

MESAS REDONDAS ACADEMICAS

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO EN MEXICO *

I INTRODUCCION

RAFAEL ALVAREZ-ALVA †

Es muy satisfactorio y estimulante que en el XIII Congreso Nacional de Pediatría hayan encontrado equilibrada consideración, no solamente los aspectos médicos y quirúrgicos de la problemática de la salud infantil, sino también muchos de los grandes problemas sociales, ecológicos y epidemiológicos de la infancia, que tanto influyen en la patología y la mortalidad de los niños en nuestro país.

Es así como se ha incluido en el temario el planteamiento general de los problemas de salud del niño en México y más concretamente la mortalidad del primer año de la vida y de la edad preescolar, que constituyen índices de los más

precisos para valorar las condiciones de salud que prevalecen en un país. Entendemos que fue el propósito de quienes organizaron este importante evento, despertar un interés mayor por este problema entre los pediatras y los médicos generales que atienden niños, motivándolos para reflexionar sobre cuáles son las razones de que sigamos hablando, después de veinte o más años, de las mismas situaciones de morbilidad y mortalidad en la infancia —algunas de ellas agravadas—, a pesar de que, como es bien sabido, los recursos de atención médica, tanto preventivos como curativos, se han incrementado de manera sensible en nuestro medio.

A nadie escapa que en la base de los mencionados problemas existen factores desfavorables relacionados con el desarrollo económico y social de nuestro país.

* Mesa redonda presentada en el XIII Congreso Nacional de Pediatría, celebrado en Guadalajara, del 12 al 16 de septiembre de 1972.

† Académico numerario. Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Conocemos muchos de tales factores y hemos oído que nuestros problemas de salud en general, y los de la niñez en particular, obedecen a la miseria, a la ignorancia y a la insalubridad, tríada contra la que hay que luchar; pero tal información es generalmente vaga, imprecisa, lejana, como si nosotros los profesionales de la medicina poco o nada tuviéramos que ver con ellos.

Estimamos sin embargo, que en su resolución o por lo menos en su modificación, todos, en una u otra forma tenemos alguna responsabilidad y determinadas tareas que cumplir.

¿Qué es, pues, lo que ha pasado? Quizá el médico y el personal de salud no han

participado en forma suficientemente amplia o efectiva en esa labor, o quizá se han venido utilizando mecanismos de acción poco adecuados y que es necesario cambiar.

A reflexionar sobre estos asuntos, a tratar de considerar nuestra actitud ante ellos, tienden las presentaciones que siguen. Creemos que la reiteración de los problemas de la infancia ya conocidos, no resultará inútil. Quizá nos decida a buscar nuevos derroteros y a intensificar nuestros esfuerzos con el propósito de influir en forma significativa en los primeros problemas que afligen a la niñez de nuestro país.

II FACTORES ECOLOGICOS Y SOCIOECONOMICOS QUE CONDICIONAN LA SALUD DEL NIÑO MEXICANO

IGNACIO AVILA-CISNEROS *

Para poder explicar y mejor entender la problemática de la salud del niño mexicano, es decir, para analizar de qué se enferman y de qué se mueren los niños en México y, lo que es más importante aún, desarrollar planes que permitan preservar y superar su salud, que es a lo que debe tenderse, en mi opinión, como finalidad última de la pediatría, resulta absolutamente indispensable considerar una serie de situaciones de carácter económico, social y del medio ambiente, que condicionan, determinan o propician, y en una

palabra, conforman en ellos, el estado de salud y la ocurrencia de la enfermedad.

Si, como afirma René Dubos¹ desde el punto de vista médico, el hombre es en general, más el producto de su ambiente que de su dotación genética, no cabe duda de que las características de este último imprimen matices peculiares en todos los aspectos de su vida y por lo tanto de la salud que es uno de sus componentes. Esos matices son precisamente los que dan origen a las tremendas diferencias que tanto nos inquietan al comparar la situación en distintas latitudes.

Las poblaciones humanas suelen adquirir el conjunto de enfermedades que ca-

* Departamento de Pediatría Preventiva. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

racterizan a la región geográfica y al grupo social en que nacieron y viven.²

El presente trabajo pretende efectuar una revisión panorámica, a manera de simples pinceladas, de algunas de esas situaciones económicas y sociales propias de nuestro medio, aquellas que nos parecen más importantes o de mayor trascendencia, sin poder, obviamente, considerarlas todas ni tampoco pretender agotar el análisis de su impacto en la salud y la enfermedad. Además, algunas se consideran separadamente en otra parte del programa.

Al comenzar a redactar estas notas, surge la preocupación, por una parte, de volver quizá a plantear asuntos muy conocidos o repetidos y, por la otra, de si acaso tendrán interés para el pediatra o el médico general que atiende niños.

No es por demás insistir sin embargo, en que la medicina de nuestros tiempos no es solamente una ciencia biológica sino también social y por lo tanto, no puede quedarse al margen de ese enfoque amplio, global, ecológico con que ahora se investigan los fenómenos biológicos y sociales y sus interacciones recíprocas. El médico actual, si desea efectuar una acción realmente efectiva en beneficio de las gentes a su cuidado, debe conocer el medio familiar, la comunidad y sus características, así como sus problemas y sus recursos sin eludir su responsabilidad con la sociedad y consigo mismo.

Particularmente en pediatría, y así se trate del ejercicio profesional privado o de la práctica médica en instituciones organizadas para la acción comunitaria, resulta extraordinariamente frecuente y desconsolador encontrarse con los mismos cuadros que incesantemente se repiten a pesar de la excelente atención médica curativa. Quiere esto decir que la acción

médica paliativa a corto plazo, generalmente ofrecida hasta ahora, es insuficiente e incapaz de interrumpir ese círculo vicioso de repetición constante de enfermedades, el que será dable romper solamente mediante una función médica integral preventivo-curativa, al par que se promueven otras acciones que influyan en la familia y la comunidad desde el punto de vista de sus niveles de vida.

Consideraremos a continuación algunas de dichas situaciones que de manera tan preponderante influyen en la salud.

I. Factores económicos

Es bien conocido el esquema que en la forma más simple representa el círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad.³

En países subdesarrollados o en vías de desarrollo, este círculo condiciona la situación prevalente en cuanto a pobreza, productividad, educación, enfermedad y sobrevida.

En contraste las metas, ya alcanzadas en otras partes con creces, son una producción abundante y a bajo costo que genere elevada renta nacional, la distribución equitativa de la riqueza, y en suma, la justicia social (cuadros 1 y 2).

