

DEMOGRAFIA Y SALUD

En este artículo, el Dr. Behm y colaboradores presentan el resumen de una investigación más extensa en la cual se relacionan las tendencias de la mortalidad en Chile en los últimos decenios con factores económico-sociales y aportan información que permite, sobre bases objetivas, buscar soluciones prácticas en la programación de salud en un sentido integral. Este planteamiento concuerda con el interés creciente que existe entre los cultivadores de las ciencias sociales por dilucidar los problemas y las diversas alternativas del desarrollo económico y social de los pueblos.

Tendencias recientes de la Mortalidad en Chile

HUGO BEHM, ALBINO BOCAZ, HECTOR GUTIERREZ, ADELA LEGARRETA Y LUIS MARCHANT*

La medicina se propone mantener sanos a los individuos y tratar con éxito sus enfermedades. En este sentido, la muerte prematura puede mirarse como un fracaso de la acción médica, sin que esto signifique, naturalmente, que los médicos sean necesariamente responsables de estos decesos. En consecuencia, la mortalidad del país reflejará en parte el nivel de salud de la población y el alcance y efectividad de las acciones médicas. Ahora bien, sucede que en Chile (Gráfico 1) las defunciones anuales por cada 1.000 habitantes,

que habían continuado en constante descenso en los veinte años que terminan en 1953, se han mostrado prácticamente estacionarias desde entonces. ¿Cuáles son las causas de este cambio? ¿Qué relación tiene él con el ejercicio de nuestra medicina? ¿En qué medida las condiciones precarias de vida de la población explican este curso? Nos proponemos exponer algunos antecedentes para la discusión de estas preguntas, cuya importancia es evidente.

La mortalidad general se mantiene alta

En el período 1933-1953 la mortalidad general se reduce casi a la mitad: de 26 a 12,5 defunciones anuales por mil habitantes; este nivel se mantiene desde entonces. La importancia de este cambio se capta mejor si se piensa que, si se hubiera mantenido la anterior tendencia al descenso, en el año 1960 se habrían ahorrado aproximadamente 28.000 de las 93.625 defunciones registradas. Hagamos notar, además, que la detención se ha producido a un nivel alto de mortalidad: para el mismo año, la tasa de mortalidad fué de 8,1 en Argentina y de 9,5 en Estados Unidos.

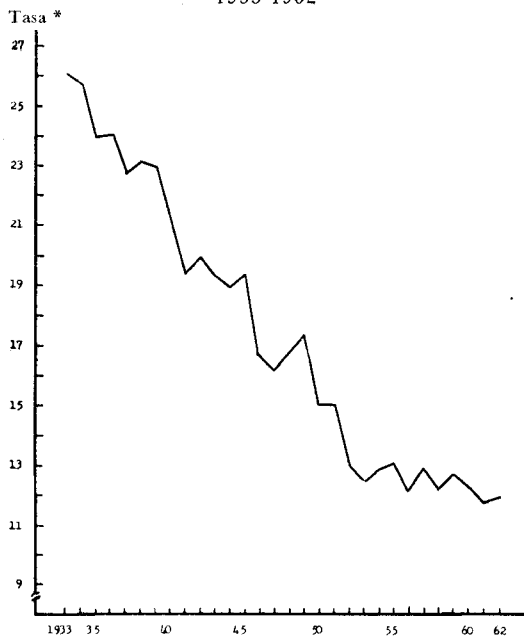
La situación en las diversas edades

Casi todos los grupos de edades se favorecieron en Chile con substanciales reducciones

* El Dr. HUGO BEHM R. dedicó los primeros 17 años de su vida profesional a la fisiología. Posteriormente, orientó toda su actividad al campo de la estadística. En la actualidad, ha sido designado Profesor titular de la Cátedra de Bioestadística de las Escuelas de Medicina y de Salubridad de la Universidad de Chile.

