

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD

ASOCIACIÓN DE INGENIEROS Y ARQUITECTOS SANITARIOS

Comunicación sobre el tema:

Contribución al estudio de un plan sanitario en defensa de la salud del niño.

El Primer Congreso Nacional de Sanidad se celebró en Madrid, en abril de 1934. En él se presentaron algunas memorias de nuestros arquitectos sanitarios, interesantes por más de un concepto, y que merecen ser divulgadas entre todos los arquitectos españoles. Nada mejor para ello que su publicación en ARQUITECTURA, órgano oficial del Colegio Central de Arquitectos de Madrid.

Comenzamos con la comunicación sobre el tema "Contribución al estudio de un plan sanitario en defensa de la salud del niño", cuyas conclusiones fueron incorporadas a las definitivas del Congreso de Sanidad, y que firman los arquitectos sanitarios Alfonso Jimeno, Antonio Marsá y Joaquín Sáinz de los Terreros.

En números sucesivos de la Revista se publicarán otras comunicaciones presentadas.

España tiene hoy, aproximadamente, 7.500.000 niños. (Al decir niño, nos referimos a la etapa de la vida del hombre, que comprende desde que nace hasta que acaba el período de escolaridad a los catorce años.) En 1930 tenía 7.300.000. En 1920, 6.900.000. En 1910, 6.800.000. En 1900, 6.250.000. Dentro de diez años tendrá, seguramente, 8.000.000. (Cifras deducidas de las publicaciones oficiales. La aparente detención en el crecimiento, que se registra en el de-

cenio 1910-20, parece fué debido al exceso de mortalidad producido por las epidemias gripales de aquella época.)

A España se le mueren hoy, por año, 193.000 niños (de cero a catorce años), que significan el 26 por 1.000 de la población infantil y el 48 por 1.000 de la mortalidad total de la nación. (Datos deducidos del siguiente estudio, en el que se relacionan conceptos y coeficientes de interés: Número de habitantes de España, 23.700.000. El 32 por 100 lo constituye la población infantil, distribuída en cantidades que oscilan alrededor de medio millón de niños para cada edad. El coeficiente de mortalidad general se aproxima al 17 por 1.000, o sea que se mueren cada año 400.000 personas. Veamos ahora la cantidad de niños que mueren cada año: De cero a un años, 80.000, equivalente al 117 por 1.000 de entre los nacidos vivos, 20 por 1.000 de la mortalidad general, 3,5 por 1.000 de la población total y 10,8 por 1.000 de la población infantil; de uno a dos años, 30.000, equivalente al 45 por 1.000 de entre los nacidos vivos, 7 por 1.000 de la mortalidad general, 1,3 por 1.000 de la población total y 4 por 1.000 de la población infantil; de dos a cinco años, 20.000, equivalente al 30 por 1.000 de entre los nacidos vivos, 5 por 1.000 de la mortalidad general, 0,8 por 1.000 de la población total y 2,7

por 1.000 de la población infantil; que pueden distribuirse para cada uno de los tres años, intermedios, admitiendo un ritmo uniforme en 6.666 niños, equivalente al 10 por 1.000 de entre los nacidos vivos, 1,7 por 1.000 de la mortalidad general, 0,3 por 1.000 de la población total y 0,9 por 1.000 de la población infantil; que hacen un total de 130.000 niños de cero a cuatro años, equivalentes a 192 por 1.000 de entre los nacidos vivos, 32 por 1.000 de la mortalidad general, 5,6 por 1.000 de la población total y 10,5 por 1.000 de la población infantil.

Hasta aquí los cálculos basados en datos oficiales. Si ahora quitamos del total de habitantes los 2.500.000 niños que se pueden suponer hay de cero a cinco años, y del total de fallecidos los 130.000 que mueren en este período, tendremos que de los 21.200.000 habitantes restantes se mueren cada año 270.000, que significan el 12,7 por 1.000.