Cuadro 1 Metas de desarrollo económico y salud

Producción abundante	
Requiere	Genera
Acceso a recursos naturales	Bajos costos
Equipos	Elevada renta nacional
Capitales y créditos	Reducción de gastos en enfermos inactivos
Capacitación técnica	Producción diversificada
Trabajadores sanos	

Cuadro 2 Metas de desarrollo económico y salud

Distribución equitativa de la riqueza	
Requiere	Genera
Salarios suficientes	Mejoría de las condiciones de vida
Participación de utilidades	
Impuestos redistribuidores de renta	Modificación de la estructura social y nivelación de clases
Gastos públicos con fines sociales	Población establemente sana y apta para el trabajo
Servicios de salud extensos, preventivos, curativos y educativos	Justicia social
Seguridad social	

Es obvio que en México estamos aún lejos de estas metas, no obstante los avances de nuestro proceso de desarrollo que un alto funcionario llama "estabilizador de la miseria". De acuerdo con los datos del último censo de población de 1970,⁴ la población económicamente activa (15 a 64 años de edad con empleo remunerado) disminuyó de 52 a 50 por ciento de 1960 a 1970, lo que significa mayores cargas de dependencia y gastos de capital social (educación, asistencia, atención médica), que en otras condiciones se destinarían a otros sectores más productivos; el 44.8 por ciento de estas personas tiene un ingreso mensual menor de \$ 500.00⁵ y en muchas áreas del país, la producción ejidal no genera más de \$ 80.00 mensuales para cada campesino, cantidad insuficiente para las necesidades ingentes de una familia de 5 ó 6 miembros. La proporción de la población dedicada a la agricultura está disminuyendo continuamente: era de 54 por ciento en 1950 y de 44 por ciento en 1970, previéndose que será de 30 por ciento para 1980.

La fuerza de trabajo disponible crece cada año en cantidad de 800 000 personas y se registran cerca de 500 000 desocupados buscadores de empleo, agregándose a ello el elevado índice de subocupación. Tres millones de mexicanos no tienen nada que hacer y otros cuatro millones de campesinos sólo trabajan 150 días al año.

Las enfermedades que dominan en el panorama epidemiológico de nuestro país son precisamente las enfermedades llamadas de la pobreza, es decir las infecciones y las de la nutrición (aunque también se registran ya algunas degenerativas). Esto es aplicable a la población en general y con mayor razón a la infantil.⁴

En el caso de la mala nutrición por ejemplo, se presume que es responsable de un porcentaje muy alto de los problemas de enfermedad que existen en el mundo, particularmente en América. "La irreversibilidad de ciertos efectos patológicos procedentes de experiencias tempranas en la niñez, no se limita a la malnutrición y las infecciones, sino que es también el resultado frecuente de la mayoría de las formas de carencias infantiles, sean éstas de naturaleza fisiológica, emocional o social. Algunos de los efectos de estas influencias tempranas son tan perdurables, que condicionan la mayoría de las actividades del individuo durante toda la vida, afectando así la actuación social y económica de los adultos y, en consecuencia, de la sociedad en conjunto."¹

Los grupos de población tributarios de esta patología de la pobreza, constituyen la gran mayoría de los habitantes de México (poco más de la mitad). De ella solamente se excluyen en parte, el muy reducido sector que vive en la abundancia y que se procura atención médica privada en el país o en el extranjero y los bene-

ficiarios de las instituciones de seguridad social.⁵ Es sabido además que un país en el que persiste la patología de la pobreza, difícilmente sale del subdesarrollo y que además tiene que pagar a gran precio el costo de dicha transformación siendo, irónicamente, los sectores más desamparados los que tienen que cubrirlo con mayores sacrificios y penurias.

II. Estructuras sociales

La persistencia de estructuras sociales heredadas de la Colonia y que tan lentamente se han venido modificando, son otro factor de importancia dentro del marco general que condiciona la salud del niño mexicano. En efecto y a pesar de lo mucho que se ha venido pregonando la política de integración nacional, lo cierto es que persisten grandes sectores de población completamente al margen del progreso social.

Buena fe de ello dan nuestros grupos indígenas que suman varios millones, y los conglomerados de campesinos, todos ellos acosados, explotados y envilecidos y quienes, definitivamente, no se han incorporado ni a la economía ni a la cultura nacionales a pesar de los muchos empeños y sacrificios derivados del movimiento social de nuestra Revolución.

Aquellos que logran salir de sus medios originales y obtener los beneficios de la educación superior, siguen constituyendo la excepción y rara vez, si es que alguna, vuelven la mirada hacia su lugar de origen y al núcleo social de donde proceden.

"Esa incorporación, esa integración sólo puede realizarse por medio de la educación, entendida no solamente por la educación escolar, es decir con enseñarlos a leer, escribir y contar, sino ayudándolos

a mejorar su vida física, intelectual y moral; que trabajen con eficiencia para su bien y el de la comunidad y que posean el mínimo de ilustración que corresponde al resto de los habitantes, recibiendo salarios justos, comiendo mejor, vistiendo mejor y disponiendo de mejor habitación o alojamiento."⁶

A estos grupos, que pertenecen a un medio social tan heterogéneo en cuanto a tradición, raza, civilización o cultura, idioma y otros rasgos, no han llegado aún en la medida que se requiere, la evolución económica ni el cambio social, ni la acción de la medicina contemporánea. Siguen siendo tributarios en gran parte de la medicina mágica y de las acciones del brujo, el curandero y la comadrona empírica. En contadas ocasiones puede decirse, y en forma muy limitada, alcanzan cuando más, algunos beneficios fragmentarios de programas sanitarios específicos.

