estabilidad y bienestar, son de vital importancia para cada país. Es necesario que a cada niño le sean garantizados los medios imprescindibles para asegurar un nivel de vida que le permita la satisfacción física, espiritual y moral necesaria para su correcta formación y desenvolvimiento preferentemente dentro de su propia familia.

Es deseable que se elaboren programas para equilibrar, en cuanto sea posible, el costo del sostenimiento de los niños, ya sea por medio de asignaciones en efectivo o de servicios, para que los padres de familias numerosas no se hallen en situación tal que les obligue a reducir el nivel de la vida familiar.

Tales programas pueden tener un carácter general o también particular, cuando se aplican a grupos diferentes o numerosos y complejos, reconociéndose que mientras más extensas y generales sean las prestaciones familiares, mejores serán las condiciones que pueda obtener la sociedad en cualquier país.

En algunos países de América, las asignaciones familiares, consisten en pagos en efectivo en relación con el número de hijos. Sin embargo, en la mayoría de los países americanos, existen otros tipos de servicios familiares.

El modo de proporcionar las prestaciones familiares es menos importante que la extensión de tales beneficios.

Sería conveniente intentar tan pronto como las condiciones de cada país lo permitan, el aumento del número y tipo de prestaciones familiares y la extensión de su campo de acción a grupos cada vez mayores.

Las prestaciones familiares en efectivo o en servicios o bien en forma combinada, deberán aplicarse en cada país, de acuerdo con sus condiciones sociales, económicas y demográficas. En cada caso y en particular para ciertos grupos de bajo nivel económico, las prestaciones en efectivo o sus equivalentes en especie pueden ser mayores a las que otorgan a otros grupos de nivel económico superior y es recomendable establecer una relación equitativa entre las prestaciones y las necesidades e ingresos de la familia.

En cualquier programa de prestaciones familiares deberá tratarse de reducir en lo posible los gastos de administración, sin que tal reducción afecte la eficacia del servicio correspondiente.

Recomienda:

Los Estados Americanos deberían instituir sistemas de prestaciones familiares o ampliar los ya existentes, coordinándolos con todas las formas de actividad tendientes a la protección integral de la familia.

Cada Estado, de acuerdo con sus propias condiciones económicas, sociales y demográficas, debe determinar el grado, la forma y el orden en que habrá de implantarse o ampliarse esa protección.

Se recomienda que los Estados americanos estudien la conveniencia de concertar tratados de reciprocidad, en lo que se refiere a las prestaciones familiares y esta recomendación se dirige fundamentalmente a los países que tengan fronteras comunes.

Sería demasiado repetir aquí las resoluciones de carácter internacional que ya se han adoptado con el objeto de proteger a la "familia" a través de las instituciones de seguro social u otros organismos que, en su conjunto, representan la "seguridad social" que una nación ofrece a su pueblo. Sin embargo, aún en el concenso internacional, un Convenio merece especial referencia y sobre él formularemos breves observaciones. Trátase del Convenio No.102 denominado "Norma Mínima de la Seguridad Social", adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo en su XXXV reunión celebrada en 1952, el cual se transcribe íntegramente al final de este trabajo, como adendum.

El convenio sobre la "Norma Mínima de la Seguridad Social" está concebido con doble objetivo. El primero en el sentido de estimular una protección objetiva a un grupo mayor de la población hasta la totalidad de los ciudadanos y el segundo con objeto de lograr una estrecha relación entre el tipo y valor de las prestaciones otorgadas por la seguridad social y la familia de los asegurados.

Las partes específicas del Convenio No.102, se refieren,

respectivamente, a la "asistencia médica", parte II; a las "prestaciones monetarias de enfermedad", parte III; a las "prestaciones de desempleo", parte IV; a las "prestaciones de vejez", parte V; a las "prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional", parte VI; a las "prestaciones familiares", parte VII; a las "prestaciones de maternidad", parte VIII; a las "prestaciones de invalidez", parte IX, y a las "prestaciones de sobrevivientes", parte X.

En las contingencias que deberán ser cubiertas por las partes II, VI y VIII del Convenio, en casi todos los casos se ha previsto que las prestaciones han de ser extensivas a la familia del asegurado.

En la parte VII la familia ha sido el elemento principal de protección y en la parte X se busca la protección exclusiva de la "familia", pues es precisamente la prestación que se deberá otorgar como consecuencia de la muerte de su sostén.

Finalmente, en cuanto a la relación entre el tipo y valor de las prestaciones y la familia del asegurado, constátase, entre otras cosas, que el Convenio dedica toda su parte XI, "cálculo de los pagos periódicos", a la formulación de reglas que tienen por finalidad establecer cuantías mínimas de los pagos periódicos y se puede observar claramente que el elemento "familia" ha estado siempre presente en los estudios realizados y ha sido tomado en debida

cuenta - considerándose la realidad actual- en la formulación final de esta parte del Convenio.

El Convenio estableció un beneficiario-tipo con el objeto de fijar para él el porcentaje de los pagos periódicos y en el cuadro que sigue se observa que en la determinación de ese beneficiario-tipo, la familia una vez más, ha tenido influencia directa.

El porcentaje determinado en el cuadro siguiente, significa que las legislaciones nacionales deberán fijar, como valor mínimo para cualquier pago periódico a un "beneficiario-tipo" y para una determinada contingencia, un quantum que sea igual o superior al porcentaje indicado en dicho cuadro, calculado, de acuerdo con la contingencia, sobre el total de la ganancia anterior del beneficiario o de su sostén de familia y del importe de las asignaciones familiares pagadas a una personas protegida que tenga la mismas cargas de familia que el "beneficiario-tipo.". Las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia se calculan de conformidad con reglas prescritas en el propio Convenio No.102.

## Cuadro Anexo a la Parte XI. Pagos Periódicos

## Al Beneficiario - tipo

Partes	Contingencias	Beneficiarios-Tipo	Porcen taje
III	Enfermedad.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	45
IV	Desempleo.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	45
V	Vejez.....	Hombre con cónyuge y en edad de pensión...	40
VI	Accidente de Tra- bajo y enfermeda- des profesionales: Incapacidad para trabajar.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	50
VII	Invalidez.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	50
	Sobrevivientes....	Viuda con dos hijos.	40
VIII	Maternidad.....	Mujer.....	45
IX	Invalidez.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	40
X	Sobrevivientes....	Viuda con dos hijos..	40



## SEGUNDA PARTE

El Problema, la Política y las Realizaciones  
en las Américas

En esta parte de nuestro trabajo buscaremos:

- a) Ecuacionar el problema de la protección de la familia, tal como se presenta en los momentos actuales;
- b) Enfocar la política desarrollada por los países de América en este sector, a través de la seguridad social, y sintetizar los resultados logrados, en particular, por medio del Seguro Social.

Para mayor claridad de nuestro trabajo, deseamos fijar, inicialmente, la diferencia entre los conceptos de seguridad social y de seguro social. Esta Secretaría General, con la valiosa cooperación de hombres de Estado, profesores universitarios, periodistas especializados, administradores de instituciones de seguro social, expertos y estudiosos de la materia, recopiló una serie de conceptos y respuestas sobre lo que es la seguridad social<sup>5</sup> y por medio de ellos se puede fijar claramente los denominadores comunes que determinan las ideas de seguridad social y de seguro social.

---

<sup>5</sup> Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Cuaderno Núm. 3 - ¿Qué es la Seguridad Social? - Ginebra, diciembre de 1951.

La "seguridad social", es el conjunto orgánico y sistemático de normas, organismos e instituciones a través de los cuales se busca la protección contra los riesgos bio-socio-económicos que amenazan a los individuos.

El "seguro social" es, primordialmente, el medio por el cual se busca preservar o amparar a determinados grupos de trabajadores, en contra de los riesgos que puedan producir la reducción o la pérdida de su capacidad de trabajo y por lo tanto de ganancia. Es decir, el seguro social es el organismo ejecutor de una parte del programa de la seguridad social, por el cual se otorgan prestaciones en dinero o en especie, con el objeto de prevenir o atender a daños biológicos y equilibrar o indemnizar daños económicos, cuando uno u otro se presenten, sea en carácter parcial-temporal, parcial-permanente, sea en carácter total-temporal o total-permanente.

#### Problema

Para ecuacionar el problema de la protección a la familia, formularemos el cuadro que sigue en el cual se ponen en evidencia los tres tipos principales de protección que necesita la familia y luego, para cada uno de los tipos de protección, se especifican los medios de hacerla efectiva.

Como es obvio, el cuadro sintetiza en líneas muy generales el problema. Sin embargo, no es otra nuestra intención que la de ofrecer solamente un elemento inicial, dejando al propio Congreso la tarea de profundizar los estudios.

## El Problema de la Protección a la Familia

MEDIDAS DE PROTECCION A LA FAMILIA	Protección Sanitaria	Exámenes prenupciales; Control y asistencia prenatal; Educación sanitaria; Reposo pre y postnatal; Garantías relativas al parto; Asistencia médica, far- macéutica, odontológi- ca y hospitalaria; Educación sexual de los jóvenes; Alimentación y vi- vienda.
	Protección Social	Asistencia social en general; Subsidios familiares; Amparo del niño so- cialmente desplazado; Orientación profesional de los jóvenes; y Amparo del anciano.
	Protección Económica	Asignaciones familiares { En especie En dinero  Prestaciones pecu- narias { Por enfermedad; Por incapacidad temporal para trabajar; Por desempleo; Por invalidez; y Por vejez.  Indemnizaciones y prestaciones por accidentes del tra- bajo y enfermedades profesionales. Subsidios por muerte del sostén o miem- bros de su familia; y Pensión a los sobre- vivientes.

### Política

Como línea principal orientadora de la política de la protección a la familia, en los países americanos, se puede citar la tendencia que han llevado a los legisladores a incluir en casi todas las cartas fundamentales, principios o normas que determinan la protección de las obras de bienestar social; de asistencia social o asistencia pública; el amparo a la familia, así como establecer también rumbos para la creación de regímenes de seguridad social, a través de los cuales se busca siempre garantizar la protección de las clases trabajadoras contra varias contingencias y riesgos sociales.

Al iniciarse la última década, la Constitución de la República Argentina, en su capítulo III fija los derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura.

La Constitución política Boliviana, dedica las secciones décimacuarta y décimaquinta al régimen social y la familia.

La Constitución de los Estados Unidos del Brasil, establece en su Título V, los preceptos relativos a la previsión social; higiene y seguridad del trabajador; derecho al reposo antes y después del parto; asistencia sanitaria en general para el trabajador y la embarazada; asistencia a los desempleados; protección a la maternidad y a los efectos de la enfermedad, de la vejez, de

la invalidez y de la muerte y, además, establece el seguro obligatorio contra los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La Constitución política de la República de Colombia, dedica su Título III a las garantías sociales y determina que la asistencia pública es función del Estado.

La Constitución de Costa Rica, dedica su Título V a los derechos y garantías sociales.

La Constitución de la República de Cuba, dedica diversos artículos de sus diferentes títulos a materias que tienen relación con la seguridad social y la protección a la familia, tales como: Artículo 43, primer párrafo, Título V, en el cual se determina que la familia, la maternidad y el matrimonio tienen la protección del Estado; Artículo 45, Título V, en el cual la niñez y la juventud estarán protegidas contra la explotación y el abandono moral y material.

La Constitución de la República de Chile, establece en su Capítulo III derechos generales que se relacionan con la seguridad social y la familia.

La Constitución política del Ecuador, dedica su Parte Segunda (Normas de Acción) a las garantías fundamentales generales e individuales, establece que el Estado es responsable del amparo de la maternidad y de la protección de la madre y del hijo y de-

termina, además, la protección del Estado para los niños que carezcan de protección familiar económica;

La Constitución de El Salvador dedica varios artículos de su capítulo II a materias que tienen relación con la familia y la seguridad social, tales como:

Que es obligación asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social; (Artículo 2o.)

Que la familia, como base fundamental de la sociedad, debe ser protegida especialmente por el Estado, el cual dictará las leyes y disposiciones necesarias para su mejoramiento o para fomentar el matrimonio y para la protección y asistencia de la maternidad y la infancia. (Artículo 180).

La Constitución de Guatemala en varios de sus Artículos de la Sección Primera del Capítulo II, se refiere a garantías para la familia, para el niño y establece además el seguro social obligatorio contra la invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes del trabajo.

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos dedica su Título VI al trabajo y a la previsión social en el cual se determina la protección a la maternidad y al niño.

La Constitución de Panamá dedica su Título III a los derechos y deberes individuales y sociales, refiriéndose en su Capí

tulo II especialmente a la familia, y en el V a la salud pública y a la asistencia social.

La Constitución de Paraguay se refiere también, en términos generales, al cuidado de la salud de la población, a la asistencia social así como a la educación moral, espiritual y física de la juventud, como deberes del Estado.

La Constitución política de Perú dedica su Título II a las garantías constitucionales, nacionales y sociales y con referencia a la familia y la seguridad social, determina que el Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada dictando leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias; determina además que el matrimonio, la familia y la maternidad están bajo la protección de la ley.

La Constitución de la República Dominicana dedica el párrafo segundo de su Artículo 60. a los derechos sociales individuales.

La Constitución de los Estados Unidos de América del Norte en el Artículo I de la Sección 8, confiere al Congreso el derecho de legislar en favor del seguro social, de la defensa común y bienestar general.

La Constitución de la República Oriental del Uruguay establece en su Capítulo II de la Sección II, derechos, deberes y garantías y determina en el artículo 39 que el Estado velará por el

fomento social de la familia; además, dice que el cuidado y educación de los hijos para que éstos alcancen su plena capacidad corporal, intelectual y social, es un deber y un derecho de los padres. Quienes tengan a su cargo numerosa prole, tienen derecho a auxilios compensatorios siempre que los necesiten.

Asimismo determina que la maternidad, cualesquiera que sean las condiciones o estado de la mujer, tiene derecho a la protección de la sociedad y a su asistencia en caso de desamparo. Determina también que por intermedio de los seguros sociales se garantizarán retiros adecuados y subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc. y a las familias, en caso de muerte, una pensión.

La Constitución de los Estados Unidos de Venezuela contempla tanto en su Declaración Preliminar como en el Título III de sus derechos y deberes individuales y sociales, diversas garantías relacionadas con la familia y la seguridad social.

#### Realizaciones

Sólo en el curso de las dos últimas décadas, fué cuando efectivamente el seguro social germinó definitivamente y tuvo un desarrollo apreciable en los países americanos.

En 1935, una pequeña minoría de los países americanos contaban con un sistema de seguro social; Argentina, Bolivia Bra-



sil, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos y Uruguay, En otros 14 países no había prácticamente ninguna medida en este campo: Canadá, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, El Salvador y Venezuela.

En el decenio 1935 a 1945, se puede decir que hubo un verdadero despertar para la seguridad social y así es que en los países en donde ya había algún sistema en vigencia, los mismos tuvieron un desarrollo intensivo y en muchos de los demás países el seguro social tuvo su inicio y dió los primeros pasos en el sentido de su consolidación. En 1945, 17 países contaban con regímenes de seguro social; los únicos 5 países que en esta época carecían aún del mismo eran: Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y El Salvador.

Entre 1945 y 1955, casi todos los regímenes de seguro social existentes en este Continente, fueron reformados y, actualmente, las legislaciones, en cuanto a los riesgos cubiertos, ya se aproximan mucho a las necesidades nacionales. A continuación agrupamos por tipo de contingencias cubiertas los regímenes de seguridad social de los diversos países de América.

Enfermedad-maternidad; invalidez-vejez-muerte y riesgos profesionales (Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Paraguay, México y Venezuela).

Enfermedad-maternidad; invalidez-vejez y muerte (Chile, Costa Rica, Panamá, Perú y República Dominicana).

Enfermedad-maternidad y accidentes del trabajo (Haití).

Maternidad, invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales (Argentina y Cuba).

Vejez, muerte y desempleo (Estados Unidos).

Además, la protección a la cesantía está prevista en las legislaciones de México, Venezuela y Costa Rica; las asignaciones familiares, en las legislaciones de Argentina, Brasil, Bolivia, Canadá, Chile y Uruguay. En Canadá, en determinadas provincias y para determinados grupos, está establecida la protección a la vejez, ceguera, maternidad, invalidez, muerte y desempleo.

Por la distribución de los riesgos se verifica que a través de los regímenes de seguro social, se ha intentado - dentro de las condiciones y posibilidades socio-económicas de cada país - atender a las contingencias que efectivamente afectaban, no sólo al asegurado personalmente, sino también a su familia. En los regímenes en que la prestación es otorgada exclusivamente al asegurado, es de reconocer que su familia, indirectamente, recibe también los efectos benéficos de la prestación, pues, en estos casos, el régimen tiene por objeto proteger y asistir al sostén de la familia o cualquiera de sus miembros que estén asegurados y que represente una fuerza económica dentro de la propia familia, para que pueda seguir ininterrum

pidamente sus labores y, por lo tanto, obtener las ganancias necesarias para sostener a sus dependientes económicos.

La Asistencia médica, cuando extensiva a las familias de los asegurados, es siempre otorgada por la misma rama del seguro que proporciona asistencia al asegurado; de la misma forma, las prestaciones de maternidad concedidas a la mujer asegurada, es también la misma que se otorga a las esposas de los asegurados.

Determinados regímenes han hecho ya un apreciable adelanto en el sentido de relacionar el valor de la prestación por muerte del sostén de la familia con la composición de ésta.

En Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay, se otorga una prestación cuyo valor tiene estrecha relación con la composición familiar del asegurado, es decir, la pensión por muerte es, en cada caso, calculada de acuerdo con el número de derecho-habientes del asegurado.

Independientemente de la actuación directa del seguro social, en diversos países de América existen otras iniciativas subsidiarias con el objeto de proteger a la familia o más bien a los niños. Estas iniciativas son los comedores escolares, los servicios de guardería, los servicios de bienestar de la infancia, etc.

### Asignaciones Familiares

En este nuestro trabajo deseamos dedicar un pequeño capítulo especial a las Asignaciones Familiares, prestación que en este momento comienza a ser otorgada por algunos países del Continente.

No siempre las asignaciones familiares en las Américas están bajo el control del seguro social; sin embargo, son efectivamente prestaciones que pueden ser encuadradas en todos los programas de seguridad social de los países americanos.

Dos son las fórmulas de este beneficio: a) en especie; b) en dinero. Hay opiniones divergentes en cuanto a la eficacia y los efectos de una u otra forma; no obstante, es indiscutible que ambas son de utilidad para la protección de la familia.

El objetivo principal de las asignaciones familiares varía entre dos extremos: i) aumento de la población; ii) protección a la familia numerosa y económicamente débil. Para el primero de los casos tendremos que buscar un ejemplo en el Viejo Continente, en Francia, donde el valor económico de la prestación es de tal forma elevado que, efectivamente, ejerce una influencia directa en el aumento de la población; para el segundo caso citaremos la República de los Estados Unidos del Brasil en donde las asignaciones familiares son concedidas solamente al nacer el octavo hijo para familias de escasos recursos económicos.

Entre los dos extremos, hay una larga serie de situaciones

particulares y, para cada una de ellas, hay que adaptar el sistema de prestaciones.

En las Américas, el carácter principal de la prestación es la de un pago mensual correspondiente a cada hijo. Los países americanos que han legislado sobre el particular son: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile y Uruguay.

#### ARGENTINA

El valor de la prestación es de 100 pesos por el cónyuge, y 50 pesos por cada hijo, mensualmente. Es pagadera como salario familiar a las familias económicamente débiles.

El campo de aplicación es el de los empleados de banca, empleados públicos y los que adoptan el régimen por convenio colectivo. La prestación por los hijos es pagadera hasta los 21 años. El recurso financiero para el sostenimiento del régimen, está representado por aportaciones de los propios empleados que tienen derecho al beneficio.

#### BOLIVIA

En este país la cuantía del subsidio es de 500 bolivianos mensuales para cada hijo mayor de un año y menor de 16 años; sin embargo, si el menor sigue estudiando en un establecimiento público, el subsidio es pagadero hasta los 18 años. Para los hijos inválidos, no hay límite de edad.

La prestación es concedida a los trabajadores fabriles, mineros, de la construcción y petroleros.

Es responsable de la administración de las asignaciones familiares, la Caja Nacional de Seguro Social a través del Fondo Nacional de Compensación de Subsidios Familiares con control autónomo. Los recursos financieros emanan de las cotizaciones mensuales pagaderas por los empleadores de los trabajadores vinculados al régimen. El quantum de la cotización del empleador es el de 13 por ciento, calculado sobre los salarios o sueldos de sus empleados.

#### BRASIL

El valor de la prestación es de 100 cruzeiros mensuales para el octavo hijo de una familia de escasos recursos y 20 cruzeiros por cada hijo después del octavo; la prestación es pagadera hasta la edad de 18 años. El beneficio es concedido a todas las familias económicamente débiles. La administración está a cargo del propio Ministerio del Trabajo y los recursos financieros son los que están fijados en el presupuesto general del país.

Además, las Instituciones de Seguro Social y el propio Gobierno otorgan a sus empleados un salario familiar, representado por una cuota mensual para cada hijo.

#### CANADA

El valor de la prestación está fijado por una escala que

dios que efectúen; además, se paga la prestación por el padre o madre inválidos o con más de 65 años de edad. Para los hijos inválidos no hay límite de edad.

El campo de aplicación en el caso de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, es el de los empleados particulares, de los de la administración del Estado Civil y Militar, de los de las municipalidades y de los obreros agrícolas o personas a su cargo. Por intermedio del Servicio del Seguro Social se protege a todos los obreros asalariados, postulantes o aprendices de cualquier trabajo, industria o profesión.

Los recursos económicos para el grupo de la Caja de Previsión es la aportación por parte de los asegurados de un 2 por ciento de sus salarios y por parte de los empleadores, un porcentaje variable, no inferior de un 5 por ciento de los salarios o sueldos que paga. Para el grupo del Servicio del Seguro Social, una cotización de sus asegurados igual a 2 por ciento de los salarios sobre los cuales pagan sus cuotas al Seguro Social y una aportación inicial de los empleadores del 13 por ciento de los salarios de sus empleados. La administración de los dos regímenes corresponde, respectivamente, al Consejo de Administración de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, por medio del Departamento de Asignaciones Familiares de dicha Caja y al Consejo Directivo del Servicio del Seguro Social a través también de su Departamento de Asignaciones Familiares.

## URUGUAY

La cuantía del subsidio es de 11 pesos mensuales para cada uno de los dos primeros beneficiarios y de 12 pesos mensuales para los siguientes. La prestación es pagadera hasta la edad de 14 ó 16 años, de acuerdo con determinadas condiciones o si el menor cursa estudios. Cuando el sostén de la familia sea un hijo huérfano, se pagan subsidios por sus hermanos menores de 14 ó 16 años. Cuando un asalariado se haga cargo de menores abandonados, se les paga también la prestación hasta que cumplan 14 ó 16 años. En los casos de niños inválidos no hay límite de edad.

El campo de aplicación del régimen en Uruguay es el de los asalariados de la industria, comercio, oficinas, cooperativas y servicios públicos no atendidos por el Estado. La Ley sobre Asignaciones Familiares fija un sueldo tope para la exención del pago de las prestaciones.

El organismo responsable de la administración de las asignaciones familiares, es el Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social por medio del Consejo Central de las Cajas de Compensación y Asignaciones Familiares.

El recurso económico con que se mantiene el régimen es una contribución de los patronos de un 4 por ciento de los sueldos o salarios pagados a sus obreros.



### Características generales

Las características de los regímenes descritos se pueden resumir en la forma siguiente:

En cuanto a su organización y gestión: en Argentina, Brasil y Canadá, el régimen es completamente independiente del Seguro Social, mientras que en Bolivia, Chile y Uruguay, es parte integrante de sus sistemas de Seguro Social.

En cuanto al campo de aplicación: en Canadá se ampara a todas las familias; en Argentina y Brasil, a las familias económicamente débiles y en Bolivia, Chile y Uruguay a determinadas categorías de la población activa.

En cuanto a los recursos económicos del régimen: en Canadá es financiado, como en Brasil, exclusivamente por el Gobierno Federal; en Bolivia y Uruguay por aportaciones exclusivas de los empleadores; en Argentina, por aportación de los empleados y en Chile por aportación de los empleados y empleadores.

Finalmente, en cuanto al valor de las asignaciones, se observa que en Canadá hay una escala que varía de acuerdo con las edades de los hijos. En Argentina, Bolivia y Chile, se paga un mismo valor sin distinción de edad. En Uruguay se paga una prestación de determinado valor para cada uno de los dos primeros beneficiarios y del tercero en adelante se eleva esta suma. En Brasil se paga un valor determinado por el octavo hijo y se reduce a un 20 por ciento de este valor para los hijos siguientes. El pago para todos los países

es mensual, y en Canadá puede ser suspendido si determinados requisitos (regularidad en asistir a la escuela y no tener trabajo remunerado) no son observados.

En todos los regímenes hay edades límites para el pago de las asignaciones y esa edad límite puede ser prolongada si el menor efectúa sus estudios como determina la Ley, excepto en Argentina y en Brasil.

#### Conclusiones Generales

No obstante el carácter sintético de la revisión que acabamos de efectuar del panorama americano, en cuanto a la protección de la familia a través de la seguridad social, nos permitimos hacer algunas constataciones y, a base de ellas, formular ciertas conclusiones generales que ofrecemos para estudio del Congreso.

Es evidente y no cabe duda que la acción de la seguridad social y en particular del seguro social en las Américas, ha realizado un trabajo considerable de protección a la familia; sin embargo, cuando simplemente confrontamos las estadísticas de población con las de asegurados, llegamos a la cruda realidad de que la etapa vencida representa una fracción bastante reducida considerando lo mucho que queda aún por hacerse.

Con unos cuantos datos que tenemos a la mano, referentes a 1952, damos seguidamente una demostración, en números redondos,

de la afirmación que acabamos de hacer:

AÑO DE 1952

País	Población	Asegurados	Por ciento de asegurados en relación con la población
Brasil...	52.000,000	3,300,000	6.34%
Colombia..	9.810,000	250,000	2.55%
Costa Rica	767,000	66,000	8.60%
Chile.....	5.024,000	1,100,000	21.89%
Ecuador...	3.385,000	103,000	3.04%
Guatemala.	3.255,000	211,000	6.48%
México....	25.581,000	435,000	1.70%
República Dominicana	1.497,000	219,000	14.63%
Panamá....	623,000	47,000	7.54%
Paraguay..	1.260,000	50,000	3.97%
Perú.....	7.116,000	319,000	4.48%
Venezuela.	4.986,000	122,000	2.45%

De la estadística presente, formularemos la conclusión que:

"Urge que los regímenes de seguro social amplíen sus campos de acción, llevando la protección de sus prestaciones a grupos de la población aún no amparados".

Considerando que la actividad agrícola es la que congrega el mayor grupo de las poblaciones del Continente;

considerando que el trabajo agrícola se efectúa en un alto porcentaje, a base de familias;

considerando además que pocos son los países americanos en los que el trabajador agrícola está vinculado a un régimen de seguro

social; se concluye que:

"Es imperativo, para las familias empleadas en la actividad agrícola, por sus condiciones de vida, la protección inmediata del seguro social".

Desde otro punto de vista, deseamos hacer constar que constituye también un problema considerable la diversidad de esfuerzos que se emplean con un objetivo común. Fácilmente se puede constatar, en cuanto a la protección a la maternidad, a la niñez y en contra del riesgo de enfermedad, que en casi todos los países americanos ese tipo de protección es llevado a cabo, paralelamente, por diversos órganos, sean ministeriales, sean estatales o municipales, sean por servicios públicos, semipúblicos, o por obras de iniciativa particulares y aún por instituciones de seguro social, etc., etc.

No se puede dejar de reconocer que cada uno de esos servicios desarrolla una fracción útil de actividad; sin embargo, es también forzoso señalar que en el trabajo efectuado en esta forma, existe una incontestable dispersión de recursos económicos, humanos y materiales, recursos esos siempre escasos en relación a las necesidades. Como consecuencia de esto, se concluye que:

"Para un mayor aprovechamiento de los recursos económicos, humanos y materiales disponibles, es exigible una estrecha coordinación administrativa y recomendable, cuando posible, un reagrupamiento de esas mismas actividades, bajo directrices y controles que obedez-

can a un programa general".

En lo que respecta a las prestaciones propiamente dichas del seguro social, nos permitimos formular esta conclusión final: "Diversos países empiezan a introducir en las fórmulas de cálculo de algunas de sus prestaciones del seguro social, una estrecha relación entre la composición familiar y el valor propiamente dicho de la prestación. Es de reconocer lo acertado de esa medida y recomendar su adopción en todos los casos y ocasiones en que sea posible".

## CONVENIO 102

### NORMA MINIMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Este Convenio que fué adoptado por la Conferencia General de la O.I.T., en junio de 1952, en su 35a. Reunión y que podrá ser citado como el "Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), 1952", dispone lo siguiente:

#### PARTE I. DISPOSICIONES GENERALES

##### Artículo 1

#### 1. A los efectos del presente Convenio:

- a) El término "prescrito" significa determinado por la legislación Nacional o en virtud de la misma.
- b) el término "residencia" significa la residencia habitual en el territorio del Miembro y el término "residente" designa a la persona que reside habitualmente en el territorio del Miembro;
- c) el término "la cónyuge" designa a la cónyuge que está a cargo de su marido;
- d) el término "viuda" designa a la cónyuge que estaba a cargo de su marido en el momento de su fallecimiento;
- e) el término "hijo" designa a un hijo en la edad de asistencia obligatoria a la escuela o al que tiene menos de quince años, según pueda ser prescrito;
- f) la expresión "período de calificación" significa un período de cotización, un período de empleo, un período de residencia o cualquier combinación de los mismos, según pueda ser prescrito.

2. A los efectos de los artículos 10, 34 y 49, el término "prestaciones" significa sea prestaciones directas en forma de asistencia o prestaciones indirectas consistentes en un reembolso de los gastos hechos por la persona interesada.

