

ABANDONO DEL NIÑO MEXICANO DESDE EL PUNTO
DE VISTA *SALUD* *

DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ

AUNQUE ACEPTAMOS por definición del término "Salud" el bienestar integral del niño, en la presente nota sólo vamos a analizar el problema refiriéndonos a los aspectos epidemiológicos y sanitarios más importantes. El abandono del niño puede existir desde antes de que éste sea engendrado y persistir hasta su adolescencia, por lo tanto, hemos creído conveniente dividir esta exposición en: 1º Abandono preconcepcional, 2º Abandono concepcional, 3º Abandono obstétrico, 4º Abandono del lactante, 5º Abandono del preescolar, 6º Abandono del escolar, 7º Abandono hospitalario del niño, y 8º Lucha contra el abandono del niño.

ABANDONO PRECONCEPCIONAL

La protección del niño comienza desde antes de su concepción por la práctica de la *Eugenesia*. En la República Mexicana esta protección es difícil por sus patrones culturales y sociales, lo que hace que el abandono del niño en esta etapa sea frecuente. En efecto, cuando una pareja se une, lo hace según los dictados de su pasión, instinto o deseo y los preceptos de una buena *Eugenesia* son con frecuencia olvidados. Esto, no obstante, el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos exige para contraer matrimonio, la presentación de un certificado prenupcial de salud, siendo impedimento absoluto la presencia de enfermedades hereditarias. Desgraciadamente, su acción es sólo aplicable al matrimonio civil, que en nuestra República forma una parte, tan sólo, de todas las uniones realizadas. En efecto, el censo de 1955 nos demuestra que de las parejas registradas, 1,427,037 estaban unidas por matrimonio civil (único en que se exige el certificado prenupcial); 1,238,365 unidas por matrimonio religioso, y 1,733,150 manifestaron vivir en unión libre. Otro dato para juzgar de

* Leído en la sesión ordinaria del día 30 de septiembre de 1959.

este problema lo constituye la legitimidad del nacimiento. El mismo censo nos indica que 1.057,408 fueron registrados como nacimientos legítimos y 320,509 como ilegítimos (el 30%) que como es lógico, no habían recibido el beneficio de ninguna práctica eugenética. Por otra parte, en los planes de estudio de las escuelas secundarias, superiores y profesionales de México, no existen cátedras de eugenesia, educación sexual o enseñanza prematrimoniales, que evitarían uniones indeseables y, por lo tanto, podemos afirmar que en la República Mexicana el abandono preconcepcional aunque no puede ser valorado en cifras exactas es sumamente alto.

ABANDONO CONCEPCIONAL

El artículo 113 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos atiende a la higiene prenatal, cuando dice: "...vigilancia de la madre durante el embarazo, incluyendo investigaciones para el hallazgo de padecimientos que afecten a la especie humana..." Esta fase de protección del niño la efectúa el Estado por medio de los Servicios de Higiene y Asistencia Prenatal que se prestan en México por medio de 142 Centros exclusivos y 62 rurales, con un total de 535. El número de nacimientos registrados en México alcanza un promedio de 1.400,000 por año y lógicamente corresponde al mismo número de embarazos, por lo que cada Centro debería de atender cuando menos 2,616 embarazadas. Desgraciadamente el informe de la S. A. S. nos indica, que en todos los centros no fueron atendidas más que 212,000 futuras madres, es decir, 396 por cada Centro, cifra que comparada con la que hemos dado como teórica normal muestra un considerable déficit. Otro dato para juzgar de este abandono nos lo da el índice de mortalidad materna, que aunque corresponde al acto obstétrico, podemos colegir que la defunción sucede cuando los servicios prenatales son deficientes. Esta cifra de mortalidad alcanzó en México a 24 defunciones por diez mil nacimientos (recuerda como punto de comparación las cifras de Suecia y los Estados Unidos de Norteamérica que son 1.5 y 7.0 por el mismo número de nacimientos, respectivamente). Otro índice útil para el mismo punto de vista, en la mortinatalidad que en la República es, en promedio, de 21 nacidos muertos por mil nacimientos registrados. Finalmente, en la encuesta particular llevada a cabo en dos Maternidades Asistenciales (Hospital General y Hospital Juárez) de la Ciudad de México, con alta mortalidad materna 97.1 y 98.4 por 10,000 nacimientos, se encontró, que de las madres internadas sólo el 5% habían recibido el beneficio de la consulta prenatal, el 25% de las defunciones fue de mujeres que no habían llegado al 6º mes del embarazo y el 30% de éstas tuvieron como diagnóstico clínico "Toxemias de la Gestación". El análisis de estas cifras nos indica que de una población prenatal de 1.400,000 niños, el 65% se encuentra en estado de abandono.