Gráfico 1

TASA DE MORTALIDAD GENERAL. CHILE.
1933-1962

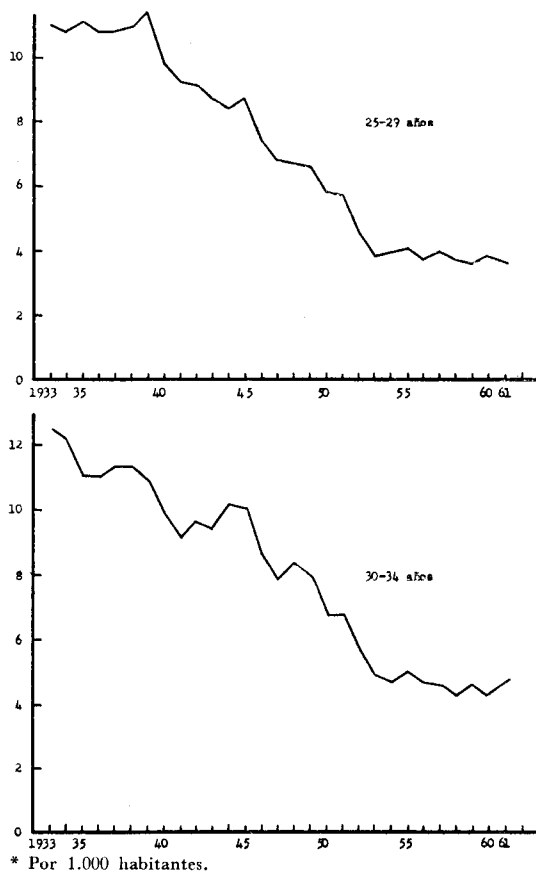


* Por 1.000 habitantes.

de las altas tasas que prevalecieron hacia el año 1933; en algunos grupos la baja se inició sólo alrededor de 1938-40. Para todas las edades bajo 50 años se produce después una evidente interrupción en esta tendencia favorable. El cambio acontece de preferencia en los años 1953-1954, pero en algunos grupos se posterga hasta 1955-56. Después de estas fe-

Gráfico 2

TASA DE MORTALIDAD GENERAL, 25-29 y 30-34 AÑOS DE EDAD, CHILE, 1933-1961
Tasa *



chas la mortalidad se estaciona o bien disminuye la rapidez de su descenso o, como acontece en el primer año de vida, experimenta leve aumento. El Gráfico 2 muestra como ejemplo las edades 25-29 años y 30-34 años.

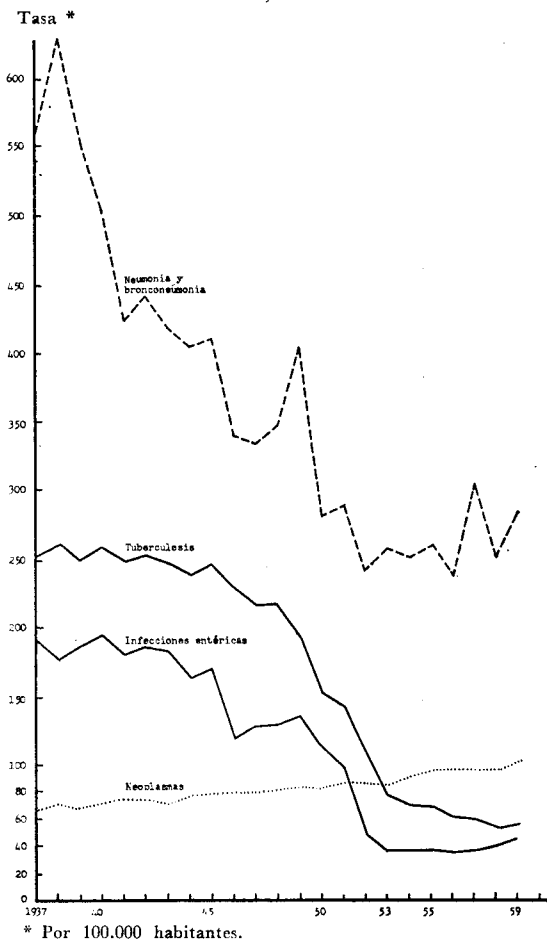
Los grupos de edades que experimentan este cambio aportan aproximadamente el 70% de las muertes; se comprende entonces que ellas sean un factor importante del notorio estacionamiento de la mortalidad general del país.

¿Cuáles son las causas de estas muertes?

Preguntarse cuáles son las causas precisas de las muertes que ocurren en Chile es hacerse una pregunta sin respuesta. Desde luego porque aproximadamente un tercio de las defunciones no tienen certificación médica de la causa. Y en seguida porque, aunque esta certificación sea hecha por un médico, la especi-

Gráfico 3

TASA DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS, CHILE, 1937-1959



ficación de las causas que determinaron el deceso dista mucho de ser completa y exacta. Desde luego hay diagnósticos difíciles y existe una excusable imprecisión cuando no se cuenta con medios auxiliares para el diagnóstico. Pero además es indudable que, aún hoy día, muchos médicos miran al certificado médico de defunción más como un tedioso requisito para enterrar un cadáver, que como el documento básico e indispensable para producir

estadísticas que informen sobre el nivel de salud de la población y faciliten la investigación médica.

Con todas estas limitaciones, los datos disponibles permiten determinar la naturaleza principal del cambio importante que está sufriendo nuestra mortalidad. Los Gráficos 3 y 4 muestran el curso de un grupo seleccionado de causas que cubren casi el 70% del total de muertes; el período de estudio se restringe ahora a 1937-1959.