Otro sector que va adquiriendo igualmente importancia desde los puntos de vista que comentamos, es el de los grupos marginales, cada vez mayores, de las grandes ciudades de desorganizado crecimiento. El desarrollo industrial está determinando concentraciones urbanas desorbitadas, originando desajustes sociales y desequilibrio político. Dichos grupos están constituidos por campesinos que emigran a las ciudades en busca de trabajo que en el campo escasea, o tras el señuelo de empleos mejor remunerados. Estos campesinos movilizados a la ciudad, difícilmente se adaptan a la cultura urbana, viven en condiciones inadecuadas de aglomeración e higiene y en promiscuidad; carecen de los servicios elementales ya que no es posible a las autoridades satisfacer la demanda a la velocidad y ritmo de este

Cuadro 3 Estados Unidos Mexicanos. Características de alimentación y vivienda

Características	Porcentaje
Personas que viven en habitaciones de un solo cuarto (promedio 5.6 personas por familia)	40
Personas que viven en habitación de dos cuartos	29
Viviendas sin agua entubada	39
Viviendas sin drenaje o albañal	58.5
Personas que no comen carne	20.6
Personas que no comen huevo	23.2
Personas que no toman leche	38.9

Fuente: Secretaría de Industria y Comercio. Dirección General de Estadística. Censo de Población de 1970.

proceso que alguien ha llamado de "ruralización de las ciudades". Dichas corrientes migratorias internas superan la capacidad de la industria y otras actividades de la ciudad para absorber toda esa población, lo que aumenta el desempleo, obliga a aceptar más bajas remuneraciones y origina la aparición de los "cinturones de miseria", que son fajas que circundan las ciudades importantes, habitadas por personas semi o desocupadas.^{7, 8}

Para cerrar este capítulo, recordemos que según datos del Censo de Población y Vivienda de 1970 (cuadro 3), 34 por ciento de los individuos de 6 años y más no tienen instrucción alguna, 40 por ciento de la población con promedio de 5.6 personas por familia, viven en habitaciones de un sólo cuarto y 29 por ciento en dos cuartos. El 39 por ciento de las viviendas no dispone de agua entubada y 58.5 por ciento carece de drenaje o albañal. Veinte por ciento de las personas no come carne; 23 por ciento no come huevo y 38.9 por ciento no toma leche.⁵

Añádase a todo ello la situación prevalectante en nuestras llamadas clases sociales, cuya separación está condicionada

principalmente por el ingreso económico que determina la desigualdad social. Basate un ejemplo: en el despacho de un alto funcionario de la federación comentábase un día que su ingreso era treinta o cuarenta veces superior al del ujier de su propia oficina, un hombre como él y con iguales o mayores necesidades y cargas familiares.

III. Educación

El gasto para educación en 1970, ascendió a 8 218 millones de pesos que corresponde a 29 por ciento del presupuesto de gastos directos de la federación para ese año. A pesar de tan tremendos esfuerzos, se sabe que más de 30 por ciento de la población infantil en edad escolar del país no alcanza a ser cubierta por los sistemas educativos. Además, según datos del censo de 1960, del 56 por ciento de la población en edad escolar que había entrado a la corriente educativa, el 19 por ciento terminó la instrucción primaria, el 2.2 por ciento la educación media y sólo 1 por ciento la superior.

El analfabetismo ha descendido sostenidamente desde 1930 a la fecha y en forma más apreciable en hombres que en mujeres, a pesar de lo cual los porcentajes de analfabetos continúan siendo importantes (cuadro 4).

Cuadro 4 Analfabetismo en hombres y mujeres. República Mexicana, 1930-1970

Años	Hombres, %	Mujeres, %
1930	59.3	63.6
1940	55.2	58.4
1950	44.1	47.5
1960	37.8	41.1
1970 *	31.5	34.7

* Dato sujeto a rectificación.

Fuente: Dirección General de Estadística. Secretaría de Industria y Comercio.

Cuadro 5 Población urbana y rural. República Mexicana, 1930-1980

Años	Urbana	Porcentaje	Rural	Porcentaje	Total
1930	5 540 631	33.5	11 012 091	66.5	16 552 722
1940	6 896 111	35.1	12 757 441	64.9	19 653 552
1950	10 983 483	42.6	14 807 534	57.4	25 791 017
1960	18 290 000	50.7	17 756 000	49.3	36 046 000
1970	30 149 000	59.5	20 521 000	40.5	50 670 000
1980	48 595 000	67.1	23 797 000	32.9	72 392 000

Fuente: Dirección General de Estadística. S.I.C.

La población de la Universidad Nacional Autónoma de México fue de 103 000 y la del Instituto Politécnico Nacional de 77 500 alumnos para dicho año de 1970.

Datos de un estudio hecho por la propia Universidad Nacional, mostraron que la gran mayoría de sus estudiantes proceden de familias de la clase media y son sostenidos por sus padres. El ingreso familiar en esos casos fue como sigue: de \$1 300.00 a \$4 999.00 mensuales en 28.7 por ciento; de \$5 000.00 a \$6 999.00 en 42.5 por ciento. Sólo 2.8 por ciento de quienes sostienen a los estudiantes son campesinos; 14 por ciento obreros; 15.3 por ciento profesionales; 14.6 por ciento comerciantes; 36.6 por ciento empleados; 1.7 por ciento funcionarios y empresarios.⁹

Se han mencionado ya algunos de los problemas educativos con los conglomerados indígenas y campesinos. En estos aspectos de la educación, también se viene hablando mucho de la Reforma Educativa, sin resultados definitivos hasta ahora; esta reforma deberá ser a todos los niveles, incluyendo la educación médica.

IV. Saneamiento ambiental

Ya se ha dicho que las condiciones del medio ambiente influyen de manera pre-

ponderante en la salud y el bienestar del hombre. Las tareas de mantener o promover un ambiente adecuado y saludable exigen servicios esenciales que comprenden clásicamente la dotación de agua potable, la disposición de excretas y aguas negras, el saneamiento de la vivienda, la disposición de basuras y desechos industriales, el control de la contaminación del agua, del aire y del suelo, la salud ocupacional y el control de los alimentos.

La proporción de la población urbana viene aumentando constantemente en los últimos años a expensas de la rural, al grado de que de 33 por ciento en 1930 ha pasado a ser de 59 por ciento en 1970 (cuadro 5).

Existen en nuestro país 145 000 localidades, de las cuales 88 000 son de menos de 2 500 habitantes (50 000 de éstas son de menos de cien, lo que da idea de la enorme dispersión e incomunicación en que vive nuestra población). La Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene dentro de sus responsabilidades los programas de suministro de agua potable a la población rural y, en sus empeños, logró en la administración pasada la dotación respectiva a poco más de 3 500 localidades de menos de 2 500 habitantes. Se ha anunciado que durante el presente ejerci-

cio se propone hacer lo propio en otras 5 000 más de dichas comunidades rurales a un ritmo de 800 por año y costo de 200 millones de pesos anuales. Los servicios de alcantarillado requieren obras todavía más costosas y su instalación es más lenta y limitada.