Y si admitimos que esa cifra se reparte con sensible uniformidad en todas las edades, puesto que ya hemos eliminado el período que influye de modo más excepcional en el promedio, deformándolo, aplicando ese por 1.000 a los 5.000.000 restantes de niños de cinco a catorce años, nos encontramos con que de estas edades, mueren, aproximadamente, 63.000, que, a su vez, representan el 8,5 por 1.000 de la población total infantil, y que sumados en los 130.000 obtenidos antes dan los 193.000 apuntados. Para comprobar si esta suposición hecha conduce a un resultado lógico, observemos que repartiendo los 63.000 fallecidos entre los diez años intermedios nos da para cada año la cantidad de 6.300, inferior a los 6.666 obtenidos para el período de los dos a los cinco años, como parece natural, puesto que a estas edades siempre se mueren más niños que de los cinco a los catorce años.)

Esta aterradora cifra, unida al crecimiento que apuntan las estadísticas anteriores, plantea con toda urgencia y en toda su crudeza el problema de la defensa de la salud del niño, atendiendo con ritmo acelerado y con cálculos de máxima previsión a organizar los medios para

esa defensa en forma eficaz y completa, es decir, a base de un plan racional científicamente progresivo, ininterrumpido, en gran escala.

¿Que este es problema que concierne al médico y al higienista de manera muy esencial? Evidente. Pero no lo es menos también que el técnico sanitario (arquitecto sobre todo) puede desempeñar un importante papel, no sólo poniendo su técnica al servicio de aquella defensa, sino concibiendo orientaciones o normas de acción dentro del concepto que sus actividades profesionales le permiten tener del problema.

Es, pues, empresa de colaboración, como no podía por menos de suceder, y nuestro propósito al acudir al Primer Congreso Nacional de Sanidad con tales cuestiones no es otro que el de cooperar en la medida de nuestras fuerzas a la gran obra que realizan médicos e higienistas, en tanto de este Congreso brota la apetecida coordinación de esfuerzos, entusiasta y cordial, que en beneficio de la salud del niño —que es tanto como decir en beneficio de las generaciones de un país— debe emprenderse.

Es indudable que esa acción de defensa puede ejercitarse con modalidades bien distintas: o encaminándola a la defensa del propio organismo del niño, no ya en el aspecto curativo de sus enfermedades, sino en el higiénico, o encauzándola hacia la defensa del medio en que se desenvuelve. Y es en este cauce en el que entra de lleno la posible actividad del técnico-sanitario.

Claro está que el medio en que el niño vive abarca todo el ámbito y casi toda la vida de un país, y que la salud de aquél habrá de beneficiarse en cuanto mejoremos cualquier aspecto de este ambiente, desde la habitación donde nace el futuro ciudadano hasta el último rincón de la ciudad. Pero si de lo que se trata es de coordinar una acción de conjunto encaminada a proteger de la manera más rápida, eficaz y directa la salud del niño (bien entendido que no nos referimos al niño enfermo, ni siquiera al presunto enfermo de una determinada enfermedad, sino al sano), de lo que habremos de preocuparnos entonces será: 1.º, de que la vida

de ese niño se desenvuelva en ambientes propicios para llevar a ellos tal acción de defensa, o cuando esto no pueda ser, de la que reciba, a lo menos indirectamente, por el beneficioso influjo que irradie de Centros sanitarios adoptados a tal fin, y 2.º, de acondicionar unos y otros lugares, desde el punto de vista técnico-sanitario, y de organizar el funcionamiento de su contenido para que esa defensa alcance el máximo de eficacia, no olvidando que no se trata sólo de luchar contra la mortalidad infantil, sino de mejorar la salud del que no muere; porque de nada o de muy poco serviría arrancar víctimas a la muerte si no se consiguiera que los que queden vivan en pleno goce de su salud corporal y en condiciones de proporcionar un rendimiento útil a ellos mismos y a sus semejantes.

Los demás beneficios, que también pueden derivarse para el niño por el mejoramiento de los restantes lugares donde, en una proporción de tiempo mínima, comparta su vida con las demás personas, ya le vendrán de añadidura. Su estudio no corresponde a esta acción que aquí queremos apuntar, dedicada exclusivamente al niño.

En cuanto a la primera preocupación, preguntémonos, en primer lugar, dónde se desenvuelve hoy, por desgracia, dentro de la realidad de nuestro país, la vida de la infancia. Pues se desenvuelve: en el hogar, mal acondicionado la inmensa mayoría de los casos; en la calle, densa de polvo, de humos, de suciedad, las más de las veces, y a ratos, y cuando se cuenta con ella, en la escuela —mal acondicionada y también casi siempre desde el punto de vista sanitario— o en alguna institución de carácter infantil.