ABANDONO OBSTÉTRICO

El acto obstétrico constituye indudablemente el momento crucial del niño y es quizá donde requiera ser protegido más intensamente porque su abandono constituye muchas veces la pérdida de la vida. Ya señalamos que en la República Mexicana existe un promedio de 1.400,000 actos obstétricos. El parto es atendido en México: En servicios de maternidad, ya en edificios exclusivos, en Hospitales Generales, o a domicilio, en una mínima parte por médicos y parteras tituladas y en una gran mayoría por partes empíricas, curanderas o por los mismos familiares. La Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública presta este servicio con carácter de asistencial, en 72 maternidades específicas y en 231 Servicios de Hospitales Generales con un total de 3,071 camas; lo que da un índice de 0.2 día-cama por nacimiento o en otras palabras 2.2 camas por cada mil nacimientos. En el último informe de la Secretaría de Salubridad y Asistencia nos dice que el número de partos atendidos a domicilio y vigilados en los servicios con carácter de externos fue de 62,466 y atendidos en los Hospitales con carácter de internos, 75,858 por año. A su vez el Instituto Mexicano del Seguro Social nos dice haber atendido en el mismo año en sus maternidades, 42,264 partos. Podemos considerar que un 10% de los nacimientos totales fueron atendidos por gineco-obstetras titulados o parteras y, por lo tanto, sumando todos estos conceptos encontramos que solamente 320,858 partos fueron atendidos correctamente y que el resto se encontró en estado de abandono obstétrico, por lo que podemos decir que el abandono en este capítulo corresponde a un 77%.

ABANDONO DEL LACTANTE

Según el Departamento de Bioestadística de la Escuela de Salubridad y Enfermedades Tropicales de México, podemos considerar esta edad desde el nacimiento hasta el año cumplido. Al hacer un promedio de los años de 1951 a 1956, podemos considerar esta población como de 1,380,741 niños. Un índice fiel para juzgar el abandono del lactante desde el punto de vista *salud* lo constituye, el análisis de las causas de la mortalidad infantil. En éstas podemos considerar dos etapas: 1ª La que ocurre desde el nacimiento a los 28 días de la vida y que podemos titular como Mortalidad del Recién Nacido, y 2ª La que ocurre desde el primer mes cumplido a los doce meses de edad.

Mortalidad en los primeros 28 días:

Infecciones del Recién Nacido (763-768)	10.40	por	1,000	nac.
Prematurez (773-776)	14.49			
Asfixia y Atelectasia postnatales (762)	1.29			
Lesiones debidas al parto (760-761)	0.65			
Enfermedad hemolítica del recién nacido (770)	0.23			
TOTAL:	27.06	por	1,000	nac.

Mortalidad de uno a doce meses:

Aparato Digestivo.

Gastroenterocolitis (543-571-572)	14.90	por 1,000 nac.
Disenterías (045-048)	0.50	" " "
Tifoidea y otras salmonelosis (040-042)	0.37	" " "
TOTAL:	15.77	por 1,000 nac.

Neumopatías (480-493-500-502)	16.40	por 1,000 nac.
-------------------------------------	-------	----------------

Enfermedades transmisibles.

Tos ferina (056)	2.00	por 1,000 nac.
Tétanos (061)	0.90	" " "
Sarampión (085)	0.30	" " "
Sífilis (020)	0.30	" " "
Meningitis no meningocócica (340)	0.30	" " "
Paludismo (110-117)	1.80	" " "
TOTAL:	5.66	por 1,000 nac.

Avitaminosis y otras enfermedades carenciales	1.24	por 1,000 nac.
Malformaciones congénitas y enfermedades cardíacas	2.00	" " "
Accidentes (E 800)	0.80	" " "
Otras causas	2.33	" " "

TOTAL: Mortalidad de uno a doce meses de edad	44.20	por 1,000 nac.
--	--------------	-----------------------

**MORTALIDAD INFANTIL EN LOS ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS**

71.26	por 1,000 nac.
--------------	-----------------------

La asistencia para el recién nacido se proporciona en los mismos centros donde es atendido el parto, con una estancia, en promedio, de 6 a 8 días. Después el niño es atendido en consulta externa o en su domicilio. Ya señalamos que el 77% de los partos no recibían asistencia facultativa y, por lo tanto, los niños son también abandonados en este sentido. Por ese abandono encontramos una cifra alta de mortalidad por infecciones del recién nacido que incluye la diarrea, los rubros de asfixia, atelectasia, lesiones debidas al parto y enfermedad hemolítica del recién nacido son tributarios del mismo abandono que hemos señalado. En cuanto a la alta cifra de prematuridad encontramos como una importante causa etiológica el abandono nutricional de la madre. En cuanto a la mortalidad del primero al duodécimo mes encontramos que las dos causas más importantes son: diarrea y neumopatías.