En cuanto a vivienda, el problema de su déficit se agrava constantemente. Se tiene conciencia de ello y se buscan procedimientos para modificar la situación sin lograr progresos apreciables. El 80 por ciento de las viviendas tiene uno o dos cuartos; 71 por ciento carece de drenaje; 68 por ciento de servicio de agua entubada en su interior y 75 por ciento de baño. En las colonias proletarias del Distrito Federal existen vecindades con un retrete para 58 habitantes.

Se estima en 2.3 millones el número de habitaciones que se requieren en el medio rural y en 850 000 para el urbano.¹⁰

Es urgente satisfacer la demanda de vivienda popular agravada por el crecimiento demográfico y otros factores.⁸

También el alejamiento de basuras, la lucha contra la fauna transmisora y el manejo de los alimentos son factores del medio ambiente que juegan importante papel en la diseminación de enfermedades, este último de particular importancia en la infancia. En cuanto a la contaminación ambiental se sospecha que es capaz de producir daño en la salud, sobre todo de niños y de ancianos, y ya se sabe de los grandes esfuerzos que el Gobierno de la República ha iniciado y que necesariamente requerirán de importantes inversiones.

V. *Desnutrición*

Se han mencionado ya someramente en el curso de esta exposición, algunas de

las repercusiones que la desnutrición calórico-proteica parece tener en la génesis de muchas de las enfermedades, sobre todo las infecciosas. Sin embargo, no profundizaremos en este capítulo tan importante de la patología infantil, verdadero "síndrome de privación social" según la denominación que le da Ramos Galván,¹¹ en virtud de que será objeto de otras presentaciones especiales en este mismo evento científico.

VI. *Atención médica*

Este capítulo es igualmente objeto de especial y detallada consideración dentro del programa de este congreso.

VII. *Crecimiento demográfico*

Es factor de importancia suma dentro del marco en que debe considerarse la situación actual y el futuro de nuestros niños.

Es cierto que este crecimiento demográfico es general; pero su proporción y velocidad son diferentes en las distintas áreas del mundo. En tanto que en los países de Europa será del 24 por ciento en los próximos diez años, para Norteamérica y la U.R.S.S. alcanzará alrededor del 70 por ciento en el mismo periodo, en Asia será de 118 por ciento, en África de 150 por ciento y en América Latina de 167 por ciento (cuadro 6). En esta última región la tasa más alta (3.4 por ciento) se registra en la zona de México, Centroamérica y Panamá.¹² En contraste, dentro de los países de la misma región, solamente Uruguay muestra un crecimiento comparable al de Estados Unidos de América y Canadá (cuadro 7).

El citado crecimiento, por lo que concierne a México, es sostenido y creciente desde 1930 a la fecha. Debe ser atribuido a lo que se llama el crecimiento natural,

Cuadro 6 Crecimiento mundial esperado por regiones. 1970-2000

Región	Población *		Incremento %
	Año 1970	Año 2000	
Africa	344	860	150
Asia	2 056	4 513	119
Norteamérica	228	388	70
América Latina	283	756	167
Europa	462	571	24
Oceanía	19	33	65
U.R.S.S.	243	402	74
Total	3 632	7 522	107

* Población en millones.

Fuente: Population Reference Bureau, Inc.

es decir, a la diferencia entre la natalidad que permanece estacionaria y la mortalidad que ha venido descendiendo. Para el año de 1970 dicho crecimiento fue de 3.4 por ciento, como ya se ha dicho, uno de los más altos del mundo.

Lo anterior significa, en números absolutos, 2 250 000 nacimientos en núme-

Cuadro 7 Crecimiento de población en algunos países de América, 1970

Faíses	Natalidad por 1 000 habitantes	Mortalidad por 1 000 habitantes	Crecimiento de población (%)
Canadá	17.7	7.4	1.7
Colombia	44	11.0	3.4
Costa Rica	45	8.0	3.8
Ecuador	47	13.0	3.4
Estados Unidos	17.6	9.6	1.0
Guatemala	46	16.0	2.9
México	44	10.0	3.4
Panamá	42	10.0	3.3
Uruguay	24	9.0	1.2
Venezuela	46	10.0	3.4

Fuente: Population Reference Bureau, Inc.

ros redondos para el año de 1970. Si a ellos se restan las 485 000 defunciones que ocurrieron en el mismo año tendremos un incremento neto de 1 800 000 nuevos mexicanos. Pero además, este crecimiento se acentúa año con año como puede presumirse. Para 1980, se espera que nuestro país tendrá ya 72 millones de habitantes (cuadro 8). Por otra parte, debe recordarse, y esto resulta de particular interés para los pediatras, que la población infantil de México (menores de 15 años) cuenta para el 46.4 por ciento de la población total, es decir,

Cuadro 8 Población total según años. República Mexicana. 1910-1980

Años	Población	Incremento o decremento (%)
1910	15 160 369	—
1921	14 334 780	5.44
1930	16 552 722	15.47
1940	19 653 552	18.73
1950	25 791 017	31.23
1960	36 046 000	39.76
1970	50 670 000	40.60
1980	72 392 000	42.87

Fuente: Dirección General de Estadística.

prácticamente la mitad de toda ella. Además, su tendencia es ascendente como puede comprobarse comparando su proporción en diferentes años.

Si a esta población infantil se le suman las cifras porcentuales correspondientes a la población femenina en edad fértil, es decir mujeres de 15 a 44 años de edad,¹³ el porcentaje de este conglomerado materno-infantil, universo de trabajo de pediatras, ginecoobstetras y médicos generales, ascendería a 66.6 por ciento (las dos terceras partes de la población total del país). Y, como se ha dicho ya,

las tendencias son sostenidamente ascendentes. De no modificarse las condiciones prevalecientes, estas proporciones continuarán aumentando como puede vislumbrarse de los actuales índices de fecundidad general y específica,¹⁴ cuyo significado puede traducirse diciendo que en la práctica resulta que en mujeres de 15 a 45 años de edad, dos de cada diez se embarazan cada año y en el grupo de mujeres de 25 a 29 años, ello ocurre en una de cada tres (cuadro 9).

Pero volviendo a la importancia y repercusiones que nuestro crecimiento demográfico tan vertiginoso pueda tener en el mantenimiento de la salud del sector infantil, veamos muy brevemente, algunas de las manifestaciones del impacto que origina, principalmente en sus aspectos medicosociales.