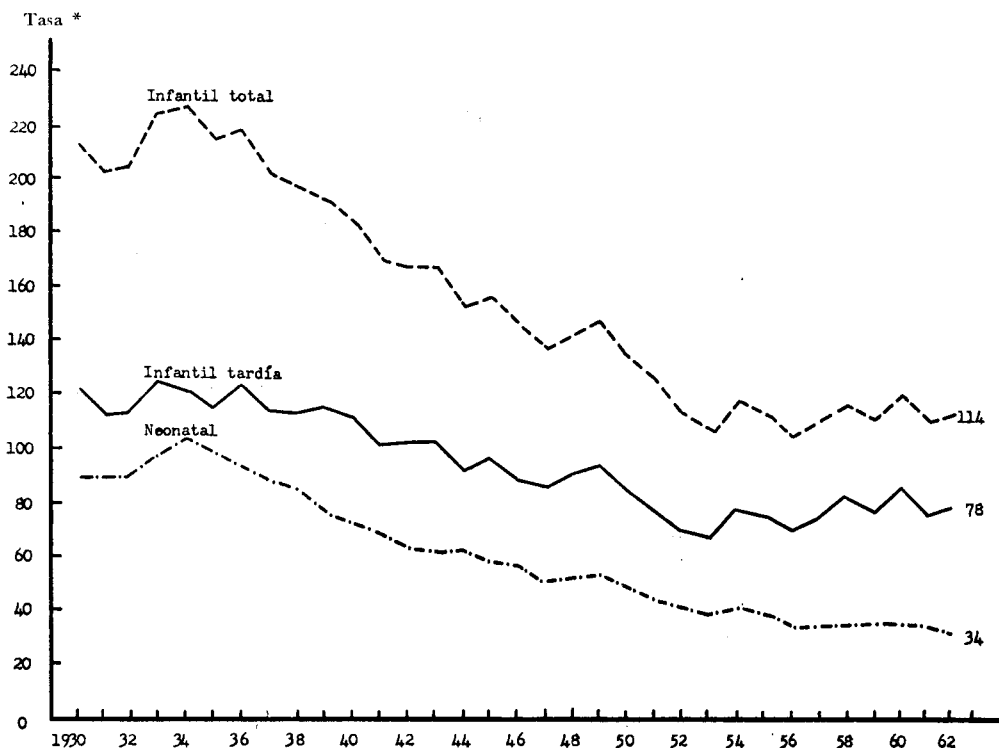
tomicina. Estas enfermedades fueron las causas de la mitad de las defunciones registradas en 1937 y contribuyeron con casi 70% de la reducción total, a saber:

neumonía y bronconeumonía	30%
tuberculosis	18%
infecciones entéricas	16%
enfermedades infecciosas	9%

Pues bien, después de 1953 sólo tuberculosis continúa en descenso, pero a mucho me-

Gráfico 4

TASA DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS, CHILE, 1937-1959



* Por 100.000 habitantes.

Se ve, desde luego, que el descenso de la mortalidad general hasta 1953 estuvo determinado por cuatro grupos de causas: neumonía y bronconeumonía, tuberculosis, infecciones entéricas y enfermedades infecciosas. El descenso ha sido continuado desde 1937 para las neumonías y bronconeumonías y las enfermedades infecciosas agudas. En la tuberculosis y las infecciones entéricas el descenso acelerado se registra más tardíamente, en 1948-49, probablemente en relación con el uso extendido de antibióticos, en especial la estrept-

nor velocidad; las restantes tienden a un discreto aumento. Aun en 1962 estas enfermedades son responsables del 34% del total de defunciones.

Un segundo factor de estabilización de la mortalidad general es la mantenida mortalidad, en parte discretamente ascendente, de un grupo de causas de muerte que han llegado a aportar la mitad de las muertes del país. El grupo comprende accidentes, enfermedades propias de la primera infancia (incluye distrofia y prematuridad), cáncer y lesiones

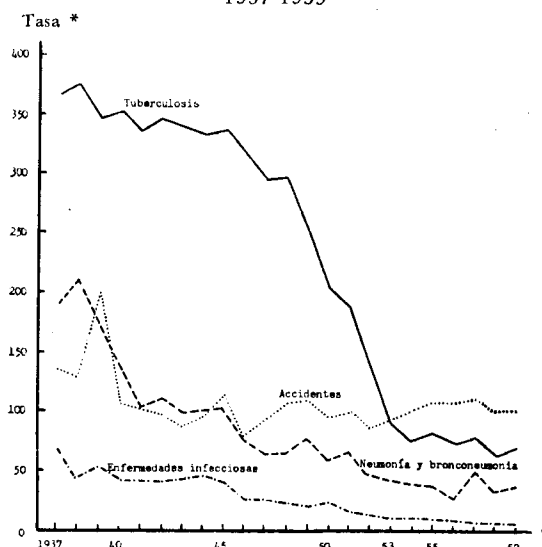
vasculares del sistema nervioso central. Estas últimas se emplean como reflejo del total de muertes por afecciones cardio-vasculares, total que no ha podido ser estudiado por la calidad deficiente de la certificación de la causa de muerte.