### Artículo 2

Todo Miembro para el cual esté en vigor este Convenio deberá:

- a) aplicar:
  - i) la parte I;
  - ii) tres, por lo menos, de las partes II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX y X, que comprendan por lo menos, una de las partes IV, V, VI, IX y X;
  - iii) las disposiciones correspondientes de las partes XI, XII y XIII;
  - iv) la parte XIV; y
- b) especificar en la ratificación cuáles son, de las partes II a X, aquellas respecto de las cuales acepta las obligaciones del Convenio.

### Artículo 3

1. Todo Miembro cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados, podrá acogerse, mediante una declaración anexa a su ratificación -si las autoridades competentes lo desean, y durante todo el tiempo que lo consideren necesario- a las excepciones temporales que figuran en los artículos siguientes: 9 d); 12 (2); 15 d); 18 (2); 21 c); 27 d); 33 b); 34 (3); 41 d); 48 c); 55 d); y 61 d).

2. Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo deberá incluir, en la memoria anual sobre la aplicación

del Convenio que habrá de presentar, en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, una declaración con respecto a cada una de las excepciones a que se haya acogido, en la cual exponga:

- a) Las razones por las cuales continúa acogándose a dicha excepción; o
- b) que renuncia, a partir de una fecha determinada, a acogerse a dicha excepción.

#### Artículo 4

1. Todo miembro que haya ratificado el presente Convenio podrá notificar ulteriormente al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo que acepta las obligaciones del Convenio respecto de una o varias de las partes II a X que no hubiera especificado ya en su ratificación.

2. Las obligaciones previstas en el párrafo 1 del presente artículo se considerarán parte integrante de la ratificación y producirán sus efectos desde la fecha de su notificación.

#### Artículo 5

Cuando, a los efectos del cumplimiento de cualquiera de las partes II a X de este Convenio que hubieren sido mencionadas en su ratificación, un Miembro esté obligado a proteger a categoría prescritas de personas que en total constituyan por lo menos un porcentaje determinado de asalariados o de residentes, dicho Miembro deberá cerciorarse de que el porcentaje correspondiente ha sido alcanzado, antes de comprometerse a cumplir dicha parte.

#### Artículo 6

A los efectos del cumplimiento de las partes II, III, IV, V, VIII ( en lo que se relaciona con la asistencia médica), IX o X de este Convenio, todo Miembro podrá tener en cuenta la protección resultante de aquellos seguros que en virtud de la legislación nacional no sean



obligatorias para las personas protegidas, cuando dichos seguros:

- a) Estén controlados por las autoridades públicas o administrados conjuntamente por los empleadores y los trabajadores, de conformidad con normas prescritas;
- b) cubren una parte apreciable de las personas cuyas ganancias no excedan de las de un trabajador calificado del sexo masculino;
- c) cumplen, conjuntamente con las demás formas de protección, cuando fuere apropiado, las disposiciones correspondientes del Convenio.

## Parte II. Asistencia médica.

### Artículo 7

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

### Artículo 8

La contingencia cubierta deberá comprender todo estado mórbido, cualquiera que fuere su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias.

### Artículo 9

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a categoría prescritas de asalariados que en total constituya, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías;

- b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías;
- c) sea a categorías prescritas de residentes que en total constituyan por lo menos, el 50 por ciento de todos los residentes;
- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que están empleadas, como mínimo, veinte personas, así como a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías.

#### Artículo 10

- 1. Las prestaciones deberán comprender, por lo menos:
  - a) En caso de estado mórbido:
    - i) La asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
    - ii) La asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
    - iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados; y
    - iv) la hospitalización, cuando fuere necesaria; y
  - b) en caso de embarazo, parto y sus consecuencias:

i) La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada; y

ii) la hospitalización, cuando fuere necesaria.

2. El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo.

3. La asistencia médica prestada de conformidad con este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

4. Los departamentos gubernamentales o las instituciones que concedan las prestaciones deberán estimular a las personas protegidas, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

#### Artículo 11

Las prestaciones mencionadas en el Artículo 10 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos, o a los miembros de las familias cuyo sostén haya cumplido dicho período.

#### Artículo 12

1. Las prestaciones mencionadas en el Artículo 10 deberá concederse durante todo el transcurso de la contingencia cubierta, si bien, en caso de estado mórbido, la duración de las prestaciones podrá limitarse a veintiséis semana en ca-

da caso; ahora bien, las prestaciones no podrán suspenderse mientras continúe pagándose una prestación monetaria de enfermedad, y deberán adoptarse disposiciones que permitan la extensión del límite antes mencionado, cuando se trate de enfermedades determinadas por la legislación nacional para las que se reconoce la necesidad de una asistencia prolongada.

2. Cuando se formule una declaración en virtud del Artículo 3, la duración de las prestaciones podrá limitarse a trece semanas en cada caso.

### Parte III. Prestaciones monetarias de enfermedad

#### Artículo 13

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar la concesión de prestaciones monetarias de enfermedad a las personas protegidas, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

#### Artículo 14

La contingencia cubierta deberá comprender la incapacidad para trabajar, resultante de un estado mórbido, que entrañe la suspensión de ganancias según la defina la legislación nacional.

#### Artículo 15

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados;
- b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes;
- c) sea a todos los residentes cuyos recursos duran-

te la contingencia no excedan de límites prescritos de conformidad con las disposiciones del Artículo 67;

- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas.

#### Artículo 16

1. Cuando la protección comprenda a categorías de asalariados o a categorías de la población económicamente activa, la prestación consistirá en un pago periódico calculado de conformidad con las disposiciones del Artículo 65 o con las del Artículo 66.

2. Cuando la protección comprenda a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos, la prestación consistirá en un pago periódico calculado de conformidad con las disposiciones del Artículo 67.

#### Artículo 17

La prestación mencionada en el Artículo 16 deberá garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos.

#### Artículo 18

1. La prestación mencionada en el Artículo 16 deberá concederse durante todo el transcurso de la contingencia, a reserva de que su duración podrá limitarse a veintiséis semanas en cada caso de enfermedad, con la posibilidad de no pagarse la prestación por los tres primeros días de suspensión de ganancias.

2. Cuando se haya formulado una declaración en virtud

del Artículo 3, la duración de la prestación podrá limitarse:

- a) Sea a un período tal que el número total de días por los cuales se conceda la prestación en el transcurso de un año no sea inferior a diez veces el promedio de personas protegidas durante dicho año;
- b) o bien a trece semanas por cada caso de enfermedad, con la posibilidad de no pagarse la prestación por los tres primeros días de suspensión de ganancias.

#### Parte IV. Prestaciones de desempleo

##### Artículo 19

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de desempleo, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

##### Artículo 20

La contingencia cubierta deberá comprender la suspensión de ganancias, según la defina la legislación nacional, ocasionada por la imposibilidad de obtener un empleo conveniente en el caso de una persona protegida que sea apta para trabajar y esté disponible para el trabajo.

##### Artículo 21

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados;
- b) sea a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos de conformidad con las disposiciones del

## Artículo 67;

- c) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas.

## Artículo 22

1. Cuando la protección comprenda a categorías de asalariados, dicha prestación consistirá en un pago periódico calculado de conformidad con las disposiciones del Artículo 65 o con las del Artículo 66.

2. Cuando la protección comprenda a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos, la prestación consistirá en un pago periódico calculado de conformidad con las disposiciones del Artículo 67.

## Artículo 23

la prestación mencionada en el Artículo 22 deberá garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos.

## Artículo 24

1. La prestación mencionada en el Artículo 22 deberá concederse durante todo el transcurso de la contingencia, pero su duración podrá limitarse:

- a) Cuando la protección comprenda a categorías de asalariados, a trece semanas en el transcurso de un período de doce meses;
- b) cuando la protección comprenda a todos los residentes cuyos recursos durante la contin-

gencia no excedan de límites prescritos, a veintiséis semanas en el transcurso de un período de doce meses.

2. Cuando la legislación nacional establezca, que la duración de la prestación variará de conformidad con el período de cotización o de conformidad con las prestaciones recibidas anteriormente en el transcurso de un período prescrito, o con ambos factores a la vez, las disposiciones del apartado a) del párrafo 1 se considerarán cumplidas si el promedio de duración de la prestación comprende, por lo menos, trece semanas en el transcurso de un período de doce meses.

3. La prestación podrá no ser pagada por un período de espera fijado en los siete primeros días en cada caso de suspensión de ganancias, contando como parte del mismo caso de suspensión de ganancias los días de desempleo antes y después de un empleo temporal que no exceda de una duración prescrita.

4. Cuando se trate de trabajadores de temporada, la duración de la prestación y el período de espera podrán adaptarse a las condiciones de empleo.

## Parte V. Prestaciones de vejez.

### Artículo 25

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

### Artículo 26

1. La contingencia cubierta será la supervivencia más allá de una edad prescrita.

2. La edad prescrita no deberá exceder de sesenta y cinco años. Sin embargo, la autoridad competente podrá fijar una edad más elevada, teniendo en cuenta la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada en el país de



que se trate.

3. La legislación nacional podrá suspender la prestación si la persona que habría tenido derecho a ella ejerce ciertas actividades remuneradas prescritas, o podrá reducir las prestaciones contributivas cuando las ganancias del beneficiario excedan de un valor prescrito y las prestaciones no contributivas, cuando las ganancias del beneficiario, o sus demás recursos, o ambos conjuntamente, excedan de un valor prescrito.

#### Artículo 27

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados;
- b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes;
- c) sea a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos, de conformidad con las disposiciones del Artículo 67;
- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración, en virtud del Artículo 5, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas.

#### Artículo 28

La prestación consistirá en un pago periódico, calculado en la forma siguiente:

- a) Cuando la protección comprenda a categorías de asalariados o a categorías de la población económicamente activa, de conformidad con las disposiciones del Artículo 65 o con las del

## Artículo 66;

- b) cuando la protección comprenda a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos, de conformidad con las disposiciones del Artículo 67.

## Artículo 29

1. La prestación mencionada en el Artículo 28 deberá garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos:

- a) A las personas protegidas que hayan cumplido, antes de la contingencia, de conformidad con reglas prescritas, un período de calificación que podrá consistir en treinta años de cotización o de empleo, o en veinte años de residencia;
- b) cuando en principio estén protegidas todas las personas económicamente activas, a las personas protegidas que hayan cumplido un período de calificación prescrito de cotización y en nombre de las cuales se hayan pagado, durante el período activo de su vida, cotizaciones cuyo promedio anual alcance una cifra prescrita.

2. Cuando la concesión de la prestación mencionada en el párrafo 1 esté condicionada al cumplimiento de un período mínimo de cotización o de empleo, deberá garantizarse una prestación reducida, por lo menos:

- a) A las personas protegidas que hayan cumplido, antes de la contingencia, de conformidad con reglas prescritas, un período de calificación de quince años de cotización o de empleo; o
- b) cuando en principio estén protegidas todas las personas económicamente activas, a las personas protegidas que hayan cumplido un período de calificación prescrito de cotización y en nombre de las cuales se haya pagado, durante el período activo de su vida, la mitad del promedio anual de cotizaciones prescrito a que se refie-

re el apartado b) del párrafo 1 del presente artículo.

3. Las disposiciones del párrafo 1 del presente artículo se considerarán cumplidas cuando se garantice una prestación calculada de conformidad con la parte XI, pero según un porcentaje inferior en diez unidades al indicado en el cuadro anexo a dicha parte para el beneficiario tipo, por lo menos a las personas que hayan cumplido, de conformidad con reglas prescritas, diez años de cotización o de empleo, o cinco años de residencia.

4. Podrá efectuarse una reducción proporcional del porcentaje indicado en el cuadro anexo a la parte XI cuando el período de calificación correspondiente a la prestación del porcentaje reducido sea superior a diez años de cotización o de empleo, pero inferior a treinta años de cotización o de empleo. Cuando dicho período de calificación sea superior a quince años, se concederá una pensión reducida de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo.

5. Cuando la concesión de la prestación mencionada en los párrafos 1, 3 o 4 del presente artículo esté condicionada al cumplimiento de un período mínimo de cotización o de empleo, deberá garantizarse una prestación reducida, en las condiciones prescritas, a las personas protegidas que, por el solo hecho de la edad avanzada a que hubieren llegado cuando las disposiciones que permitan aplicar esta parte del Convenio se hayan puesto en vigor, no hayan podido cumplir las condiciones prescritas de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo, a menos que, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 1, 3 o 4 de este artículo, se conceda una prestación a tales personas a una edad más elevada que la normal.

### Artículo 30

Las prestaciones mencionadas en los artículos 28 y 29 deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia.

Parte VI. Prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional.

## Artículo 31

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

## Artículo 32

Las contingencias cubiertas deberán comprender las siguientes, cuando sean ocasionadas por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional prescritos:

- a) Estado mórbido;
- b) incapacidad para trabajar que resulte de un estado mórbido y entrañe la suspensión de ganancias, según la defina la legislación nacional;
- c) pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial que exceda de un grado prescrito, cuando sea probable que dicha pérdida total o parcial sea permanente, o disminución correspondiente de las facultades físicas; y
- d) pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia; en el caso de la viuda, el derecho a las prestaciones puede quedar condicionado a la presunción, conforme a la legislación nacional, de que es incapaz de subvenir a sus propias necesidades.

## Artículo 33

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, y, para las prestaciones a que da derecho la muerte del

sostén de familia, también a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías;

- b) cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, y, para las prestaciones a que da derecho la muerte del sostén de familia, también a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías.

#### Artículo 34

1. Con respecto al estado mórbido, las prestaciones deberán comprender la asistencia médica, tal como se especifica en los párrafos 2 y 3 de este artículo.

2. La asistencia médica comprenderá:

- a) La asistencia médica general y la ofrecida por especialistas, a personas hospitalizadas y no hospitalizadas, comprendidas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia odontológica;
- c) la asistencia por enfermeras, a domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica;
- d) el mantenimiento en un hospital, centro de convalecencia, sanatorio u otra institución médica;
- e) el suministro de material odontológico, farmacéutico, y cualquier otro material médico o quirúrgico, comprendidos los aparatos de prótesis y su conservación, así como los anteojos; y
- f) la asistencia suministrada por miembros de o-

tras profesiones reconocidas legalmente como conexas con la profesión médica, bajo la vigilancia de un médico o dentista.

3. Cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 3, la asistencia médica deberá comprender, por lo menos:

- a) La asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
- b) la asistencia por especialistas, ofrecida en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados; y
- d) la hospitalización, cuando fuere necesaria.

4. La asistencia médica prestada de conformidad con los párrafos precedentes tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

#### Artículo 35

1. Los departamentos gubernamentales o las instituciones que concedan la asistencia médica deberán cooperar, cuando fuere oportuno, con los servicios generales de reeducación profesional, a fin de readaptar para un trabajo apropiado a las personas de capacidad reducida.

2. La legislación nacional podrá autorizar a dichos departamentos o instituciones para que tomen medidas destinadas a la reeducación profesional de las personas de capacidad reducida.

#### Artículo 36

1. Con respecto a la incapacidad para trabajar o a la

pérdida total de capacidad para ganar, cuando es probable que sea permanente, a la disminución correspondiente de las facultades físicas o a la muerte del sostén de familia, la prestación deberá consistir en un pago periódico calculado de conformidad con las disposiciones del Artículo 65 o con las del Artículo 66.

2. En caso de pérdida parcial de la capacidad para ganar, cuando es probable que sea permanente, o en caso de una disminución correspondiente de las facultades físicas, la prestación, cuando deba ser pagada, consistirá en un pago periódico que represente una proporción conveniente de la prestación prevista en caso de pérdida total de la capacidad para ganar o de una disminución correspondiente de las facultades físicas.

3. Los pagos periódicos podrán substituirse por un capital pagado de una sola vez:

- a ) Cuando el grado de incapacidad sea mínimo; o
- b) cuando se garantice a las autoridades competentes el empleo razonable de dicho capital.

#### Artículo 37

Las prestaciones mencionadas en los artículos 34 y 36 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que estuvieran empleadas como asalariados en el territorio del Miembro en el momento del accidente o en el momento en que se contrajo la enfermedad; y si se trata de pagos periódicos resultantes del fallecimiento del sostén de familia, a la viuda y a los hijos de aquél.

#### Artículo 38

Las prestaciones mencionadas en los artículos 34 y 36 deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia; sin embargo, con respecto a la incapacidad para trabajar, la prestación podrá no pagarse por los tres primeros días en cada caso de suspensión de ganancias.

## Parte VII. Prestaciones familiares

## Artículo 39

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones familiares de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

## Artículo 40

La contingencia cubierta será la de tener hijos a cargo en las condiciones que se prescriben.

## Artículo 41

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados;
- b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes;
- c) sea a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos;
- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 5, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas.

## Artículo 42

Las prestaciones deberán comprender:

- a) Sea un pago periódico concedido a toda persona



protegida que haya cumplido el período de calificación prescrito;

- b) sea el suministro a los hijos, o para los hijos, de alimentos, vestido, vivienda y el disfrute de vacaciones o de asistencia doméstica;
- c) o bien una combinación de las prestaciones mencionadas en a) y b).

#### Artículo 43

Las prestaciones mencionadas en el Artículo 42 deberán garantizarse, por lo menos, a las personas protegidas que hayan cumplido, durante un período prescrito, un período de calificación que podrá consistir en tres meses de cotización o de empleo, o en un año de residencia, según se prescribe.

#### Artículo 44

El valor total de las prestaciones concedidas, de conformidad con el Artículo 42, a las personas protegidas, deberá ser tal que represente:

- a) El 3 por ciento del salario de un trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino, determinado de conformidad con las disposiciones del Artículo 66, multiplicado por el número total de hijos de todas las personas protegidas; o
- b) el 1,5 por ciento del salario susodicho, multiplicado por el número total de hijos de todos los residentes.

#### Artículo 45

Cuando las prestaciones consistan en un pago periódico, deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia.

## Parte VIII. Prestaciones de maternidad

## Artículo 46

Todo miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de maternidad, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

## Artículo 47

La contingencia cubierta deberá comprender el embarazo, el parto y sus consecuencias, y la suspensión de ganancias resultante de los mismos, según la defina la legislación nacional.

## Artículo 48

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a todas las mujeres que pertenezcan a categorías prescritas de asalariados, categorías que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, y, en lo que concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los hombres comprendidos en esas mismas categorías;
- b) sea a todas las mujeres que pertenezcan a categorías prescritas de la población económicamente activa, categorías que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes, y, en lo que concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los asalariados comprendidos en esas mismas categorías;
- c) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 5, a todas las mujeres que pertenezcan a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por

lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajan en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, y en lo que concierne a las prestaciones médicas de maternidad, también a las cónyuges de los hombres comprendidos en esas mismas categorías.

#### Artículo 49

1. En lo que respecta al embarazo, al parto y sus consecuencias, las prestaciones médicas de maternidad deberán comprender la asistencia médica mencionada en los párrafos 2 y 3 de este artículo.

2. La asistencia médica deberá comprender, por lo menos:

- a) La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada; y
- b) la hospitalización, cuando fuere necesaria.

3. La asistencia médica mencionada en el párrafo 2 de este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la mujer protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

4. Las instituciones o los departamentos gubernamentales que concedan las prestaciones médicas de maternidad deberán, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, estimular a las mujeres protegidas para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

#### Artículo 50

Con respecto a la suspensión de ganancias resultante del embarazo, del parto y sus consecuencias, la prestación consistirá en un pago periódico calculado de confor-

midad con las disposiciones del Artículo 65 o las del Artículo 66. El monto del pago periódico podrá variar en el transcurso de la contingencia, a condición de que el monto medio esté de conformidad con las disposiciones susodichas.

#### Artículo 51

Las prestaciones mencionadas en los Artículos 49 y 50 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos, a las mujeres pertenecientes a las categorías protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos; las prestaciones mencionadas en el Artículo 49 deberán también garantizarse a las cónyuges de los trabajadores de las categorías protegidas, cuando éstos hayan cumplido el período de calificación previsto.

#### Artículo 52

Las prestaciones mencionadas en los Artículos 49 y 50 deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia; sin embargo, los pagos periódicos podrán limitarse a doce semanas, a menos que la legislación nacional imponga o autorice un período más largo de abstención del trabajo, en cuyo caso los pagos no podrán limitarse a un período de menor duración.

### Parte IX. Prestaciones de invalidez

#### Artículo 53

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de invalidez, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

#### Artículo 54

La contingencia cubierta deberá comprender la ineptitud para ejercer una actividad profesional, en un grado prescrito, cuando sea probable que esta ineptitud será permanente o cuando la misma subsista después de cesar las

prestaciones monetarias de enfermedad.

#### Artículo 55

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados;
- b) sea a categorías prescritas de la población activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes;
- c) sea a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos de conformidad con las disposiciones del Artículo 67;
- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas.

#### Artículo 56

La prestación deberá consistir en un pago periódico calculado en la forma siguiente:

- a) Cuando la protección comprenda a categorías de asalariados o a categorías de la población económicamente activa, de conformidad con las disposiciones del Artículo 65 o con las del Artículo 66;
- b) cuando la protección comprenda a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de un límite prescrito, de conformidad con las disposiciones del Artículo 67.

## Artículo 57

1. La prestación mencionada en el Artículo 56 deberá garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos:

- a) A las personas protegidas que hayan cumplido, antes de la contingencia, según reglas prescritas, un período de calificación que podrá ser de quince años de cotización o de empleo o de diez años de residencia; o
- b) cuando en principio todas las personas económicamente activas estén protegidas, a las personas protegidas que hayan cumplido un período de tres años de cotización y en nombre de las cuales se haya pagado, en el transcurso del período activo de su vida, cotizaciones cuyo promedio anual alcance un valor prescrito.

2. Cuando la concesión de la prestación mencionada en el párrafo 1 esté condicionada al cumplimiento de un período mínimo de cotización o de empleo, deberá garantizarse una prestación reducida, por lo menos:

- a) A las personas protegidas que hayan cumplido, antes de la contingencia, según reglas prescritas, un período de cinco años de cotización o de empleo; o
- b) cuando en principio todas las personas económicamente activas estén protegidas, a las personas protegidas que hayan cumplido un período de tres años de cotización y en nombre de las cuales se haya pagado en el transcurso del período activo de su vida la mitad del promedio anual de cotizaciones prescritas a que se refiere el apartado b) del párrafo 1 del presente Artículo.

3. Las disposiciones del párrafo 1 del presente Artículo se considerarán cumplidas cuando se garantice una prestación calculada de conformidad con la parte XI, pero según un porcentaje inferior en diez unidades al indicado en el cuadro anexo a esta parte para el beneficiario tipo, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido, de confor-

midad con reglas prescritas, cinco años de cotización, empleo o residencia.

4. Podrá efectuarse una reducción proporcional en el porcentaje indicado en el cuadro anexo a la parte XI cuando el período de calificación correspondiente a la prestación del porcentaje reducido sea superior a cinco años de cotización o de empleo, pero inferior a quince años de cotización o de empleo. Deberá concederse una prestación reducida, de conformidad con el párrafo 2 del presente Artículo.

#### Artículo 58

Las prestaciones previstas en los artículos 56 y 57 deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia o hasta que sean substituídas por una prestación de vejez.

#### Parta X. Prestaciones de sobrevivientes

#### Artículo 59

Todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de sobrevivientes, de conformidad con los Artículos siguientes de esta parte.

#### Artículo 60

1. La contingencia cubierta deberá comprender la pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia; en el caso de la viuda, el derecho a la prestación podrá quedar condicionado a la presunción, según la legislación nacional, de que es incapaz de subvenir a sus propias necesidades.

2. La legislación nacional podrá suspender la prestación si la persona que habría tenido derecho a ella ejerce ciertas actividades remuneradas prescritas, o podrá reducir las prestaciones contributivas cuando las ganancias del be-

beneficiario excedan de un valor prescrito, y las prestaciones no contributivas, cuando las ganancias del beneficiario, o sus demás recursos, o ambos conjuntamente, excedan de un valor prescrito.

#### Artículo 61

Las personas protegidas deberán comprender:

- a) Sea a las cónyuges y a los hijos del sostén de familia que pertenezcan a categorías prescritas de asalariados, categorías que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados;
- b) sea a las cónyuges y a los hijos del sostén de familia que pertenezcan a categorías prescritas de la población económicamente activa, categorías que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes;
- c) sea, cuando sean residentes, a todas las viudas y a todos los hijos que hayan perdido su sostén de familia y cuyos recursos durante la contingencia cubierta no excedan de límites prescritos, de conformidad con las disposiciones del Artículo 67;
- d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del Artículo 3, a las cónyuges y a los hijos del sostén de familia que pertenezcan a categorías prescritas de asalariados, categorías que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas.

#### Artículo 62

La prestación deberá consistir en un pago periódico, calculado en la forma siguiente:



- a) Cuando la protección comprenda categorías de asalariados o categorías de la población económicamente activa, de conformidad con las disposiciones del Artículo 65 o con las del Artículo 66; o
- b) cuando la protección comprenda a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos, de conformidad con las disposiciones del Artículo 67.

### Artículo 63

1. La prestación mencionada en el Artículo 62 deberá garantizarse en la contingencia cubierta, por lo menos:

- a) A las personas protegidas cuyo sostén de familia haya cumplido, según reglas prescritas, un período de calificación que podrá consistir en quince años de cotización o de empleo o en diez años de residencia; o
- b) cuando en principio las cónyuges y los hijos de todas las personas económicamente activas estén protegidos, a las personas protegidas cuyo sostén de familia haya cumplido un período de tres años de cotización, a condición de que se haya pagado en nombre de ese sostén de familia, en el transcurso del período activo de su vida, cotizaciones cuyo promedio anual alcance un valor prescrito.

2. Cuando la concesión de la prestación mencionada en el párrafo 1 esté condicionada al cumplimiento de un período mínimo de cotización o de empleo, deberá garantizarse una prestación reducida, por lo menos:

- a) A las personas protegidas cuyo sostén de familia haya cumplido, según reglas prescritas, un período de cinco años de cotización o de empleo; o
- b) cuando en principio las cónyuges y los hijos de todas las personas económicamente activas estén protegidos, a las personas protegidas

cuyo sostén de familia haya cumplido un período de tres años de cotización, a condición de que se haya pagado en nombre de ese sostén de familia, en el transcurso del período activo de su vida, la mitad del promedio anual de cotizaciones prescrito a que se refiere el apartado b) del párrafo 1 del presente Artículo.

3. Las disposiciones del párrafo 1 del presente Artículo se considerarán cumplidas cuando se garantice una prestación calculada de conformidad con la parte XI, pero según un porcentaje inferior en diez unidades al que se indica en el cuadro anexo a esa parte para el beneficiario tipo, por lo menos a las personas cuyo sostén de familia haya cumplido, de conformidad con las reglas prescritas, cinco años de cotización, empleo o residencia.

4. Podrá efectuarse una reducción proporcional en el porcentaje indicado en el cuadro anexo a la parte XI cuando el período de calificación correspondiente a la prestación del porcentaje reducido sea superior a cinco años de cotización o de empleo, pero inferior a quince años de cotización o de empleo. Deberá concederse una prestación reducida de conformidad con el párrafo 2 del presente Artículo.

5. Para que una viuda sin hijos, a la que se presume incapaz de subvenir a sus propias necesidades, tenga derecho a una prestación de sobreviviente, podrá prescribirse una duración mínima del matrimonio.

#### Artículo 64

Las prestaciones mencionadas en los Artículos 62 y 63 deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia.

#### Parte XI. Cálculo de los pagos periódicos

#### Artículo 65

1. Con respecto a cualquier pago periódico al que se aplique este Artículo la cuantía de la prestación, aumen-

tada con el importe de las asignaciones familiares pagadas durante la contingencia, deberá ser tal que, para el beneficiario tipo a que se refiere el cuadro anexo a la presente parte, sea por lo menos igual, para la contingencia en cuestión, al porcentaje indicado en dicho cuadro, en relación con el total de la ganancia anterior del beneficiario o de su sostén de familia y del importe de las asignaciones familiares pagadas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.

2. Las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia se calcularán de conformidad con reglas prescritas, y, cuando las personas protegidas o su sostén de familia estén repartidos en categoría según sus ganancias, la ganancia anterior podrá calcularse de conformidad con las ganancias de base de las categorías a que hayan pertenecido.

3. Podrá prescribirse un máximo para el monto de la prestación o para la ganancia que se tenga en cuenta en el cálculo de la prestación, a reserva de que este máximo se fije de suerte que las disposiciones del párrafo 1 del presente Artículo queden satisfechas cuando la ganancia anterior del beneficiario o de su sostén de familia sea inferior o igual al salario de un trabajador calificado del sexo masculino.

4. La ganancia anterior del beneficiario o de su sostén de familia, el salario del trabajador calificado del sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares se calcularán sobre el mismo tiempo básico.

5. Para los demás beneficiarios, la prestación será fijada de tal manera que está en relación razonable con la del beneficiario tipo.

6. Para la aplicación del presente artículo se considerará como trabajador calificado del sexo masculino:

- a) Sea a un ajustador o un tornero en una industria mecánica que no sea la industria de máquinas eléctricas;
- b) sea un trabajador ordinario, calificado definido de conformidad con las disposiciones del

párrafo siguiente;

- c) sea a una persona cuya ganancia sea igual o superior a las ganancias del 75 por ciento de todas las personas protegidas, determinándose estas ganancias sobre una base anual o sobre la base de un período más corto, según se prescriba;
- d) o bien a una persona cuya ganancia sea igual al 125 por ciento del promedio de las ganancias de todas las personas protegidas.

7. El trabajador ordinario calificado, a los efectos, del apartado b) del párrafo precedente, será uno de la categoría que ocupe el mayor número de personas protegidas del sexo masculino para la contingencia considerada, o de sostenes de familia de personas protegidas, en el grupo que ocupe el mayor número de esas personas protegidas o de sus sostenes de familia; a este efecto, se utilizará la clasificación internacional tipo, por industrias, de todas las ramas de actividad económica, adoptada por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, en su 7a reunión, el 27 de agosto de 1948, la cual se reproduce como anexo al presente Convenio, teniendo en cuenta toda modificación que pudiera haberse introducido.

8. Cuando las prestaciones varíen de una región a otra, el obrero calificado del sexo masculino podrá ser elegido dentro de cada una de las regiones, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 6 y 7 del presente Artículo.