Es muy grande el número de aulas escolares que cada día se inauguran o inician su construcción; también de manera acelerada se trata de formar a maes-

tros que atiendan a la enseñanza primaria, y también diariamente nos enteramos de que no alcanzan a cubrirse las necesidades de escuelas quedándose cada año buen número de niños sin disponer de este servicio fundamental. ¿Y sobre el déficit de viviendas? También todos los días nos encontramos con informaciones sobre los esfuerzos gubernamentales para ayudar a solucionar esta carencia que es también de primerísima categoría. ¿Y los servicios de dotación de agua potable? ¿y la producción y distribución de alimentos? ¿y el transporte? ¿Y en cuanto a servicios médicos? Se conoce nuestro déficit actual de médicos, enfermeras, auxiliares y otro personal conexo, así como su desigual distribución; el número de camas de hospital se encuentra muy por debajo de las cifras consideradas como aceptables. ¿Y acaso estamos en condiciones, dentro de lo razonablemente lógico, de esperar que podamos alcanzar a cubrir, no digamos ya esa creciente demanda de servicios básicos, sino siquiera la que en el presente enfrentamos? Obviamente las respuestas son negativas, ya que no podría disponerse de los recursos económicos necesarios para la realización de obras de tan elevado costo. Tampoco la capacidad formadora de nuestras escuelas de profesionales y técnicos de la salud podría satisfacer las demandas de sus necesidades actuales y por mucho que nos esforzáramos en multiplicarlas y dotarlas, no estarían nunca en condiciones, de no ocurrir cambios trascendentales y radicales en los métodos y los procedimientos, de ganar la carrera a tan desbocado crecimiento de la población a servir. De lo dicho puede deducirse lo siguiente:

1. La salud de los niños se encuentra muy íntimamente relacionada en cual-

Cuadro 9 Fecundidad general y específica. República Mexicana, 1970

Años de edad	Población femenina *	Nacimientos †	Tasa ‡
15 - 19 §	2 601 071	237 666	91.4
20 - 24	2 132 775	591 767	277.5
25 - 29	1 710 879	534 844	312.6
30 - 34	1 330 847	356 080	267.6
35 - 39	1 296 039	257 471	198.9
40 y más	988 648	143 369	145.0
Total	10 060 259	2 121 197	210.8

* Estimada al 30-VI por el método aritmético.

† Nacimientos en mujeres de acuerdo con edades, omitiendo los múltiples.

‡ por 1 000 mujeres existentes.

§ Se incluyeron 11 499 nacimientos de madres menores de 15 años.

Fuente: Dirección General de Estadística S.I.C.

quier país con el estado de la salud de la población en general y con las condiciones económicas, sociales y culturales del mismo. Por tanto, las acciones dirigidas a promover, incrementar o reparar el daño en la salud de los niños serán fundamentalmente aquellas que permitan mejorar los niveles de vida de la población general y que se reflejarán necesariamente en la infancia. Por ello es que los Programas Generales de Salud como los de saneamiento ambiental, nutrición, educación higiénica y otros, tienen indudables efectos favorables en el sector infantil y deben contener dentro de sí mismos aquellas acciones específicas destinadas a este último.

2. Se habla mucho de la reforma administrativa, lo cual traduce que se percibe que algo anda mal en la organización y administración de los servicios públicos, pero tal parece que aquí, como en muchos otros aspectos, no podemos pasar de la etapa verbalista, puesto que no se ve cambio substancial o definitivo que permita vislumbrar a corto plazo mejores procedimientos y mecanismos de acción. En el caso de la salud por ejemplo, se carece de un plan nacional que señale prioridades, metas definidas y objetivos concretos mediatos e inmediatos y sobre todo que integre dentro de un conjunto congruente, lógico, armónico y racional todas las acciones a realizar en materia de salud, las que actualmente se miran dispersas, erráticas, repetitivas, ejecutadas por múltiples organismos burocráticos que encarecen sus costos y sin nadie con autoridad y fuerza para coordinarlos e integrarlos cuando ello es necesario e indispensable. Se emprenden obras o empresas de indudable interés, es cierto, pero desvinculadas unas de otras, sin jerarquizar su importancia

y olvidando que los problemas de la salud son solamente una de las expresiones del devenir social. Pretender abordarlos sin considerar los diversos fenómenos que intervienen en éste, es como pretender curar una enfermedad atacando uno de sus síntomas.

3. En países como el nuestro, donde además la ejecución de programas similares a los de otros países resulta mucho más cara y en donde tenemos que pagar un precio enorme por el proceso del desarrollo, debería tenerse el mayor cuidado al aprobar o emprender acciones aisladas, precisando sus prioridades y jerarquizando los problemas. Solo así se podrá obtener mayor rendimiento de nuestros recursos, siempre limitados, y mejores frutos en beneficio del mayor número de nuestros compatriotas. Debemos desear sinceramente, por ejemplo, que se obtenga el mayor éxito posible en las actividades que se emprenden a tan elevado costo, en relación con el problema de la contaminación ambiental, del mismo modo que al conocer el anuncio de la creación de un Instituto Nacional de Perinatología esperamos que este proyecto sea ubicado y jerarquizado adecuadamente, dentro de la demanda inmensa de atenciones que requiere nuestra infancia, la que aún no vence las necesidades primarias de la insalubridad, la enfermedad, la pobreza y la incultura.

4. Concluiremos esta intervención, expresando nuestras esperanzas porque este XIII Congreso Nacional de Pediatría pueda hacer llegar una vez más, a las altas autoridades del país la respetuosa pero vigorosa demanda de los pediatras de México, de que se busquen soluciones que permitan ofrecer a todos los niños del país, sin excepción, los elementos básicos

de pan, abrigo, hogar, educación y atención médica integral, que les permitan crecer y desarrollarse dentro del marco de la dignidad humana, así como la petición ya otras veces formulada y que el país urgentemente requiere, de elaborar un Programa Nacional de Salud debidamente integrado y como parte misma del Plan General de Desarrollo, en el que se precisen las acciones y objetivos a corto y largo plazo en todas las áreas del sector salud, dentro del que los problemas de la infancia revisten tan destacada prioridad, desde los puntos de vista médico, social y humano.