En suma, la reducción experimentada hasta 1953 por la mortalidad general en Chile se vincula al descenso de las defunciones de etiología infecciosa. A su vez, la estabilización ulterior a ese año se relaciona con dos factores: interrupción en los progresos para controlar estas infecciones, cuya mortalidad se estabiliza a un nivel aun alto; por otra parte, las enfermedades crónicas y los accidentes, de control más difícil y de mortalidad persistente, tienen cada vez más peso en la mortalidad total del país.

Los cambios en algunos grupos especiales

Describir los cambios de la mortalidad por diversas causas y en los diferentes grupos de edad excede a las posibilidades de este artículo. Sólo quisiéramos destacar que en el niño

Gráfico 5
TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS, EDAD 25-34 AÑOS, CHILE.
1937-1959



* Por 100.000 habitantes.

de 1 a 4 años de edad, la baja de la mortalidad ha estado determinada fundamentalmente por el descenso de las muertes imputadas a

infecciones entéricas y respiratorias agudas. Ya en la edad escolar la evolución de la tuberculosis empieza a destacarse como el motor principal de la tendencia de la mortalidad. Pero es sobre todo en la población de 15 a 44 años donde la importancia de esta enfermedad alcanza máximo relieve. El Gráfico 5 ilustra esta evolución para las personas de 25 a 34 años: aproximadamente la mitad del descenso en la mortalidad total del grupo depende del curso de la tuberculosis. Su tendencia muestra una baja moderada entre 1937 y 1948, que se acelera notablemente a partir de 1948.

También ha contribuido a las ganancias en la mortalidad registradas en la población de 15 a 44 años la reducción en las defunciones por neumonía y bronconeumonía, contribución que oscila entre 14% y 19% del descenso total. Mucho más modesta es la influencia del descenso de las enfermedades infecciosas agudas: 7%.

Anotemos además que las curvas señalan la estabilización de la mortalidad en todas estas enfermedades en las cuales se hizo en el pasado progresos importantes, con progresivo mayor peso de los accidentes como causa de defunción. Con todo, aún en 1960, la tuberculosis es responsable de una de cada 7 muertes en estas edades; esto mide el alcance —y a la vez, las limitaciones— de futuras bajas de la mortalidad. Por otra parte, los accidentes ocasionan ya la cuarta parte del total de muertes en estos grupos.

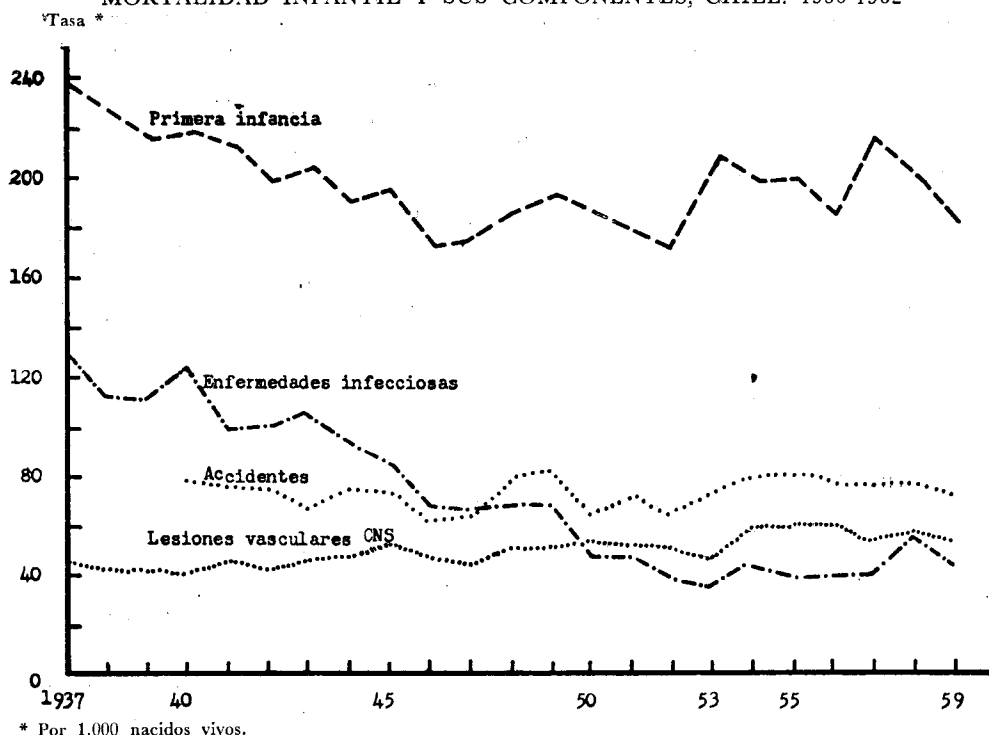
La mortalidad infantil

En 1962, las 33.105 defunciones registradas en el primer año de vida forman el 35% del total de muertes. En consecuencia, lo que acontece en este período de la vida y sus tendencias, influirá de un modo muy decisivo en el panorama de salud del país.