Ahora bien; pretender asegurar oficialmente al hogar, a su vida en torno, un mínimo de condiciones higiénicas, dados el régimen actual de la propiedad, la incultura que domina en estas materias, la indisciplina características de nuestros habitantes y la escasez de medios para una gran masa de humanidad, resulta hoy, y puede que siempre, totalmente irrealizable.

Todo lo que se haga en este sentido está muy bien y debe estimularse; pero será un hacer tan diluído en el tiempo y en el espacio que su rendimiento, bajo el aspecto que estamos considerando el problema, será prácticamente nulo. Pero aparte de las razones de tipo educativo y social que aconsejan que la vida del niño no se encierre en una vivienda por muy higiénica que sea, no puede pensarse, por consiguiente, en una acción rápida y eficaz de defensa de la salud del niño, a base de esperar a que el hogar sea perfecto y que mientras tanto ese niño viva muriendo en él. Ni podemos contentarnos tampoco con la predicación misionera, con el consejo. Todo esto es necesario; más que necesario, indispensable; pero no es suficiente, y, en consecuencia, hemos de comenzar atacando el mal en el origen, creando para el niño, para todos los niños, ambientes donde pueda ser un hecho esa defensa de su salud y a los que obligatoriamente se les lleve desde que nacen hasta que acaba el período de escolaridad. La función del Estado, protector del ciudadano, imponiéndole el deber de garantizarle un mínimo de salud y de cultura, le confiere a su vez el derecho por encima de los padres a proporcionarle ese mínimo en la forma que estime más adecuada, arrancándole del propio hogar si es preciso.

No se nos oculta que este ideal exigiría para su realización íntegra y rigurosa la consecución de otro previo: que el Estado garantizase también un mínimo de bienestar económico a cada familia, o supliera la posible acción remuneradora del niño a ciertas edades, y en el ambiente rural sobre todo, para poder arrebatárselo si era preciso. Pero mientras esto sea o no sea, y si no es, aislando siempre la excepción o restringiendo esa obligatoriedad a límites de edad más reducidos, sobre todo en ambientes rurales, como sea, es absolutamente preciso sentar, en principio, este concepto y que el Estado, la sociedad y cada uno de sus ciudadanos se persuadan de que es inevitable lograr a que así sea en defensa de la propia colectividad. Y si a esto se añade que estos centros de vida co-

lectiva, al crearse y encauzarse siempre por la autoridad oficial, son los únicos en que puede implantarse una dotación y un servicio sanitario debidamente intervenidos. Y si, por otra parte, observamos que hoy es ya un criterio indiscutible en materia educativa: 1.º, que hay que atender a la salud del cuerpo con tanto más predominio sobre la del espíritu (tan fuertemente ligada por lo demás casi siempre) cuanto más escasa es la edad, y que, por consiguiente, en estas primeras edades de la vida, es al acción sanitaria la que debe dominar sobre la pedagógica; 2.º, que la educación perfecta, no ya del niño, sino en el hombre, exige atenderle, encauzarle desde antes de que nace hasta que muere, haciendo de su existencia un ciclo que en modo alguno puede interrumpirse, y 3.º, que por todas estas razones y aquellas otras a que nos referimos de tipo educativo y social, la escuela o las instituciones infantiles han de ser lugares casi de permanencia de ese niño, vendremos a concluir que lo que nosotros propugnamos no es sino el cumplimiento del credo pedagógico apuntado, ampliando a otras instituciones infantiles, pero proclamando desde aquí, y que ese cumplimiento lo reclamamos hoy reforzando nuestra exigencia con las consideraciones antes apuntadas, no en nombre de la instrucción o de la educación del niño, sino en nombre de la defensa de su vida (aspecto al que hasta ahora no se le había concedido toda la importancia que merece), haciendo de la escuela, por encima de todo, un centro de salud y de capacitación orgánica del niño.