9. El salario del trabajador calificado del sexo masculino se determinará de acuerdo con el salario de un número normal de horas de trabajo fijado por contratos colectivos, por la legislación nacional o en virtud de ella, y, si fuera necesario, por la costumbre, incluyendo los subsidios de carestía de vida, si los hubiere; cuando los salarios así determinados difieren de una región a otra y no se aplique el párrafo 8 del presente artículo, deberá tomarse el promedio del salario.

10. Los montos de los pagos periódicos en curso atribuidos para la vejez, para los accidentes del trabajo y las en-

fermedades profesionales (a excepción de las que cubran la incapacidad de trabajo), para la invalidez y para la muerte del sostén de familia serán revisados, a consecuencia de variaciones sensibles, del nivel general de ganancias que resulten de variaciones, también sensibles, del costo de la vida.

#### Artículo 66

1. Con respecto a cualquier pago periódico al que el presente Artículo se aplique, la cuantía de la prestación, incrementada con el importe de las asignaciones familiares pagadas durante la contingencia, deberá ser tal que para el beneficiario tipo, a que se refiere el cuadro anexo a la presente parte, sea por lo menos igual, para la contingencia en cuestión, al porcentaje indicado en dicho cuadro de vida, si los hubiere; cuando los salarios así determinados difieran de una región del total del salario del trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino, y del importe de las asignaciones familiares pagadas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.

2. El salario del trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares serán calculados sobre el mismo tiempo básico.

3. Para los demás beneficiarios, la prestación se fijará de tal manera que esté en relación razonable con la del beneficiario tipo.

4. Para la aplicación del presente Artículo se considerará como trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino:

- a) Un trabajador ordinario no calificado de una industria mecánica que no sea la industria de máquinas eléctricas; o
- b) un trabajador ordinario no calificado definido de conformidad con las disposiciones del párrafo siguiente.

5. El trabajador ordinario no calificado, a los efectos del apartado b) del párrafo precedente, será uno de la categoría que ocupe el mayor número de personas protegidas del sexo masculino para la contingencia considerada, o de sostenes de familia de personas protegidas, en la rama que ocupe el mayor número de personas protegidas o de sus sostenes de familia; a este efecto, se utilizará la clasificación internacional tipo, por industrias, de todas las ramas de actividad económica, adoptada por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, en su 7a reunión, el 27 de Agosto de 1948, y que se reproduce como anexo al presente Convenio, teniendo en cuenta cualquier modificación que pudiera haberse introducido.

6. Cuando las prestaciones varíen de una región a otra, el trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino podrá ser elegido, dentro de cada una de las regiones, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 4 y 5 del presente Artículo.

7. El salario del trabajador ordinario no calificado adulto del sexo masculino se determinará de acuerdo con el salario por un número normal de horas de trabajo fijado por contratos colectivos, por la legislación nacional o en virtud de ella, y, si fuera necesario, por la costumbre, incluyendo los subsidios de carestía de vida, si los hubiere; cuando los salarios así determinados difieran de una región a otra y no se aplique el párrafo 6 del presente Artículo, deberá tomarse el promedio del salario.

8. Los montos de los pagos periódicos en curso atribuidos para la vejez, para los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales (a excepción de los que cubran la incapacidad de trabajo), para la invalidez y para la muerte del sostén de familia serán revisados, a consecuencia de variaciones sensibles del nivel general de ganancias que resulten de variaciones, también sensibles, del costo de la vida.

#### Artículo 67

Con respecto a cualquier pago periódico al que se aplique el presente Artículo:

- a) El monto de la prestación deberá determinarse de acuerdo con una escala prescrita o según una escala fijada por las autoridades públicas competentes, de conformidad con reglas prescritas;
- b) el monto de la prestación no podrá reducirse sino en la medida en que los demás recursos de la familia del beneficiario excedan de sumas apreciables prescritas o fijadas por las autoridades competentes, de conformidad con reglas prescritas;
- c) el total de la prestación y de los demás recursos de la familia, previa deducción de las sumas apreciables a que se refiere el apartado b) anterior, deberá ser suficiente para asegurar a la familia condiciones de vida sana y convenientes, y no deberá ser inferior al monto de la prestación calculada de conformidad con las disposiciones del Artículo 66;
- d) las disposiciones del apartado c) se considerarán cumplidas, si el monto total de las prestaciones pagadas, para la parte en cuestión, excede, por lo menos, del 30 por ciento del monto total de las prestaciones que se obtendrían aplicando las disposiciones del Artículo 66 y las disposiciones del:
  - i) Apartado b) del Artículo 15, para la parte III;
  - ii) apartado b) del Artículo 27, para la parte V;
  - iii) apartado b) del Artículo 55, para la parte IX;
  - i) apartado b) del Artículo 61, para la parte X.

## CUADRO ANEXO A LA PARTE XI

## PAGOS PERIODICOS AL BENEFICIARIO TIPO

Partes	Contingencias	Beneficiarios tipo	Porcentaje
III	Enfermedad.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	45
IV	Desempleo.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	45
V	Vejez.....	Hombre con cónyuge en edad de pensión..	40
VI	Accidente del trabajo y enfermedades profesionales		
	Incapacidad para trabajar.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	50
	Invalidez.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	50
	Sobrevivientes...	Ciuda con dos hijos	40
VIII	Maternidad.....	Mujer.....	45
IX	Invalidez.....	Hombre con cónyuge y dos hijos.....	40
X	Sobrevivientes...	Viuda con dos hijos.	40

Parte XIII. Igualdad de trato a los residentes no nacionales.

## Artículo 68

1. Los residentes no nacionales deberán tener los mismos derechos que los residentes nacionales. Sin embargo, podrán prescribirse disposiciones especiales para los no nacionales y para los nacionales nacidos fuera del territorio del Miembro, en lo que respecta a las prestaciones o partes de prestaciones financiadas exclusivamente o de manera preponderante con fondos públicos, y en lo que respecta a los regímenes transitorios.



2. En los sistemas de seguridad social contributivos cuya protección comprenda a los asalariados, las personas protegidas que sean nacionales de otro Miembro que haya aceptado las obligaciones de la parte correspondiente del Convenio deberán tener, con respecto de dicha parte, los mismos derechos que los nacionales del Miembro interesado. Sin embargo, la aplicación de este párrafo podrá estar condicionada a la existencia de un acuerdo bilateral o multilateral que provea la reciprocidad.

### Parte XIII. Disposiciones comunes.

#### Artículo 69

Una prestación a la cual tendría derecho una persona protegida, si se aplicara cualquiera de las partes III a X del presente Convenio, podrá ser suspendida, en la medida que pueda ser prescrita:

- a) Tanto tiempo como el interesado no se encuentre en el territorio del Miembro;
- b) tanto tiempo como el interesado esté mantenido con cargo a fondos públicos o a costa de una institución o de un servicio de seguridad social; sin embargo, si la prestación excede del costo de esa manutención, la diferencia deberá concederse a las personas que estén a cargo del beneficiario;
- c) tanto tiempo como el interesado reciba otra prestación, en dinero, de seguridad social con excepción de una prestación familiar, y durante todo período en el transcurso del cual esté indemnizado por la misma contingencia por un tercero, a condición de que la parte de la prestación suspendida no sobrepase la otra prestación o la indemnización procedente de un tercero;
- d) cuando el interesado haya intentado fraudulentamente obtener una prestación;
- e) cuando la contingencia haya sido provocada por un crimen o delito cometido por el interesado;

- f) cuando la contingencia haya sido provocada por una falta intencionada del interesado.
- g) en los casos apropiados, cuando el interesado no utilice los servicios médicos o los servicios de readaptación puestos a su disposición, o no observe las reglas prescritas para comprobar la existencia de la contingencia o la conducta de los beneficiarios de las prestaciones;
- h) en lo que se refiere a las prestaciones de desempleo, cuando el interesado deje de utilizar los servicios del empleo, disponibles;
- i) en lo que se refiere a las prestaciones del desempleo, cuando el interesado haya perdido su empleo como consecuencia directa de una suspensión de trabajo debida a un conflicto profesional o haya abandonado su empleo voluntariamente sin motivo justificado; y
- j) en lo que se refiere a las prestaciones de sobrevivientes, tanto tiempo como la viuda viva en concubinato.

#### Artículo 70

1. Todo solicitante deberá tener derecho a apelar en caso de que se le niegue la prestación o en caso de queja sobre su calidad o cantidad.

2. Cuando, al aplicar el presente Convenio, la administración de la asistencia médica esté confiada a un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, el derecho de apelación previsto en el párrafo 1 del presente Artículo podrá substituirse por el derecho a hacer examinar por la autoridad competente cualquier reclamación referente a la denegación de asistencia médica o a la calidad de la asistencia médica recibida.

3. Cuando las reclamaciones se llevan ante tribunales especialmente establecidos para tratar de los litigios sobre seguridad social y en ellos estén representadas las personas protegidas, podrá negarse el derecho de apelación.

## Artículo 71

1. El costo de las prestaciones concedidas en aplicación del Presente Convenio y los gastos de administración de estas prestaciones deberán ser financiados colectivamente, por medio de cotizaciones o de impuestos, o por ambos medios a la vez, en forma que evite que las personas de recursos económicos modestos tengan que soportar una carga demasiado onerosa y que tenga en cuenta la situación económica del Miembro y la de las categorías de personas protegidas.

2. El total de cotizaciones de seguro a cargo de los asalariados protegidos no deberá exceder del 50 por ciento del total de recursos destinados a la protección de los asalariados y de las cónyuges y de los hijos de éstos. Para determinar si se cumple esta condición, todas las prestaciones suministradas por el Miembro en aplicación del presente Convenio, podrán ser consideradas en conjunto, a excepción de las prestaciones familiares y en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, si estas últimas dependen de una rama especial.

3. El Miembro deberá asumir la responsabilidad general en lo que se refiere al servicio de prestaciones concedidas en aplicación del presente Convenio y adoptar, cuando fuere oportuno, todas las medidas necesarias para alcanzar dicho fin; deberá garantizar, cuando fuere oportuno, que los estudios y cálculos actuariales necesarios relativos al equilibrio se establezcan periódicamente y, en todo caso, previamente a cualquier modificación de las prestaciones, de la tasa de las cotizaciones del seguro o de los impuestos destinados a cubrir las contingencias en cuestión,

## Artículo 72

1. Cuando la administración no esté conriada a una institución reglamentada por las autoridades públicas o a un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, representantes de las personas protegidas deberán participar en la administración o estar asociados a ella, con carácter consultivo, en las condiciones prescritas; la legislación nacional podrá prever asimismo la participación de representantes de los empleadores y de las autoridades públicas.

2. El Miembro deberá asumir la responsabilidad general de la buena administración de las instituciones y servicios que contribuyan a la aplicación del presente Convenio.

#### Parte XIV. Disposiciones diversas.

##### Artículo 73

Este Convenio no se aplicará:

- a) A las contingencias sobrevenidas antes de la entrada en vigor de la parte correspondiente del Convenio para el Miembro interesado;
- b) a las prestaciones concedidas por contingencias que hayan sobrevenido después de la entrada en vigor de la parte correspondiente del Convenio para el Miembro interesado, en la medida en que los derechos a dichas prestaciones provengan de períodos anteriores a la fecha de dicha entrada en vigor.

##### Artículo 74

No deberá considerarse que este Convenio revisa ninguno de los convenios existentes.

##### Artículo 75

Cuando un convenio adoptado posteriormente por la Conferencia, relativo a cualquier materia o materias tratadas por el presente Convenio así lo disponga, las disposiciones de éste que se especifiquen en el nuevo convenio cesarán de aplicarse a todo Miembro que lo hubiere ratificado, a partir de la fecha de entrada en vigor para el Miembro interesado.

##### Artículo 76

1. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio

se obliga a incluir en la memoria anual que habrá de presentar sobre la aplicación del Convenio, conforme al Artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo:

- a) Información completa sobre la legislación que dé efecto a las disposiciones del Convenio; y
- b) pruebas de haber observado las condiciones estadísticas especificadas en:
  - i) Los Artículos 9 a), b), c) ó d); 15 a), b) ó d); 21 a) ó c); 27 a), b) ó d); 33 a) ó b); 41 a), b) ó d); 48 a), b) ó c); 55 a), b) ó d); 61 a), b) ó d), en cuanto al número de personas protegidas;
  - ii) los Artículos 44, 65, 66 ó 67, en cuanto a la cuantía de las prestaciones;
  - iii) el párrafo 2 del Artículo 18, en cuanto a la duración de las prestaciones monetarias de enfermedad;
  - iv) el párrafo 2 del Artículo 24, en cuanto a la duración de las prestaciones de desempleo; y
  - v) el apartado a) del párrafo 2 del Artículo 71, en cuanto a la proporción de los recursos que provengan de las cotizaciones del seguro de los asalariados protegidos.

Hasta donde sea posible, estas pruebas deberán suministrarse de conformidad, en cuanto a su presentación, a las sugerencias formuladas por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, con objeto de dar mayor uniformidad a este respecto.

2. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio informará al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, a intervalos apropiados, conforme lo decida el Consejo de Administración, sobre el estado de su legislación y su aplicación en lo que concierne a cada una de las partes

II a X, que no hayan sido especificadas ya en la ratificación del Miembro en cuestión o en una notificación hecha posteriormente, en virtud del artículo 4.

#### Artículo 77

1. Este Convenio, no se aplica a la gente de mar ni a los pescadores de alta mar; las disposiciones para la protección de la gente de mar y de los pescadores de alta mar fueron adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en el Convenio sobre la seguridad social de la gente de mar, 1946 y en el Convenio sobre las pensiones de la gente de mar, 1946.

2. Un Miembro podrá excluir a la gente de mar y a los pescadores de alta mar del número de asalariados, de personas de la población económicamente activa o de residentes, considerado en el cálculo del porcentaje de asalariados o residentes protegidos, en aplicación de cualquiera de las partes II a X cubiertas por la ratificación.

#### Parte XV. Disposiciones finales.

#### Artículo 78

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

#### Artículo 79

1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.

2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.

3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

## Artículo 30

1. Las declaraciones comunicadas al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, de acuerdo con el párrafo 2 del Artículo 35 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, deberán indicar:

- a) Los territorios respecto de los cuales el Miembro interesado se obliga a que las disposiciones del Convenio o de cualquiera de sus partes sean aplicadas sin modificaciones;
- b) los territorios respecto de los cuales se obliga a que las disposiciones del Convenio, o cualquiera de sus partes sean aplicadas con modificaciones, junto con los detalles de dichas modificaciones;
- c) los territorios respecto de los cuales es inaplicable el Convenio y los motivos por los cuales es inaplicable;
- d) los territorios respecto de los cuales reserva su decisión en espera de un examen más detenido de su situación.

2. Las obligaciones a que se refieren los apartados a) y b) del párrafo 1 de este Artículo se considerarán parte integrante de la ratificación y producirán sus mismos efectos.

3. Todo Miembro podrá renunciar, total o parcialmente, por medio de una nueva declaración, a cualquier reserva formulada en su primera declaración en virtud de los apartados b), c) o d) del párrafo 1 de este Artículo.

4. Durante los períodos en que este Convenio pueda ser denunciado de conformidad con las disposiciones del Artículo 82, todo Miembro podrá comunicar al Director General una declaración por la que modifique, en cualquier otro respecto, los términos de cualquier declaración anterior y en la que indique la situación en territorios determinados.

## Artículo 81

1. Las declaraciones comunicadas al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, de conformidad con los párrafos 4 y 5 del Artículo 35 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, deberán indicar si las disposiciones del Convenio, o de cualquiera de las partes aceptadas en la declaración, serán aplicadas en el territorio interesado con modificaciones o sin ellas; cuando la declaración indique que las disposiciones del Convenio o de cualquiera de sus partes serán aplicadas con modificaciones, deberá especificar en qué consisten dichas modificaciones.

2. El Miembro, los Miembros o la autoridad internacional interesados podrán renunciar, total o parcialmente, por medio de una declaración ulterior, al derecho a invocar una modificación indicada en cualquier otra declaración anterior.

3. Durante los períodos en que este Convenio pueda ser denunciado de conformidad con las disposiciones del Artículo 82 el Miembro, los Miembros o la autoridad internacional interesados podrán comunicar al Director General una declaración por la que modifiquen, en cualquier otro respecto, los términos de cualquier declaración anterior, y en la que indiquen la situación en lo que se refiere a la aplicación del Convenio.

## Artículo 82

1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciar el Convenio, o una o varias de las partes II a X, a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.

2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este Artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años



y en lo sucesivo podrá denunciar el Convenio o cualquiera de las partes II a X a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

#### Artículo 83

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

#### Artículo 84

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los Artículos precedentes.

#### Artículo 85

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

#### Artículo 86

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presen-

te, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

- a) La ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el Artículo 82, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;
- b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

#### Artículo 87

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

## Anexo

Clasificación Internacional tipo, por industria,  
de todas las ramas de la actividad económica.

Lista de divisiones y grupos principales.

División 0.- Agricultura, silvicultura, caza y pesca:

01. Agricultura y ganadería.
02. Silvicultura, tala y corta.
03. Caza, caza mediante trampas y repoblación.
04. Pesca.

División 1.- Explotación de minas y canteras:

11. Extracción de carbón.
12. Extracción de minerales metálicos.
13. Petróleo crudo y gas natural.
14. Extracción de piedra, arcilla y arena.
19. Extracción de minerales no metálicos y explotación de canteras clasificadas en otra parte.

División 2-3.- Industrias manufactureras:

20. Industrias manufactureras de productos alimenticios (exceptuando industrias de bebidas).
21. Industrias de bebidas.
22. Industria de tabaco.
23. Fabricación de textiles.
24. Fabricación de calzado, prendas de vestir y otros artículos confeccionados con productos textiles.
25. Industrias de la madera y del corcho, exceptuando la fabricación de muebles.
26. Fabricación de muebles y accesorios.
27. Fabricación de papel y de productos de papel.
28. Imprentas, editoriales e industrias conexas.
29. Industria del cuero y productos de cuero, exceptuando el calzado.
30. Fabricación de productos de caucho.
31. Fabricación de sustancias y productos químicos.
32. Fabricación de productos derivados del petróleo y del carbón.
33. Fabricación de productos minerales no metálicos, exceptuando los derivados del petróleo y del carbón.

34. Industrias metálicas básicas.
35. Fabricación de productos metálicos, exceptuando maquinaria y equipo de transporte.
36. Construcción de maquinaria, exceptuando maquinaria eléctrica.
37. Construcción de maquinaria, aparatos, accesorios y artículos eléctricos.
38. Construcción de material de transporte.
39. Industrias manufactureras diversas.

División 4.- Construcción:

40. Construcción

División 5.- Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios:

51. Electricidad, gas y vapor.
52. Abastecimiento de agua y servicios sanitarios.

División 6.- Comercios.

61. Comercio al por mayor y al por menor.
62. Bancos y otros establecimientos financieros.
63. Seguros.
64. Bienes inmuebles.

División 7.- Transporte, almacenaje y comunicaciones:

71. Transportes.
72. Depósito y almacenaje.
73. Comunicaciones.

División 8.- Servicios:

81. Servicios gubernamentales.
82. Servicios prestados al público y a las empresas comerciales.
83. Servicios de esparcimiento.
84. Servicios personales.

División 9.- Actividades no bien especificadas:

90. Actividades no bien especificadas.

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 4 (español)  
S.G. 5  
13 Diciembre 1954  
Original: portugués  
Sección III-b  
Tema Oficial

LA FAMILIA Y EL SERVICIO SOCIAL

por

M. Josefina R. Albano

Sección de Servicio Social  
División de Trabajo y Asuntos Sociales  
Unión Panamericana  
Washington, D.C.

"...los años transcurridos van confirmando el visionario aserto de Ellen Key de que éste sería ' el siglo de los niños ', y se convertirá para mí en EL SIGLO DE LA FAMILIA, verdadera depositaria de la cuna y del porvenir..."

(Doctor Roberto Berro, Discurso pronunciado en la Universidad de Chile el 12 de septiembre de 1945).

## INDICE DE MATERIAS

Capítulo	Pág.
Indice	iii
Introducción	iv
I. La familia y el Servicio Social	1
Las Constituciones de los países Americanos y la Familia	
La Familia y la Organización de los Estados Americanos	
La Familia y las Naciones Unidas	
Congresos Panamericanos del Niño y de la Familia	
Otros Congresos Panamericanos	
II. Problemas que atañen a la Familia	10
III. Contribución del Servicio Social a la Solución de los problemas que Conciernen a la Familia	17
IV. La Agencia de Familia	24
V. Conclusiones	33
Bibliografía	34

## CAPITULO I

### LA FAMILIA Y EL SERVICIO SOCIAL

Para conocer el grado de progreso de un país es necesario comprobar como vive y como actúa la familia en aquel país. La familia - célula de la sociedad - es el termómetro que sigue oscilaciones según varía la vida económica y social de una región.

En los distintos países americanos la familia está atravesando grandes transformaciones sociales como resultado de la cultura y de la fase económico-social que predomina en cada país. Aunque se trate de un proceso acumulativo y lento en algunos campos, sin embargo, su influencia repercute sobre todas las instituciones o grupos sociales; cabe decir que la familia es la que más se afecta.

El abandono de los campos, el crecimiento de las ciudades y la industrialización, son factores que ejercen gran influencia sobre la familia modificando su estructura y reduciendo sus funciones. Prácticamente, ha desaparecido la familia patriarcal en el seno de la cual el individuo nacía, crecía, se educaba, aprendía un oficio, se distraía, trabajaba, se casaba y moría. Tanto las escuelas como el trabajo fuera del hogar y las diversas distracciones dividen y separan a la familia siendo esto el resultado de la vida intensa de nuestros días. Se trata de una situación de hecho cuyos méritos no corresponde discutir por el momento, quedando sin embargo, por comprobar si en medio de ese torbellino la familia



conserva su misión de ofrecer sostén moral, educación y afecto a sus miembros.

### LAS CONSTITUCIONES DE LOS PAISES AMERICANOS Y LA FAMILIA

Corresponde a la tradición cultural de los países americanos conceder gran valor a la familia. La mejor prueba de esa verdadera preocupación se encuentra en los numerosos artículos incluidos en la Constitución de la mayoría de las Repúblicas americanas.

Por ejemplo, en la Constitución panameña dice:

"El Estado protege al matrimonio, la maternidad y la familia y garantiza los derechos del niño hasta su adolescencia. La Ley determinará lo relativo al estado civil" <sup>1</sup>

La Constitución uruguaya menciona:

"El Estado velará por el fomento social de la familia" <sup>2</sup>

La Constitución del Brasil expresa:

"La familia está constituida por el matrimonio cuyos vínculos son indisolubles, y, está bajo la protección especial del Estado" <sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Capítulo 2, Artículo 54 .

<sup>2</sup> Capítulo II, Artículo 40.

<sup>3</sup> Capítulo I, de la Familia, Artículo 163.

La Constitución peruana afirma:

"El matrimonio, la familia y la maternidad están bajo la protección de la Ley" 4

En muchos otros Estatutos legales se encuentra expresado el valor de la familia y la seguridad de su protección por el Estado.

#### LA FAMILIA Y LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

En sus reuniones para tratar sobre los más importantes problemas del continente, los Gobiernos de las Repúblicas Americanas reconocen el valor de la familia expresando:

"La familia, como célula social se proclama institución fundamental y se recomienda que el Estado dicte las medidas necesarias para asegurar su estabilidad moral, su mejoramiento económico y su bienestar social" 5

En otro certamen interamericano se declaró:

"Toda persona tiene derecho a constituir familia, elemento fundamental de la sociedad, y a recibir protección para ella" 6




---

4 Artículo 51.

5 Declaración de los Principios Sociales de América. Declaración 3, Conferencia sobre los Problemas de la Guerra y de la Paz. Resolución LVIII, México, 1945.

6 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Cap. I, Art. 6, Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948.

## LA FAMILIA Y LAS NACIONES UNIDAS

"La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado"<sup>7</sup>

### CONGRESOS PANAMERICANOS DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

El Congreso por reunirse será el Décimo de su índole habiéndose interesado los anteriores, por razones evidentes, por la familia.

El VIII Congreso Panamericano del Niño que se realizara en Washington, D. C., Estados Unidos, en 1942, emitió la Declaración de Oportunidades para Niños. Con respecto a la familia dice lo siguiente:

#### "DECLARACION DE OPORTUNIDADES PARA LOS NIÑOS"

##### Vida Familiar:

- I. Todo niño debe tener OPORTUNIDAD de crecer bajo el cariño so cuidado y disciplina afectuosa de una vida familiar. Con este fin es necesaria la creación de una atmósfera familiar adecuada para el crecimiento del niño. Las siguientes medidas son esenciales:
  - a. Todo niño debe vivir dentro de una familia que tenga un nivel de vida adecuado y una base económica sólida.
  - b. El Estado debe tomar medidas para asegurar la base económica sólida de la familia.

---

<sup>7</sup> Declaración Universal de los Derechos del Hombre, Artículo 3, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948.

- c. El Estado debe interesarse por los niños sin hogar y debe proveer un ambiente familiar adecuado para éstos.
- d. Únicamente cuando no se pueda encontrar colocación familiar adecuada para niños sin hogar, éstos deben ser internados en Instituciones.
- e. La pobreza de la madre no debe ser causa de una separación completa de su hijo; organizaciones de bienestar social deben proveer asistencia a madres necesitadas hasta que ellas puedan mejorar su situación económica por medio de sus propios esfuerzos."

El Noveno Congreso Panamericano del Niño hace varias recomendaciones sobre la importancia de la familia en la educación del niño reconociendo que el menor no debe ser separado del seno familiar, salvo por causas que constituyan un grave peligro para su seguridad material o moral. <sup>8</sup>

#### OTROS CONGRESOS PANAMERICANOS

El tema de este trabajo ha sido tratado ampliamente por el Segundo Congreso Panamericano de Servicio Social, celebrado en Río de Janeiro en 1949. Es interesante citar algunas de sus recomendaciones.<sup>9</sup>

#### Campo Jurídico

"Considerando:

- Que la función del servicio social es necesaria para asegurar la aplicación adecuada de las disposiciones jurídicas referentes a la familia como elemento de

<sup>8</sup> Declaración de los Derechos del Menor, VI, II, 1 h, Noveno Congreso Panamericano del Niño, Caracas, 1948.

<sup>9</sup> Anales del II Congreso Panamericano de Servicio Social, Río de Janeiro, 1949.

conocimiento y apreciación sometido al Juez sobre las circunstancias especiales del caso individual conocidas por la vinculación directa entre el Asistente Social y las personas y los objetos de la relación jurídica;

- Que la función del Servicio Social es necesaria, también, para asegurar la información sobre el proceso en el fuero personal, y que debe prestarse asistencia al recluso y a su familia, así como al que fuera puesto en libertad y a la familia del mismo en el período que sigue a su liberación;
- Que la función del Servicio Social es igualmente necesaria para asegurar el cumplimiento por el liberado de las condiciones impuestas por la sentencia, y, para su readaptación y reintegración al núcleo familiar y social,

Recomienda:

Que las legislaciones de los Estados incluyan al Servicio Social en las disposiciones legales:

1. En el fuero civil, para asegurar la aplicación correcta de las disposiciones legales referentes a la familia;
2. En el fuero penal, para colaborar con los jueces desde la apertura del procedimiento hasta el cierre del caso;
3. Para seguir al liberado, vigilar su conducta y aconsejar las medidas judiciales a su respecto".

#### Campo Económico

"Considerando:

- Que el Servicio Social solamente podrá lograr verdaderos resultados a favor de la estabilidad económica de la familia a través de la reforma social;
- Que el Servicio Social es uno de los medios que fomentan esa reforma creando hasta cierto punto las condiciones para su desarrollo;

- Que, dentro de las condiciones generales de los países americanos y de los diferentes grados de desarrollo que han alcanzado, le corresponde al Servicio Social efectuar labores precisas contribuyendo en forma eficiente a la solución de los problemas económicos de la familia,

Recomienda:

- I. Que se consideren factores indispensables de la vida de la familia de condiciones económicas modestas:
  - a. La habitación mínima vital en tal forma que el gasto correspondiente no pase del 15% del ingreso familiar;
  - b. El salario mínimo vital y familiar formado por:
    1. Una parte fija correspondiente al salario del jefe de familia;
    2. Una parte variable correspondiente a una participación en las utilidades;
    3. Una parte proporcional al número de hijos menores.
  - c. El consumo mínimo vital correspondiente a las necesidades básicas de la familia".

#### Campo Médico-Social

"Considerando:

Que el Servicio Social, en sus múltiples aspectos de prevención y asistencia constituye un estímulo para la dignificación de la personalidad y, que en el vasto campo médico-social concurren numerosos factores, cuyas causas y consecuencias exigen la solución de los problemas sociales propiamente dichos,

Recomienda:

1. Que los Servicios de Medicina Preventiva y Asistencia

dispongan de un Servicio Social formado de asis-  
tentes sociales de reconocida capacidad, que par-  
ticipen en el "planeamiento", organización y ope-  
ración de los servicios asistenciales en general,  
a fin de lograr el mejor desarrollo de la Medici-  
na Social;

2. Que se combata la promiscuidad en las moradas por representar un grave peligro para la salud física y mental de la familia;
3. Que se establezcan o se amplien los sistemas del seguro-maternidad y del seguro-enfermedad, con po-sibilidades de evolución y perfeccionamiento;
4. Que, mediante la legislación adecuada, los pode-res públicos desarrollen y apoyen las campañas con-tra las plagas sociales y aseguren también el esta-blecimiento de condiciones generales de vida favorables a la salud de la comunidad".

#### Campo Educativo

"Considerando:

- a. Que la Educación Popular ejerce una influencia cons-tructiva la que, compuesta por todos los elementos teóricos y prácticos, individuales y colectivos, capaces de elevar la comunidad, actúa sobre la masa popular con una doble fuerza de irradiación que va del hombre a la sociedad y de la sociedad al hombre creando un ambiente favorable al pleno desarrollo de la persona humana capacitándola para el perfec-cionamiento social;
- b. Que la educación popular constituye el medio más directo, racional y eficiente para corregir las deficiencias de las colectividades humanas;
- c. Que el valor de la Familia está supeditado al valor de la mujer,

Recomienda:

1. Que se fomente en cada país, dentro de los princi-

pios del Servicio Social, y con la participación de todas las entidades públicas y particulares, una gran campaña educacional en la cual se utilicen todos los recursos posibles de difusión y superación social;

2. Que se establezcan Centros de Acción Social como uno de los medios más eficientes para dar efectividad a la educación popular a través de la actuación del Asistente Social y de la Educadora Familiar;
3. Que se dedique especial atención a la necesidad de preparar a la mujer para que cumpla con su misión de ama de casa, de esposa, y de madre, inculcándose por medio de la educación familiar el pleno sentido de sus responsabilidades".