Por desgracia, la certificación de la causa de muerte es muy deficiente en esta edad, aunque existe bastante evidencia para pensar que ellas están especialmente vinculadas a la desnutrición, las infecciones entéricas y las respiratorias. Es sugerente, a este propósito, examinar el Gráfico 6, que muestra el curso de la mortalidad neonatal (primeras 4 sema-

Gráfico 6

MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, CHILE. 1930-1962



nas de vida) y la infantil tardía (resto del primer año) en los últimos 30 años.

La distinción tiene importancia médica, puesto que en el primer grupo dominan causas de muerte asociadas a condiciones patológicas del embarazo y parto, en parte atacables por una buena atención de ambos y del recién nacido. Las muertes en el resto del primer año se vinculan más a factores nocivos externos, como es la infección y la alimentación insuficiente: en este sentido, dependen más de factores ajenos a la atención médica individual.

Las tasas se han reducido a la mitad durante el período estudiado y las ganancias han sido mayores en la mortalidad temprana (63%) que en la tardía (37%). En ambas se registra interrupción del descenso que en la mortalidad infantil tardía se trueca por franco aumento. Esto es muy importante porque las muertes en las edades 1-11 meses han llegado a formar los dos tercios de la mortalidad infantil y su curso desfavorable domina la evolución de la mortalidad infantil del país. El nivel de mortalidad a esta edad es, por otra

parte, muy alto: el lactante en Chile muere hoy día con la misma frecuencia que un niño sueco a fines del siglo pasado y de un lactante de raza negra en EE. UU. en pleno período de depresión en 1930; nuestra tasa en 1959 es el doble de la registrada en Argentina, para usar una comparación más cercana.

¿Qué significación tienen estos hechos?

Los datos que aquí se han resumido muestran, en suma, que los marcados progresos que se habían hecho en la reducción de la mortalidad en Chile se han detenido en el curso del último decenio. Podría pensarse que ésta es una evolución "normal": reducción cuando existía una mortalidad para la cual tenemos efectivos medios de control; estabilización cuando la mortalidad se compone fundamentalmente de enfermedades degenerativas y accidentes.

Pero sucede que el estacionamiento se ha hecho a un alto nivel de mortalidad, persistiendo enfermedades evitables y tratables. Quizás se visualice mejor esta situación comparando las muertes que se han registrado en

el país en estas enfermedades, con las defunciones que se habrían producido si tales muertes ocurrieran con la misma frecuencia que en un país con mayor desarrollo, como es EE. UU. La comparación es la siguiente:

	Defunciones		
	Se produ- jeron	Se habrían producido	Exceso
Tuberculosis	4.186	312	3.874
Enfermedades infec- ciosas agudas	3.492	412	3.080
Infecciones entéricas	3.634	306	3.328
Respiratorias agudas	21.281	1.885	19.396
Propias de la infancia	13.289	4.327	8.962
T o t a l	45.882	7.242	38.640

Esto significa, dicho de otro modo, que *en nuestro país siguen ocurriendo casi 40.000 muertes que son EVITABLES*, a pesar de todo el esfuerzo que se gasta precisamente en prevenirlas. El asunto nos concierne de modo muy directo porque los médicos —querámoslo o nó— somos en cierto modo colectivamente responsables de las condiciones de salud de la población. Se plantean así varios interrogantes que son cruciales. ¿Se trata acaso que nuestra medicina no puede tener más éxito que el alcanzado porque ella se ejerce en un país con bajos niveles de vida, los cuales entran y esterilizan su acción? ¿O sucede, por el contrario, que el alcance posible de esta medicina es mayor que el actual y que lo que hay que hacer es organizarla mejor, utilizar más intensamente los recursos disponibles y requerir nuevos, si eso es posible? Y si ambos factores están en juego, ¿cuál es la importancia relativa de cada uno? Se ve claro que *es el alcance mismo de nuestra medicina el que está en discusión*. Esto es tanto más trascendente si se piensa que es justamente en el decenio último cuando la mortalidad no registra mayor descenso, aquél en que el Servicio Nacional de Salud ha estado en funciones.