Por consiguiente, tendremos que pensar en la creación y organización de una red completa de instituciones infantiles (bien entendido, repitámoslo, que nos referimos únicamente a instituciones para niños no enfermos, sin que de ningún modo entren en esta red las que tengan carácter siquiera preventivo de ninguna clase de enfermedad), formada: por Instituciones de Puericultura (casas-cunas), para niños de cero a dos años, en las que podría prestarse además la asistencia pre-natal; por "escuelas ma-

ternales", para los de dos a cinco años, y por "escuelas" simplemente, para los restantes, a las que habrá que agregar un cuarto tipo, complementario de los anteriores, que responda a la necesidad de que cuando un niño, por su estado de depauperación fisiológica o de convalecencia de alguna enfermedad (sin que llegue, desde luego, a constituir tipo de enfermedad específico), esté necesitado simplemente de una mayor dosis de naturaleza (aire puro y sol) y de cuidados higiénicos que el que puedan proporcionarle los centros sanitario-educativos de la ciudad, o su propio hogar, disponga de instituciones en pleno campo (que de ningún modo, insistamos otra vez, serán de tipo clínico, curativo, ni preventivo específico siquiera), con situaciones adecuadas para atender a los contingentes comarcales que se señalen, siempre en plazos breves, que permitan un turno rápido, que podríamos calificar simplemente de "residencias para niños", y en las que estarían éstos atendidos por personal adecuado, o por los propios familiares. Ellas permitirían, además, desarrollar perfectamente el plan de colonias escolares.

Estos cuatro tipos de instituciones han de constituir una cadena indisoluble, y en su virtud, y por lo que se refiere a la escuela, nosotros estimamos que esta escuela no puede ya organizarse y funcionar al margen de dicha acción, como se ha venido haciendo hasta ahora; que esta escuela no puede considerarse como una institución exclusiva de tipo pedagógico (educativo e instructivo), sino que, por el contrario, y armonizando sus dos esenciales características, debe valorarse como un centro sanitario-educativo, y como tal llevarlo a depender de un organismo mixto, exclusivamente técnico, en relación por igual con los Departamentos oficiales de Instrucción pública y Sanidad (con la adecuada intervención de la Corporación municipal correspondiente cuando sea posible), pero con vida propia, autónoma, en el que pueda ser un hecho la apetecida colaboración de arquitectos, médicos y maestros, al margen de cualquier otra clase de problemas burocrático-

administrativos, relacionados con la Enseñanza o con la Sanidad.

Ahora, por lo que se refiere sobre todo a la primera y a la última de las instituciones enumeradas, no se nos oculta el carácter que pueden tener, además de centros de asistencia social, y que su establecimiento (indiscutiblemente más justificado en los entornos de las grandes poblaciones) y dotación dependerá de las necesidades sociales a que atender. Pero estas cuestiones, como las de su organización, régimen económico de sostenimiento, etc., son problemas que se presentarían en un segundo plano, después de aceptada en principio la acción propuesta, que con respecto a las cuales puede ya quedar, sin embargo, apuntada, por si de algo valiera la sugerencia, que el beneficio que dichas instituciones proporcionase a las clases pudientes se retribuyera por éstas en forma que permitiese atender al sostenimiento del servicio gratuito que se prestara a los humildes.

A este panorama de los cuatro ambientes, donde puede quedar casi absorbida la totalidad de la vida infantil, hay que añadir aún, sin embargo, el substitutivo de la calle sucia, polvorienta, de que hablábamos: el campo o parque de juegos dentro de la urbe, donde el niño ha de pasar sus ratos de ocio o de vacación, y que, aunque íntimamente ligado con los problemas de urbanismo, debemos exigir desde aquí en nombre de la salud de ese niño para que su implantación en número suficiente sea un hecho.

Queda, por último, que recoger la acción de defensa indirecta, supletoria de la anterior, para cuando ésta no pueda desarrollarse íntegramente (núcleos rurales diseminados, de escasa importancia), que ya apuntamos dimanaría de Centros sanitarios comarcales en forma de predicción, consejos, visitas, inspecciones, tanto al hogar como a la escuela, cuyos centros podrían ser, nada más lógico, los primarios de Higiene rural que están creándose; pero exigiendo para todos ellos el cumplimiento del acuerdo de la Conferencia Internacional de Ginebra, de julio de 1931, sobre acción médico-escolar,

como ya se ha ensayado en uno de los establecimientos en la provincia de Cáceres.

* * *

Hasta aquí la exposición, pudiéramos decir, teórica de nuestro programa de acción en su primera parte.