La diarrea al producir una mortalidad de 15.77 por cada 1,000 nacimientos, nos habla de un abandono sanitario del medio, particularmente en el aspecto de insuficiencia de agua potable y avenamiento. Este problema, por otra parte patrimonio de toda Latinoamérica, en México tiene la expresión siguiente: Más del 20% de las habitaciones carecen de agua potable en absoluto. El 10% tiene agua potable, proveniente de pozos o aljibes en malas condiciones sanitarias. El 70% restante posee servicios de agua potable, de los cuales la mitad es de

uso exclusivo y la mitad de uso comunal. De todas las habitaciones el 40% carecen de letrinas de cualquier tipo. Estas condiciones junto con la falta de una higiene sanitaria correcta, producen el fenómeno llamado "fecalismo", con la contaminación correspondiente de agua, alimentos y manos de la madre, principales hechos en que está basada la etiología de nuestros padecimientos diarreicos. En segundo término nos habla de un abandono nutricional, producido por la miseria, al emplear una alimentación inadecuada e impura en el destete. Y en tercero, la falta o abandono de la educación higiénica, cosa difícil de llevar a cabo dado que la carencia o insuficiencia de agua, impele al desconocimiento o abandono de las prácticas elementales de la higiene personal.

Las neumopatías al producir una mortalidad de 16.40 por mil nacimientos registrados, nos habla de dos abandonos: Uno, en su etiología, sobre la habitación incorrecta y otro, en su terapéutica, de la falta de asistencia médica oportuna y suficiente.

El fenómeno de hacinamiento y la mala habitación es patrimonio, particularmente, de las grandes ciudades, donde por causas económico-sociales se ha producido una inmigración desordenada, con escasez de viviendas, mala construcción, abandono de las normas de la ingeniería sanitaria y hacinamiento. Esta conjunción de factores ha alcanzado en la ciudad de México (con 4.500,000 habitantes), aspectos graves, reportándose como promedio de hacinamiento la cifra de un metro cuadrado de construcción por habitante. Como es lógico, la convivencia íntima en espacios cerrados, hace al niño presa fácil de contaminaciones, sobre todo en padecimientos pulmonares infecciosos. Para ilustrar este aspecto citaremos los datos obtenidos en la ciudad de Guadalajara, Jal., sobre el hacinamiento donde se encontró:

Una cama o lecho para	12 personas
Una luz eléctrica para	116 "
Un excusado para	566 "
Un lavabo para	136 "
Un baño de regadera para	108 "

Sobre el abandono asistencial, la última memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia nos dice que en toda la República fueron atendidos en sus Servicios Asistenciales 235,119 lactantes con un total de consultas de 579,801. Al dividir esta cifra entre el número de lactantes, encontramos que cada niño sólo recibió dos consultas escasas por año, lo que revela este abandono ya que sabemos que en una buena práctica pediátrica el lactante sano debe recibir, cuando menos, doce consultas por año.

ABANDONO DEL PRE-ESCOLAR

De acuerdo con la clasificación de edades de la Organización Mundial de la Salud este grupo de niños es considerado entre los de uno a cuatro años de edad cumplidos, que en la República Mexicana abarca a 3,500,000 niños. Nuevamente analizaremos la mortalidad para encontrar las principales causas de abandono:

Mortalidad del pre-escolar

Aparato Digestivo.

Gastroenterocolitis (543-571-572)	8.40	por 1,000	pre-esc.
Disenterías (045-048)	0.73	"	"
Tifoideas y otras salmonelosis (040-042)	0.26	"	"
Uncinariasis y otras helmintiasis (123-130)	0.10	"	"
Colelitiasis y Colecistitis (584-585)	0.09	"	"
TOTAL:	9.58	por 1,000	pre-esc.

Aparato Respiratorio.

Neumonías e Influenza (480-493)	4.61	por 1,000	pre-esc.
Bronquitis	0.68	"	"
TOTAL:	5.29	por 1,000	pre-esc.

Enfermedades Transmisibles.