"Con relación al medio rural

Considerando:

Que todo programa de Educación Popular Rural debe tener como base la Familia, unidad colonizadora por excelencia,

Recomienda:

1. Que se fomente el perfeccionamiento, bienestar y educación de la Familia Rural como medio para fijar y estabilizar la población rural;
2. Que se establezcan en la zona rural Centros Sociales formados de Asistentes Sociales especializados en el Servicio Social Rural y por Educadoras Familiares, también especializadas, que desarrollen dentro de sus programas actividades recreativas y culturales que den atractivo y alegría a la vida del hogar rural con el objeto de evitar el éxodo del campo hacia los centros urbanos;
3. Que en las atribuciones de los Centros se incluya la utilización de la radio, de la prensa y de otros medios de difusión y orientación general;
4. Que se otorgue particular importancia a la Escuela



Rural, como complemento de la Familia, para que se preocupe por los problemas sociales y se adapte a las necesidades del ambiente, imprimiendo a la educación rural, impartida por profesores especializados, un carácter activo y dinámico".

Como se puede observar esas recomendaciones cubren un vasto campo y son de un valor inestimable.

Las Constituciones, declaraciones, recomendaciones expresan los anhelos de los pueblos de las Américas. Sin embargo, ¿cuál es la verdadera situación de la mayoría de las familias del continente? Eso es lo que se expone a continuación.

## CAPITULO II

### PROBLEMAS QUE ATANEN A LA FAMILIA

Por su naturaleza y constitución, la familia puede ser afectada por cualquier clase de problema humano o social. En las Américas, como en el resto del mundo, los problemas de suma gravedad que afectan a la familia, se clasifican en las siguientes categorías:

- a. Económica;
- b. Física (Alimentación y salud);
- c. Moral y educativa.

Generalmente, el problema de una familia se debe a diversas causas. Sin embargo, sus consecuencias repercuten sobre

las distintas esferas del comportamiento humano y sobre muchos aspectos de la vida. Por ejemplo, un padre de familia pierde su empleo: por la falta de salario (causa económica) baja el nivel de la alimentación volviéndose inadecuada o inexistente, afectando la salud y produciendo rozamientos en las relaciones humanas, etc. El ser humano y la familia forman un conjunto indivisible; una alteración en cualquier sector (moral, físico, económico, etc.) ejerce influencia y repercute sobre los otros factores de la vida humana y social.

#### Problema financiero o económico

El aumento del costo de la vida, la falta de preparación profesional, el desequilibrio entre el salario y los gastos familiares y muchas otras causas, hacen que una gran parte de la población de los países americanos sea "económicamente dependiente", es decir, incapaz de atender a las necesidades financieras de la vida cotidiana.

El problema económico afecta toda la estructura de la familia, al punto de desintegrarla si no se presta la asistencia adecuada en el momento oportuno.

El aumento de los precios, al reducir cada vez más el valor adquisitivo de los salarios, empuja a la familia a la miseria con todas sus funestas consecuencias. Esta situación se ha vuelto crónica y difícil de resolver en varias regiones de las Américas.

Los tugurios, en particular son los centros donde domina esa penuria y donde sus habitantes carecen de medios para solucionar ese problema de proporciones geométricas.

El estado de miseria no es solamente perjudicial a la salud sino que también hace sentir sus efectos sobre la moral del pueblo. En los grupos de bajo nivel social y económico, la irritación, el descontento, la desconfianza encuentran un ambiente favorable.

El fuerte y grave desajuste económico de un gran porcentaje de la población americana constituye una fuente casi inconmesurable de males. No es fácil hallar solución a ese desajuste estrechamente vinculado a la vida y al desarrollo económico social de cada región o país.

Este desequilibrio financiero no solamente afecta a la clase obrera sino que también alcanza a la clase media que, generalmente, resulta la más sacrificada.

Tal como se mencionara más arriba, el problema económico es causa ( o a veces efecto ) de otros problemas.

En general, la deficiencia económica se debe a una ( o más ) de las siguientes causas:

- Desequilibrio entre el ingreso y los gastos de la familia;
- Falta de instrucción básica y de preparación profesional que permita al individuo ganar un salario más elevado;

- Falta de educación en los países en diferentes campos ( moral, económico, físico, etc.);
- Desorganización familiar, etc.

Todas esas causas originan la "dependencia económica".

Es interesante observar que si bien existen semejanzas entre las Américas, sin embargo, se encuentran diferencias entre los distintos países o regiones. En lo que se refiere a los problemas que afectan a la familia se observa que en los Estados Unidos de América <sup>10</sup> la situación es la siguiente: en 1949, 50 Agencias de Familia atendieron 60,000 problemas diferentes con los resultados que presentamos a continuación:

- 24. % problemas sobre relaciones familiares;
- 18. % problemas económicos;
- 14. % trastornos personales;
- 9. % problemas de salud;
- 6.7% desocupación;
- 6.3% problemas de la infancia abandonada moralmente;
- 2.7% problemas educacionales;
- 19.3% otros problemas (vivienda inadecuada, enfermedades mentales, vejez, etc.)

La razón por la cual la mayoría de los problemas atendidos por las Instituciones Especiales de Familia en los Estados Unidos no son de carácter económico se debe al hecho no solamente

---

<sup>10</sup> Informe de la "Family Service Association of America", Nueva York, EE.UU. Mayo de 1949, citado por el Reverendo Monseñor John MacClafferty: "The contribution of social work to the welfare of the family". Anales del II Congreso Panamericano de Servicio Social, Río de Janeiro, Brasil, 1949, p. 502.

de no existir desequilibrio en ese país entre el costo de vida y el salario, sino también a la realización de varios programas de asistencia pública en los Estados Unidos que suministran auxilios financieros a las diferentes clases de "dependientes sociales" (huérfanos, ciegos, ancianos, desocupados, etc.).

Por las razones expuestas anteriormente, en América Latina, la gran mayoría de los problemas familiares tiene su origen en el desequilibrio del presupuesto familiar.

#### El problema de la alimentación y de la salud

¿Cuál es el nivel de alimentación de la población americana? Son casi incipientes los datos al día y completos sobre el particular, pero, el Dr. Pedro Escudero ha expresado, que las Repúblicas Americanas, desde la conquista, viven la "Tragedia del hambre".<sup>11</sup> No se trata solamente de una subalimentación inadecuada sino de "hambre". Agrega que en las naciones nuevas y de tierras ricas las poblaciones tienen hambre.... debiéndose esto al desequilibrio económico de muchas regiones.

La familia que se alimenta mal se halla fácilmente sujeta a todas las enfermedades que son endémicas en las varias zonas de este continente. Además, esa deficiencia repercute sobre el campo de la producción. En muchas partes, el obrero americano

---

<sup>11</sup> Informe presentado por el Dr. Pedro Escudero, Director del Instituto Nacional de Alimentación, Argentina, al VIII Congreso Panamericano del Niño, 1942.

produce poco porque le faltan energías para aguantar el esfuerzo de una jornada.

El problema de la alimentación insuficiente o inadecuada está estrechamente vinculado con la deficiencia física. ¿Cuál es el nivel de salud de muchas regiones del continente? Un médico ilustre declaró que existían ciertas regiones que eran "hospitales ambulantes." En la mayoría de los países de las Américas es altísimo el índice de infecciones intestinales, tuberculosis, paludismo, parasitosis, tifus, enfermedades venéreas, etc.

Si el estado de salud de gran parte de la población es deficiente, también lo son los servicios médicos indispensables para prevenir y curar las distintas enfermedades siendo insuficientes en las zonas urbanas e inexistentes en grandes regiones rurales las clínicas, los hospitales, las maternidades, los sanatorios y establecimientos de curas preventivas.

#### Problema educativo y moral

Según algunos, el mayor problema de muchas regiones de América es la falta de educación. No se trata del analfabetismo en sí, a pesar de la relación estrecha que existe entre esos dos males, sino de la educación higiénica, financiera, familiar, moral... Los cuidados más elementales de la propia persona y de la casa son ignorados por miles de individuos. En algunas regiones se desconoce la selección y preparación de alimentos que sean saluda-

bles y adecuados. En grandes zonas de América se ignoran casi por completo los cuidados que se debe dar a la mujer embarazada, al recién nacido o al enfermo. La falta de comprensión por la responsabilidad de ser padre o esposo, así como la de ser madre o esposa, es causa de muchos abandonos de menores, de hijos ilegítimos o de uniones ilegales.

Tal como se ha expuesto anteriormente, todos esos problemas que afectan a la familia son consecuencia de la fase y de la estructura económica y social de un país o de una región; y por ello, ningún servicio social, programa sanitario, proyecto económico, sistema escolar, etc., que actúe aisladamente puede resolver esos problemas familiares. Se necesita un programa amplio y coordinado que eleve el nivel educativo, económico y social de cada comunidad y de cada país.

No basta con desarrollar un país económicamente si su pueblo no está educado para aprovechar en forma constructiva ese progreso económico a fin de llevar una vida útil y feliz.

"El bajo nivel de la vida de la mayoría de los países de América Latina se debe a varias causas. Solamente a través de un programa integral de mejoramiento económico y social podrá ser elevado el nivel de la renta y del consumo de la población" 12

---

12 Naciones Unidas. "Preliminary Report on the World Social Situation", Nueva York, 1952, p. 147.

CAPITULO III  
CONTRIBUCION DEL SERVICIO SOCIAL A LA SOLUCION DE LOS  
PROBLEMAS QUE CONCERNEN A LA  
FAMILIA

El servicio social, campo nuevo en muchos países americanos, tiene como objetivo ayudar a individuos, grupos o comunidades a resolver su problema social. "El servicio social es un movimiento de orden económico, moral y constructivo. Con aspiraciones a desarraigar la miseria, tiende a trabajar por la depuración de las costumbres dando una estructura que corresponda mejor a las exigencias de la naturaleza humana. Es necesario colocar el servicio social al servicio de la familia. Existe ante todo para servir a la familia de tres maneras: para prevenirla, protegerla y ayudarla a recuperarse". 13

Según la clase de problema, el servicio social ayuda a la familia mediante formas diferentes de asistencia: económica, física (salud), alimenticia, escolar, recreativa, moral o educativa.

Problemas económicos

Tal como se ha mencionado anteriormente, la "dependencia económica" que aflige a un gran porcentaje de la población de las

---

13 Amoroso Lima, Alceu. Conferencia pronunciada en el II Congreso Panamericano de Servicio Social, Río de Janeiro, Brasil, 1949.



Américas se debe generalmente a la estructura y a la fase económico-social existente en la región o en el país. Por consiguiente, la solución no puede ser aportada en forma aislada por el servicio social o por el programa de asistencia. Se requiere un movimiento de desarrollo socio-económico mucho más amplio y a largo plazo.

Los salarios y los ingresos de la familia deben mantenerse en equilibrio con el costo de la vida. Es necesario que haya un número suficiente de escuelas para alfabetización de adultos y escuelas profesionales provistas del equipo correspondiente a fin de preparar al pueblo para que atienda a las necesidades del desarrollo socio-económico del país. El sistema de Previsión Social debe abarcar a todos los grupos y disponer de medios adecuados ( de acuerdo con los recursos del país, con la capacidad de contribución del asegurado, etc.)

Como se puede apreciar, las medidas arriba mencionadas no pertenecen al servicio social propiamente dicho, pero los asistentes sociales deben estimular y participar en los movimientos de Acción Social para que esas reformas básicas sean emprendidas y para que el país se desarrolle sobre bases sólidas.

En lo que al servicio social específicamente se refiere, este suministra asistencia individualizada y específica a los problemas familiares que la requieran.

La enfermedad o la desocupación del jefe de familia causa muchas veces la desintegración de un hogar. Un auxilio financiero otorgado oportunamente, puede levantar la familia y evitar que esta caiga en la miseria. Sin embargo, una agencia del servicio social no puede prestar en forma permanente un auxilio financiero a una familia. Hay que considerarlo como un "instrumento" que debe servir al individuo para ayudarlo a resolver su problema y darle la posibilidad de volverse independiente en el más corto plazo posible.

#### Problemas alimenticios y sanitarios

Generalmente, los problemas alimenticios y sanitarios derivan de dificultades financieras. Sin embargo, provienen también de la falta de orientación o de información.

En ese campo, el servicio social informa al "cliente" sobre los servicios médicos o alimenticios que existen en la comunidad. A través de esos servicios el "cliente" podrá recibir el tratamiento médico u orientación con respecto a la dieta que necesita. Si no existen esos servicios en la comunidad, corresponde a las atribuciones del servicio social interesar a las autoridades competentes o particulares para que los programas de asistencia necesarios sean creados.

Además de los servicios médicos, el servicio social desempeña varias funciones:

- Ayuda a la familia a encarar sus problemas de salud y a someter a tratamiento cuando sea necesario;
- Auxilia a la familia para que obtenga medicamentos o los alimentos prescritos por el médico;
- Orienta a la familia con respecto a los cuidados indispensables para el tratamiento del enfermo (el asistente social efectúa esa labor bajo la orientación del médico.)

Esta orientación y educación del "cliente" puede ser proporcionada de distintas maneras: a través de entrevistas individuales con él mismo, o de reuniones de varias personas que tienen problemas semejantes y organizando palestras y discusiones en grupo. Esta última técnica es sumamente útil porque el hecho de saber que otras personas tienen problemas semejantes y conocer la forma como se resuelven estimula y ayuda al "cliente". Además el método del agrupamiento socializa al individuo dándole mejor preparación para actuar en sociedad.

#### Problemas morales y educativos

Las actitudes son el resultado de la personalidad y de la experiencia de cada individuo. Muchas veces el problema tiene su origen en una actitud negativa frente a la vida. Educar

es preparar para la vida, es proveer al individuo de los medios para enfrentar y resolver las situaciones de la vida cotidiana.

Este conjunto de sentimientos, actitudes y reacciones tiene una importancia primordial. Cualquier problema que afecta al individuo repercute sobre su campo emocional, además de los problemas que se originan en dicho campo.

Frecuentemente, la sociedad moderna somete las emociones del individuo a una presión exagerada. El carácter complejo de la civilización del siglo XX es causa de exigencias que por lo común son excesivas, dejando a la personalidad humana, debilitada y desajustada, incapaz de resistir el impacto. Es el caso de los jóvenes que salen del hogar en busca de empleo en las grandes ciudades; de los maridos que ceden a los atractivos de las emociones pasajeras; de las esposas que son incapaces de asumir su responsabilidad como compañera y como madre. Como generalmente no son evidentes, esos conflictos emocionales son muchas veces olvidados o subestimados; sin embargo, al reconocerse su importancia deben recibir el tratamiento adecuado. En ese campo, la misión del servicio social desempeña un papel preponderante ya que su objetivo consiste en preparar a los individuos (grupos o comunidades) para una vida feliz y útil.

Existen varias formas de auxiliar a los individuos y a las familias a través del servicio social:

- Mediante entrevistas sucesivas con el "cliente", el asistente social informa, esclarece, orienta y apoya al individuo. A veces es una madre que necesita ser orientada sobre la manera de educar a su hijo, otras veces es una esposa que tiene problemas emocionales o de otro orden en sus relaciones de familia, o bien se trata de un adolescente que se siente incomprendido y necesita apoyo. El servicio social de caso es un procedimiento que permite al "cliente" confiar sus preocupaciones, exponer su conflicto o canalizar sus recursos (personales o sociales) para resolver su problema;

- Las clínicas de orientación familiar, los tribunales de familia y los servicios médicos o de psiquiatría encuentran en el servicio social un instrumento imprescindible en ese trabajo de educación de la familia;

- Los clubs de madres constituyen una técnica valiosa en la educación del adulto. Organizados junto a las clínicas o puestos de puericultura reúnen periódicamente a las madres orientándolas sobre su función maternal o sus responsabilidades en el hogar. Se les enseña actividades de acuerdo con el interés de cada una a fin de desarrollar su personalidad y capacitarla para cumplir mejor con su misión en la familia;

- Los clubs de padres para discutir y estudiar problemas comunes, como por ejemplo, la educación de los hijos, la

recreación en el hogar, etc., constituyen óptimos centros de interés, recreación y sociabilidad;

- Los grupos de jóvenes con programas de palestras y círculos de estudio sobre temas relacionados con el matrimonio, la función y la responsabilidad de ser padre, la procreación y la educación de los hijos, etc., deben ser organizados porque preparan a los jóvenes para su futura misión en el hogar.

Además de dar a los individuos una oportunidad para estudiar teóricamente los asuntos relacionados con la familia, esos grupos o clubs podrían tener programas de actividades o cursos prácticos (cocina, corte y costura, decoración del hogar, primeros auxilios, cuidado del recién nacido, etc.) que son de gran interés para jóvenes y adultos. Una parte recreativa es indispensable en todo programa de ese tipo, no solamente como atractivo, sino también para ocupar constructiva y agradablemente los momentos de ocio de los jóvenes de la comunidad.

A título de ejemplo presentaremos a continuación un tipo de obra social que se dedica específicamente al tratamiento de los problemas de la familia - la Agencia de Familia - dependiendo la organización y la extensión de los programas de una Agencia de Familia, como es fácil deducir, de las necesidades y de los recursos de la comunidad.

## CAPITULO IV

## LA AGENCIA DE FAMILIA

La Agencia de Familia es el servicio que específicamente provee asistencia a las familias e individuos con el objeto de desarrollar sus capacidades y prepararlos para una vida normal.

Los objetivos de esa clase de agencia son:

- a. Atender a través del servicio social de caso, los problemas de la vida familiar y los individuos socialmente desajustados;
- b. Actuar en la comunidad estimulando las medidas para resolver los problemas que ponen en peligro la vida de la familia.

Una Agencia de Familia atiende distintas clases de problemas, como: las relaciones entre esposos o entre padres e hijos; la falta de educación en cuanto a la distribución adecuada del presupuesto de la familia; las necesidades emocionales y sanitarias; los asuntos relativos a la educación de los hijos, etc. Se reconoce que los individuos no solamente necesitan auxilio financiero, sino también orientación y ayuda en sus problemas emocionales, psicológicos y de relaciones humanas. Pertenece también a las funciones de la Agencia de Familia, ayudar al individuo para que en care y comprenda su problema y que ponga en juego sus recursos personales y familiares para resolverlo.

### Organización de una Agencia de Familia

Ninguna obra social debe ser organizada sin antes adoptar las disposiciones siguientes:

- a. Reunir la documentación al día y detallada sobre el problema que exige acción por parte de la comunidad;
- b. Interesar al público por el problema, o por lo menos a un grupo representativo de personas a fin de que apoyen y cooperen con la iniciativa;

Para ese fin es importante:

- a. entrar en contacto con las personas de la comunidad informadas sobre el problema con el objeto de reunir documentación sobre el asunto;
- b. Reunir material sobre la organización y operación de una Agencia de Familia;
- c. Interesar a un grupo de 10 a 15 personas para que forme parte de la Comisión Organizadora de la Agencia de Familia.

### Definición del problema

Antes de comenzar la Agencia de Familia, es indispensable tener la absoluta evidencia de su necesidad. Para eso se de-



be hacer un estudio del problema y de la existencia o carencia de recursos para resolverlo en la localidad. En la fase preliminar y exploratoria, el estudio puede ser realizado por los propios miembros de la Comisión Organizadora, pero, en el caso de necesitarse una investigación técnica más detenida, ésta deberá ser confiada a un especialista en esos asuntos.

Ciertas fuentes de referencia sobre los problemas de la familia en la comunidad pueden ser obtenidas de varias instituciones que tienen que ver con el problema, como por ejemplo:

- Los institutos de menores, la cruz roja y las diversas obras sociales;
- La parroquia y sus varios programas de asistencia;
- Las escuelas públicas;
- Los tribunales de menores y de familia;
- Las clínicas y hospitales públicos;
- Las "personas - clave" de la comunidad, como los directores de las industrias, los representantes del Gobierno, los médicos, etc.

Una vez reunida la documentación suficiente, se procede a su análisis preparándose un informe escrito en el que se expone el problema y la necesidad de la existencia en la comunidad de una obra social especializada para atenderlo.

### Cómo lograr la comprensión y el apoyo de la comunidad

Es indispensable que un grupo representativo de la comunidad comprenda y apoye la creación de una Agencia de Familia, porque la comunidad es la que va a beneficiar de ella y la va a mantener financieramente. Mediante artículos en los periódicos, disertaciones por radio, cartas y folletos, la Comisión Organizadora comienza a interpretar el problema y a formar la opinión pública.

El segundo paso consiste en interesar, entrevistándolas, a las personas que son "clave" en la comunidad y que posiblemente colaborarán en forma activa en la dirección de la nueva obra. Los distintos miembros de la Comisión Organizadora se encargan de establecer contacto con esas personas, interesándolas para que participen en el programa como miembros de la directiva o como socios contribuyentes.

#### Directiva

Cuando ya existe en la comunidad un número suficiente de personas informadas sobre el problema y sobre la necesidad de crear una Agencia de Familia, entonces puede constituirse su directiva.

Para formar la primera directiva es importante observar los puntos siguientes:

- a. La mayoría de los miembros de la directiva debe ser compuesta de personas dinámicas y de mente

- abierta que sean respetadas en la comunidad (jóvenes y viejos deben tener representación en el grupo);
- b. Más de la mitad de la directiva debe componerse de hombres (cuando hay una mayoría de mujeres existe la tendencia de dejarles la responsabilidad de todo el trabajo);
  - c. Deben formar parte de la directiva: profesionales, hombres de negocios, representantes obreros, miembros del clero, etc.;
  - d. Por lo menos una persona de la directiva debe estar en contacto directo con las condiciones sociales de la comunidad, como asistentes sociales, juces, profesores, etc.;
  - e. La designación o elección de una persona para la directiva debe hacerse teniendo en cuenta su contribución individual a la causa, y no por ser representante de un grupo o asociación.

### Financiamiento

La Comisión Organizadora debe preparar un presupuesto provisional de la nueva agencia, basándose en la experiencia de obras semejantes en ciudades vecinas y con el asesoramiento de técnicos en la materia. Ese presupuesto servirá de base para la

primera campaña financiera. El presupuesto debe incluir partidas:

- Para la asistencia a las familias;
- Para el salario del personal administrativo y técnico;
- Para la adquisición de enseres y gastos de instalación;
- Para material de oficina (Papel, formularios, sellos, etc.);
- Para teléfono.

Después del primer año de operación, el presupuesto se modificará de acuerdo con la experiencia lograda.

### Estatutos

Los Estatutos constituyen la base de la Agencia de Familia. Deberán ser redactados con la ayuda de un asesor jurídico y tener bastante flexibilidad como para permitir hacer frente a las varias situaciones que se presentan en las entidades que luchan con el problema humano.

Psicológicamente, es importante la denominación de la obra. Deben evitarse los términos menospreciativos como "asistencia a los pobres" o a los "desamparados", etc. Los nombres más usuales son: "Agencia de Servicio Social de la Familia", "Centro de Orientación Familiar", "Servicio de Asistencia a la Familia", etc.

### Los objetivos o finalidades de la obra

Una Agencia de Familia debe tener los objetivos siguientes:

- a. Ayudar a la familia en la solución de sus problemas, a través del servicio social de casos; tratar de reforzar los vínculos familiares y desarrollar a los individuos para que puedan cumplir con su responsabilidad social;
- b. Estimular y fomentar las medidas de Acción Social para la protección de la familia;
- c. Colaborar con los programas de preparación de asistentes sociales;
- d. Efectuar estudios sobre los problemas que concier-  
nen la familia y sobre las soluciones para con-  
trarrestarlos o disminuír sus efectos.

### Dirección de la Agencia de Familia

Los estatutos de la agencia determinan la organización y las funciones de su directiva. Generalmente, se compone de un presidente, un vice-presidente, un secretario y un tesorero. Según las necesidades, se pueden crear otros cargos en la directiva.

### Personal directivo de la Agencia Familiar

La eficiencia de una obra social depende directamente del personal técnico que efectúa su trabajo.

El director de la obra debe ser un asistente social especializado en los programas de protección de la familia. La directiva puede o debe componerse en su mayoría de legos, pero, el personal que lucha con el programa y "trata" a los individuos debe ser técnico. El número de asistentes sociales y de empleados administrativos depende de las necesidades de cada agencia.

Deben fomentarse en la obra los programas de estudios, palestras, seminarios y cursos para el desarrollo profesional de su personal técnico.

El trabajo de la obra debe ser evaluado con frecuencia para que la asistencia prestada siga de acuerdo con las necesidades de las familias en la localidad.

#### Ubicación de la Agencia de Familia

Debe ubicarse en un lugar central y accesible para aquellos que van a beneficiar de sus servicios. De preferencia debe ubicarse en una planta baja o en un edificio con ascensor teniendo en cuenta los casos de mujeres embarazadas o enfermas que muchas veces no pueden subir escaleras.

El carácter confidencial de las entrevistas requiere que éstas se realicen en un local privado. Generalmente, hay en las agencias uno o dos salones privados en los cuales los asistentes sociales entrevistan a los "clientes".

### Asistencia prestada por la Agencia de Familia

Esta obra social auxilia a la familia en los varios y complejos aspectos de su problema. Cada individuo o familia recibe asistencia de acuerdo con su necesidad; conforme se hizo la descripción detallada en páginas anteriores, esa asistencia puede ser económica, física, alimenticia, recreativa, educacional o moral <sup>14</sup>. Además de esto, como lo mencionara el Profesor Amoroso Lima, la asistencia a la familia debe efectuarse en las fases preventivas, defensivas y recuperativas. Toda comunidad necesita preocuparse por los siguientes aspectos:

- Prevenir los problemas de familia a través de medidas permanentes, como: salarios adecuados, sistema de Previsión Social amplio y satisfactorio, escuelas en los varios ramos, vivienda económica, diversiones sanas y al alcance de los grupos de capacidad económica limitada, asistencia médica pública, etc. Prevenir antes que el problema adquiriera fuertes y graves proporciones;
- Defender a la familia combatiendo las causas que amenazan a los hogares;
- Recuperar para aquellas familias cuya estructura ha

---

<sup>14</sup> Ver Capítulo III. Contribución del Servicio Social a la solución de los problemas que atañen a la familia.

sido quebrantada por varias razones.

Esta es la triple acción del servicio social en relación con los problemas de la familia.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

1. Los problemas de la familia se vinculan estrechamente con el desarrollo socio-económico del país.
2. Los problemas sociales que tienen como objetivo ayudar a las familias deben coordinarse con los programas económicos.
3. La asistencia a la familia debe efectuarse en las diferentes fases: preventiva, defensiva y recuperativa.
4. El Servicio Social tiene como objetivo primordial ayudar a la familia en su función social.
5. Los Servicios de Asistencia a la Familia, como Agencias de Familia, son indispensables en cualquier comunidad.



## BIBLIOGRAFIA

Conclusiones - VIII Congreso Panamericano del Niño (Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Ave. 8 de Octubre 2822, Montevideo, Uruguay) Washington, D. C., 2-9 de mayo de 1942.

Conclusiones - IX Congreso Panamericano del Niño (Cuadernos Azules No.21, Editorial Grafolit) Caracas, Venezuela, 1948.

Acta Final - Primer Congreso Panamericano de Servicio Social, (Imprenta y Litografía Stanley) Santiago, Chile, 9-15 de septiembre, 1945.

Acta Final - Segundo Congreso Panamericano de Servicio Social (a/c D. Stella de Fano, Rua Taruman 48) Río de Janeiro, Brasil, 2-9 de julio, 1949.

McLean, Francis H. and Ralph Ormsby. Organizing a Family Agency. (Family Welfare Association of America, 122 East 22d St.) New York 10, N. Y., USA, 1944.

Shyne, Ann W. Statistics and Family Casework: 1952 - Data from 60 private member agencies (Family Service Association of America, 192 Lexington Ave.) New York 16, N. Y., USA., 1953.

Stroup, Herbert Hewitt. Social Work - An Introduction to the Field (American Book Company) New York City, USA, 1948.

Scope and Methods of the Family Service Agency - Report of the Committee on Methods and Scope (Family Service Association, 192 Lexington Ave.) New York 16, N. Y. USA, 1953.

The Family, Church and Environment - A study-discussion outline designed to strengthen family, religious and community life and our democratic heritage (The National Catholic Rural Life Conference, 3801 Grand Ave.) Des Moines 12, Iowa, USA, 1947.

The Family in a Democratic Society - Anniversary papers of the Community Service Society of New York (Columbia University Press) New York City, USA, 1949.

With Focus on Family Living - The story of four experiments in community organization for family life education, Vocational Division Bulletin No.249 (Federal Security Agency) Washington, D.C., 1953.

Preliminary Report on the World Social Situation (United Nations) New York, USA, 1952.

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS

DECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Panamá, Rep. de Panamá, 1955

Doc. 5 (Español)  
S.G. 6  
13, Diciembre, 1954  
Original: español  
Sección V  
Tema Oficial

LA COOPERACION INTERAMERICANA

por

Dr. Guillermo Morales Beltrani  
Santiago, Chile

## INDICE

### COOPERACION INTERAMERICANA

	Pág.
1.- Definición	1
2.- Entidades que prestan cooperación	1
3.- En qué consiste la cooperación	1
a) ayuda material	
b) asistencia técnica	
c) misiones de expertos	
d) becas de estudios	
e) cursos de perfeccionamiento	
4.- Análisis del rendimiento	4
a) consideraciones generales	
b) estudio crítico de alguna de estas ayudas	
1) Distribución de leche desecada en el Ecuador	
2) Programas de atención materno-infantil rural de Chile.	
5.- Posibilidades presentes y futuras	8
a) modificaciones en la estructuración de UNICEF	
b) cómo deberá ser realizados los programas	
c) oficinas regionales de los organismos internacionales	
d) necesidad de un organismo central de cooperación, y estudios en el seno de la O.N.U.	