Ahora bien. ¿Cuál es la realidad de nuestro país a este respecto? ¿Qué es lo que hay hecho? ¿Qué falta por hacer para implantar íntegramente un plan máximo, como el apuntado, al que pudiéramos irnos próximamente, desde luego, pero con una orientación firme?

España tiene hoy atendidas oficialmente 65 instituciones, que ejercen una función puericultora análoga a la que nosotros indicamos (en éstas se consideran incluídas también las Inclusas, algunas convertidas hoy en Institutos de Puericultura), y en las que pueden suponerse atendidos unos 10.000 niños de cero a dos años; 20 escuelas maternas con una asistencia de 1.000 niños de dos a cinco años, a las que habrá que añadir unos 9 ó 10.000 que pueden suponerse atendidos de esas edades en las Inclusas; 25.000 escuelas propiamente dichas (secciones de un promedio de 50 chicos), con un mínimo de condiciones sanitarias (aunque actualmente existen en España unas 45.000 escuelas, se prescinde de 20.000, que de ningún modo puede admitirse desde el punto de vista sanitario), que reciben aún 1.250.000 niños, de los cuales habrá que segregar los párvulos hasta los cinco años para incorporarlos al grupo anterior (que pueden fijarse en unos 90.000), y añadir los 30.000 atendidos en esas edades en las instituciones (Inclusas) antes citadas, con lo cual el número total de atendidos de dos a cinco años será de 100.000 y el de cinco a catorce de 1.200.000; ninguna institución del cuarto tipo y 30 centros secundarios y cerca de 285 primarios de Higiene rural, de los cuales prescindiremos, porque teniendo otra misión más amplia que cumplir corresponde a otro lugar su estudio adecuado. (Por la misma razón, y por no tener carácter de

acción supletoria para lugares donde no puede hacerse otra cosa, prescindiremos también en esta enumeración de los modernos Dispensarios de higiene infantil, de los que igualmente dimana una acción médico-escolar.)

Ahora bien. Si de la totalidad de niños que dan las estadísticas deducimos el 20 por 100 en que seguramente pueden fijarse los substraídos a la vida activa de los niños sanos por diferentes causas (morbilidad de todas las enfermedades, enormalidades, ausencia, imposibilidades de distintas índoles, por razones económicas, sociales, etc., etc.), obtendremos que la población infantil aproximada que habrá que atender podrá fijarse en la cifra de 6.000.000. Y, por consiguiente, de los 800.000 niños que puede suponerse quedan de cero a dos años, del 1.200.000 que quedan de dos a cinco y de los 4.000.000 de cinco a catorce, España tiene en el más lamentable abandono desde el punto de vista sanitario; cerca del 99 por 100 (790.000 niños) de los primeros, el 91,5 por 100 (1.100.000) de los segundos y el 30 por 100 (2.800.000) de los terceros, y, por consiguiente, para disponer de la cantidad de instituciones precisas donde llevar obligadamente la vida del niño a defenderla, sería preciso crear: 8.000 instituciones de Puericultura (para 100 niños cada una), 22.000 escuelas maternas (para 50 niños) propiamente dichas. En cuanto a las instituciones del cuarto tipo, por su verdadera justificación para los niños de los núcleos urbanos más que para los rurales, se puede hacer el cálculo a base de la población infantil aproximada que vive en tales núcleos, y que viene a ser de unos 2.700.000 niños (30 por 100 de los 9.000.000 de habitantes totales que residen en éstos), los que, deducidos el 20 por 100 de los substraídos, se reducen a 2.000.000 en números redondos. Por consiguiente, considerando esas residencias de un tipo medio de 100 niños, en la que se estableciese un turno medio de dos meses para cada niño y por año, se necesitarían 3.333 para los 2.000.000.

El conjunto de esta red de instituciones, valorado tan sólo por el posible coste aproxima-

do de la edificación, significaría: las instituciones de Puericultura, 560.000.000 de pesetas; las escuelas maternas, 825.000.000; las escuelas propiamente dichas, 2.240.000.000, y las residencias en el campo, 666.000.000. En total: pesetas 4.290.000.000.