Paludismo (110-117)	1.50	por 1,000	pre-esc.
Sarampión (085)	1.17	"	"
Tosferina (056)	1.29	"	"
Tuberculosis (001-019)	0.10	"	"
Angina estreptocócica y escarlatina (050-051)	0.06	"	"
Difteria (055)	0.06	"	"
Meningitis (no meningocócica)	0.15	"	"
Poliomielitis (080-081)	0.04	"	"
TOTAL:	4.35	por 1,000	pre-esc.

Accidentes (E-800 E-962)	0.59	por 1,000	pre-esc.
Enfermedades del corazón y anemias (410-414-290-293-590-594)	0.42	"	"
MORTALIDAD PRE-ESCOLAR EN LOS E. U. M.	24.43	por 1,000	pre-esc.

Continúan como enfermedades dominantes en esta edad, las Gastroenterocolitis y las Neumopatías que revelan idénticos abandonos que los señalados en el lactante y cuyas consideraciones son las mismas. Sin embargo, en el Aparato Digestivo aparece un nuevo factor, que alcanza en México una extensión considerable como morbilidad, aunque no como mortalidad y que son las "parasitosis" que remarcen el abandono del niño en los aspectos de sanidad ambiental y educación higiénica-dietética. El capítulo de Enfermedades Transmisibles nos indica, dentro del abandono de la Medicina Preventiva, el muy especial de insu-

ficiencia de inmunizaciones. En efecto, consideraremos primero la producción de vacunas por el Instituto Nacional de Higiene:

Vacuna Antivariolosa	11,000,000 de dosis
Vacuna Antirrábica	966,000 milímetros
Vacuna T. P. D.	2,211 "
Vacuna T. P.	1,106,572 "

Ahora bien, las personas inmunizadas en el período 1953-1957 son como sigue:

Para Tifoidea y paratifoidea	1,701,392 personas
Para Viruela (primo-vac)	5,485,372 "
Para Viruela (rev.)	14,464,677 "
Para Difteria-Fosferina y Tétanos	611,268 "
Para Difteria-Tosferina	221,410 "
Para Tosferina sólo	60,023 "
Para Difteria sólo	158,610 "
Para Poliomieltis (Salk-1957-58)	285,243 "
Para Poliomieltis (Sabin-1958)	110,000 "
Para Tuberculosis (B. C. G.)	43,427 "

Si recordamos que la población infantil (menores de 12 años) equivale en promedio (en ese mismo número de años) a diez millones de niños, vemos que la única inmunización suficiente ha sido la antivariolosa y que en las demás podemos estimar que un 90% de la población infantil está abandonada en ese respecto. Una prueba de esto lo tenemos en la alta morbilidad que aún padecemos en Tosferina, Tifoidea, Paratifoidea, Poliomieltis y Difteria cuyas cifras son las siguientes:

<i>Enfermedad</i>	<i>Promedio anual</i>		<i>Coficiente morbilidad</i>
Tos ferina	29,370	casos	98.68
Tifoidea	5,356	"	17.99
Paratifoidea	1,068	"	3.58
Poliomieltis	1,275	"	4.28
Difteria	933	"	3.13
Tétanos	569	"	1.91
Viruela	0	"	0.00

Aunque las enfermedades transmisibles son de declaración obligatoria, muchas veces los familiares y aun los médicos no las notifican, lo que hace que este número sea aún más elevado.

Finalmente, en esta edad comienza a hacerse evidente el abandono del niño dentro de su hogar con el rubro de accidentes, ya que el pre-escolar está confinado a los límites de su casa.

ABANDONO DEL ESCOLAR

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud el grupo escolar fue considerado de 5 a 14 años de edad y según el Departamento de Bioestadística de la Escuela e Instituto de Enfermedades Tropicales lo forman

7,400,000 niños. Con la misma conducta anterior revisaremos la mortalidad de esta edad:

MORTALIDAD DEL ESCOLAR

Aparato Digestivo.

Gastroenterocolitis (512-571-572)	62.0	por 100,000 habitantes
Disenterías (0450-048)	9.3	" " "
Tifoidea y otras salmonelosis (040-042)	10.9	" " "
Uncinariasis y otras helmintiasis	2.4	" " "
TOTAL:	84.6	por 100,000 habitantes

Aparato Respiratorio.

Neumonías e Influenza (480-4933)	41.2	por 100,000 habitantes
Bronquitis de todas formas (500-502)	4.4	" " "
TOTAL:	45.6	por 100,000 habitantes

Enfermedades Trasmisibles.