Colaboración con los Gobiernos

Mayor cantidad de recursos y mejor aprovechamiento

Adiestramiento y preparación del personal técnico

Becas

Programas nacionales de protección a la infancia

## COOPERACION INTERAMERICANA

1. En el curso de los últimos 20 años ha surgido en el Continente Americano un nuevo aspecto de la protección materno-infantil: es él la ayuda que algunos países o bien instituciones de carácter internacional prestan a las naciones económicamente menos capacitadas o a aquellas que presentan problemas agudos en algunas de las múltiples materias que componen la asistencia de la infancia. A esta ayuda se ha dado en llamar, genéricamente, "cooperación interamericana".

2. Numerosas son las entidades que desarrollan esta benéfica actividad: las diferentes dependencias de las Naciones Unidas, la O.E.M. Organización Internacional del Trabajo, el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia, la Fundación Care, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Rockefeller, el Servicio Cooperativo de Obras de Salubridad, la Oficina Sanitaria Panamericana, etc.

En nuestro somero análisis procuraremos referirnos a los resultados de la colaboración recibida por los países americanos, deseando, en lo posible, no individualizar a la institución que ha dado la ayuda a fin de evitar alusiones o críticas muy personalizadas que son siempre odiosas o por lo menos desagradables.

3.- La Cooperación Interamericana se ha traducido hasta ahora, siempre hablando en términos generales, en ayuda material,

asistencia técnica, misiones de expertos, becas de estudios y cursos de perfeccionamiento.

La ayuda material ha sido muy diversa en los diferentes países: ella ha consistido en la construcción de edificios para hospitales, sanatorios, centros materno-infantiles, escuelas granjas, etc.; en la distribución de leche en polvo semi-descremada para pre-escolares; en la habilitación de plantas desecadoras de leche; en instalaciones para preparar antibióticos, especialmente penicilina; en proporcionar equipos múltiples para maternidades, hospitales para niños, consultorios de lactantes, servicios médicos escolares; en proporcionar vacuna mixta anti-coqueluche-difteria; en saneamiento ambiental; campañas contra las enfermedades infecto-contagiosas, etc.

La asistencia técnica se ha hecho a base de informaciones periódicas que se hacen llegar a los países por intermedio de misiones de técnicos, boletines u otras publicaciones conteniendo las experiencias y estudios realizados en otras zonas del continente, en cada uno de los variados aspectos que ofrece la asistencia de la infancia. A este propósito cabe citar la espléndida Biblioteca y la completa y documentada información bibliográfica que pone a disposición de quien lo desee, el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, en todo lo que concierne a estas materias. Indudablemente, ha sido este

el más importante factor de conocimiento mutuo entre los técnicos en asistencia materno-infantil en la América y ha contribuido de manera muy efectiva a establecer lazos de unión que nos permiten, por lo menos, fijar ideas matrices comunes y procurar que hablemos a este propósito, un mismo lenguaje en los temas médicos, jurídicos, económicos, sociales, etc.

Una iniciativa muy singular y de la cual, a nuestro juicio, se pueden obtener más provechosos frutos si se aceptan algunas innovaciones sustanciales en el procedimiento a seguir, ha sido el envío de misiones de expertos de un país a otro con el objeto de asesorar no sólo a los técnicos de cada nación en las materias de su incumbencia, sino para servir de muy favorable estímulo, a fin de que las autoridades administrativas o políticas correspondientes concedan a nuestras solicitudes y peticiones los remedios y los medios económicos que su importancia requiere.

Es de todos conocida la sub-estimación general, que, salvo muy honrosas excepciones, existe de parte de los Gobiernos americanos para con la asistencia materno-infantil: sus técnicos no son escuchados, se escatiman los recursos económicos, se consideran muy costosos los servicios de asistencia a los niños, se piensa que los menores pueden ser reeducados o readaptados en casonas viejas e inservibles, que el personal encargado de tan trascendental tarea puede vivir en medio de inquietudes y

amarguras económicas derivadas de sus míseros salarios, etc. Pues bien, el Experto tiene esta trascendente y fundamental labor catalítica; su presencia en un país extraño, sus méritos y su prestigio, infunden optimismo, entusiasmo e interés a los funcionarios nacionales y su palabra es oída con respeto por los gobernantes y políticos respectivos.

#### Becas de estudios y cursos de perfeccionamiento

Este sistema es hasta ahora el que más unánime aceptación ha tenido entre los técnicos panamericanos, aún cuando sus proyecciones en el campo asistencial son más remotas y a largo plazo. La escasez de personal de médicos pediatras adiestrados en Medicina Social, de Enfermeras de Salud Pública, de Enfermeras Hospitalarias, de Parteras, de Asistentes Sociales, de Maestros especializados en asistencia y reeducación de menores irregulares, de dentistas u odontólogos para escolares, etc., aparecen como los escollos más serios con que tropieza, por lo general, la labor asistencial en casi todos los países americanos. Por eso, cada vez que una entidad ofrece becas para alguno de estos técnicos, se demuestra en sumo grado el interés de las instituciones y de los dirigentes nacionales para lograr que sus funcionarios gocen de ellas.

4. Pues bien, después de estas breves líneas destinadas a esbozar a grandes rasgos en qué consiste la cooperación :

interamericana, analicemos los resultados obtenidos y expresemos nuestra opinión sobre las causas que puedan influir en un menor rendimiento práctico de estos programas.

Desde luego, es opinión unánime de los técnicos de los países favorecidos por la cooperación interamericana, que este procedimiento es de inmenso provecho para los niños necesitados de la América y marca el principio de una nueva y auspiciosa era en la vida y relaciones de los pueblos del continente, ya que ello es una auténtica y palpable demostración de la solidaridad humana. Es lógico, entonces, que sea nuestro afán el perfeccionar esta ayuda, a fin de que corresponda a las expectativas cifradas en ella y que se puedan alcanzar frutos aún más efectivos y trascendentes. Es incuestionable que el volumen de la ayuda prestada ni ha podido hasta ahora, por razones obvias, influir en los grandes rubros de morbilidad y mortalidad infantiles de nuestros países, no ha permitido presentar todavía programas modelos que pudieran adoptarse como óptimos o ideales en el desarrollo de la lucha contra la mortalidad infantil y sus distintas causas. Me explico: tomemos dos casos típicos; el reparto de grandes cantidades de leche en polvo a los niños en el Ecuador y los programas de asistencia materno-infantil rural en Chile, en cuatro zonas del país.

En efecto, son cuantiosas las sumas de dinero que ha



gastado UNICEF en el reparto de leche desecada y descremada en los distintos pueblos del Ecuador, especialmente en las zonas o regiones asoladas por el último sismo de hace 6 u 8 años. Personalmente hemos podido recorrer uno a uno todos estos poblados y apreciar en el terreno mismo los frutos obtenidos con la leche proporcionada por el "FONDO INTERNACIONAL". Muchísimo mayor habría sido el éxito, si ese reparto de leche hubiese sido realizado a través de los organismos oficiales de asistencia materno-infantil o de las reparticiones sanitarias u hospitalarias donde no hubiere aquellas. La falta de sistematización y de programa técnico en la distribución aludida, ha determinado muchos fracasos, porque en gran número de casos la leche ha sido entregada a personas de buena voluntad, no técnicos, que desconocen en absoluto el manejo de este alimento, las precauciones que es preciso adoptar para su conservación y uso en los diversos climas del mundo, y otros detalles de carácter eminentemente técnico. Así, en el Ecuador, pudimos comprobar que se perdió gran cantidad de leche en la zona norte de ESMERALDAS donde el clima es extraordinariamente cálido y las condiciones de almacenamiento no favorecían la buena conservación del producto. En otras partes, la falta de personal encargado de su distribución periódica y regular, o el desconocimiento de las normas a que ya nos hemos referido, determinó también un descenso de la cifra de

rendimiento de la leche desecada.

Si a esto se agrega que, por razones de su Estatuto, el FONDO INTERNACIONAL no es un organismo técnico propiamente tal y no dispone de funcionarios especializados que pudieran dirigir este reparto, se comprenderá que haya serios tropiezos en un plan de alimentación a grande escala que escapa a las manos de los entendidos y que no se puede seguir el ejemplo de un plan como éste para aplicarlo de modelo a otros países.

En otra fase de esta ayuda de INICEF: el programa de las cuatro zonas rurales de Chile, la primera dificultad sería la constituyó el procedimiento seguido para planear el programa: una serie interminable de gestiones y consultas previas, de proyectos y contraproyectos, de conversaciones con técnicos diversos y de diferente especialidad y criterio que hicieron larguísima esta etapa preliminar. Todo ello pone en aprietos a los técnicos nacionales, muchas veces preferidos u olvidados al hacer el esquema definitivo de trabajo. El programa que se realiza actualmente en Chile fué esbozado por las autoridades nacionales e intervinieron en su gestión realizadora y en sus innumerables modificaciones, médicos, pediatras, fisiólogos y aún laboratoristas extranjeros. Por último, al ponerse en práctica los programas, se exige de los Gobiernos favorecidos una fuerte contribución en dinero y en personal que es por lo general de larga y engorrosa tramitación, y acarrea dificultades sin cuento para los funcionarios locales.

5. Pensamos que en la actualidad, los países americanos disponen de médicos, enfermeras, legisladores, abogados, pedagogos, etc., que conocen con exactitud la gravedad e intensidad de los problemas que afectan a cada región, y que existe ya también, una autoridad técnica responsable que encarna el pensamiento del Gobierno sobre el particular. Por otra parte, el organismo centralizador especializado de la Organización de los Estados Americanos, el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, cuenta con una bibliografía completa sobre los trabajos, ensayos, informes y demás documentos que han sido presentados en los últimos años por aquellos técnicos, en cada nación, que está a disposición de todo aquel que se interese por materias, y con mayor razón de organizaciones tan respetables como las internacionales. Los directores del INSTITUTO, con innegable experiencia, están también en condiciones de informar a los organismos internacionales acerca de los técnicos locales que verdaderamente están compenetrados de sus correspondientes problemas y de sus soluciones adecuadas.

De otro lado, UNICEF, dada la extensión de su órbita de acción y la trascendencia cada día creciente de su misión, se verá en la necesidad de modificar su estructura y fisonomía, adquiriendo el carácter de una agencia especializada de tipo técnico, o bien habrá de crear en su seno una Oficina Científica a cargo de profesionales especializados, que puedan vincularse con sus colegas de

los países adheridos, hablar su mismo lenguaje y vibrar al son de análogas inquietudes y problemas. Estos técnicos centrales de INICEF podrían tomar contacto con las autoridades del INSTITUTO conocer la Biblioteca de este organismo, imponerse de la colección de informes y estudios de que se dispone y considera entonces con conocimiento cabal de las cosas, las peticiones que formulen los países necesitados para ayudar al desarrollo de sus programas de atención materno-infantil. Pero en el bien entendido, de que son sus programas, los de sus técnicos, de sus Gobiernos los que deben ser considerados por los organismos internacionales. Ellos podrán, naturalmente, rechazar aquéllos que sean impracticables o no tengan, a juicio de los técnicos centrales, la debida importancia o preeminencia, y propondrán las modificaciones que sugieran éstos después de considerar los informes y estudios tantas veces aludidos. O sea, todo dentro del terreno científico, sin interferencias de intereses creados dentro del país, sin visitas de 3, 4 o más expertos que a la postre resultan inexpertos en el tema que deben aconsejar o considerar.

Los programas de los organismos internacionales deberían ser realizados de acuerdo con las pautas oficiales de cada país, conforme a sus particulares métodos, directivas y reglamentos y a través de su propio personal especializado. Pero, como conocemos

muestras cualidades y defectos, creemos que cualquier organismo internacional que preste ayuda técnica a países americanos, podría enviar a ellos funcionarios técnicos inspectivos que cuiden del cumplimiento exacto de los convenios suscritos, del desarrollo integral y preciso del plan a ejecutar, y eviten que intereses locales, políticos, o de otro orden, desvíen el equipo de trabajo hacia otros objetivos o finalidades que no son las previstas en el tratado. Hemos podido comprobar personalmente cómo los vehículos proporcionados para campañas de vacunación rural u otros fines de movilización sub-urbana o rural, han sido destinados a menesteres ajenos a aquellos que impulsó a concederlos.

No creemos que haya inconveniente o impedimento para que existan oficinas regionales dependientes de los organismos internacionales en los países favorecidos. Por el contrario, creemos que es útil disponer de ellas para facilitar todos los trámites administrativos que derivan de campañas de esta índole. Pero estimamos que ello estará bien, siempre que estas oficinas se limiten a aquella labor de carácter burocrático. Por ningún motivo ellas deben adquirir fisonomía técnica, inspectiva o de control; esa tarea debe quedar específicamente entregada a los inspectores de que hablamos hace algunos instantes. Se evitarían, de esta manera, interferencias desagradables y roces que perjudican el buen entendimiento que es indispensable en este género de trabajo de cooperación

armónica de poderes y nacionalidades diferentes.

No sabemos si es la gran trascendencia que atribuímos a estas materias o si realmente miramos la perspectiva de este problema de la asistencia y protección de la infancia con ojos muy pesimistas lo que nos hace pensar en la necesidad ineludible de que exista en el seno de la Organización de las Naciones Unidas una sola y gran repartición dedicada al estudio y a buscar la solución de los graves problemas que ofrece la infancia de América.

A las actuales iniciativas de la Organización Internacional máxima que dispone de varias oficinas dedicadas a los diversos matices de tan vasto tema: Fondo Internacional de Socorro a la Infancia, Administración de Asistencia Técnica; Oficina de la Infancia y Juventud, debe seguir una segunda etapa que aune en un solo Departamento de la Secretaría General, todas las materias relacionadas con la infancia, y a través del cual pudiera materializarse cualquier tipo de ayuda relacionada a la asistencia y protección materno-infantil de orden internacional.

Esto no significa que pensamos en la necesidad de destruir o disolver las entidades actualmente existentes. Sólo estimamos que sería mucho más provechosa la acción de cada una de ellas si realizaran su labor en beneficio de la infancia de los países americanos a través de esta Oficina o Departamento Central de las Naciones Unidas.

Su ventaja inmediata sería la de que los Gobiernos que financiaran esta obra de cooperación internacional, se entenderían única y exclusivamente con la Secretaría General de las Naciones Unidas la que, a su vez, tendría conocimiento exacto de las diferentes circunstancias que rodean a la infancia necesitada del Continente, con lo cual pudiera recabar y obtener mayor cantidad de recursos económicos que los de que hoy se dispone. Es tal el cúmulo de problemas y necesidades que ofrece el panorama de la infancia americana, que los ingentes sacrificios, esfuerzos y desembolses que hacen las Agencias Internacionales, resultan ahora pequeños y sin trascendencia en la solución de tan gigantesca incógnita.

Esta misma repartición centralizadora podría encarar, con singular éxito, la labor de enviar expertos en las diferentes materias que componen la asistencia y protección materno-infantil, tales como la delincuencia infantil; asistencia y crianza del lactante; organización administrativa de servicios de protección materno-infantil, servicio médico escolar, judicatura de menores, odontología infantil, servicio social, etc..

El envío de expertos en cualquiera de estas materias se haría a solicitud expresa del país favorecido y en lo posible, ellos deberán provenir de naciones de análogo origen, de costumbres semejantes, y sobre todo, donde se hable el mismo idioma del país a donde van destinados. La práctica ha demostrado que, salvo muy contadas

excepciones, los expertos de otra nacionalidad que no hablen o no dominen el lenguaje del país donde van a prestar sus servicios, lisa y llanamente fracasan, o bien su tarea resulta altamente costosa por las dificultades y tiempo perdido en la adaptación al medio ambiente y a la idiosincracia y las costumbres del país observado. Debe estudiarse también la posibilidad de que estos expertos, debidamente especializados en una materia determinada, puedan servir de asesores técnicos inmediatos de los Gobiernos o de las autoridades donde van a prestar sus servicios, sin las limitaciones reglamentarias que existen en la actualidad.

El nuevo organismo que anhelamos tendría también un vasto campo de trabajo en el adiestramiento y preparación del personal técnico.

Dijimos ya que en la actualidad, una de las dificultades más serias con que se tropieza al desarrollar un programa nacional de asistencia de la infancia, es la falta de personal técnico debidamente adiestrado para ello. Por lo general los médicos pediatras tienen una sólida preparación clínica, pero sus conocimientos de medicina social son escasos o rudimentarios ya que los programas de estudios generales de la Universidad, no contemplan todavía esta clase de disciplinas. Algo semejante ocurre con las enfermeras que, o bien son de tipo hospitalario o "tratantes", o son de salud pública, pero sin conocimientos suficientes en materia de protección



materno-infantil. Igual cosa puede decirse de todos los técnicos que deben aplicar las Leyes y poner en práctica las medidas asistenciales en bien de la infancia, pero hay un grupo de funcionarios cuyos deficientes conocimientos y escasa vocación, dificultan el éxito de sus tareas en forma ostensible, nos referimos al personal de educadores, inspectores, directores, y demás, que deben asumir la responsabilidad de la reeducación y readaptación al medio social de aquellos menores que se han colocado en situación irregular o que han delinquido, y que se encuentran sometidos a la tutela del Estado en hogares u otros establecimientos especializados.

La observación personal de muchos de estos establecimientos a través de los diversos países de la América, nos hace asegurar que este grave problema es común a la mayoría de los pueblos latinoamericanos: los profesores y los inspectores reeducadores reciben remuneraciones exiguas; se les vé siempre pobres y mal tenidos y desarrollan por lo común, su trabajo en medio de amarguras e inquietudes incompatibles con la trascendencia y dignidad de la función a ellos encargada. Por estas mismas razones, no es posible seleccionar la calidad humana de los individuos que llegan a servir esos cargos, y es así como muchos de ellos fracasan por falta de conocimientos, de vocación, de tranquilidad y de aptitudes generales para su cometido.

La Secretaría General de las Naciones Unidas, a través de sus organismos técnicos, pudiera establecer cursos de preparación y

capacitación repartidos en aquellos países americanos que tienen servicios asistenciales más avanzados, para la preparación e intercambio de los diferentes técnicos que van a cumplir tan importantes misiones.

El éxito indiscutible de los últimos Seminarios nacionales e internacionales auspiciados por la Organización de los Estados Americanos, y dirigidos por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, y sus Delegados Técnicos, revela que existe a través de la América, un número grupo de técnicos con suficiente capacidad para organizar, dirigir y administrar eficientemente servicios de distinta índole, y que ya se ha empezado, por lo menos, a desarrollar ideas y planes comunes en bien del niño americano.

Por otra parte, la inquietud que se advierte en cada pueblo por el futuro de sus niños, y la avidez de sus técnicos por asistir a los limitados cursos de los Seminarios, demuestra elocuentemente que es dable esperar muy buenos frutos de estos intercambios de funcionarios especializados de los distintos países americanos.

Todo lo dicho respecto a los cursos de perfeccionamiento, puede aplicarse a otro capítulo muy importante de la ayuda técnica: el de los programas de becas para técnicos en servicios que se dedican a labores de protección materno-infantil y que al regresar al país de origen, necesariamente han de trabajar en actividades y servicios correspondientes a los estudios que en ellos realizaron

en el extranjero. Todo esto controlado por medio de reglamento, convenios u otras medidas similares por la Secretaría General de las Naciones Unidas, y el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Se evitará de esta manera lo que suele ocurrir en la actualidad, de que los técnicos becados por los Organismos Internacionales, para estudiar una determinada materia, vuelven a su país, y allí, o no son tomados en cuenta, o se les dedica a trabajos absolutamente ajenos a aquellos que constituyen su especialización.

Naturalmente que el procedimiento a poner en práctica a fin de asegurar la colaboración del becario para su país en las materias que ha aprendido, no pueden sobrepasar las limitaciones políticas o administrativas nacionales. Pero creemos que un compromiso o convenio entre las Naciones Unidas y el país favorecido, en el cual se estipule que al regresar el técnico becado deberá prestar sus servicios por dos años como mínimo en reparticiones de su especialización, aseguraría la seriedad y el éxito de estas becas, sin interferir en las regulaciones políticas y administrativas del país.

Pero existe aún otra fase muy interesante de cooperación o ayuda técnica que puede prestar la Secretaría General de las Naciones Unidas a través del Organismo proyectado. Ella sería la de estimular y propender a que cada país americano desarrolle en

forma preferente y destacada, entre una de sus actividades primordiales, una política nacional de protección y asistencia de la infancia, como una de las responsabilidades fundamentales de él, con la colaboración de todas las instituciones públicas que sean reconocidas como adecuadas y eficientes, sin privilegios de ningún género, pero como hemos dicho y repetido, bajo la tuición superior del Estado.

Muchos países latino-americanos carecen en la actualidad de una política definida en esta materia.

El Organismo Internacional Centralizado estaría en óptimas condiciones para favorecer y estimular tan trascendental iniciativa a fin de que cada nación, o cada Gobierno, en la forma que lo estime conveniente y con la fisonomía o características que crea procedentes, encare en su país aquella política nacional de asistencia y protección a la infancia.

Creemos que en general, existe en la actualidad, como expresamos antes, subestimación del problema, y no acertamos a comprender por qué la asistencia y protección de la infancia no gozan en cada país de la preeminencia e importancia que tienen los programas de defensa nacional, de agricultura, de educación, de salubridad pública, etc.

Estas medidas que pueden realizarse sin costo exagerado y solamente disponiendo de buenas informaciones y técnicos realmente eficientes y conocedores de los diferentes males, de las

dificultades, de los vacíos y de las deficiencias de la asistencia y protección materno infantil en América, situaría a la Organización de las Naciones Unidas en un plano de consideración, de efecto y de respeto, como seguramente no lo ha logrado con ninguna otra de sus loables actividades e iniciativas.

## RESUMEN

El autor expone que en el continente americano ha surgido un nuevo aspecto de la protección materno-infantil, que denomina "cooperación interamericana". Después de citar varias de las instituciones mundiales y americanas que ejercen esa cooperación, clasifica esta en cinco clases: ayuda material, asistencia técnica, misiones de expertos, becas de estudios y cursos de perfeccionamiento. Después de enumerar la ayuda material, pasa a la asistencia técnica, haciendo ver la proficua labor que en ese sentido ha prestado el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. En cuanto a las misiones de expertos, ellas han realizado una muy útil actividad, afirmando a los técnicos de los países, muy a menudo subestimados. Finalmente, las becas de estudio y los cursos de perfeccionamiento han contribuido eficazmente a la mencionada colaboración.

Los resultados obtenidos por esa colaboración han sido muy provechosos, pero es necesario perfeccionarla para su máxima eficiencia. Refiriéndose al reparto de leche seca al Ecuador, señala el autor los inconvenientes debidos a la falta de intervención de los organismos oficiales de asistencia materno-infantil y sugiere que la UNICEF debería intervenir como organismo técnico. Con motivo del programa de las cuatro zonas rurales de Chile expone las dificultades producidas a causa de la serie de gestiones y consultas previas, proyectos y contraproyectos.

Existen en América técnicos en protección a la infancia en todos los países. Por otra parte, el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, que cuenta con una información bibliográfica muy completa, puede, por intermedio de sus técnicos, informar a los organismos internacionales.

Cree el autor que la UNICEF ganaría adquiriendo la estructura de agencia especializada de tipo técnico, o creando en su seno una Oficina Científica. Con esto y tomando contacto con el Instituto podría realizarse en los países americanos obra eficaz y útil. Los programas de los organismos internacionales deberían ser realizados con las pautas oficiales de cada país, con técnicos inspectores de los organismos que ejercen la cooperación.

Como consecuencia, las Naciones Unidas podrían crear en un solo Departamento de la Secretaría General un organismo que se ocupe de todo lo relacionado con la infancia, el que, sin destruir lo existente, daría una mayor unidad y eficiencia a la acción. Esa repartición centralizadora enviaría expertos, conocedores no solo de la materia, sino también del país y de la lengua, con lo que se evitarían muchos fracasos. En lo que a América se refiere, actuaría en colaboración con el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

El problema del personal técnico es serio en América

por lo que recomienda cursos de capacitación en los países más adelantados. Los Seminarios de Protección a la Infancia que acaba de realizar el Instituto Internacional de Protección a la Infancia dentro del programa de Cooperación Técnica de la O.E.A., realizando el proyecto No. 32, han puesto de manifiesto la existencia de técnicos capaces en todos los países, por lo que la obra anunciada sería relativamente fácil. Cada becario deberá prestar por lo menos dos años de colaboración efectiva en su país.

El autor cree, finalmente, que el Organismo sugerido debería desarrollar en cada país una política nacional de protección y asistencia de la infancia, como una de sus responsabilidades fundamentales, ya que muchos países carecen todavía de ella.



PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE PROTECCION  
Y ASISTENCIA FAMILIAR

(Tema Asignado a la República Dominicana)

Desde hace ya muchos años el Gobierno de la República Dominicana ha puesto en marcha toda una serie de programas encaminados a garantizar la protección de la familia en todos sus aspectos, y ha cosechado ya de modo óptimo el sazonado fruto de estas providencias. Partiendo del postulado sociológico que reconoce en el grupo familiar la célula gestora de toda sociedad bien organizada, se ha preocupado hondamente por el mantenimiento de su cohesión y armonía a base de un mejoramiento sustancial de su status económico y de un gradual incremento de su nivel cultural y sanitario. Y no podría ser de otro modo, ya que el ideal democrático requiere un esfuerzo constante y mantenido en pro de la superación colectiva, y un mejor enfoque y comprensión de los problemas que confrontan todos y cada uno de los integrantes de esa colectividad. Y es precisamente la familia el organismo social que requiere más inmediata atención por sus especiales condiciones de integración y actividad vital

y por ser como dijimos la responsable del ajuste social satisfactorio que necesita la comunidad para mantenerse dentro de un marco de organización aceptable y digno.

Es tan íntima la relación que existe entre los programas de protección y asistencia familiares, que resulta hasta cierto punto poco didáctico contemplarlos y ponderarlos por separado. El propósito y la meta son uno solo, aunque el protocolo y la dinámica de realización varíen en el aspecto objetivo. Sin embargo, consideramos conveniente para facilitar nuestra tarea, agruparlos del siguiente modo: programas médico-sanitarios, educacionales, legislativos y sociales. Ha de señalarse acto seguido que al formular esta enumeración no se ha querido jerarquizar los tales programas, vale decir, dar preeminencia a tales o cuales sobre los restantes: todos son de importancia similar, y ninguno puede ni debe relegarse a un segundo término so pena de desvirtuar o invalidar la eficacia de una acción conjunta, absolutamente necesaria en todo caso, dispuesta por el Superior Gobierno para su ejecución. Por otra parte, todos estos programas conducen a la Seguridad Social en su sentido más universalista, esto es, en su sentido, pluridimensional, finalidad primordial de toda actividad gubernamental francamente democrática.

Hace ya varios lustros que los programas gubernamentales de protección y asistencia familiar funcionan activamente en todo el territorio nacional de la República Dominicana. La existencia de una apreciable red de magníficas carreteras unida a la ausencia de distancias realmente grandes en nuestro país; sus saludables condiciones climatéricas de escasas variantes en todas sus regiones; la carencia absoluta de discriminaciones raciales ó de cualquier otra naturaleza; la similitud del perfil psicológico entre los pobladores de cada región y otros tantos factores que sería prolijo enumerar, han hecho que las tareas gubernamentales en este sentido puedan ser realizadas de modo eficaz, rápido y uniforme, y puedan ser, cuantas veces se estime pertinente, objeto de una prolija revisión a fin de mantener los programas asistenciales dentro del marco científico y moderno que exige la civilización actual. Los programas sanitarios, médicos, educacionales, sociales y legislativos han sido accionados simultáneamente, en ese clima de integración imprescindible para garantizar su utilidad y eficacia, y hoy por hoy puede afirmarse que son realmente satisfactorios los resultados.

Queremos dar una idea general de los establecimientos y servicios de que actualmente disponemos para llevar a cabo estos programas gubernamentales de protección y asisten-

cia familiar, y preferimos hacer la enumeración por grupos, correspondientes a los diversos capítulos de la Asistencia Social ya señalados anteriormente.

#### PROGRAMAS MEDICO-SANITARIOS

Interesado cada día más en lo que vale la salud del individuo, el Gobierno Dominicano ha puesto en marcha un nutrido programa de realizaciones médico-sanitarias. Este programa propende al levantamiento del índice de salubridad en todas las regiones del país y al incremento de las campañas de inmunización contra aquellas enfermedades que pueden ser evitadas por medio de vacunaciones preventivas. La ejecución del plan está a cargo de los hospitales, salas de Maternidad, Sanatorios, Dispensarios, Oficinas Sanitarias y otros servicios especializados dirigidos y supervisados por la Secretaría de Estado de Salud Pública. El país cuenta actualmente con 30 grandes hospitales. A excepción de los destinados a servicios exclusivos de tal ó cual especialidad, todos disponen de salas para Maternidad y para Pediatría. De las 6000 camas de que se dispone en estos establecimientos, mil cien con camas cunas. Hay además 10 hospitales de Maternidad exclusivamente, y 3 de Pediatría. Estos establecimientos están dotados de servicios de consultas pre y post natales, a cargo de per-

sonal especializado. Existe además un Banco de Sangre al servicio de estas instituciones. Es importante señalar además que a las familias pobres se le obsequia las medicinas que requieran.

En las ciudades en las cuales no existen todavía hospitales infantiles, las consultas pediátricas de carácter ambulatorio se realiza en dispensarios bien equipados y accionados por un personal altamente especializado.

Los paído-odontólogos se ocupan de la salud dental del niño en unidades que funcionan adscritas a la Facultad de Odontología de la Universidad de Santo Domingo, y en Dispensarios médico-dentales radicados en los barrios pobres.

Otros servicios asistenciales de protección a la familia son los Dispensarios Antituberculosos, Salas de Emergencia y Oficinas Sanitarias. Además Dispensarios Anti-venéreos. Existen en el país 130 Dispensarios, igual número de oficinas sanitarias, un Banco Central de Sangre con numerosas filiales en todo el territorio nacional y dos laboratorios centrales. Todas estas estaciones funcionan en perfecta armonía, y sincronizan sus actividades de manera que puedan las familias pobres derivar de ellos los más dilatados beneficios.