Esto es lo que tendrían que dedicar combinadamente los Departamentos de Sanidad e Instrucción pública, en colaboración con las Corporaciones provinciales y municipales, a esta acción educativo-sanitaria sobre el niño normal en el aspecto de la consecución de ambientes adecuados para la conservación y mejora de su salud (y claro es que de su educación también). ¿Que es una cifra exorbitante? Naturalmente. Como que está casi todo por hacer, y son nada menos que 6.000.000 de niños los que reclaman ser atendidos. ¿Que hay otros problemas que exigen aún mayor apremio, si cabe, dentro de la Sanidad? Indudable. En el saneamiento de viviendas y de núcleos de población está también casi todo por hacer. Pero ahí quedan las cifras para acicate de gobernantes y estímulo de todos los españoles, y para que cuando se pidan muchos millones para educación y Sanidad (que no dudamos se pedirán), no se regateen por quien pueda hacerlo, pensando en que sólo crear las instituciones necesarias para que los niños débiles no mueran, los sanos no enfermen y todos se fortalezcan, mejorando la raza y el rendimiento económico del país, significaría un gasto de 4.290 millones de pesetas.

Para terminar. Nuestra intervención en este posible plan de defensa de la salud del niño sano se concreta: En dar existencia real a cada uno de estos ambientes o instituciones, concibiendo un programa de necesidades siempre en perfecta colaboración con el médico, y en ejecutarlo dentro de los más exigentes principios técnico-sanitarios, bien entendido que en cuanto ello esté logrado el arquitecto sanitario se aparta para dar paso al médico, al higienista, que organizan, disponen y dirigen el funcionamiento de cada una de estas instituciones en el aspecto médico-higiénico, hasta que acude de

nuevo cuando es precisa su inspección y su control para el entretenimiento y permanencia del buen estado técnico-sanitario de la institución creada.

* * *

Y vamos con la segunda preocupación apuntada (la más peculiar, si se quiere, de nuestras actividades): la de acondicionar unos y otros ambientes desde ese punto de vista técnico-sanitario para que tal defensa alcance el máximo de eficacia. Precisamente la vida colectiva que en ellos se desenvuelve lo exige con mayor rigor.

En este aspecto, también muy complejo del problema, y no de escasa importancia, urge que de todas partes se escuchen voces que acucien a quienes pueden hacerlo para que se ponga un poco de orden bien pensado y se establezcan principios que regulen lo que esos ambientes pueden y deben ser hoy, porque integrados estos en una gran parte por escuelas de distintos tipos, y viviendo el país desde hace tres años una etapa en que se está dando un gran impulso a la construcción de tales edificios, urge aprovechar el momento, único, antes de que España se inunde de algo que está todavía muy lejos de ser lo que debe en orden a ese linaje de ideas, para que ya que se hace el esfuerzo (cuyos frutos se perpetúan por añadidura, sin posible rectificación) se haga en forma que no tengamos que arrepentirnos más tarde de lo realizado.

Por lo que se refiere a las escuelas, y prescindiendo de las débiles e insuficientes acciones emanadas de la Instrucción general de Sanidad de julio 1903 y de su Reglamento de enero 1904, en sus artículos 54 y 122, disponiendo la visita de escuelas por el inspector municipal, y la redacción por el Consejo de Sanidad de un Reglamento sobre condiciones exigibles a las mismas (que no llegó a hacerse), y de lo dispuesto en las bases para el Reglamento municipal de Higiene, de octubre de 1910, sobre condiciones de escuelas, y del deber de las

Juntas municipales de Sanidad de formar un Registro doble de ellas (buenas y malas), y de lo que el Reglamento para la Inspección sanitaria de establecimientos, edificios y vehículos, de mayo de 1929, habla sobre tales edificios, hemos tenido unas instrucciones especiales técnico-higiénicas de abril de 1905, sustituidas por otras de marzo de 1923, que a su vez se derogaron más tarde por otras de junio de 1933, para volver a reponerlas, y que son las que actualmente rigen con carácter provisional, en tanto se cumple el anuncio oficial de promulgar las definitivas.

No vamos a hacer aquí una crítica de las mismas. Sus vicisitudes legislativas y la realidad demuestran que son insuficientes y erróneas en muchos aspectos. Pero sí vamos a señalar algunos conceptos de carácter general que pueden marcar orientaciones, indispensables a nuestro modo de ver, para encauzar el problema (dentro de los cuatro tipos de ambiente señalados) por soluciones de modernidad y de eficacia, y que son:

1.^a Que en la fijación de las condiciones y características que han de cumplir esas instituciones (sobre todo la escuela) se discierne perfectamente entre el medio urbano y el medio rural, que exigen condiciones diversas.