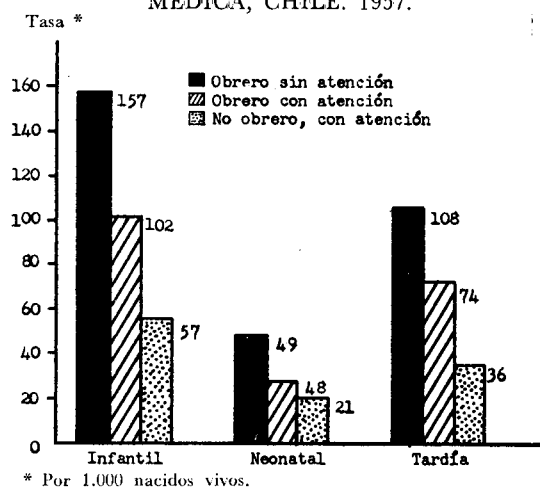
La respuesta a esta interrogante es compleja, como lo son las propias preguntas. Aquí quisiéramos aportar unos cuantos datos de una investigación realizada por uno de nosotros*, que se refiere a la mortalidad infantil. Esta fué estudiada en el total de nacimientos

y defunciones de menores de un año que se registraron en 1957. El efecto de la clase social —indudablemente asociada a niveles de vida diferentes— fué estudiado separando el material en dos grupos: hijos de obreros e hijos de “no obreros”; en general pensamos que este último grupo corresponde a las condiciones de vida de la clase media. El efecto de la atención médica fué estimado usando como indicador la atención profesional del parto (por médico o matrona).

Pues bien, los resultados muestran, en primer término, el grado de insuficiente cobertura nacional que tienen nuestros programas; aproximadamente 79.000 nacimientos del total de 180.000 nacidos en la clase obrera no registran atención profesional del parto. Es decir, el 44% del grupo que constituye el objetivo principal del Servicio Nacional de Salud no estaría recibiendo sus beneficios. En seguida la investigación señala que tanto la atención médica como el nivel de vida influyen en el problema en estudio (Gráfico 7). En los hijos de obreros sin atención médica,

Gráfico 7

MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y 1-11 MESES SEGUN CLASE SOCIAL Y ATENCION MEDICA, CHILE. 1957.



la mortalidad infantil alcanza a 157 por 1000 nacidos vivos; esto es, uno de cada 6 niños mueren antes de cumplir un año de edad. Esta alta mortalidad se reduce a 102 cuando el hijo de obrero recibe atención médica; la diferencia expresa, por lo menos en parte, la acción de la atención médica. Si además el

* Hugo Behm. “Mortalidad infantil y nivel de vida” Ediciones de la Universidad de Chile, 1962.

niño nace en una clase social más favorecida, la mortalidad se reduce a 57 y este descenso expresa, de nuevo parcialmente, el efecto de la clase social.

En la mortalidad de las primeras 4 semanas de vida, el efecto presunto de la atención médica es marcado (descenso de 49 a 28) siendo mucho más moderado el de la clase social (baja de 28 a 21). En la mortalidad infantil tardía, en cambio, la atención médica se asocia a una reducción de la mortalidad de 108 a 74, en tanto que la mayor diferencia se produce entre las dos clases sociales: 74 y 36.

No hay nada nuevo en establecer que la acción médica está limitada por las condiciones de vida adversa del individuo que la recibe. Sabemos que esto no sólo es válido para el lactante, sino también para muchas enfermedades del adulto. Lo importante es que estas cifras —con todas las limitaciones inherentes a la calidad de los datos básicos— están señalando y cuantificando en nuestra realidad, en una primera aproximación, el peso relativo de nuestras acciones médicas en un problema de salud muy importante del país. Ellas son optimistas en cuanto señalan que las acciones prestadas a la madre y el niño, aún limitadas y sin las características de una buena atención, pueden reducir una mortalidad en extremo alta. Debería esperarse que mejorar esta atención en extensión, cantidad, calidad y oportunidad, hiciera este rendimiento aun mayor. Pero también indican que el marco del problema no puede restringirse al campo médico: en los grupos económicos más desfavorecidos social y económicamente, que son los más importantes porque son muchos y en ellos se muere mucho, las técnicas médicas no logran controlar una mortalidad que, aún con atención médica, es intolerablemente alta.