REFERENCIAS

1. Dubos, R.: *El hombre y su ambiente. El conocimiento biomédico y la acción social*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Pub. Cient. No. 131. 1966.
2. Martínez Báez, M.: *Factores económicos, culturales y sociales en la génesis de las llamadas enfermedades tropicales*. México, El Colegio Nacional, 1969.
3. Molina G., y Adriasola, G. E.: *Principios de administración sanitaria*. Santiago, 1960.
4. Secretaría de Industria y Comercio. Dirección General de Estadística, IX Censo General de Población de 1970. México, 1971.
5. Celis Salazar, A.: *Patología de la pobreza*. Salud Púb. Méx. 14:109, 1972.
6. Alvarado, S.: *La reconstrucción de México*. México, 1920.
7. López Rosado, D. G.: *Problemas económicos de México*. México, U.N.A.M., 1966.
8. Silva Herzog, J.: *El pensamiento económico, social y político de México*. México, Instituto de Investigaciones Económicas. 1967.
9. Olivares Urbina, C.: *Los problemas demográficos y sociales de México*. Salud Púb. Méx. 14:191, 1972.
10. Anónimo: *Examen de la situación económica de México*, Departamento de Estudios Económicos. Banco Nacional de México 1969.
11. Ramos Galván, R.; Mariscal, C.; Viniestra, A., y Pérez Ortiz, B.: *Desnutrición en el niño*. México, 1969.
12. Vázquez Vigo, M.: *Los problemas de salud pública en el mundo y en las Américas al término de la primera década del desarrollo*. Salud Púb. Méx. 14:197, 1972.
13. Ordóñez, B. R.: *La población materno-infantil*. México, Fundación para Estudios de la Población. 1970.
14. Anónimo: *Principales datos bioestadísticos de la República Mexicana en 1970*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Medicina Preventiva. 1971.

III TENDENCIAS ACTUALES DE LA MORTALIDAD EN MEXICO

GONZALO GUTIÉRREZ *

Al analizar las tendencias actuales de la mortalidad en México, interesa fundamentalmente destacar que la mortalidad infantil está aumentando y que la mortalidad preescolar y general se han estacionado. En el cuadro 1 puede constatar este fenómeno, en donde se observa que la mortalidad infantil ha aumentado de 60.7 en el año de 1965 (coeficiente mí-

nimo en la historia de México) a 68.5 en 1970. También puede verse que la mortalidad preescolar y la general alcanzaron su mínimo en 1967 y que posteriormente no han continuado su descenso, estabilizándose alrededor de 10 la primera y de 9 la segunda.

Si comparamos las principales causas de muerte en 1965 con las de 1970 (cuadro 2), veremos que ha habido un aumento de la mortalidad por "influenza y neumonías", por "enteritis y otras enfer-

* Académico numerario. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cuadro 1 Mortalidad. República Mexicana, 1961-1971

Años	Mortalidad infantil*	Mortalidad preescolar †	Mortalidad general †
1961	70.2	13.2	10.7
1962	69.9	13.4	10.7
1963	68.5	13.0	10.5
1964	64.5	12.3	10.1
1965	60.7	10.6	9.6
1966	62.9	11.1	9.8
1967	63.1	9.8	9.4
1968	64.2	10.9	9.8
1969	66.7	10.0	9.7
1970	68.5	10.8	9.9

* Por mil nacidos vivos.

† Por mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Estadística. S.I.C.

medades diarreicas" y por sarampión. Así mismo, hay un aumento aparente de la mortalidad por "enfermedades del corazón e hipertensivas", fenómeno muy dudoso y para el cual no tenemos otra

Cuadro 2 Principales causas de muerte. República Mexicana. 1965 y 1970

Causas	Mortalidad por 100 000 habitantes	
	1965	1970
Influenza y neumonías	127.9	170.9
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	96.8	141.8
Ciertas causas de la mortalidad perinatal (enf. de la 1a. infancia)	117.1	51.5
Accidentes	45.9	48.0
Tumores malignos	36.8	37.6
Enfermedades del corazón e hipertensivas	33.7	68.4
Enfermedades cerebrovasculares	22.6	24.7
Sarampión	18.8	24.3
Cirrosis hepática	19.5	22.8
Tuberculosis	23.2	19.9
Homicidios	19.6	18.0

Fuente: Dirección General de Estadística. S.I.C.

Cuadro 3 Principales causas de muerte por enfermedades infecciosas y parasitarias. República Mexicana. 1965 y 1970

Causas	1965		1970	
	Número	Coef.*	Número	Coef.*
Influenza y neumonías	53 678	127.9	83 676	170.9
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	40 404	96.8	69 410	141.8
Sarampión	7 896	18.8	11 891	22.8
Infecciones respiratorias agudas	1 020	2.4	10 514	21.5
Tuberculosis	9 723	23.2	9 737	19.9

* Por 100 000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Estadística. S.I.C.

explicación que la de errores en el diagnóstico. Por otra parte, hay una falaz disminución de la mortalidad por "ciertas causas de muerte perinatal" y digo falaz, porque esto se debió a un cambio en la clasificación de causas de muerte, a partir de 1968.

El aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas, principalmente las

Cuadro 4 Principales causas de mortalidad infantil. República Mexicana. 1965 y 1970

Causas	Mortalidad por 100 000 nacidos vivos	
	1965	1970
Influenza y neumonías	1 776.0	1 939.6
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1 134.8	1 665.6
Ciertas causas de mortalidad perinatal	2 603.7	1 882.7
Infecciones respiratorias agudas	118.6	311.1
Anomalías congénitas	154.3	174.9

Fuente: Dirección General de Estadística. S.I.C.

Cuadro 5 Mortalidad infantil. República Mexicana. 1965-1971

Año	Mortalidad	Incremento * %
1965	60.7	—
1966	62.9	3.6
1967	63.1	3.9
1968	64.2	5.8
1969	66.7	9.9
1970	68.5	12.8
1971	70.3	15.6

* En relación a la de 1965.

del aparato respiratorio y digestivo, puede confirmarse cuando se comparan las principales causas de muerte por dichas enfermedades infecciosas en 1965 y en 1970, tanto en la población general (cuadro 3) como en los menores de un año (cuadro 4).

Todo lo anterior ha traído, entre otras consecuencias, que la mortalidad infantil haya aumentado un 15.6 por ciento en los últimos seis años (cuadro 5), aumento que se ha observado en forma lenta y constante, año con año, y por lo tanto no puede ser causado por variaciones debidas al azar o a epidemias eventuales.

De los datos anteriores es posible obtener varias conclusiones:

Que en los últimos seis años existe una marcada tendencia al aumento de la mortalidad infantil, con detención de la mortalidad preescolar y general y que de no modificarse las condiciones actuales, dicho fenómeno persista o se agrave en los próximos años.