Desde hace muchos años la campaña sanitaria del Go-

bierno ha sido dirigida específicamente a erradicar de nuestro medio el Paludismo, las enfermedades venéreas, el Pian, el parasitismo intestinal, la tuberculosis, la Difteria, la Viruela y la Tifoidea y para A y B. Estamos actualmente en condiciones de afirmar que, gracias al empeño del Superior Gobierno y a la eficacia de los medios de que se han valido los organismos correspondientes para lograr su objetivo, la mayoría de estas enfermedades, en otrora endémicas muchas de ellas, han sido reducidas a una mínima cifra de incidencia. La educación popular en lo que atañe a preceptos higiénicos fundamentales, base de toda profilaxis bien entendida, se imparte sistemáticamente a los moradores de las zonas rurales de todas las regiones del país, y en las zonas urbanas se dictan periódicamente cursillos sobre estos asuntos con magníficos resultados. Desde el año 1951 se instituyó la vacunación por medio del B.C.G. Esta campaña está dirigida en primer lugar hacia los infantes de los diversos hospitales de maternidad; pero abarca también a los adolescentes y adultos que acuden en demanda de estos servicios.

Actualmente está en ejecución un programa que tiende a incrementar las actividades técnicas de los servicios sanitarios, convirtiendo las oficinas sanitarias de hoy en

Unidades de Salud Pública dotadas de equipos de rayos X, laboratorio y personal adiestrado en cuestiones de higiene y salubridad.

La familia dominicana de hoy, rescatada de la insalubridad en que vivía, cumple a cabalidad su función social gracias a los empeños gubernamentales que desde hace 25 años han orientado el país por derroteros de paz, cultura, salud y progreso.

#### PROGRAMAS EDUCACIONALES

En los amplios programas gubernamentales de protección familiar, las tareas encomendadas a la Secretaría de Estado de Educación ocupan lugar preponderante. Estas tareas se orientan en 2 sentidos: a) Ayuda material a las familias necesitadas para que las actividades escolares de sus hijos así como sus progresos educativos se realicen dentro de las mejores condiciones; b) Orientación y ayuda a los padres para que el grado de superación que los hijos puedan lograr sea el resultado de una verdadera cooperación y coordinación entre el hogar, la escuela y la sociedad en que viven.

Para lograr el primer resultado se han establecido y desarrollado: el Desayuno Escolar, el Ropero Escolar, las bibliotecas escolares circulantes, las colonias de veraneo

y el Servicio Médico Escolar. Para la obtención del segundo, la Sociedad de Padres y Amigos de la Escuela, que funciona debidamente organizada en todos los ámbitos del país, y las Escuelas de Economía Doméstica donde se habilitan las niñas en los quehaceres del hogar, al tiempo que se ayuda a los padres a hacer frente a los problemas vitales en forma práctica, sencilla y efectiva.

El Desayuno Escolar fué establecido en 1949 con un presupuesto de RD\$165,000.00 para atender a unos 15,000 escolares. El presupuesto del 1954, esto es, cinco años después, es de RD\$260,723.00 para atender a 21,000 niños. Constantemente se mejora la calidad de los alimentos servidos, y cada escuela tiene un comedor de capacidad apropiada. Como culminación de este servicio se ha conseguido que tanto los niños que lo reciben como sus padres, hayan comprendido sus dilatadas proyecciones sociales, no tomándolo como una caridad ni avergonzándose de recibirlo. Anualmente el mes de febrero se celebra como "mes del Desayuno Escolar", y las contribuciones de entidades y organismos particulares así como del público en general, absolutamente espontáneas, son cada vez mejores.

El Ropero Escolar tiene por objeto facilitar a los hijos de familias pobres la obtención de ropas de uniforme y



zapatos a precio de costo y con grandes facilidades de pago. Este servicio es dirigido y controlado por la Asociación de Padres y Amigos de la Escuela en cada plantel docente. Se inició con un presupuesto de RD\$30,000.00, con el cual se atendió a las necesidades de 14,521 escolares. En 1954, 3 años después, el presupuesto fué de RD\$87,096.00. Al igual que el Desayuno Escolar, en el mes de febrero de cada año, se reciben importantes aportaciones tanto del Gobierno como de particulares para el buen funcionamiento de este servicio.

El establecimiento y desarrollo cada vez mayor de las bibliotecas escolares circulantes ha solucionado un grave problema entre las familias de recursos limitados. Estas deseaban educar mejor a sus hijos, pero no tenían medios para adquirir los libros necesarios para ello. Ahora los hijos de estas familias pueden disponer de tales libros durante el tiempo necesario. Además de las ya existentes, actualmente están listas para entrar en servicio cuatro grandes bibliotecas circulantes, dotadas de bibliotecarios debidamente preparados, para llevar hasta los últimos rincones del país un variado y numeroso material literario apropiado para todas las edades, gustos y niveles culturales. Estas grandes bibliotecas rodantes están equipadas además con

altoparlantes, un toca-discos y una discoteca seleccionada, que ayudarán a promover el interés de las familias por estas nobles actividades intelectuales.

Desde hace ya varios años funcionan en el país las colonias de veraneo, cuya finalidad y beneficios no habrán de escapar a aquéllos que se interesan por la salud psicofísica de los niños: En ellas se ofrece a los niños comprendidos entre los 10 y los 14 años, especialmente a los pertenecientes a familias necesitadas, la oportunidad de unas semanas de vida al aire libre, ejercitación de deportes y alimentación nutritiva y abundante, tan necesarios en ese período de la vida para un buen desarrollo. Estas colonias disponen además del personal administrativo, de un personal técnico que incluye un Médico y una enfermera. Antes de concurrir a las colonias los niños son sometidos a un examen antropométrico. Ya ingresados en ellas, se lleva un record de enfermedades, accidentes, etc. que puedan acaecerles, y la dirección de la Colonia informa semanalmente a los padres de los niños veraneantes sobre su estado de salud, adaptación al régimen de la colonia, comportamiento y colaboración prestada a la buena marcha de la misma.

Las Escuelas de Economía Doméstica establecidas en casi todas las localidades del país, representan un magní-

fico enlace entre la escuela y el hogar, toda vez que la forma práctica en que se desenvuelven sus actividades hace que tanto los alumnos como sus familiares perfeccionan cada día más los métodos para resolver los problemas de carácter económico, alimenticio, higiénico, de salubridad, crianza de niños, embellecimiento del hogar, empleo de las horas de ocio, diversiones.

Las Sociedades de Padres y Amigos de la Escuela, debidamente organizadas en todo el país, realizan una importantísima labor. En las áreas rurales, estas sociedades atienden a la construcción, reconstrucción y mantenimiento de los locales escolares. Y tanto en las zonas rurales como en las urbanas, intervienen directamente en el desenvolvimiento de la Escuela, tomando parte activa en los consejos disciplinarios, en el planeamiento y realización de excursiones, festividades, actos cívicos, grupos de estudio y administración del Ropero Escolar.

(Véase anexo No. 2 para mayor ilustración sobre estos programas).

#### PROGRAMAS LEGISLATIVOS

La protección social del menor, como uno de los aspectos fundamentales de la protección a la familia, ha sido objeto de especial atención de parte del Superior Gobierno

desde hace ya muchos años. En este sentido se ha elaborado un cúmulo de atinadas leyes y ordenanzas que han sido compendiadas actualmente en un instrumento jurídico actualmente en estudio, el "Código del menor". Dicha legislación, objeto de periódicas y oportunas revisiones, se ajusta en todo su contenido a los más modernos preceptos psicopedagógicos, y ha dado ya evidencias harto ostensibles de su eficacia científica. Sin detenernos en consideraciones necesariamente prolijas sobre todos y cada uno de los aspectos que presenta el problema de la infancia y adolescencia carentes de protección social en su más amplio sentido, nos permitimos a continuación señalar las más importantes realizaciones legislativas atinentes a menores, entendiendo que son ellas poderosas armas protectoras de la unidad familiar, ya que garantizan la seguridad de sus más numerosos y necesitados integrantes.

Como hecho realmente importante, debe consignarse aquí que nuestro país no confronta hasta hoy el problema de la incidencia numerosa de casos de delincuencia mayor entre menores (robo con fractura, incendios, crímenes sexuales, falsificación, etc.), aún y cuando las causas predisponentes, determinantes y desencadenantes de la delincuencia juvenil sean entre nosotros prácticamente las mismas que en otros países.

Las medidas legislativas más importantes que garantizan en nuestro país la seguridad social del menor son las siguientes:

Creación del Centro de Observación de Menores de Ciudad Trujillo.

Reglamento para funcionamiento de los Institutos Preparatorios (Reformatorios) y Granjas-escuelas.

Ley No.603 que establece los Tribunales para menores, con sus posteriores modificaciones contenidas en las leyes Nos. 2045 y 2529.

Ley No.2570, que crea el Patronato de Menores.

Ley No.3352 sobre abandono de menores.

✓ Comités Protectores de Menores en todas las provincias del país.

Ley No.1406 sobre guarda de menores de hasta 14 años.

Capítulo 2do. del Código Trujillo del Trabajo (Trabajo de Menores).

Ley No.3324, que prohíbe la publicidad de noticias relativas a delincuencia, mendicidad y vagancia de menores de hasta 18 años.

Repartos de alimentos a niños de edad pre-escolar.

Ley No.2402, relativa a manutención obligatoria de menores de hasta 18 años.



Reglamento No.7874 sobre funcionamiento de Sociedades de Padres y Amigos de la Escuela.

Ley No.1951 sobre reglamentación de espectáculos públicos y emisiones radiofónicas.

Y otras tantas más. En un trabajo como el presente, sometido necesariamente por razones atendibles a cierta extensión y duración, se hace prácticamente imposible comentar cada una de estas importantes providencias legislativas, que hemos simplemente enumerado, cuestión esta de innegable utilidad para una cabal ponderación de sus proyecciones sociales. Remitimos a los distinguidos delegados a este brillante evento científico al anexo No.3 del presente trabajo, donde, en forma suscita, precisa y enjundiosa se da cuenta de la esencia de cada una de ellas, así como se hace un pormenorizado recuento y estudio de los factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de los problemas conductuales de los menores.

#### PROGRAMAS SOCIALES

El alcance de los programas de protección y asistencia familiares en ejecución en nuestro medio y aquellos en estudio para su aplicación inmediata, será expuesto a continuación de modo suscito. El desarrollo y buena marcha de los mismos es obra del Generalísimo Trujillo, gobernante

ejemplar que fué el primero en entrever en nuestro medio la magna importancia de la Seguridad Social en todos sus aspectos como garantía de estabilidad individual y familiar, base de toda ideología democrática. Nos permitimos enumerar los establecimientos y servicios donde se realizan estos programas:

Repartos de alimentos: Como ayuda nutricional completa a las familias numerosas de escasos recursos económicos, a las madres pobres en período de gestación y a los inválidos, fueron creados hace ya algunos años estos establecimientos, en los cuales se entrega a cada familia ó necesitado una cantidad determinada de leche que fluctúa de 1 a 3 litros diarios, y varios molletes de pan. Actualmente funcionan en el país 27 establecimientos de esta naturaleza.

Desayuno a niños pobres de edad preescolar: Anexos a ciertos establecimientos del grupo anterior, en las localidades donde existen grandes conglomerados infantiles, funcionan los servicios de desayuno para niños pobres de edad preescolar, cuya función de elemento dietético completo es esencialmente importante para este grupo de menores. Hasta 1000 raciones diarias son repartidas en un solo de estos establecimientos.

Establecimientos de dietética y nutrición infantil: Tienen por finalidad primordial proveer de alimentación ade-

cuada, bajo una estricta vigilancia médica a los niños de hasta 1 año de edad nacidos de madres pobres imposibilitadas de alimentar completa ó incompletamente sus niños al seno. Actualmente el país cuenta con 30 establecimientos de este tipo destinados en todo el territorio nacional, con un número fijo de inscripciones que fluctúa entre 50 y 80 niños cada uno, atendiendo a la densidad de la población ó localidad donde funcionan. Estos establecimientos están bajo la inmediata dirección del Servicio Médico de la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social. Interesantes detalles sobre su funcionamiento, datos estadísticos, etc., se encuentran en el anexo No.4, al cual muy cortésmente invitamos la atención de los distinguidos señores Delegados y demás personas interesadas.

Guarderías infantiles: Funcionan actualmente en la República tres grandes establecimientos de ese tipo. De acuerdo al plan adoptado, estos establecimientos dan acogida a los hijos de las obreras que trabajan para asegurar su subsistencia, no pudiendo por tal circunstancia atenderlos debidamente. En las guarderías los pequeños de ambos sexos son atendidos maternalmente, y educados en las prácticas morales y cristianas que han de concurrir mañana a la elaboración de su status social. Un total de 435 menores cuya



edad oscila entre los 2 y los 6 años son acogidos en estos establecimientos, dirigidos y atendidos por religiosas de la Orden de San Vicente de Paul. También pueden obtenerse datos de estos establecimientos en el citado anexo No.4.

Hogares para bebés: Su objetivo principal es prodigar cuidados y atenciones a niños desvalidos desde tres meses hasta 2 años, cuyas madres están impedidas por motivos de trabajo ó de salud, de podérselos ofrecer debidamente. El primero de estos establecimientos se acaba de inaugurar hace algunos meses en el país. Se anexa un folleto que detalla el funcionamiento de estos establecimientos en la República Dominicana.

Granjas escuelas: Establecimientos para albergue de menores huérfanos y abandonados, en los cuales reciben estos niños instrucción escolar, y aprenden un oficio ó arte que le permitirá posteriormente ganarse la vida. Actualmente existen 3 en nuestro país, que albergan alrededor de 600 niños. Hay una para hembras y dos para varones.

Para mayor ilustración, consúltese el anexo No.4.

Institutos preparatorios ó reformatorios: A estos establecimientos, modernamente construídos y científicamente orientados, son llevados los menores que han exhibido trastornos conductuales de tipo delictivo o criminal, por disposi-

ción de los Tribunales Tutelares de Menores que existen en toda la República. Al igual que en los establecimientos del grupo anterior, allí reciben los menores instrucción escolar y aprenden un oficio. Existen 3 en el país, dos para varones y uno para hembras.

Servicio de asistencia pública post-natal: Este servicio fué creado con el propósito de adiestrar debidamente a las madres en el cuidado y mantenimiento de la salud de sus hijos. Para realizar el servicio se cuenta con un grupo de enfermeras graduadas, las cuales visitan los hogares, celebran sesiones clínicas para niños sanos, sostienen frecuentes entrevistas con las madres, a las cuales hacen demostraciones objetivas sobre estos asuntos, e inmunizan los niños contra la difteria y la fiebre tifoidea. Amplios detalles sobre la organización y funcionamiento de estos establecimientos se encuentran consignados en el anexo No.4 de este trabajo.

Como se echa de ver, los programas gubernamentales de protección a la familia en la República Dominicana se ajustan adecuadamente a las resoluciones y recomendaciones adoptadas en diversas Conferencias Internacionales, y específicamente a la Carta Internacional Americana de garantías sociales adoptada en la IX Conferencia Internacional Ameri-

cana, y la resolución de esta Conferencia sobre "El Desarrollo y mejora de los servicios de Asistencia Social". La ponderación de estos programas de asistencia social en nuestro país, da cuenta de la postura del actual gobierno frente a los vitales problemas que entrañan de modo directo a la familia, como son los que se relacionan con su salud, educación, mejoramiento de las condiciones de vida y de vivienda, de trabajo y de condiciones de supervivencia. No existen providencias más significativas para el hombre que aquéllas que propugnan la consecución de su ideal más caro: la paz espiritual, esa recóndita y subjetiva reacción emocional que produce el saberse protegido, comprendido y estimulado. Y estas providencias integran la Seguridad Social, en cuyo incremento y orientación científica estamos tan manifiestamente empeñados todos.

#### PROTECCION Y ASISTENCIA ACTUAL A LA FAMILIA DENTRO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DOMINICANA

De acuerdo a la "Ley Sobre Seguros Sociales y Reglamentos Vigentes" las prestaciones garantizadas que tienen relación directa con la familia son las siguientes:

Artículo 50. En el embarazo, el parto y el puerperio tendrán derecho los asegurados a las siguientes prestaciones:

Apartado a) Asistencia médica, hospitalaria y de farmacia;

Apartado b) Subsidio en dinero igual al 50% del salario ó sueldo promedio, durante las 6 semanas anteriores y las 6 semanas posteriores al parto;

Apartado c) Subsidio de lactancia durante los 8 meses siguientes al parto, sea en dinero, a razón del 10% del salario promedio, ó en especie, mediante el suministro de leche ó productos lácteos; y

Apartado d) Asistencia médica pediátrica del recién nacido, también durante 8 meses.

Artículo 51. Las prestaciones consideradas en los apartados a) y d) del artículo anterior serán otorgadas cuando la asegurada hubiera pagado no menos de 15 cotizaciones en los diez meses anteriores a la fecha señalada para el parto, y las consideradas en los apartados b) y c) cuando hubiera pagado en el mismo plazo no menos de treinta.

Artículo 52. Los subsidios de reposo pre y postnatal no serán pagados si la asegurada se ocupa en dichos períodos en una labor asalariada y tampoco el de lactancia si deja de llevar al recién nacido a los servicios médicos pediátricos.

Artículo 53. La asegurada que reciba los subsidios en dinero mencionados en el apartado b) del artículo 50 no podrá exigir al patrono el cumplimiento de la misma obligación que le imponen las disposiciones legales sobre Contratos de Trabajo.

Artículo 54. Las enfermedades coincidentes con el embarazo y las derivadas del parto serán tratadas por cuenta del Seguro de enfermedad, sin que haya lugar en ese caso a la duplicidad de los subsidios.

Artículo 55. La cónyuge del asegurado obligatorio tendrá derecho a las prestaciones indicadas en el apartado a) del artículo 50, siempre que éste hubiera pagado no menos de treinta cotizaciones en los diez meses anteriores a la fecha señalada para el parto.

#### SEGURO DE FAMILIA

Artículo 12. La atención obstétrica de la cónyuge del asegurado obligatorio y la pediátrica de los recién nacidos forman parte de las prestaciones generales del seguro de enfermedad.

Artículo 13. Mediante una cotización adicional que pagarán los asegurados obligatorios a medias con el patrono, y por su propia cuenta los asegurados facultativos, podrán otorgarse a la cónyuge y los hijos menores de 17 años la

asistencia médica y farmacéutica que pudieran necesitar.

Párrafo. El Poder Ejecutivo, después de un período de experimentación del seguro, determinará la fecha de iniciación de este servicio, las normas de su funcionamiento y el monto de la cotización adicional.

Siendo el deseo de nuestro actual gobierno, fiel continuador de las directrices trazadas por el Generalísimo Trujillo, de proteger y asistir a la familia lo más ampliamente posible; comenzando la segunda etapa de consolidación y extensión del Seguro Social Dominicano, de manera que esta protección abarque al mayor número posible de ciudadanos que viven del fruto de su trabajo, así como a sus hogares, concluyó con la Oficina Internacional del Trabajo un acuerdo de Asistencia Técnica, en virtud del cual una Misión que estuvo en el país, compuesta por un experto actuario, un experto médico y un experto general, después de un estudio por menorizado, presentó un informe en relación con la extensión y el mejoramiento del Seguro Social Dominicano, así como sobre el seguro de enfermedad, el cual se encuentra actualmente en estudio para su aplicación por etapas; esta extensión recomienda:

- 1.- Sujetar a la obligación del seguro a todos los empleados particulares cualquiera que sea su remuneración

(la cual estaba limitada a los obreros que percibían hasta un sueldo de RD\$130.00 mensuales), introduciendo un límite general de sueldo o salario cotizabile; así como suprimir en la Ley de Seguro Social toda distinción entre empleados y obreros.

20. a) Suprimir la exención del seguro de invalidez, vejez y muerte a causa de la edad de 60 años; b) una regulación más equitativa del derecho a las pensiones de vejez a favor de las personas que hayan ingresado al régimen del Seguro Social a edad avanzada.

30.) Incorporar a los funcionarios y empleados públicos en el régimen general del Seguro Social a cargo de la Caja Dominicana de Seguros Sociales.

40.) Iniciar el Seguro Familiar, previsto en el artículo 13, de nuestra legislación sobre Seguros Sociales, mencionado en un párrafo anterior, el cual especifica que mediante una cotización adicional que pagarían los asegurados obligatorios a medias con el patrón, se pueda otorgar a la cónyuge y a los hijos menores de 17 años la asistencia médica y farmacéutica que pudieran necesitar. El estudio de los expertos de la O.I.T. recomienda también incluir, de modo expreso, la atención quirúrgica y hospitalaria en la asistencia a los familiares, así como en vez de extender la asistencia a todos los hijos menores de 17 años, limitarla

a los hijos menores de 14 años, límite de edad escolar obligatoria en nuestro país, con la facultad de prorrogar aquella edad hasta los 18 años en favor de los hijos estudiantes.

50.) Como la ley sobre Seguros Sociales dominicana en su artículo 67, prevee solamente un capital de defunción equivalente al 33% del último salario anual promedio del causante, cuando el asegurado activo hubiere pagado 20 cotizaciones en el año anterior a la muerte; capital de defunción que pertenecerá por iguales partes, y con derecho de acrecer, a la cónyuge y a los hijos menores de 17 años del asegurado; y, a falta de ambos, a los ascendientes mayores de 60 años ó inválidos, no pensionados; la Comisión de la O.I.T. recomienda examinar la conveniencia y posibilidad de sustituir el capital de defunción por pensiones de viudez y orfandad, exponiendo de manera tentativa, como punto de partida para los cálculos actuariales, un sistema de pensiones de sobrevivientes. Estas pensiones se expresan en porcentaje sobre la pensión de invalidez ó vejez de que gozaba el causante ó a la cual habría tenido derecho en la fecha de fallecimiento.

a) La viuda un 40%, pero únicamente por un tiempo de adaptación, de 12 meses por ejemplo, a no ser que haya cumplido 55 años de edad y esté incapacitada, en cuyos casos la pensión sería vitalicia.



b) Un 20%, para cada hijo menor de 14 años ó incapacitado, pudiendo extender el límite de edad hasta 18 años para hijos estudiantes.

#### CONSTRUCCION DE VIVIENDAS EN LA REPUBLICA DOMINICANA

La habitación responde a una necesidad fundamental y milenaria del ser humano, cuya importancia y contenido se ha ido ampliando y acrecentando con la civilización y el progreso; tiene múltiples proyecciones en la vida económica, social y moral de los pueblos.

El problema de la habitación constituye, en todos los países del mundo, una preocupación básica de los gobiernos. Se caracteriza por dos orientaciones fundamentales: primero déficit creciente del número de habitaciones disponibles en relación con las necesidades de la población, y en segundo lugar, condiciones deficientes de un gran porcentaje de las viviendas existentes.

El crecimiento constante de la población de todo el mundo agrava aún más el problema, porque no se ha construído al ritmo necesario y en proporción al aumento de la población. En los últimos años la población mundial se ha triplicado y las construcciones han aumentado notablemente, pero en muchas partes se constata una disminución del volumen de edificación, debido a múltiples factores, entre los cuales cabe

señalar la carencia e insuficiencia de los materiales de construcción, alza de precios y aumento constante de los salarios.

A todo ésto hay que agregar el éxodo enorme y espontáneo de las poblaciones de los campos y su concentración en las ciudades.

La humanidad presencia la paradoja de ser más rica en ciencia, en poder, en inventos y elementos nuevos, como nunca en la historia, y sin embargo, hay millones de seres que sufren la insuficiencia de la vivienda, generalmente insalubre y sobrepoblada, vieja, ruinoso e incómoda, bulliciosa, privada de los elementos más esenciales, faltas de aire, de luz y de sol, a veces sin agua, faltas de aseo y en el desorden de la improvisación.

Cada familia tiene derecho a un hogar sólido, sano, equipado con lo necesario. Y la agrupación de todas las células de casas, barrios y ciudades, deben favorecer y expresar la vida eficaz, alegre y armoniosa de la sociedad. La habitación, que es una de las más esenciales necesidades humanas, es el signo más claro del grado y de la calidad de la civilización.

En la República Dominicana, una serie de medidas y una sabia legislación, dan estructura permanente a la política

de construcción de viviendas implantada por el Generalísimo Trujillo, política que descansa sobre un científico plan de Previsión Social que se produce en realizaciones de orden espiritual, cultural y moral, al propio tiempo que en obras materiales de valor y trascendencia.

La Ley número 3105 de fecha 9 de octubre de 1952 incluye disposiciones que establecen que la construcción, en terrenos del Estado, de los Barrios de Mejoramiento Social, de los Barrios Obreros, de las viviendas en los solares baldíos en las poblaciones, y de Granjas Agrícolas o de Labranza destinadas a viviendas de trabajadores, con el fin de atender a necesidades sociales en lo relativo a la vivienda, está a cargo de la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social, por orden ó con la aprobación del Poder Ejecutivo.

Es condición privilegiada para la clase obrera, que las ventas condicionales pueden efectuarse en pagos mensuales que abarquen hasta quince años, cuyas facilidades le permite así la obtención de una casa cómoda y decente, donde sus familiares pueden vivir con holgura y facilidad.

Las enajenaciones en los Barrios de Mejoramiento Social, cuando las realice el Estado y no excedan del valor de RD\$5,000.00, están libres de todo impuesto de mutación, donación y documento. Además las edificaciones que se

realicen en dichos Barrios están libres de todo impuesto de construcción nacional cuando su valor no exceda del límite señalado anteriormente.

De acuerdo con la Ley número 3724, del 29 de diciembre de 1953, las propiedades (casa y solar donde estén edificadas) de estos Barrios, que venda o done el Estado, se considerarán constituidas en bienes de familia y así se estipula en el acto que contenga la venta o donación, sin necesidad de ningún otro requisito legal.

De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social, hasta el presente han sido construidas 2.360 viviendas valoradas en RD\$6,341,254.72, repartidas en los siguientes lugares: Ciudad Trujillo, San Cristóbal, Santiago, San José de Las Matas, San Pedro de Macorís, Baní, Neiba, Monte Cristy, Elías Piña, Puerto Plata, Dajabón, Azua, Jimaní, Barahona, Monseñor No-uel, Matancitas, Samaná y Constanza.

Hay diferentes tipos de viviendas: A.B. dobles y especiales, teniéndose en cuenta las características de cada medio y la necesidad de vivienda, dirigidas todas a resolver un problema de vital importancia y a levantar el urbanismo de cada localidad.

La fuerza de estos datos estadísticos es una revela-

ción elocuente del supremo esfuerzo que la República Dominicana viene realizando para la solución del problema de la vivienda que tan profundamente preocupa al mundo civilizado.

## R E S U M E N

La importancia de programas gubernamentales de protección y Asistencia Familiares en la República Dominicana, data ya de varios años. En el trabajo que presenta nuestra Delegación se hacen breves consideraciones sobre la gran importancia social que ha tenido entre nosotros esta providencia, y se hacen también consideraciones generales al respecto. Para facilitar el recuento de nuestras realizaciones en el campo de la Asistencia Social familiar, hemos dividido del modo siguiente:

a) Programas Médico-sanitarios, que propenden al levantamiento del índice de salubridad en todas las regiones del país, y al incremento de las campañas de inmunización contra aquéllas enfermedades que pueden ser evitadas por medio de vacunaciones preventivas.

b) Programas Educativos, que se encaminan a la ayuda material a las familias necesitadas para que las actividades escolares de sus hijos así como sus progresos educativos se realicen dentro de las mejores condiciones, y a la orientación y ayuda a los padres para que el grado de superación que sus hijos puedan lograr, sea el resultado de una verdadera cooperación y coordinación entre el hogar, la escuela y la sociedad en que viven.

c) Programas legislativos, que abarcan todas las leyes, ordenanzas, y disposiciones gubernamentales encaminadas a garantizar la estabilidad familiar por medio de la protección legal de los hijos y otras medidas protectivas para los padres.

d) Programas sociales propiamente dichos, que recogen las actividades de asistencia y previsión social que no se asignan específicamente a ninguno de los grupos anteriores.

Se reconoce como impropia esta clasificación por las razones apuntadas en el trabajo, y se mantiene únicamente con el fin de facilitar las tareas de la comisión redactora.

En cada uno de los grupos procedentes se enumeran los establecimientos y servicios de que dispone el Estado Dominicano para accionar tales programas, y en los anexos Nos. 1, 2, 3 y 4 se ilustra sobre la organización y funcionamiento de todos y cada uno de ellos.

No se hacen comparaciones con programas asistenciales familiares puestos en marcha en ningún otro país de nuestra América, ni se pretende sentar precedentes de originalidad en lo atinente a actividades de esta naturaleza. Se ofrece simplemente a la consideración de los distinguidos Delegados aquí presentes nuestra interpretación del tema que se ha asignado a nuestro país. Dada la brevedad del tiempo

de exposición y lo dilatada de nuestra programación oficial de Asistencia Social, nos hemos visto obligados a anexar por separado detalles que no deben ser pasados por alto para una buena interpretación de nuestra modesta contribución.



C O N C L U S I O N E S

a) Los programas gubernamentales de protección y asistencia familiar, asignados para su ejecución y control a los diversos Departamentos del Estado han obtenido óptimos resultados en la República Dominicana.

b) Para la buena ejecución de programas de esta naturaleza, es condición imprescindible una estrecha y mantenida colaboración de toda la ciudadanía y muy especialmente de los jefes ó representantes de las familias, a quienes debe en todo momento ilustrarse por todos los medios disponibles sobre las enormes ventajas que representa para ellos y sus parientes la realización de estos programas.

c) La elevación del nivel sanitario, educacional, económico y social de la familia ha de ser premisa fundamental para la estabilidad democrática y superación de sus ideales.

d) Los programas gubernamentales de protección y asistencia familiar deben siempre ser elaborados después de un estudio minucioso y de una cabal ponderación de la realidad psicológica, económica, cultural y social del país donde vayan a realizarse, a fin de que, una vez puestas en marcha, no sean obstaculizados por factores o circunstancias derivados de cualquier imprevisión en ese sentido.

e) La coordinación de estos programas gubernamentales de protección y asistencia familiar de manera que simultáneamente puedan ser enfocados y resueltos la mayoría de los aspectos generales de cada problema en particular, parece ser la más eficaz de las vías a seguir en las disciplinas atinentes a la Seguridad Social.

f) La iniciativa privada debe en todo caso robustecer y completar los programas gubernamentales de protección y asistencia familiar, aparte de cualquier gestión que particular o especializadamente realice dentro de la Seguridad Social que no esté prevista en los aludidos programas gubernamentales.