Paludismo (110-117)	32.8	por 100,000 habitantes
Sarampión (085)	14.8	" " "
Tosferina (056)	8.5	" " "
Tétanos (061)	2.4	" " "
Difteria (055)	1.8	" " "
Tuberculosis (001-019)	6.7	" " "
Meningitis no meningocócica	3.0	" " "
TOTAL:	70.00	por 100,000 habitantes

Accidentes (E-800 E-962)	26.4	por 100,000 habitantes
Avitaminosis y otros estados carenciales	11.5	" " "
Homicidio (E-964 E-990 E-985)	4.0	" " "
Enfermedades del corazón (410-443)	10.3	" " "
Anemias (290-293)	5.4	" " "
Nefritis todas formas (590-594)	2.6	" " "
TOTAL:	261.1	por 100,000 habitantes

Las causas más frecuentes de la muerte del escolar son las gastroenterocolitis, las neumopatías y las enfermedades trasmisibles que revelan el abandono del escolar en los aspectos de sanidad ambiental, medicina preventiva, curativa y de educación higiénica y cuyas consideraciones son análogas a las ya descritas. Aparece ya como un rubro importante el capítulo de "accidentes" que nos habla del abandono del escolar en el aspecto de recreaciones y deportes, lo que ocasiona, en nuestras grandes ciudades, que los escolares aprovechen como campos de juego las calles, actividad que es compartida con un creciente número de vehículos manejados por irresponsables. El censo de 1950 nos indica que en los hospitales se habían registrado por accidente 19,950 pacientes como internos y 86,636 como externos, de los cuales más del 25% fueron niños escolares. La muerte por avitaminosis y otras carencias, nos habla indudablemente del aban-

dono nutricional, pero nosotros pensamos que esta cifra no es una objetivación efectiva ya que las numerosas encuestas practicadas muestran que el 90% de los niños mexicanos padecen formas más o menos severas de desnutrición. Al dominar todos estos factores se encuentra un factor económico que se hace evidente en la desnutrición. Por último, aparece ya en esta edad en una extensión de 4 por 100,000 habitantes el homicidio, cuya causa podemos atribuirla al abandono de la higiene mental, al abandono nutricional, al educativo y a causas económico-sociales, cuyo análisis rebasa los límites de este trabajo.

ABANDONO HOSPITALARIO DEL NIÑO MEXICANO

La República Mexicana cuenta con 47,505 camas de hospital con una proporción de 1.7 camas por mil habitantes, las cuales se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

Para Pediatría	6.7%
Para Obstetricia	8.3%
Para Adultos	85.0%

Al tomar solamente la asistencia hospitalaria del niño, la República cuenta para ella con 3,219 camas (0.3 camas por 1,000 niños). Esta atención se presta en los estados de Campeche, Coahuila, Chihuahua, Veracruz, Hidalgo, Jalisco, Sinaloa, Yucatán y D. F., por medio de Hospitales exclusivos para niños, con un total de 1,118 camas. En los restantes Estados de la Federación, la atención hospitalaria al niño se presta a través de Hospitales Generales. Todos estos servicios están sostenidos y, por lo tanto, administrados, en un 84% por el Estado y en un 16% por la iniciativa privada.

La observación de estas cifras nos revela un intenso abandono en la asistencia hospitalaria del niño ya que fuera de toda consideración al respecto, una cama por cada 5,000 niños es una expresión notoria de insuficiencia.

LA LUCHA CONTRA ESTOS ABANDONOS

La acción contra estos abandonos corresponde indudablemente al Estado y a los particulares y se encuentra limitado por las condiciones socio-económicas del país, geográficas del medio y por factores culturales y sociales del pueblo. En la República Mexicana ha sido una preocupación de todos sus gobernantes la lucha contra el abandono del niño, en todos sus aspectos, y ejercer su protección desde sus etapas preconcepcionales hasta su adolescencia. El piloto, y el actor de esta lucha es muchas veces la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual tiene como metas los siguientes fines: 1º Saneamiento ambiental por:

a) Dotación y mejoramiento de agua en cantidad y calidad, b) Mejoría de la habitación, c) Tratamiento y alejamiento de inmundicias, d) Educación higiénica sanitaria, e) Mejoría o implantación de una correcta nutrición. 2º Asistencia Médica preventiva. 3º Asistencia Médica curativa.