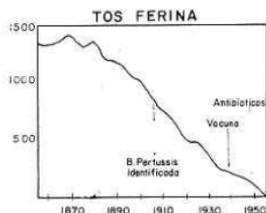
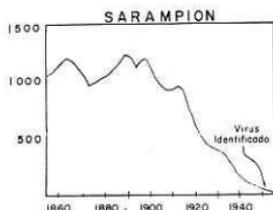
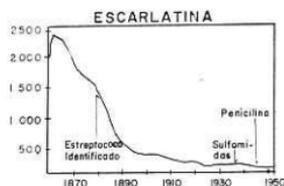
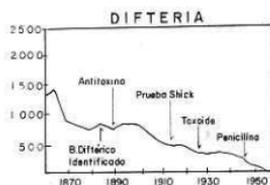
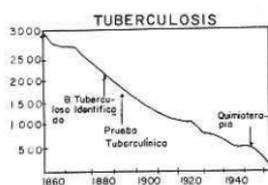
Que este aumento se debe primordialmente a un mayor número de muertes por enfermedades infecciosas, fundamentalmente debido a una población alarmantemente creciente, de individuos po-

bres, desnutridos e ignorantes, que viven en pésimas condiciones de saneamiento, para hablar sin eufemismos.

Posiblemente también está influyendo, al menos en parte, la aparición de bacterias y virus con características genéticas cambiantes como las que se han observado en relación con la actual epidemia de tifoidea y con los virus de la influenza, que los hacen resistentes a medidas preventivas y terapéuticas convencionales, tales como vacunas y antibióticos. Esta situación y la presencia de otras condiciones ambientales adversas a la especie humana, como la explosión demográfica, la contaminación ambiental, el alarmante aumento de las enfermedades mentales y otras, nos obligan a pensar que estamos enfrentando una verdadera *crisis ecológica*.

También podemos deducir de los datos presentados en esta sesión, que es evidente que en México, la magnitud y la complejidad de los problemas de salud, han sobrepasado a nuestras organizaciones sanitario-asistenciales y socioeconómicas, las cuales han demostrado en los últimos años, su incapacidad para mejorar sustancialmente las condiciones de salud de nuestro pueblo.

En vista de lo anterior, es importante analizar lo que ha sucedido en otros países que han abatido sus índices de mortalidad y que tienen organizaciones sanitario-asistenciales con bases técnicas y filosóficas semejantes a las de las nuestras. En la figura 1 puede observarse que la mortalidad por tuberculosis, difteria, escarlatina, sarampión y tos ferina, en Inglaterra y Gales, durante el último siglo, no ha sido importantemente modificada por avances técnicos y científicos, tales como el descubrimiento de los agentes



etiológicos, de pruebas diagnósticas, de antimicrobianos o vacunas.

Los datos anteriores nos indican que los avances científicos y técnicos, por sí solos, no han modificado la natural tendencia a disminuir, de la mortalidad por enfermedades infecciosas, al menos durante el último siglo. Es muy probable que ello se deba a varios factores:

En primer lugar, podríamos pensar que dichos avances científicos y técnicos, no hayan beneficiado a toda la población, ni tan siquiera a una parte significativa de ella, tal como sucede en los países pobres.

En segundo lugar, que por sí solos no modifiquen la natural disminución de la mortalidad y que sólo contribuyan en ello, como parte del proceso de mejoría de las condiciones sociales y del nivel de vida. Es muy significativo el hecho de que durante el siglo XIX, antes de la aparición de los modernos métodos preventivos y terapéuticos, la mortalidad infantil entre los miembros de la realeza era de 12 por mil (cifra menor que la alcanzada

1 Mortalidad (coeficiente por un millón de habitantes) por algunas enfermedades infecciosas en Inglaterra. (Kass, E. H.: *Infectious Diseases and Social Change*. *J. Infect. Dis.* 123:110, 1971.)

actualmente por los países ricos) mientras que en el resto de Inglaterra era de varios centenares. Claro, es mejor ser rico, que disponer de "servicios médicos modernos".

De ninguna manera quiero decir que éstos no tengan utilidad alguna. Es indudable que el médico ha contribuido fundamentalmente en la disminución del dolor, en la disminución de la morbilidad por diferentes enfermedades, en el acortamiento de la duración de múltiples padecimientos, en la disminución de la letalidad de algunos de ellos, etc., pero sobre todo ha servido de consuelo a la humanidad enferma.

¿Debemos resignarnos con estas funciones? ¿o bien queremos participar activamente en el proceso de cambio de las condiciones básicas de salud de la población a la cual servimos? Para ello es necesario cambiar.

Cambiar en primer lugar, la formación y la educación de los nuevos médicos. Hasta ahora se nos ha educado para "vivir" de la enfermedad. Mientras más enfermos tratemos, mayor éxito económico y profesional. Pero esta actitud no se observa únicamente en el ejercicio privado de la profesión, sino también se ve en las instituciones públicas, en las cuales los informes de labores se refieren fundamentalmente a número de consultas, número de intervenciones quirúrgicas, número de camas de hospital, etc., sin hacer mención de índices que nos hablen de las condiciones de salud de la población. Es necesario por lo tanto formar un nuevo tipo de médico que tenga como objetivos primarios la promoción del saneamiento, el mejoramiento de la nutrición y la higiene mental. Estos deben ser los objetivos primarios, repito, de todo médico general y con este término me refiero al médico general propiamente dicho, al pediatra, al internista y al médico familiar. Estos profesionistas deberían tener como función secundaria, el tratamiento de las enfermedades.

Pero de nada serviría formar este médico con nueva mentalidad, si no cambiáramos su forma de trabajo. El médico debe ser la cabeza de un equipo formado por técnicos en saneamiento, nutricionistas, técnicos en ciencias de la conducta, enfermeras, estudiantes y residentes, que se responsabilicen de las condiciones de salud de toda la población residente en una área geográfica bien limitada. Es inconcebible en la actualidad, el ejercicio médico en forma aislada, lo cual constituye la norma de trabajo, tanto en el ejercicio privado como en el institucional, pues el que los médicos trabajen junto a numerosos colegas y a otros profesio-

nistas, no quiere decir que estén haciendo labor de equipo. También es absurdo que la mayor parte de las horas de trabajo del médico, se destine al tratamiento de enfermedades cuyo manejo requiere solamente una mínima parte de los conocimientos de dicho profesionista, pudiendo ser tratadas por personal paramédico o en adiestramiento. La situación anterior ha llevado a casi todos los médicos de este país a un profundo tedio, aburrimiento y frustración al ver que su labor es estéril, por estar relacionadas las enfermedades que él maneja a condiciones ambientales que él no puede modificar, por falta de recursos y de conocimientos.