La mortalidad infantil viene a ser, en consecuencia, un indicador del alto precio en vidas que los pueblos pagan por las formas de organización económicamente ineficientes y socialmente injustas que ellos han logrado darse. Sería un error histórico lamentable que los médicos no fueren los primeros en decir, con firmeza y a todos los niveles, que la atención médica sólo puede paliar en parte esta mor-

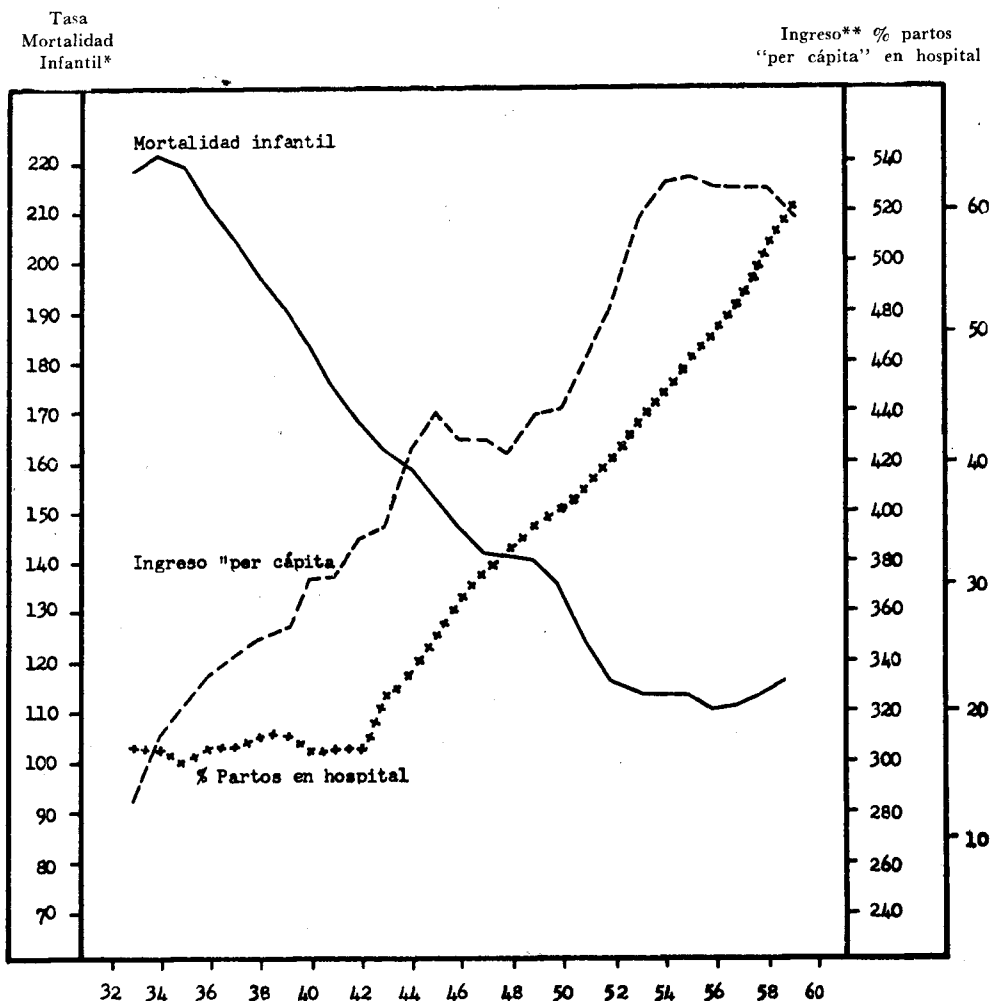
talidad excesiva y que las medidas de fondo son las que redunden en un efectivo aumento del nivel de vida de la población. A este respecto, es interesante examinar el Gráfico 8: se compara en él, para el lapso 1932-1959, el curso de la mortalidad infantil con un indicador del nivel económico (ingreso medio por habitante) y un índice de atención médica (% de partos ocurridos en hospital). Se observa que la mortalidad infantil descendió hasta 1953, cuando el nivel económico mejoraba y la extensión de la atención profesional del parto aumentaba. En los últimos años la mortalidad se estaciona, justamente cuando el nivel económico se deteriora, a pesar de que los programas de salud continúan extendiéndose.

¿Pero nos basta con declarar que la medicina no dispone en Chile de recursos suficientes para desarrollarse en plenitud y que su acción está limitada por las condiciones deficientes de vida de la población? Por cierto que no. Desde luego, similar insuficiencia de recursos existe para mejorar la educación, construir caminos, desarrollar la agricultura o aumentar el número de viviendas. Se ve de inmediato que lo que hay que hacer es lograr un acuerdo entre los diversos sectores de actividad del país, para utilizar racionalmente los escasos recursos disponibles y distribuirlos adecuadamente entre estos diferentes sectores, de tal modo que con ellos se obtenga el mayor aumento posible en el nivel de vida de la población. Tal es la esencia de la planificación global del desarrollo social y económico.