En la dotación de agua se procede a la localización de fuentes o mantos acuíferos, captación, correcto almacenamiento, purificación y distribución ya domiciliaria o por medio de hidrantes para 250 habitantes. Como una muestra de los resultados obtenidos diremos que por ejemplo, en los Estados de Colima, Chiapas, Chihuahua y Durango que contaban con un total de 495,458 viviendas, de las cuales en 1950 el 24.2% carecía de agua, se había logrado en 1957 que este índice se redujera a un 11%. La mejoría de la habitación es honda preocupación del Gobierno Mexicano habiendo constituido para resolver este problema el Instituto Nacional de la Vivienda, el cual construyó en los años de 1958 y 1959, 3 511 unidades de habitación en 36 centros de población de 20 entidades federativas. La Dirección de Bienestar Social Rural ha ejercido su acción al procurar la mejoría de la habitación rural, mediante el interés de los campesinos en sus obras; fueron beneficiados en el año de 1958, 209 comunidades con 154,201 personas y fue erogada la cantidad de \$ 5.525,000 anuales. En ese mismo año la Dirección de Servicios Coordinados informó haber construido o mejorado 6 057 casas habitación y realizado 224 obras comunales de dotación de agua. En estas mismas comunidades rurales se han realizado, en las de mayor número de habitantes, obras de alcantarillado y, en las menores, fosas sépticas, excusados y letrinas sanitarias. En el alejamiento de las inmundicias y sanidad de las ciudades, es un ejemplo el cambio radical en mercados, dotación y purificación de agua y urbanismo, realizado en la Ciudad de México en los años de 1954 a 1958. La educación higiénica se ha extendido no solamente en los aspectos de enseñanza de higiene personal, sino también en procurar cambiar el sistema de vida del mexicano, orientándolo hacia una nueva forma de vivir, basada en la salud integral. En el año de 1958 en los solos aspectos de promoción en labores de educación higiénica, adiestramiento de maestros y ayudantes y elaboración de material audio-visual, se gastaron \$ 2.350,000.00. Finalmente, las campañas sanitarias realizadas contra las *enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, oncocercosis*, etc., y de las cuales es un magnífico ejemplo la realizada contra el *paludismo*, que casi ha conseguido erradicar este azote, han contribuido al saneamiento del medio en que vive el mexicano. En el aspecto asistencial, en la Capital de la República (con una población de 4.500,000 habitantes) la labor se realiza a través de 24 Distritos Sanitarios que ejecutan labores de asistencia materno-infantil a un promedio de 250,000 habitantes cada uno y 25 Centros de Bienestar Social Urbano o semirurales, para el resto de la población capitalina con un promedio de 104,250 servicios prenatales y 270,530 postnatales. En los diversos Estados de la Unión los servicios se han jerarquizado en Distritos Sanitarios para poblaciones de 150,000 o más habitantes. Centros

de Salud para 50,000 a 100,000 habitantes y Centros Auxiliares Rurales para comunidades menores junto con las Unidades de Salubridad y Asistencia para poblaciones de 25,000 a 50,000 habitantes. A su vez para atender a comunidades menores de 2,500 habitantes, se han creado 502 Centros de Bienestar Social Rural. Existen 92 Sanatorios Rurales con 1,004 camas habiendo atendido el año pasado 65,000 embarazadas y 760,000 niños, además prestaron atención asistencial a 5,570,541 personas de 4,400 comunidades. Bajo la misma dirección de la S. A. S. existen los Servicios Médicos Cooperativos Rurales, que como su nombre lo indica trabajan usando la cooperación particular para el beneficio rural. Cuentan con 14 hospitales, 27 sanatorios rurales, 9 maternidades y 141 puestos de socorro con un total de 905 camas habiendo prestado (en los años de 1953 a 1958), 2,163,337 atenciones materno-infantiles. La supervisión técnica para la lucha contra el abandono del niño en el aspecto *salud* se halla a cargo de la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno-Infantil, la cual en el aspecto asistencial instaló y vigiló (en los años de 1953 a 1958), 955 Servicios de Higiene y Asistencia Materno-Infantiles en los Centros de los Servicios Coordinados, 141 en los Servicios Rurales Cooperativos, 50 servicios de Emergencia Pediátrica en los Centros de Salud y Hospitales de la República, 12 Maternidades y 209 Guarderías asistenciales con una población de 20,000 niños.

Finalmente, en el aspecto hospitalario debemos decir que durante el período 1952-58 se construyeron 334 nuevos hospitales con 7,692 camas; hospitales dirigidos en su construcción, equipo y funcionamiento inicial por la Comisión de Hospitales de la S. A. S., y en cuya edificación y ejercicio han tomado parte muy importante la iniciativa privada y el campesinado nacional.