2.^a Que, acordes con el criterio establecido en la primera parte de este trabajo, de considerar a estas instituciones como centros de salud, y estimando como circunstancia indispensable para que esto sea un hecho la existencia de una cantidad suficiente de aire y de sol en torno a las mismas, se exija ante todo la obligación de que así sea, tanto más, precisamente, cuanto más denso sea el núcleo de población donde el niño reside; es decir, tanto más cuanto más difícil parezca conseguirlo, yéndose a la periferia de las ciudades, si es preciso, a buscar el espacio suficiente que no se encuentra en las zonas superpobladas de las urbes, convirtiendo entonces el problema de hallazgo de este espacio en un problema de organización de transportes para la masa de atendidos que acudan a ellas, y

3.^a Que se establezca el concepto moderno de aireación y ventilación, no exigiendo "cubo de locales", sino renovación continua del aire de los mismos, de acuerdo con lo que se ha preconizado en el reciente Congreso Internacional de Higiene de París, de octubre último; respondiendo así, a la vez, al espíritu racionalista y de bien entendida economía de la arquitectura moderna, que en definitiva también es acción sanitaria, puesto que a menor coste de cada instalación mayor número de éstas y de niños atendidos.

* * *

En virtud de todo lo expuesto, los congresistas que se suscriben, arquitectos diplomados sanitarios, se permiten someter a la consideración del Primer Congreso Nacional de Sanidad, y rogar, en cuanto se estimen acertadas, su incorporación definitiva a las peticiones que se elevan a las Autoridades superiores, las siguientes

CONCLUSIONES:

Primera. Que se declare urgente el establecimiento de un plan sanitario nacional en defensa de la salud del niño.

Segunda. Que se incorpore a él una red completa de instituciones infantiles (para infancia no enferma) integrada: por "Instituciones de Puericultura", para niños de cero a dos años; "Escuelas maternas", para niños de dos a cinco años; "Escuelas propiamente dichas", para niños de cinco a catorce años, y "Residencias en el campo", indistintivamente para niños de cualquier edad.

Tercera. Que se considere en lo sucesivo la escuela de niños como un centro sanitario-educativo, y, como tal, que se le lleve a depender de un organismo mixto, exclusivamente técnico, dependiente de los Departamentos de Instrucción pública y Sanidad, con la adecuada intervención de las Corporaciones municipales cuando sea posible, y en el que sea un hecho la

apetecida colaboración de arquitectos, médicos y maestros.

Cuarta. Que se establezca con carácter obligatorio en toda España la inspección médico-escolar, complementada por la inspección técnico-sanitaria del edificio.

Quinta. Que dichas inspecciones, para las aglomeraciones rurales, irradien de Centros comarcales adecuados (que pueden ser los primarios de Higiene rural ya iniciados), en todos los cuales será obligatoria la prestación de estos servicios conforme a lo acordado en la Conferencia Internacional de Higiene Rural de Ginebra, de julio de 1931, y

Sexta. Que se redacte con la máxima urgencia las prescripciones técnico-sanitarias por las que ha de regirse el establecimiento y dotación de las instituciones enumeradas, teniendo en cuenta al hacerlo los siguientes principios:

a) Que en la fijación de las condiciones y características que han de cumplir (sobre todo la escuela) se discierna perfectamente entre el medio urbano y el rural, que exigen condiciones diversas.

b) Que se exija, ante todo, la obligación de que estén rodeadas de una cantidad suficiente de aire y de sol, tanto más cuanto más denso sea el núcleo de población donde estén emplazadas, yéndose a la periferia de las ciudades si es preciso, y convirtiendo entonces el problema en una cuestión de transportes para la masa de atendidos que acudan a ellas.

c) Que se establezca el concepto moderno de aireación y ventilación, no exigiendo "cubo de locales", sino renovación continua del aire de los mismos, de acuerdo con lo que se ha preconizado en el último Congreso Internacional de Higiene de París.

Madrid, abril 1934.

ALFONSO JIMENO

ANTONIO MARSA

JOAQUIN SAINZ DE LOS TERREROS

ARQUITECTOS Y DIPLOMADOS SANITARIOS