A N E X O No. 1

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
DE  
PROTECCION Y ASISTENCIA FAMILIAR

El Gobierno Dominicano interesado cada día más en lo que significa y vale la salud pública, ha puesto en práctica un intenso programa de servicios asistenciales, de mejoramiento del estado de salubridad del país y de incremento de las campañas de inmunización contra aquellas enfermedades que en los días actuales pueden evitarse por medio de la vacunación. Este plan se ejecuta en Hospitales, Salas de Maternidad, Sanatorios, Dispensarios, Oficinas Sanitarias y Servicios Especializados dirigidos y supervigilados por la propia Secretaría de Salud Pública. Actualmente cuenta la República Dominicana con unos 30 hospitales los cuales, haciendo excepción de los especializados, tienen salas de maternidad y salas para servicio de pediatría.

El total de camas de que se dispone hoy asciende a seis mil con un total de mil cien cunas. Estos establecimientos están distribuidos en las zonas más habitadas y con el cuidado de que no haya un solo sector del territorio carente de ellos.

Existen diez hospitales de Maternidad y tres de Niños.

La Maternidad "Julia Molina" de Ciudad Trujillo con un total de cuatrocientas camas y otras tantas cunas, dotada además de un servicio de consultas pre y post natales a cargo de un personal especializado y un Banco de Sangre.

Allí se realizan 18,00 partos anualmente y un promedio de 80 consultas diariamente;

Entre los hospitales infantiles tenemos el Hospital de Niños "Ramfis" en Ciudad Trujillo con un total de 140 plazas y servicio de consulta externa con un promedio de 150 consultas diariamente. Sanatorio Infantil Santo Socorro con 120 plazas para niños tuberculosos, trabajando armónicamente con un Dispensario Infantil Antituberculoso encargado en hacer las consultas y observar los casos previo internamiento.

En Santiago de los Caballeros funciona el Hospital Radhamés con 60 plazas y servicio de consultas externas con un promedio de 100 consultas diariamente.

Es obvio establecer que las consultas externas se acompañan del obsequio de las medicinas y tratamientos indispensables para la curación de las enfermedades de casos ambulatorios.

En los días actuales se construye un moderno hospital para niños con una capacidad de 600 plazas y dotado de todos los servicios que la Pediatría exige.

En las ciudades donde no hay hospitales infantiles la consulta ambulatoria del niño está encomendada a dispensarios e instituciones modernas creadas para tales fines donde un personal especializado cumple a plenitud sus obligaciones.

Los Paido-odontólogos se ocupan de la salud dental del niño en unidades que funcionan adscritas a la Facultad de Odontología de la Universidad de Santo Domingo así como en Dispensarios Médico-dentales radicados en los barrios pobres.

Allí no tan solo se efectúan los exámenes de rutina sino también se ejecutan extracciones dentales, trabajos de prótesis y profilaxis. También prestan sus servicios en los Dispensarios Anti-Venéreos, Antituberculosos, las Salas de Emergencia y las Oficinas Sanitarias. Existen 130 Dispensarios y 130 Oficinas Sanitarias, un Banco Central de Sangre con numerosas filiales y dos Laboratorios Nacionales.

Todas estas instituciones laborando en cadena armónica unifican su trabajo rindiendo así un resultado más efectivo.

Dignos de mención son también el Hospital para Alienados Manicomio Padre Billini y la Colonia para leproso donde son reclusos todos los leproso del país.

La Campaña Sanitaria es dirigida sobre todo a erradicar las siguientes enfermedades: Paludismo, Enfermedades Venéreas, Buba, Parasitismo Intestinal, Tuberculosis, Difteria, Viruela, Fiebre Tifoidea, Paratifoidea A. y B.

El Paludismo se combate, ya curando los casos agotando los más modernos medios terapéuticos así como agotando

un plan de saneamiento y de lucha para el exterminio del mosquito vector de la enfermedad.

Desde hace unos 13 años esta campaña viene realizándose e intensificándose hasta el día de hoy en que puede decirse que la incidencia en nuestro medio es ínfima.

Así como se ha luchado tesoneramente contra los Anofelinos también se ha combatido el *Aedes Aegypti* vector del virus de la Fiebre Amarilla que aunque no es endemia en nuestro país es enfermedad que da que hacer en países vecinos.

La Uncinariasis es la parasitosis de más importancia en nuestro medio. Con las medidas higiénicas y terapéuticas puestas en práctica por el personal de la División Uncinariática se ha erradicado casi totalmente dicha enfermedad al extremo que se puede decir que ya no constituye un problema de salud pública como lo fué en épocas anteriores.

Los Dispensarios Antivenéreos luchan contra las enfermedades de esta índole y la Campaña contra la Buba ha sido tan intensa y efectiva que en nuestros días sólo existen casos esporádicos de dicha enfermedad en el suelo dominicano.

Igual celo y control se observan en los Dispensarios Antituberculosos sobre todo en lo que respecta a exámenes Fluoroscópicos y Radiográficos de Pulmones al ex-

tremo de que no hay un solo escolar que se inscriba en escuela pública o particular sin que previamente pase por estos exámenes y se provea de un certificado de negatividad para Tuberculosis Pulmonar.

Désde el año 1951 se instituyó la vacunación por medio del B.C.G.- Esta campaña fué principalmente dirigida hacia la población escolar y hacia los niños de los diversos hospitales de maternidad. También se vacunan los adolescentes y adultos que acuden en demanda de estos servicios.

La campaña de vacunación contra la Viruela, Difteria, Fiebre Tifoidea, Paratifoidea A y B se efectúa en Dispensarios y Oficinas Sanitarias a objeto de reducir cada día más la incidencia de estas enfermedades.

Para que un plan sanitario de importancia pueda dar los resultados perseguidos no escapa a nadie que es indispensable llenar un programa de acueductos y cloacas tal como se viene poniendo en práctica en la República Dominicana al extremo que se puede decir que hoy día es excepcional la población carente de estos servicios en nuestro medio. Con esto y la higienización constante, la modernización de las ciudades y el saneamiento de los campos aledaños se ha colocado este país a la altura de los demás grandes del mundo. Actualmente está en ejecución un programa para incrementar las actividades téc-



nicas de los servicios sanitarios. Este programa tiende a convertir las Oficinas Sanitarias de hoy en Unidades de Salud Pública dotadas de equipos de rayos X, laboratorio y personal permanente entrenado en higiene y Salubridad.

Con tal propósito se construye un edificio con todas las dependencias indispensables a fin de alojar la primera Unidad que será centro de enseñanza y adiestramiento del personal que prestará servicio en las unidades que se vayan construyendo en los diversos distritos del país.

Este plan redundará en notables beneficios y con él la salubridad de la República, que ya es buena alcanzará sin duda a mayores proporciones.

1.- Debe dársele preferencia a la asistencia de enfermos en los diversos Centros Hospitalarios, no tan sólo por los beneficios que éstos derivan, sino porque así se reducen las posibilidades de contaminación así como se obtiene con la observación y el estudio una experiencia conveniente para el adelanto de las ciencias médicas.

2.- El parto realizado en las Salas de Maternidad brinda mayores garantías tanto a la madre como al niño, toda vez que allí se llenan los requisitos que la higiene y la técnica modernas demandan.

3.- El prematuro debe ser sometido a cuidados especiales que única y exclusivamente pueden brindárseles en centros especializados servidos por personal competente.

4.- Una dietética bien balanceada es indispensable para el buen crecimiento y desarrollo del niño; por consiguiente es aconsejable su concurrencia a los departamentos especializados donde se regule y controle su alimentación.

5.- Dada la eficacia de la vacunación contra la viruela, Difteria, Coqueluche, Fiebre Tifoidea, Paratifoidea A y B y Tuberculosis es conveniente insistir en el uso de este procedimiento terapéutico contra estas enfermedades.

6.- Para establecer una campaña eficaz contra la Tuberculosis debe aconsejarse llenar todos los requisitos que la medicina moderna exige: Exámenes Radiográficos, Pruebas Tuberculínicas, Vacunación por medio del B.C.G., Exámenes Fluoroscópicos y Control por Laboratorio.

El Trabajo a desarrollar debe ser ejecutado en Sanatorios, Dispensarios, Unidades móviles y Laboratorios de análisis agotando un riguroso plan científico a fin de obtener los mejores resultados.

7.- Con las Campañas Sanitarias científicamente organizadas se erradican ciertas enfermedades endémicas y se eleva por consiguiente el índice de salubridad del país.

8.- El establecimiento de acueductos y cloacas así como la higienización y modernización de las ciudades coadyuvan poderosamente al mejor éxito de toda campaña sanitaria.

9.- El trabajo a desarrollar en Unidades de Salubridad rinde mayores beneficios en virtud de que existiendo un centro dotado de todos los medios indispensables en cada Distrito se puede establecer con mayor facilidad el control de las enfermedades en los diversos sectores del territorio nacional.

A N E X O No. 2

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

DE

PROTECCION Y ASISTENCIA FAMILIAR

En los amplios programas gubernamentales, ocupan lugar preponderante los que desde el Departamento de Educación se encaminan a la protección y asistencia familiar.

Estos programas van impulsados en dos sentidos:

- 1.- Ayuda material a las familias necesitadas para que las actividades escolares de los niños y sus progresos educativos se realicen con toda la normalidad posible; y
- 2.- Orientación y ayuda a los padres para que la superación que sus hijos puedan lograr sea el resultado de una verdadera cooperación y coordinación entre el hogar, la escuela y la sociedad en que viven.

Para lograr el primer objetivo se han establecido y desarrollado : el Desayuno Escolar, el Ropero Escolar, las Bibliotecas Escolares circulantes y Ambulantes, las Colonias de Verano y el Servicio Médico Escolar. Para el segundo, la Sociedad de Padres y Amigos de la Escuela que funciona debidamente organizada en todos los lugares del país donde hay una escuela, y las Escuelas de Economía Doméstica, donde se habilitan las niñas en los quehaceres del hogar, a la vez que se ayudan a los padres a hacerle frente a los problemas vitales en forma práctica, sencilla y efectiva.

El Desayuno Escolar se estableció en el 1949, con un presupuesto de RD\$165.000.00 para atender a unos 15.000

escolares. El presupuesto para 1954 es de RD\$260.723.65, con lo cual se atendieron hasta el mes de junio 21,096 escolares. La organización y funcionamiento de este servicio está encomendado a un personal competente. A medida que ha aumentado el número de niños que reciben diariamente desayuno, se ha mejorado también la calidad del mismo y la forma de servirlo. Cada día se sirve leche o chocolate, pan con mantequilla, queso o salchichón. Esta forma se alterna regularmente con cereales y algunas frutas propias del país que además de ser del agrado de los niños, contienen las propiedades vitamínicas necesarias. Cada escuela tiene su comedor con la capacidad apropiada para cada caso y dotados de amplias mesas y cómodas sillas. Las profesoras de la escuela y el personal encargado del servicio cuidan de los modales de los niños, como en cualquiera otra actividad escolar. Como culminación de este servicio se ha conseguido que tanto los padres como los niños que lo reciben, hayan comprendido su valor, no lo toman como una caridad y nadie se avergüenza de recibirlo. Por otra parte, el pueblo ha despertado y tiene conciencia de la cooperación que todos deben prestar a dicha obra. Al celebrarse anualmente el "Mes del Desayuno Escolar", en febrero, las contribuciones son cada vez mayores y más espontáneas. En 1952 se recolectaron RD\$12.313.44; en 1953, RD\$21.581.27 y en 1954 RD\$23.804.54,

El Ropero Escolar tiene por objeto facilitar a los alumnos pobres de las escuelas oficiales la obtención de uniformes y zapatos a precios de costo y con facilidades de pago.

El desenvolvimiento de este servicio es dirigido y controlado por la Asociación de Padres y Amigos de la Escuela de cada plantel docente.

En 1951, el presupuesto para el Ropero Escolar fué de RD\$30.000.00 con lo cual se atendieron las necesidades de 14,521 escolares. En 1954 el presupuesto ha sido de RD\$7.096.29 Este aumento tan notable evidencia el progreso alcanzado por este Servicio. Los fondos necesarios para el Ropero como para el Desayuno Escolar, se allegan con la contribución espontánea del pueblo en el Mes del Desayuno y Ropero Escolar, y con las aportaciones del Gobierno.

El establecimiento y desarrolla cada vez mayor de las bibliotecas escolares circulantes ha solucionado un grave problema entre las familias de recursos limitados, que deseando educar mejor a sus hijos, pero que anteriormente no los podían mandar a la escuela por no poder comprar los libros que necesitaban. Además, en esta forma el uso de la biblioteca se va generalizando cada vez más para beneficio de todos, constituyendo sin duda alguna la actividad complementaria más interesante de cada escuela.

En la actualidad están listas para entrar en servicio, cuatro grandes bibliotecas ambulantes que con bibliotecarios debidamente preparados llevarán a cada rincón del país un variado y numeroso material literario, apropiado para todos los gustos y niveles culturales. Las guaguas bibliotecas están equipadas además, de un altoparlante, un tocadiscos y una pequeña discoteca que ayudarán a promover el interés de las familias en cualquier lugar donde lleguen estos nuevos mensajeros de cultura, para beneficio individual y colectivo de cada comunidad.

Desde el año 1951 vienen funcionando colonias escolares de verano, para los alumnos de las escuelas oficiales del país. Su propósito es ofrecer a grupos de niños, comprendidos entre los diez y los catorce años de edad que se hallan en pleno proceso de desarrollo, pero que necesitan ciertas condiciones para que éste se desenvuelva normalmente, una oportunidad para ayudar a alcanzarlo, mediante la vida al aire libre, ejercitación en los deportes, y alimentación nutritiva y abundante que muchos de ellos, por pertenecer a familias de recursos económicos limitados, o por circunstancias especiales, no podrían corrientemente disfrutar.

Además se tiende con la organización de estas Colonias a crear entre los niños de las diferentes provincias de la Re-



pública, el espíritu de camaradería, sociabilidad, comprensión y amor que debe haber entre todos los miembros de la gran familia dominicana. De manera informal se aprovecha la estadía en las Colonias, para intensificar en los niños el amor a la naturaleza, el conocimiento de otros lugares del país, etc.

Estas Colonias funcionan del 1.º de agosto al 15 de septiembre, y concurren dos grupos de cien niños por tres semanas cada uno, en la hermosa playa de Boca Chica, a 23 Kms. de Ciudad Trujillo, la Capital de la República. En el verano del año 1952 funcionó otra en Jarabacoa, organizada en la misma forma y auspiciada por la Cruz Roja Juvenil.

En la actualidad, la Secretaría de Estado de Educación y Bellas Artes está construyendo los edificios necesarios y convenientemente apropiados en Boca Chica para darle un carácter permanente a este servicio, a partir del próximo verano.

Las colonias cuentan además, del personal técnico y administrativo, con los servicios de un médico y enfermera. Antes de concurrir a la colonia los niños son sometidos a un examen médico en sus respectivas localidades, con lo cual se prepara la ficha médica escolar. En la Colonia se les hace también un examen antropométrico y se lleva un record de las enfermedades, accidentes, etc. que puedan ocurrirles. La

Dirección de la Colonia informa semanalmente a los padres de los colonos sobre el estado de salud, adaptación al régimen de la colonia, comportamiento y colaboración prestada por sus hijos.

El Servicio Médico Escolar rinde una buena labor, controla el estado general del alumnado en todas las escuelas y en épocas de epidemias se hace la vacunación general, además de la vacunación periódica contra la fiebre tifoidea, virueal, etc.

Las Escuelas de Economía Doméstica establecidas en todas las localidades donde hay una Escuela Primaria Urbana son un magnífico enlace entre la escuela y los hogares, ya que la forma práctica en que dichas escuelas desenvuelven sus actividades hace que los maestros, los alumnos y sus familiares perfeccionen cada día los métodos para resolver los problemas de carácter económico, alimenticio, higiénico, de salubridad, crianza de niños, establecimiento del hogar, empleo de las horas de ocio, diversiones, etc.

Las Sociedades de Padres y Amigos de la Escuela debidamente organizadas, en todos el territorio de la República están mejorando cada día más la labor social, de acercamiento y de cooperación que se han propuesto. En los sectores rurales estas Asociaciones atienden a la construcción, reconstrucción,

y mantenimiento de los locales. Tanto éstas como las urbanas intervienen directamente en el desenvolvimiento general de la escuela, toman parte en los consejos disciplinarios, en el planeamiento y realización de excursiones, festividades, actos cívicos, grupos de estudio y administración del ropero escolar.

Reconociendo cada vez más la significación del niño y considerando sus problemas y su educación como elemento básico de todo progreso social y educativo, la Secretaría de Educación y Bellas Artes ha establecido ya el "Jardín de la Infancia" para las escuelas oficiales. Con este paso de avance se amplía el ciclo educativo del niño y se organiza en edificio apropiado con el material y el personal adecuados, un servicio que desde hace tiempo se venía ofreciendo sólo en las escuelas particulares.

Una de las características del Gobierno dominicano en la Era de progreso y paz que vive el país bajo la égida de Trujillo, es la evolución constante. Por consiguiente, el Departamento de Educación no cesa de observar y estudiar los resultados obtenidos en sus programas en acción, para introducir reformas, cambiar procedimientos y perfeccionar métodos, de manera que el sistema educativo esté siempre en concordancia con las corrientes pedagógicas modernas, con las necesidades del me-

dio y con la civilización actual.

A manera de experimento, está funcionando en la Escuela "República Dominicana" que es la más grande del país, un servicio de visitadora escolar familiar, que está dando magníficos resultados. Esto representa el principio de un plan completo para ayudar a resolver en forma sistemática y general los problemas que confronta la familia y así laborar efectivamente para que el hogar y la escuela sean una sola entidad y una sola realidad.

A N E X O No. 3

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

DE

PROTECCION Y ASISTENCIA FAMILIAR

### ANEXO N.º 3

#### PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE PROTECCION Y ASISTENCIA FAMILIAR

Los problemas que afectan tanto la salud física como la moral del niño que es centro vital de la familia, han sido objeto de cuidadosa atención de parte de todos los gobiernos, desde los primeros tiempos de la vida organizada en sociedad; y es que, partiendo de su naturaleza constitutiva hay grados diferenciales que no han podido permanecer inadvertidos por el hombre como ente de razón ni por el legislador, en su interés de regular las relaciones individuales y colectivas, dentro de normas estabilizadoras del orden social.

Haciendo caso omiso de consideraciones relativas al niño y que se reflejan en la familia, en lo que respecta a su salud física, su educación, que contribuye al desarrollo y fortalecimiento de su moral, a la protección y asistencia solícitas de que debe ser objeto de manera constante y eficaz y de sus implicaciones en el seno de la sociedad nacional e internacional, como sujeto de observación y estudio, cuestiones éstas analizadas por separado, nos referiremos ahora aunque de manera esquemática a algunos de los problemas más fundamentales tanto de tipo sociológico como en lo que concierne a sus derechos y deberes consagrados en la ley.

El primer aspecto que se advierte como cuestión mesológica es la

proliferación de la familia dominicana y surge un problema de hogar que ha de tener repercusión inmediata en la sociedad; una familia numerosa, en su generalidad de escasos recursos, produce un desequilibrio no sólo en el hogar en que se genera sino entre sus vecinos, que las más de las veces ninguna solución pueden aportar frente a cuadros que por su patetismo claman por una asistencia inmediata.

Y en este sentido no es primordialmente el hogar el que se convierte en piedra de escándalo con la existencia de padres de numerosa prole, ya que, agravado el problema con las uniones concubinarias, inestables por su propio carácter de transitoriedad y que vienen a ser como sementeras de hijos cuya orfandad apuntala desde que son lanzados a la vida, es la sociedad misma la que sufre estos impactos desquiciadores, comenzando en muchos casos con el desconocimiento de paternidad de parte de hombres sin concepto e inhumanos, hasta culminar con el caso típico de abandono que constituye hoy día la más grave carga para las familias y para el Estado, con su secuela de taras biológicas y de toda índole cuyas consecuencias son difíciles de preveer, porque todavía no se han encontrado remedios definitivos y eficaces para estos males de orden social.

Es también de este estado de cosas de donde surgen con fecundidad asombrosa los problemas que afectan la conducta de los niños, porque en sentido general en los hogares bien organizados económica y socialmente son muy pocos los casos de inconducta o de proyecciones delictivas

y no es precisamente por cuestiones de alcurnia ni de selección, sino, porque atendidos y vigilados los niños en sus propios hogares y mientras sea más reducida la prole en proporción a los recursos necesarios de cada familia para su alimentación, sostenimiento y educación, menos repercusión tienen los pocos problemas que puedan suscitarse y que por las mismas razones anotadas son conjurados en los propios hogares, saliendo en estos casos gananciosa la sociedad.

Quienes hayan actuado en Tribunales o Consejos de menores habrán comprobado esta realidad, que si no existe todavía en grado catastrófico en nuestro medio social, no deja de tener muchas implicaciones que se han ido aumentando con el crecimiento de la población, con el incremento de las grandes industrias, el extravasamiento de la población rural a los centros citadinos, el ensanchamiento de las ciudades con sus zonas peligrosas por los vicios y los centros de diversión no controlados como el cine, la vida nocturna no vigilada, el aumento de las vías de locomoción, el trabajo clandestino de menores que no asisten a la escuela, so pretexto de que ya está lleno el cupo escolar o porque en casos muy frecuentes contribuyen ellos mismos al sostenimiento de familias extremadamente pobres que no pueden afectivamente subvenir las necesidades más perentorias de esos hijos.

Los casos de niños incorregibles innatos son poco frecuentes en nuestro medio; predominan más las faltas por malos hábitos adquiridos en el trato social desambientado, el abandono que crea desamor a la vi-



da y el desamparo que aparejan la miseria, el hambre la desnudez y ese inconformismo rebelde que produce la soledad, la falta de cariño y de cuidados paternales, cuando los de la madre son insuficientes o no existen para atenuar las asperezas de la vida.

Si desde los primeros tiempos de nuestra organización institucional la conducta del niño como factor social ha sido tomada en cuenta, es preciso proclamar como una verdad que reafirma la estadística, maestra en la ciencia de gobernar, que las reformas más fundamentales para consagrar la función tutelar del Estado sobre los niños en todos sus ángulos, tienen su punto de partida en la Era de Trujillo en la cual se han realizado en nuestro país verdaderas conquistas que nos colocan en ese aspecto entre los pueblos que se preocupan ahincadamente por la salud física y moral del niño y por ende por la estabilidad familiar.

Volvemos a soslayar otros aspectos para dejar por sentado que en el orden legislativo la evolución operada dentro de un cuarto de siglo ha marcado rutas descendentes.

Desde la adopción del código penal napoleónico del año 1810 en nuestro país treintidos años después de ser votado en Francia, en sus artículos 66, 67, 68 y 69 se establece un régimen punitivo con modalidades apropiadas para esa época en cuanto a las medidas de seguridad y corrección de los menores hasta de dieciseis años de edad, con una escala gradual de presunción de inocencia hasta los trece años según que obraran o no con discernimiento, con sanciones inferiores a los mayores

de esa edad, nada se había hecho legislativamente hasta el 10 de Enero de 1920 en que por virtud de la Ley No. 382 ( O.E.) se amplió hasta dieciocho años la minoridad para fines de corrección, pero sin establecerse nada que sacara a dichos menores de la esfera de los jueces ordinarios ni del cumplimiento de sus sanciones en otros sitios que las cárceles para mayores, lo que a la postre era más perjudicial para esos menores y por extensión para la sociedad.

Es por la Ley No. 603 del tres de Noviembre del año 1941 a iniciativa del Presidente de la República Generalísimo Trujillo cuando se establece un sistema racional, humano, adecuado y eficaz para las medidas de seguridad, vigilancia y corrección de los menores hasta de dieciocho años y se crea un Tribunal de Menores con la misma jurisdicción de cada una de las cuatro Cortes de Apelación para entonces existentes.

Por la Ley No. 698 de fecha 17 de Febrero de 1942 se agregó el Art. 22 a la Ley sobre Tribunales de Menores, con el objeto de facilitar la declinatoria a los tribunales ordinarios de expedientes a cargo de menores de más de dieciseis años y menores de dieciocho, teniéndose en cuenta " la gravedad de los hechos que ameriten tal medida, la precocidad del menor y su grado de desarrollo mental" al objeto de excluir a estos menores así calificados de los centros de reeducación y readaptación, siempre en interés de la gran mayoría de menores que podrían recibir sus malsanas influencias.

En fecha 7 de Octubre de 1950 fue promulgada la Ley No. 2529 que extendió la jurisdicción de los Tribunales de Menores a todos los Distritos Judiciales y para los lugares que no fueron sede de Corte de Apelación se dió competencia a los Jueces de Primera Instancia; de este modo se ha facilitado más el conocimiento de los traslados y el congestionamiento de asuntos en los tribunales originalmente creados se confrontaban problemas en la aplicación de la Ley No. 603.- Por otra parte, el conocimiento de los casos por sus jueces de Primera Instancia; de este modo se ha facilitado más el conocimiento de los casos y la adopción de las medidas consiguientes, ya que con la dificultad de los traslados y el congestionamiento de asuntos en los tribunales originalmente creados se confrontaban problemas en la aplicación de la Ley No. 603. Por otra parte, el conocimiento de los casos por sus jueces naturales o locales ofrece más garantía y precisión en las decisiones.

Ensanchando la esfera de los cuidados proteccionistas de los menores, en virtud de la Ley No. 2552 de fecha 19 de Noviembre de 1950, se creó el Comité Nacional Protector de Menores, con ramificaciones de Comités Provinciales y subcomités comunales de la misma índole a fin de impulsar la acción de las instituciones o empresas privadas para secundar los empeños del Gobierno Nacional en las medidas de asistencia social que requieren los menores pobres o desvalidos y se instituyó el 23 de Diciembre de cada año como " Día del Niño" autorizándose la organización de actos benéficos destinados a crear fondos para los fines in-

dicados.

La Ley No. 2570 de fecha 4 de Diciembre de 1950 y los reglamentos dictados por el Poder Ejecutivo vienen a fijar con mayor sentido la función de la asistencia social del niño con el Patronato de Menores el cual ha venido funcionando con resultados favorables al objeto de, cómo se consigna en la misma ley " obtener todas las mejoras necesarias en favor del niño y a desarrollar el ambiente familiar "

Un vasto programa en este aspecto asistencial se proyecta para el año 1955 con la creación del INSTITUTO DEL NIÑO con un tren administrativo y organismos adecuados que pondrán en marcha saludables medidas de orientación y estabilidad en provecho de la niñez que habrán de reflejarse en óptimos resultados para la familia y por ende para la sociedad en general.

La Ley No. 3352 de fecha 3 de Agosto de 1952 tiene positivos alcances cuando pone bajo la jurisdicción de los Tribunales de Menores el conocimiento de las causas por " abandono de menores " a cargo de los padres en falta y dispone que tales menores, cuando las circunstancias lo ameriten, pasen bajo la tutela de personas o instituciones responsables, para quienes también se establecen sanciones en los casos en que desnaturalicen o desvirtuen estos nobles propósitos legislativos.

La más recientemente votada en este aspecto es la Ley Nº \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ que es complementiva de la anterior, mediante la cual se declaran redimidos de toda culpabilidad y son exone-

rados de juicio los menores de 8 años de edad, quedando sus casos a cargo de sus respectivos padres, tutores o guardianes responsables, quienes serán sometidos a la jurisdicción de los Tribunales de Menores como en los casos de " abandono de menores "

Velando siempre por la seguridad y protección del niño y preservándolo para el futuro, la Ley Nº 3324 de fecha 16 de Junio de 1952 prohíbe la publicación de noticias relativas a hechos cometidos o de los que se acusen a menores, desde la mendicidad y vagancia hasta los delitos más graves, a fin de que no se conserve el menor recuerdo de estos acontecimientos que pueden influir decisivamente en su conducta futura o crearle complejos improcedentes.

La Ley Nº 2402 de fecha 10 de Junio de 1950, que aunque de aplicación en los tribunales ordinarios y que es una de las que mayor índice de delincuencia arroja en el País, contiene las últimas reformas introducidas en lo que se refiere a pensiones alimenticias, de sostenimiento y educación de menores a cargo de los padres y establece al mismo tiempo un sistema expeditivo para la investigación de la paternidad para estos fines exclusivamente. Creada en sus orígenes en el año 1918 por la Ley Nº 168 ( O.E.) evolucionó luego la Nº 1051 a la cual sustituyó la actualmente en vigor y debido a las dificultades que aún ofrece su aplicación, ya se contempla la posibilidad de otras reformas en interés especialmente de muchos menores que en virtud de sentencias definitivas e irrevocables, al no haberse podido establecer judicialmente

la paternidad alegada, quedan sin padre reconocidos ante la sociedad y atentos al único amparo familiar de la madre que las más de las veces es inapta para subvenir a las necesidades de este menor.

En diversas disposiciones legislativas y en reglamentos dictados por el Poder Ejecutivo se han establecido medidas sobre la asistencia de menores a los espectáculos públicos, tanto en lo que se refiere a las horas en que pueden concurrir como a la clase de espectáculo que es declarado apto para dichos menores de acuerdo con facultades volitivas.

Por otra parte, en el Código Trujillo del Trabajo que es una de las más apreciables conquistas legislativas en materia laboral de estos últimos tiempos en el País, al regular el trabajo de los menores se consagra que éstos tendrán los mismos derechos y los mismos deberes que los mayores, con disposiciones especiales contenidas en los artículos Nº 223 al 232, relativamente a la limitación de horario, clase de trabajo y zonas peligrosas o insalubres que pueden afectarles por su edad.