Estos son solamente algunos aspectos de esta lucha contra el dolor, la miseria y la muerte de nuestros niños. El llevarlos a la meta de una salud íntegra es aún una utopía, pero existe el propósito inquebrantable en el Gobierno y en el pueblo de México de mejorar y acrecentar las labores de saneamiento, educación, nutrición y asistencia materno-infantil para llegar a hacer desaparecer en un día, por ahora desgraciadamente remoto, el abandono de nuestros niños en el aspecto de la salud.

ABANDONO DEL NIÑO MEXICANO DESDE EL PUNTO
DE VISTA *SALUD*

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ *

DR. RIGOBERTO AGUILAR PICO

EN EL INTERESANTE trabajo que hoy nos presenta el Dr. Prado Vértiz, el cual forma parte de un estudio más amplio que ha realizado sobre el abandono del niño mexicano desde el punto de vista *SALUD*, nos da a conocer el estado en que se encuentra la protección de la salud del niño mexicano en las diferentes etapas de su vida, y lo que ha realizado la acción gubernamental para garantizar su bienestar integral. Es muy meritorio el esfuerzo del autor y de gran utilidad, pues al dar a conocer la situación en que se encuentra la protección de nuestros niños, y el déficit que a este respecto aún existe en nuestro País, permite la formulación de programas de lucha tendientes a mejorar dicha situación.

En el capítulo que trata del abandono preconcepcional, el autor, justificadamente, señala la deficiencia en la enseñanza de la eugenesia en nuestras escuelas, enseñanza que de realizarse debidamente, permitiría llevar a la conciencia del ciudadano la comprensión del deber que tiene de procrear hijos sanos, y la gran responsabilidad que implica el cumplimiento de dicho deber. Encuentro, en dicho capítulo, datos estadísticos dignos de comentarse: El número de parejas unidas por matrimonio civil es de 1.427,037 y 1.733,150 manifestaron vivir en unión libre; en cambio el número de nacimientos legítimos es de 1.057,480 y el de ilegítimos asciende sólo a 320,509. ¿Por qué esta diferencia tan acentuada en favor de los hijos legítimos, cuando es mayor el número de matrimonios ilegítimos? ¿Es que los matrimonios legítimos tienen tres veces más hijos que los ilegítimos?

En el capítulo referente al abandono concepcional, el Dr. Prado Vértiz hace énfasis sobre los altos porcentajes de mortalidad materna y de mortinatalidad, que podrían explicarse por el abandono de la mujer embarazada, la cual sólo en reducido porcentaje puede ser atendida en los servicios de higiene y asisten-

* Leído en la sesión ordinaria del 30 de septiembre de 1959.

cía prenatales existentes. Al leer las estadísticas de algunos centros de higiene y asistencia materno-infantiles, nos damos cuenta del alto porcentaje de abortos que se presentaron en nuestras mujeres embarazadas. 14.38% en estudios estadísticos efectuados en 2,558 embarazadas controladas en el Centro de Salud número 1. En el Centro Maximino Avila Camacho, donde se cuenta con los mejores elementos para la atención de las mujeres embarazadas, esta cifra se redujo a 1.36%, siendo de 3% la de niños prematuros, y de 95.64% el porcentaje de nacimientos a término. No se cuenta con estadísticas relacionadas con los abortos provocados. Tomando en consideración estos datos, creemos que debe considerarse que el número de embarazos es sensiblemente superior y no igual al número de nacimientos.

En el capítulo referente al abandono obstétrico, el Dr. Prado Vértiz nos da a conocer las estadísticas de natalidad de las instituciones dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social, y supone que un 10% de los 1.400,000 nacimientos registrados en el País, fueron atendidos fuera de dichas instituciones por gineco-obstetras y parteras tituladas. Consideramos que omite mencionar las cifras estadísticas de este último grupo, probablemente porque su control no ha sido organizado debidamente.

Muy ilustrativos son los datos que el autor nos presenta para darnos a conocer el abandono del lactante y del pre-escolar; así como el estudio que hace sobre la mortalidad infantil y sobre las causas que producen dicha mortalidad.