Es necesario cambiar también la organización en nuestras instituciones de salud. Debe en primer lugar formarse un Servicio Nacional de Salud, que ampare a toda la población, con planificación central y ejecución periférica. Es inconcebible que en la actualidad existan tantos organismos públicos que amparen a diferentes poblaciones: la Secretaría de Salubridad, el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E., la I.M.A.N., los Servicios Médicos de Ferrocarriles y de Petróleos, los Servicios Médicos Municipales, y aunque parezca ridículo, los Servicios Médicos de los Trabajadores del Metro de la Ciudad de México, etc.; con tal diversidad de instituciones es imposible hacer una planificación racional y es incalculable la cantidad de recursos que se duplican y desperdician.

Debiera crearse un solo Servicio Nacional de Salud, por razones de justicia social, pues no es posible admitir que mientras en unos mexicanos se gastan anualmente varios centenares de pesos, en servicios asistenciales, otros sólo reciban unas cuantas decenas y aún menos.

Es necesario, por último, la creación de un solo Servicio Nacional de Salud, por razones técnicas, pues es innegable que la salud de uno, depende fundamentalmente de la salud de los demás y que de nada o de muy poco, sirve derramar en un solo sector de la población una gran parte de los recursos, si simultáneamente no se invierte en los demás en la misma proporción.

IV RESUMEN

RAFAEL ALVAREZ-ALVA *

Nos limitaremos a resumir los conceptos que como posibles soluciones a los problemas de salud en el niño se derivan de las presentaciones que acabamos de escuchar y con las cuales, obviamente, estamos totalmente de acuerdo. Ellos son:

1o. Que el pediatra y el médico general que atiende niños, tomen conciencia de su papel de educadores, tan importante o más que su labor de curar niños enfermos.

El pediatra, al igual que todo médico, tiene múltiples oportunidades de llevar a cabo una labor educativa en su trabajo privado o en su labor institucional. Debe hacer sentir su influencia orientadora a la familia y a la colectividad: en la higiene personal, en el cuidado del niño, en la oportuna utilización de los servicios médicos que se le ofrecen, en la paternidad responsable, entendiendo este concepto en su más amplio sentido de la li-

* Académico numerario. Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estos son solamente algunos de los cambios que parecen lógicos. Podríamos hablar y soñar con muchos más, pero ni el tiempo ni la ocasión lo permiten.

REFERENCIAS

1. De la Loza Saldívar, A., y Saldaña, J. H.: *Cambios importantes en la mortalidad de México en 1970*. Salud Pú. (Méx.) 14:69, 1972.
2. Kass, E. H.: *Infectious diseases and social change*. J. Infect. Dis. 123:110, 1971.

bre y consciente decisión de las parejas, así como en muchos otros aspectos educativos de interés para la salud.

Quizá el pediatra no ha valorado suficientemente la extraordinaria trascendencia de su papel como consejero u orientador de las autoridades y de los directivos de las instituciones de salud, omitiendo frecuentemente externar sus puntos de vista individuales dentro de los grupos pediátricos organizados que en el país existen, para la eventual solución de los problemas que plantea la salud infantil.

En igual forma, es posible que no haya dejado oír su voz, cuando está en condiciones de hacerlo, para encauzar adecuadamente los esfuerzos, casi siempre bien intencionados pero pocas veces correctamente enfocados, de tantos y tantos grupos que dicen buscar o que buscan realmente el bienestar de la niñez.

2o. Que se promuevan modificaciones básicas y de fondo en la enseñanza de la

medicina y de la pediatría, adaptándola a las necesidades cambiantes de nuestro tiempo y concediendo la amplitud e importancia adecuadas a la medicina preventiva y social, desde el principio de la educación de pregrado.

Las escuelas de medicina, de enfermería y de trabajo social han de cambiar su doctrina y sus actividades. Los estudiantes deben ponerse en contacto, desde la iniciación de su carrera con los problemas sociales de la población, generadores de los problemas de patología que la afectan. Su papel seguirá siendo muy deficiente e ineficaz si solamente piensan desde el punto de vista curativo o paliativo de su profesión.

30. Que se procure un cambio en la política, la estructura y las funciones de las instituciones de salud, convirtiendo al médico, más que en un simple terapeuta, en un promotor de salud.

Esta sugestión trae implícito un cambio de actitud y de mentalidad de nuestros médicos. Su labor intramural, ellos mismos lo saben, es ineficaz, rutinaria e intrascendente desde el punto de vista de la resolución de los grandes problemas de la salud. Han de interesarse en la promoción de la salud individual y colectiva, único modo de obtener resultados efectivos y duraderos, y además considerar que son parte integrante del equipo de salud, en el que participan la enfermera, la trabajadora social, el oficial sanitario y las auxiliares de enfermería, siendo todos ellos educadores y promotores de salud.

40. Se ha insistido mucho en el hecho de que en los países en desarrollo, y el nuestro lo es, se requiere la utilización de personal auxiliar para dar la necesaria amplitud a los servicios médicos. Auspicar e incrementar su formación, y aprovechar posteriormente su valiosa colaboración, contribuirá a dar asistencia médica integral a quienes la necesitan.

50. Las instituciones de salud deben intensificar sus estudios e investigaciones, dado que como se ha señalado, cada día se presentan nuevos problemas etiológicos que conviene dilucidar, para enfocar técnica y científicamente la lucha en contra de ellos.

60. Por último, urge hacer efectiva la coordinación entre todas las instituciones de salud en nuestro país y elaborar un Plan Nacional de Salud que incluya naturalmente las acciones específicas dirigidas a la infancia. Sólo mediante la suma de esfuerzos para alcanzar un objetivo común podrá ser posible influir sensiblemente sobre los graves problemas que afectan la salud y la vida de nuestros niños.

Existe en nuestro país una Comisión Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social. Es indispensable que su funcionamiento sea verdaderamente efectivo y que se haga sentir en todo el territorio nacional, a través de los comités estatales o regionales dependientes de aquélla, procurando en todos los casos la necesaria adaptación de los programas a las condiciones prevalentes en la región.