Como corolario de todas las disposiciones legislativas suscitadas, vamos a dar un prontuario de los establecimientos asistenciales que ha creado y sostiene con vigilante celo e interés el Estado Dominicano, en fines de preservar, vigilar, controlar, orientar, educar a los menores que por su estado de orfandad, abandono o desamparo o en virtud de decisiones de los Tribunales de Menores, deban ser objeto de tales medidas de evidente protección familiar.

CASA ALBERGUE Y CENTRO DE OBSERVACION DE  
MENORES

En el año 1946 se inauguró la CASA ALBERGUE; luego, en el 1950, se le cambió el nombre por el de CENTRO DE OBSERVACION DE MENORES con el " INSTITUTO PREPARATORIO DE VARONES" de Villa Duarte, designándose con el nombre actual de " CASA ALBERGUE Y CENTRO DE OBSERVACION DE MENORES"; en Ciudad Trujillo, y en local propio; con capacidad para 50 menores.

INSTITUTOS PREPARATORIOS DE MENORES

Fluctúa el cupo de menores, de acuerdo con las decisiones de los Tribunales de Menores y los envíos preventivos de los Delegados Sociales; sin embargo, para fines de estadística mensual, se han calculado los siguientes cupos máximos:

INSTITUTO PREPARATORIO " PRESIDENTE TRUJILLO" para varones, San Cristóbal. Cupo para 120 menores. Fundado el 28 de Febrero de 1938. Local propio.

INSTITUTO PREPARATORIO " JOSE TRUJILLO VALDEZ" para varones La Vega. Cupo para 125 menores. Local propio.

INSTITUTO PREPARATORIO " JULIA MOLINA" para niñas. Villa Duarte. Cupo para 60 menores. Local propio. Se fundó el 25 de Febrero de 1942.

GRANJAS ESCUELAS

- 1) GRANJA ESCUELA "ANGELITITA" para niñas, en Ciudad Trujillo.  
Cupo para 150 menores. Fundada el 1º de Junio de 1941. Local propio.
- 2) GRANJA ESCUELA "PRESIDENTE TRUJILLO" en Haina, Distrito de Santo Domingo. Cupo para 200 varones. Local propio.
- 3) GRANJA ESCUELA "RAMFIS" en Santiago, para varones. Cupo para 150 menores. Local propio.

GUARDERIAS INFANTILES

- 1) GUARDERIA INFANTIL "RAMFIS" en Ciudad Trujillo, para ambos sexos. Capacidad para 300 niños. Fundada el 1º de Noviembre de 1945. Local propio.
- 2) GUARDERIA INFANTIL "RADHAMES" en Santiago, para ambos sexos, capacidad para 135 niños. Fundada el 16 de Agosto de 1952.  
Local particular.
- 3) GUARDERIA INFANTIL PARA BEBES, o Jardín de la Infancia en Ciudad Trujillo. Cupo para 70 niños de ambos sexos. Fundada el 17 de Mayo de 1954. Local particular.



R E S U M E N :

La variada legislación dominicana relativa a asuntos que atañen a la asistencia familiar teniendo como centro al niño, puede sintetizarse del modo siguiente:

Las Leyes Nos. 603, 698, 2529, 3324 y 3352 sobre medidas de preservación, seguridad social y de corrección; las 2552, 2570 y 2402 sobre asistencia y protección sociales y las 398 y el Código Trujillo - del Trabajo sobre garantía tanto física como moral del niño y mejor ambiente y progreso familiar y todas las demás, así como los reglamentos y providencias promulgados que sería prolijo enumerar, revelan el interés del Gobierno Dominicano en trazar normas adecuadas para estos servicios que ya han sido considerados como de utilidad pública.

CONCLUSIONES :

A nuestro concepto, en la República Dominicana se han enfocado con ponderado criterio por el Gobierno Nacional y se vienen desarrollando programas de altos alcances en lo que se refiere a la asistencia familiar, estando, dentro de nuestras posibilidades atendidos los más vitales problemas atinentes al niño.

Debemos sí propugnar en el X Congreso Panamericano del Niño que se celebrará en la Ciudad de Panamá, unificando la legislación dispersa, por el establecimiento del Código de Menores propuesto en el IX Congreso Panamericano celebrado en Caracas, Venezuela, por estar comprendidos en ese instrumento de estabilización social los más capitales asuntos que interesan a la familia.

Otro estudio que debe ser objeto de consideración del X Congreso del Niño en Panamá, es el proyecto de Recomendaciones a los gobiernos de la América Latina hecho por el Seminario que tuvo efecto en la Ciudad de Río de Janeiro, Brazil, durante los días del 6 al 19 del mes de Abril del año 1953, en el cual asistieron representaciones de 17 países, 10 técnicos en asuntos de criminología adscritos a las Naciones Unidas y 14 expertos sobre distintos aspectos de la vida familiar.

Finalmente, la creación de un servicio de visitantes sociales que bien podría tener el carácter de policía organizada, encargada exclusivamente de visitar las viviendas de los barrios residenciales pa-

ra obreros y personas de escasos recursos, no sólo para vigilar e informar acerca de la vida de los menores de 8 a 18 años de edad, sino para que sea más eficaz la asistencia y protección en esas zonas generalmente abandonadas o desatendidas.

A N E X O No. 4

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
DE  
PROTECCION Y ASISTENCIA FAMILIAR

La República Dominicana consciente de la obligación que todo país civilizado debe tener hacia la infancia desvalida, ha puesto en práctica desde hace varios lustros, un amplio programa de protección y asistencia infantil, cuyo alcance y magnitud nos coloca entre los países latinoamericanos más avanzados en esta materia. Acorde con este programa dirigido a proteger directamente al niño desamparado en todos sus aspectos, nuestra República había ya entrevisto la necesidad indiscutible de proteger a la familia como medida indirecta que a la postre redundaría en un real beneficio hacia la niñez, cuya fragilidad en la constitución de los hogares pobres no escapa a nadie. La importancia de la protección y asistencia a la familia es de tal trascendencia, y así lo consideramos nosotros, que de la amplitud de sus proyecciones depende el futuro de la infancia de los países panamericanos; de ahí la importancia que sin lugar a dudas ha querido darle el actual Congreso que nos ocupa.

El alcance de los programas de protección y Asistencia Familiar en ejecución, y aquellos en estudios para su aplicación inmediata, serán motivos a continuación de una exposición sucinta. El desarrollo de los mismo ha sido impulsado por nuestro actual Gobierno, y podemos decir que data desde el advenimiento al poder, hace casi unos cinco

lustros, del ilustre hombre de estado, el Generalísimo Trujillo.

Repartos de Alimentos:

Como ayuda alimenticia complementiva a las familias numerosas de escasos recursos económicos, a las madres pobres en períodos de gestación, y a los inválidos, se crearon estos establecimientos, cuya finalidad es la de socorrer esas familias mediante una cantidad determinada de leche que fluctúa entre 1 á 3 botellas, y varios molletes de pan, de acuerdo al número constituyente de cada hogar.

Durante el año 1953 funcionaron veintiséis Repartos de Alimentos en todo el territorio nacional, los cuales distribuyeron 6,712,040 botellas de leche y 1,694,800 molletes de pan cuyos valores alcanzaron respectivamente RD\$924,181,39 y RD\$25,422,00, totalizando RD\$949,603.39.

Para la distribución de esos alimentos, la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social repartió 115,806 tickets por valor de 1 á 3 botellas de leche y 2 á 6 molletes de pan a 19,057 personas ó familias. Estos tickets tienen una duración bimensual y son repartidos por una comisión integrada por las autoridades de la localidad, visitadoras sociales y funcionarios del Departamento de Previsión Social, después de una investigación económica-social de cada hogar; esta comisión realiza depuraciones cada vez que se

emiten nuevos tickets.

Desayunos a Niños Pobres:

Anexos a ciertos Repartos de Alimentos en las localidades donde existen conglomerados infantiles, funcionan los servicios de Desayuno para Niños de edad preescolar, que tienen por finalidad suministrar suficiente leche y pan a cierto número determinado de niños. En los Desayunos más importantes, como el de Ciudad Trujillo, se reparten hasta mil raciones a igual cantidad de niños, las cuales son consumidas en el mismo local, bajo la supervigilancia de un grupo de damas empleadas para el efecto.

Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil:

Es-  
tablecimientos que tienen por finalidad fundamental alimentación adecuada, bajo supervigilancia médica, a los niños hasta un año de edad, nacidos de madres pobres imposibilitadas de alimentar completa ó incompletamente sus hijos al seno.

Actualmente cuenta el país con 30 establecimientos de esta categoría, con un número fijo de inscripciones que varía de 50 a 80 niños, de acuerdo a la densidad de la población o localidad donde funcionan.

Los Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil están bajo la dirección del Servicio Médico de la Secretaría de

Estado de Previsión y Asistencia Social, cuyo director tiene bajo su dependencia el personal técnico de éstos.

Cada establecimiento es visitado un día fijo de cada semana, el día de pesadas, por un médico pediatra adscrito al mismo, cuyas atribuciones son las siguientes:

- a) Vigilar las condiciones higiénicas y el buen funcionamiento de cada servicio.
- b) Supervigilar la salud y el estado de nutrición y desarrollo de los niños inscritos.
- c) Seleccionar los niños cuyas madres solicitan inscripción, tomando en consideración el estado económico de la familia y el estado de salud y nutrición de cada niño.
- d) Indicar el régimen alimenticio que convenga mejor a cada infante.
- e) Enseñar a las madres nociones de higiene y puericultura, esenciales para mantener sanos a sus hijos, pudiendo delegar estas atribuciones a una Enfermera del Servicio Público Post-Natal ó a la Encargada del Establecimiento, en los lugares donde no existen estas enfermeras.
- f) Llevar records en un libro especial de registro, donde se inscriben los datos siguientes: Nombre del niño, fecha de su nacimiento, fecha de admisión en el servicio, peso semanal, talla trimestral, estado general de salud, observaciones acerca de dentición, postura, psiquismo, etc.; fórmula alimenticia y régimen dietético, prescripciones y consejos médicos, vacunaciones, análisis de laboratorio que incluye sistemáticamente una reacción de Kahn a la madre y una encuesta tuberculino-fluoroscópica al niño. El primero de estos análisis se realiza en el Laboratorio de Salud Pública y el segundo en los Dispensarios Antituberculosos infantiles, donde se practica la vacunación con el B.C.G. en casos favorables.



- g) Rendir informes mensuales a la Dirección del Servicio Médico de Previsión Social.

Los Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil fueron creados en el año 1941, fecha en que se inauguró la primera Gota de Leche con una inscripción fija de 60 niños. Actualmente existen 30 establecimientos de esta categoría con una inscripción total de 1800 niños, donde se rinde un eficiente servicio dentro del programa de protección materno-infantil de nuestro actual Gobierno. Se suministra una alimentación adecuada y se protegen bajo vigilancia médica, 4500 niños, que es el promedio anual de admisiones.

En el año 1953 se distribuyeron 894,290 botellas de leche, preparada en biberones de acuerdo a la edad y constitución de cada niño. El total de biberones preparados ascendió a 3,550,095, habiéndose consumido 37,500 libras de azúcar en la preparación de los mismos.

De acuerdo a los reglamentos que rigen en los Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil, no tan sólo se le suministra alimentación a los niños, sino que se extiende esta protección a las madres de los mismos, suministrándoles una alimentación complementaria consistente en una pinta de leche.

El resultado obtenido en los servicios de nutrición infantil en nuestra República ha sido muy alentados si consi-

deramos que el promedio de defunciones en los últimos cinco años fué de un 2.20%.

#### Guarderías Infantiles:

El primer establecimiento de esta categoría fué creado el primero de noviembre del 1945, dentro del programa de previsión social, constituyendo un factor fundamental en la obra de ayuda familiar y de protección a la infancia. Actualmente existen dos Guarderías Infantiles en Ciudad Trujillo y en la Provincia de Santiago de los Caballeros, las cuales realizan una labor de ilimitado y positivo alcance social.

De acuerdo al plan adoptado, estos establecimientos dan acogida a los hijos de las obreras que no pueden bastarse a sí mismas y que trabajan para asegurarse su subsistencia, mientras sus niños de edad preescolar son atendidos con todo el cariño, todo el celo y la vigilancia de un verdadero hogar, y educados en las prácticas morales y cristianas que han de concurrir mañana en la elaboración de su destino social.

Un total de 235 menores cuya edad oscila entre 2 y 6 años son acogidos en estas Guarderías, atendidas por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul.

A todo niño que ingresa se le establece una ficha médica de admisión y se le lleva un record de salud por médico

adscrito al establecimiento, quien visita éste dos y tres veces por semana.

La enseñanza tipo Kindergarten y las observaciones psicopedagógicas, la realizan las hermanitas de la Caridad especializadas en la materia, bajo la dirección y supervigilancia del Departamento de Educación.

De una manera general se puede asegurar que las Guarderías Infantiles, llenan a cabalidad un gran cometido; por una parte proporcionando una ayuda material a la familia, acogiendo a sus hijos y permitiéndoles realizar un trabajo fuera del hogar, y por otra parte, proporcionando una protección directa a los menores que en ellas son acogidos.

#### Hogares de Bebés:

El primero de esta clase de establecimientos, llamados en otros países "Creches", fué inaugurado a comienzos de este mismo año. Su objeto fundamental es prodigar cuidados y atenciones de toda índole, a niños desvalidos, desde los tres meses hasta los dos y medio años de edad, cuyas madres estén impedidas por motivos de trabajo ó de salud, de poder ofrecérselos debidamente.

Este establecimiento tiene una capacidad para 80 niños, pero actualmente se encuentra en vías de construcción un edificio apropiado, de dos plantas, para contener 120 niños.

Se anexa un folleto que especifica el funcionamiento de los hogares para Bebés en la República Dominicana.

Granjas Escuelas:

Para combatir la orfandad sin amparo, el abandono y el semi-abandono de ciertos menores y dar protección a los que se encuentran en un inminente peligro moral, existen las Granjas-Escuelas, establecimientos que constituyen una importante obra de Previsión Social, donde se proporciona pan, techo, educación práctica y moral a los niños allí internados, procurando que dispongan en todo momento de diversiones adecuadas y de un ambiente hogareño que les haga olvidarse de las pérdidas de sus hogares.

Constituyen por consiguiente estos establecimientos una realización fundamental, no tan sólo por el avanzado programa de pedagogía que rige su funcionamiento, sino también por la preparación adecuada para la vida y el grado de felicidad que proporcionan a la niñez desvalida, la dicha y el bienestar de cuantos no pueden, por circunstancias económicas ó sociales bastarse a sí mismo.

Existen actualmente Granjas-Escuelas: "Ángelita", para hembras, atendida por Hermanas Religiosas "Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul", "Presidente Trujillo" y "Ramfis" para varones.

El total de menores actualmente internados en las Granjas-Escuelas asciende a 500.

Además de las Granjas-Escuelas del Estado, la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social mantiene un gran número de becas en Asilos a cargo de Hermanas Religiosas de distintas congregaciones para albergar las niñas huérfanas y sin amparo familiar, lo cual constituye una extensión importante de los servicios de protección a la infancia y a la familia.

Servicio de Asistencia Pública Post-Natal:

Este Servicio fué creado el mes de octubre del año 1944, con el propósito de enseñar debidamente a las madres para cuidar mejor sus niños y mantenerlos sanos. Para la realización del mismo se prepararon un grupo de enfermeras graduadas, quienes visitan los hogares, dan clases y demostraciones a las madres, celebran clínicas para niños sanos, sostienen entrevistas con las madres de los niños que toman leche en los Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil el día de pesadas, e inmunizan los niños contra la difteria y la tifoidea.

Las enfermeras, no tan sólo supervigilan el cuidado de los niños sanos sino que también observan su nutrición

y desarrollo; enseñando a las madres en grupos o individualmente la manera correcta y más práctica de cuidar a sus niños, y seguir los consejos del médico acerca de la higiene.

Las enfermeras que constituyen el Servicio de Asistencia Post-Natal están preparadas para interpretar cabalmente los procedimientos médicos, sanitarios y sociales, para ayudar en la corrección de defectos, prevención de enfermedades y promoción de la salud de niños menores de un año.

Se escogió como centros de trabajo los Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil, por ser establecimientos conocidos ya por el pueblo, y por consiguiente de utilización más práctica para dar las clases a las madres, las clínicas de niños sanos ó inmunización.

Los métodos del Servicio, para realizar los propósitos más arriba mencionados son:

- 1.- Hacer visitas a las casa para observar las condiciones sociales y de higiene en que viven los niños, el cuidado que las madres les prodigan, y el equipo ó materiales con que ellas deben trabajar, para que así la enfermera visitadora pueda dar consejos prácticos de asistencia para el mejoramiento de ese cuidado.
- 2.- Dar clases a las madres, tratando de dar énfasis al cuidado del niño menor de un año, dando a la vez demostraciones prácticas. Por medio de las clases la enfermera puede instruir a un número mayor de madres. Los tópicos a enseñar incluyen, la higiene personal; el desarrollo normal físico-mental del niño sano; la nutrición; la defensa contra las enfermedades; y la

importancia de la supervigilancia de la salud por un médico y una enfermera.

3.- Celebrar clínicas de niños sanos en los Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil el mismo día que se dan las clases a las madres. Este día los niños son pesados é inspeccionados por la enfermera y cada madre es entrevistada, para que el consejo pueda ser realizado de acuerdo a la necesidad específica de cada niño.

4.- Sostener entrevistas con las madres de los niños que reciben los días de pesadas en los citados establecimientos, siendo de esta manera útil al médico adscrito, informándole respecto a las condiciones del hogar y el progreso de cada niño, é interpretando los consejos y recomendaciones de éste a las madres, instruyéndola de la manera más práctica.

5.- Inmunizar el niño contra la difteria y la tifoidea.

Protección y asistencia actual a la Familia dentro de la Seguridad Social Dominicana:

De acuerdo a la "Ley sobre Seguros Sociales y Reglamentos Vigentes" las prestaciones garantizadas que tienen relación directa con la familia son las siguientes:

Artículo 50.- En el embarazo, el parto y el puerperio tendrán derecho los asegurados a las siguientes prestaciones:

Apartado a) Asistencia Médica, hospitalaria y de farmacia;

Apartado b) Subsidio en dinero igual al 50% del sa-

lario ó sueldo promedio, durante las 6 semanas anteriores y las 6 semanas posteriores al parto;

Apartado c) Subsidio de lactancia durante los 8 meses siguientes al parto, sea en dinero, a razón del 10% del salario promedio, ó en especie, mediante el suministro de leche ó productos lácteos; y

Apartado d) Asistencia Médica pediátrica del recién nacido, también durante 8 meses.

Artículo 51.- Las prestaciones consideradas en los apartados a) y d) del artículo anterior serán otorgadas cuando la asegurada hubiera pagado no menos de 15 cotizaciones en los diez meses anteriores a la fecha señalada para el parto, y las consideradas en los apartados b) y c) cuando hubiera pagado en el mismo plazo no menos de treinta.

Artículo 52.- Los subsidios de reposo pre y post natal no serán pagados si la asegurada se ocupa en dichos períodos en una labor asalariada y tampoco el de lactancia si deja de llevar al recién nacido a los servicios médico-pediatricos.

Artículo 53.- La asegurada que reciba los subsidios en dinero mencionados en el apartado b) del artículo 50 no podrá exigir al patrono el cumplimiento de la misma obligación que le imponen las disposiciones legales sobre Contra-



tos de Trabajo.

Artículo 54.- Las enfermedades coincidentes con el embarazo y las derivadas del parto serán tratadas por cuenta del Seguro de enfermedad, sin que haya lugar en ese caso a la duplicidad de los subsidios.

Artículo 55.- La cónyuge del asegurado obligatorio tendrá derecho a las prestaciones indicadas en el apartado a) del artículo 50, siempre que éste hubiera pagado no menos de treinta cotizaciones en los diez meses anteriores a la fecha señalada para el parto.

Seguro de Familia:

Artículo 12.- La atención obstétrica de la cónyuge del asegurado obligatorio y la pediátrica de los recién nacidos forman parte de las prestaciones general del seguro de enfermedad.

Artículo 13.- Mediante una cotización adicional que pagarán los asegurados obligatorios a medias con el patrono, y por su propia cuenta los asegurados facultativos, podrán otorgarse a la cónyuge y a los hijos menores 17 años la asistencia médica y farmacéutica que pudieran necesitar.

Párrafo.- El Poder Ejecutivo, después de un período de experimentación del seguro, determinará la fecha de iniciación de este servicio, las normas de su funcionamiento y el

monto de la cotización adicional.

Siendo el deseo de nuestro actual gobierno, fiel continuador de las directrices trazadas por el Generalísimo Trujillo, de proteger y asistir a la familia lo más ampliamente posible; comenzando la segunda etapa de consolidación y extensión del Seguro Social Dominicano, de manera que esta protección abarque al mayor número posible de ciudadanos que viven del fruto de su trabajo, así como a sus hogares, concluyó con la Oficina Internacional del Trabajo un acuerdo de Asistencia Técnica, en virtud del cual una Misión que estuvo en el país, compuesta por un experto actuario, un experto médico, y un experto general, después de un estudio pormenorizado presentó un informe en relación con la extensión y el mejoramiento del Seguro Social Dominicano, así como sobre el Seguro de Enfermedad, el cual se encuentra actualmente en estudio para su aplicación por etapas; esta extensión recomienda:

1.- Sujetar a la obligación del seguro a todos los empleados particulares cualquiera que sea su remuneración (la cual estaba limitada a los obreros que percibían hasta un sueldo de RD\$130.00 mensuales), introduciendo un límite general de sueldo ó salario cotizante; así como suprimir en la Ley de Seguro Social toda distinción entre empleados y obreros.

2.- a) Suprimir la exención del seguro de invalidez, vejez y muerte a causa de la edad de 60 años;  
b) una regulación más equitativa del derecho a las pensiones de vejez a favor de las personas que hayan ingresado al régimen del seguro social a edad avanzada.

3.- Incorporar a los funcionarios y empleados públicos en el régimen general del Seguro Social a cargo de la Caja Dominicana de Seguros Sociales.

4.- Iniciar el Seguro Familiar, previsto en el artículo 13, de nuestra legislación sobre Seguros Sociales, mencionado en un párrafo anterior, el cual especifica que mediante una cotización adicional que pagarían los asegurados obligatorios a medias con el patrón, se pueda otorgar a la cónyuge y a los hijos menores de 17 años la asistencia médica y farmacéutica que pudieran necesitar. El estudio de los expertos de la O.I.T. recomienda también incluir, de modo expreso, la atención quirúrgica y hospitalaria en la asistencia a los familiares, así como en vez de extender la asistencia a todos los hijos menores de 17 años, limitarla a los hijos menores de 14 años, límite de edad escolar obligatoria en nuestro país, con la facultad de prorrogar aquella edad hasta los 18 años en favor de los hijos estudiantes.

5.- Como la Ley sobre Seguros Sociales dominicana en su artículo 67, prevee solamente un capital de defunción equivalente al 33% del último salario anual promedio del causante, cuando el asegurado activo hubiere pagado 20 cotizaciones en el año anterior a la muerte; capital de defunción que pertenecerá por iguales partes, y con derecho a acrecer, a la cónyuge y a los hijos menores de 17 años del asegurado; y, a falta de ambos, a los ascendientes mayores de 60 años ó inválidos, no pensionados; la Comisión de la O.I.T. recomienda examinar la conveniencia y posibilidad de sustituir el capital de defunción por pensiones de viudez y orfandad, exponiendo de manera tentativa, como punto de partida para los cálculos actuariales, un sistema de pensiones de sobrevivientes. Estas pensiones se expresan en porcentaje sobre la pensión de invalidez o vejez de que gozaba el causante ó a la cual habría tenido derecho en la fecha del fallecimiento:

a) La viuda un 40%, pero únicamente por un tiempo de adaptación, de 12 meses por ejemplo, a no ser que haya cumplido 55 años de edad y esté incapacitada, en cuyos casos la pensión sería vitalicia.

- b) Un 20%, para cada hijo menor de 14 años ó incapacitado, pudiendo extender el límite de edad hasta 18 años para hijos estudiantes.

Construcción de Viviendas en la República Dominicana:

La

habitación responde a una necesidad fundamental y milenaria del ser humano, cuya importancia y contenido se ha ido ampliando y acrecentando con la civilización y el progreso; tiene múltiples proyecciones en la vida económica, social y moral de los pueblos.

El problema de la habitación constituye, en todos los países del mundo, una preocupación básica de los gobiernos. Se caracteriza por dos orientaciones fundamentales; primero, déficit creciente del número de habitaciones disponibles en relación con las necesidades de la población, y en segundo lugar, condiciones deficientes de un gran porcentaje de las viviendas existentes.

El crecimiento constante de la población de todo el mundo agrava aún más el problema, porque no se ha construído al ritmo necesario y en proporción al aumento de la población. En los últimos años la población mundial se ha triplicado y las construcciones han aumentado notablemente, pero en muchas partes se constata una disminución del volumen de edificación, debido a múltiples factores, entre los cuales cabe señalar la carencia e insuficiencia de los materiales de construcción,

alza de los precios y aumento constante de los salarios.

A todo esto hay que agregar el éxodo enorme y espontáneo de las poblaciones de los campos y su concentración en las ciudades.

La humanidad presencia la paradoja de ser más rica en ciencia, en poder, en inventos y elementos nuevos, como nunca en la historia, y sin embargo, hay millones de seres que sufren la insuficiencia de la vivienda, generalmente insalubre y sobrepoblada, vieja, ruinoso e incómoda, bulliciosa, privada de los elementos más esenciales, faltas de aire, de luz y de sol, a veces sin agua, faltas de aseo y en el desorden de la improvisación.

Cada familia tiene derecho a un hogar sólido, sano, equipado con lo necesario. Y la agrupación de todas las células de casa, barrios y ciudades, deben favorecer y expresar la vida eficaz, alegre y armoniosa de la sociedad. La habitación, que es una de las más esenciales necesidades humanas, es el signo más claro del grado y de la calidad de la civilización.

En la República Dominicana, una serie de medidas y una sabia legislación, dan estructura permanente a la política de construcción de viviendas implantada por el Generalísimo Trujillo, política que descansa sobre un científico plan

de Previsión Social que se produce en realización de orden espiritual, cultural y moral, al propio tiempo que en obras materiales de valor y trascendencia.

La Ley número 3105 de fecha 9 de octubre de 1952 incluye disposiciones que establecen que la construcción, en terrenos del Estado, de los Barrios de Mejoramiento Social, de los Barrios Obreros, de las viviendas en los solares baldíos en las poblaciones, y de Granjas Agrícolas o de Labranza destinadas a viviendas de trabajadores, con el fin de atender a necesidades sociales en lo relativo a la vivienda, está a cargo de la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social, por orden o con la aprobación del Poder Ejecutivo.

Es condición privilegiada para la clase obrera, que las ventas condicionales pueden efectuarse en pagos mensuales que abarquen hasta quince años, cuyas facilidades le permite así la obtención de una casa cómoda y decente, donde sus familiares pueden vivir con holgura y facilidad.

Las enajenaciones en los Barrios de Mejoramiento Social, cuando las realice el Estado y no excedan del valor de RD\$5,000.00, están libres de todo impuesto de mutación, donación y documento. Además las edificaciones que se realicen en dichos Barrios están libres de todo impuesto de construcción

nacional cuando su valor no exceda del límite señalado anteriormente.

De acuerdo con la Ley número 3724, del 29 de diciembre de 1953, las propiedades (casa y solar donde estén edificadas) de estos Barrios, que venda o done el Estado, se considerarán constituidas en bienes de familia y así se estipula en el acto que contenga la venta o donación, sin necesidad de ningún otro requisito legal.

De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Estado de Previsión y Asistencia Social, hasta el presente han sido construidas 2.360 viviendas valoradas en RD\$6,341,-254.72 repartidas en los siguientes lugares: Ciudad Trujillo, San Cristóbal, Santiago, San José de las Matas, San Pedro de Macorís, Baní, Neiba, Monte Cristy, Elías Piña, Puerto Plata, Dejabón, Azua, Jimaní, Barahona, Monseñor Nouel, Matancitas, Samaná y Constanza.

Hay diferentes tipos de viviendas: A,B, dobles y especiales, teniendo en cuenta las características de cada medio y la necesidad de vivienda, dirigidas todas a resolver un problema de vital importancia y a levantar el urbanismo de cada localidad.

La fuerza de estos datos estadísticos es una revelación elocuente del supremo esfuerzo que la República Domi-

nicana viene realizando para la solución del problema de la vivienda que tan profundamente preocupa al mundo civilizado.



## CONCLUSIONES

- 1.- La alimentación completiva, programa realizado en nuestra República, mediante los servicios siguientes: Repartos de Alimentos, Desayuno a Niños Pobres de Edad Preescolar, Desayuno Escolar y Establecimientos de Dietética y Nutrición Infantil; constituye una ayuda de vital importancia que nuestro Gobierno destina a las familias pobres.
- 2.- Los Servicios de Asistencia Social encaminados a proteger, amparar y dar educación a los niños, para facilitar a los padres la realización de un trabajo fuera del hogar, tales como Guarderías Infantiles, Hogares de Bebés, representan servicios muy apreciables en materia de protección familiar.
- 3.- La protección a los menores semi-desamparados pertenecientes a familias numerosas de escasos recursos económicos, la cual se realiza en las Granjas-Escuelas del Estado, constituye una real ayuda para el mejor desenvolvimiento económico de esas familias.
- 4.- La extensión del Seguro Social Dominicano para que cubra el mayor número posible de prestaciones, no tan sólo para dar protección a la cónyuge del asegurado obligatorio, sino en particular a los hijos hasta la edad de 14 años, representa uno de los programas de mayor alcance en materia de protección familiar en nuestra República.
- 5.- La construcción de viviendas adecuadas y económicas, reuniendo el suficiente confort é higiene, de fácil adquisición de parte de las familias pobres, tal como lo viene realizando nuestro país, es un factor preponderante de ayuda familiar y un estímulo para la consolidación de los hogares.

- 6.- Los Servicios de Asistencia Social y Médico-sociales, realizados por Trabajadores Sociales, Enfermeras Visitadoras Sanitarias y Enfermeras del Servicio Público Postnatal, encaminados a investigar las dificultades inherentes a las familias pobres para de esta manera determinar la solución correcta en cada caso, constituyen programas gubernamentales de indiscutible provecho y protección familiar.