Si comparamos el índice de mortalidad durante el primer año de la vida, que según nos da a conocer el Dr. Prado Vértiz es de 71.26 por 1,000 con los índices de dicha mortalidad en 1910, 1930 y 1950, que fueron de 323.- 131.6- y 96%, respectivamente, no podríamos menos que aceptar que la labor de nuestras autoridades sanitarias y la mejoría de las condiciones socio-económicas de nuestro País, han influido favorablemente en el descenso de nuestra mortalidad infantil. Si bien es cierto que ésta permanece aún elevada si la comparamos con la de otros países como Inglaterra, Estados Unidos, Nueva Zelandia, Suecia... que fue en 1955 de 30- 29.2- 22.7- y 20.5 por 1,000, respectivamente; es también una realidad que mucho se ha conseguido a este respecto. La lucha emprendida con éxito debe continuarse. Que se intensifique la acción para lograr el saneamiento del medio; que se multipliquen los centros de protección materno-infantil y las labores de profilaxis y de educación higiénica. La campaña contra la desnutrición infantil, aunque no aparezca en las estadísticas oficiales, es factor muy importante de mortalidad y morbilidad, y de retraso físico, moral y mental de nuestros niños; debe planearse con el aprovechamiento de todos los recursos disponibles en ella. Es necesario reconocer el derecho vital del niño de ser alimentado convenientemente, el cual implica la obligación del Estado, de las instituciones oficiales y privadas, y de la sociedad en general, de hacer efectivo ese derecho.

Al referirse al abandono del importante grupo del escolar, constituido por 7,400,000 niños, el autor nos da a conocer las características de la mortalidad en este período de la vida, en la que intervienen otros factores como los accidentes y el homicidio, sobre los cuales hace consideraciones de interés.

Con relación al abandono hospitalario, nos da a conocer el importante dato que, de las camas existentes en nuestros servicios hospitalarios sólo el 6.7% están destinadas a los niños; esta cifra es insignificante si tomamos en consideración que nuestros niños se enferman tanto o más que los adultos. Es, pues, necesario y urgente cambiar el criterio seguido hasta la fecha en la construcción de nuestros hospitales y destinar en ellos, cuando menos, el 30% de las camas a los niños enfermos.

En el capítulo final de su trabajo, el Dr. Prado Vértiz nos da a conocer lo que, en la lucha contra estos abandonos, ha realizado el Gobierno de la República. De gran utilidad es sin duda el conocimiento de la forma en que se hace la protección social de la infancia en México, pues ello nos permite aquilatar debidamente la eficacia de las instituciones establecidas, y sirve de base para perfeccionarlas y planear otras nuevas que hagan más efectiva esta protección. La triste realidad es que aún hay muchas comunidades rurales adonde no llega esta acción protectora, y muchos son los niños que sufren las consecuencias del abandono en que hasta la fecha se les tiene.

Si el tesoro más valioso de la nación es el ciudadano, y si el tesoro más valioso del ciudadano es la salud; proteger la salud de nuestros niños es luchar para que sean en el futuro ciudadanos útiles para el progreso de nuestra Nación. Pero al ejercitar esta acción no hay que olvidar que el niño no es un elemento aislado, sino parte de la célula que constituye la familia y que deberá lucharse por lograr la protección integral de la familia mexicana. Más, si es obligación del Estado luchar porque nuestros niños y por que nuestros ciudadanos sean sanos física, mental y moralmente, y, si es indiscutible el derecho del ciudadano a la salud, es necesario comprender que dicho derecho debe traer aparejado el deber de ser sano. Es decir, el ciudadano debe a su vez comprender que tiene que luchar por ser sano. Formar esta conciencia de la salud es obligación de todos, gobierno e instituciones particulares, y mucho se logrará al intensificar la educación higiénica. A este respecto la Secretaría de Educación Pública podría prestar a la de Salubridad muy valiosa cooperación por medio de su ejército de maestros y de alumnos distribuidos en toda la República, aún en lugares a los que no llega la acción protectora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La falta de coordinación en la acción de las diversas instituciones oficiales y privadas que se encargan de proteger la salud de nuestros niños, hace que muchos esfuerzos se desperdicien; y en un país de limitados recursos económicos debe lucharse porque éstos den el mayor rendimiento. Es necesario hacer una concienzuda revisión de la legislación existente relacionada con la

protección de la salud, y formular las disposiciones legales complementarias que se consideren útiles a este respecto.

Por lo que se refiere a la infancia, la promulgación del código del niño o código de protección de la familia, o como se juzgue conveniente designarle, es una necesidad imperiosa. La lucha contra el abandono de nuestros niños, del cual se ocupa en su trabajo el Dr. Prado Vértiz, exige su protección legal desde sus etapas preconcepcional hasta su adolescencia. Sólo así consolidaremos el derecho de nuestros niños a la salud. Sólo así se podrá garantizar su bienestar integral.

Felicito al Dr. Prado Vértiz por habernos presentado este estudio tan interesante y útil.