Digámoslo desde luego: no es este un modo muy atractivo de proceder para ninguno de los sectores de acción del país. Tanto los médicos como otros grupos profesionales y técnicos tendemos a considerar nuestras actividades como muy importantes y a mirar nuestro campo como independiente, sujeto tan solo a nuestra directa responsabilidad y decisión. Y esto no es criticable en cuanto exprese honesto celo profesional por cumplir bien las funciones que nos son propias. No obstante, todo nos está indicando que esta fragmentación es tan improcedente como subdividir la atención de un enfermo en diez especialistas, cada uno de los cuales trabajara independientemente y

Gráfico 8

MORTALIDAD INFANTIL, INGRESO "PER CAPITA" Y ATENCION MEDICA, CHILE. 1933-1960



* Por 1.000 nacidos vivos.

** En escudos de 1960.

estuviera interesado tan solo en su propio campo de la especialidad.

Por otra parte, tenemos diaria evidencia de cómo muchas enfermedades dependen —en su génesis, en la oportunidad de su diagnóstico y en el resultado final del tratamiento— de variados factores que el médico no puede controlar con sus técnicas directas. Si se piensa en las posibilidades de evitar la recaída de una úlcera gástrica o mantener la mejoría de un cardíaco después de su alta hospitalaria, se ve que tales posibilidades estarán relacionadas con la ocupación habitual del enfermo, el salario que gana, la vivienda que ocupa,

sus propias creencias sobre la enfermedad y la medicina, las facilidades de transporte y muchos otros componentes que determinan su nivel de vida.

Cuando se piensa en una medicina colectiva —como la que el Servicio Nacional de Salud realiza— estas interrelaciones vuelven a hacerse presentes. ¿Cómo podríamos ignorar el hecho que anualmente se agregan aproximadamente 190.000 chilenos a la población del país, la cual se estima que alcanzará en 1970 a 9.632.000 habitantes? ¿O bien que la marcada migración del campo a la ciudad ha hecho que, por ejemplo, en el Area Sur de

Santiago vivan en 1960 466.859 habitantes cuando en 1952 había sólo 221.518? He aquí algunos ejemplos de los aspectos demográficos de la atención médica.

Veamos otro ángulo del problema: la medicina funcionaria del país está sometida a una constante presión por demanda de atención médica. Para que un enfermo la requiera se necesita (a) que él mismo defina su condición de enfermo, (b) que piense que la medicina puede ayudarlo y (c) que exista la posibilidad de obtener atención médica. La experiencia está mostrando que a medida que la atención médica se extiende y perfecciona en una comunidad, la demanda por esta atención aumenta. Se ve entonces que el problema de saber cuanta demanda de atención médica exista en el futuro, para planear como satisfacerla, tiene indudables componentes sociológicos. Este es uno entre muchos ejemplos del extenso y naciente campo de la sociología médica*.

Estos no son sino algunos ejemplos de las variadas vinculaciones que tiene el ejercicio de la medicina con otras disciplinas. De todo esto resulta que en el esfuerzo de mejorar los niveles de salud de la población que sirven los médicos requerirán de un trabajo interdisciplinario con elementos de muchos otros campos. En el trabajo diario del médico, él está habituado al trabajo con otros médicos y con personal de colaboración médica (enfermeras y visitadoras, por ejemplo). Se trata ahora de contar con la ayuda, a nivel de los programas de salud nacionales y regionales, de economistas, demógrafos, sociólogos, antropólogos, programadores, etc.

Esta concepción multidimensional de una medicina organizada no se opone en modo alguno, sino que es un necesario complemento de la actividad de mayor relieve de todo sistema de atención médica, aquélla que le es más propia al médico y que forma la parte más importante de las complejas funciones del Servicio Nacional de Salud: la atención

individual del enfermo. Pero justamente porque todos queremos que ella sea mejor, más eficiente, más humana y realizada en mejores condiciones para quien la preste, es que debemos preocuparnos de todas las otras facetas del problema. No estamos postulando —como lo escribió un crítico de estas ideas en el calor de una polémica— que la medicina puede hacerse *sin* médicos; estamos diciendo que no puede hacerse una buena medicina colectiva *exclusivamente* con médicos.

Por último —y volviendo a las cifras de mortalidad que se dieron en un comienzo— ellas señalan también una tarea bien concreta a los médicos: determinar cómo pueden ser subsanadas las deficiencias de nuestra medicina funcionaria de tal modo que ella pueda alcanzar el máximo rendimiento posible. Los trabajos de comisión que el Colegio Médico y la Federación Médica están haciendo en esta materia son indudable buen ejemplo.

EN SUMA, hemos tratado de señalar los siguientes puntos:

1. *El estudio de la mortalidad en el país muestra que en el pasado se hicieron grandes progresos, en especial en la reducción de las enfermedades de etiología infecciosa y de la mortalidad infantil. Estos progresos se han interrumpido en la última década, el nivel de mortalidad es aun alto y persisten causas de muerte que son técnicamente evitables.*

2. *Esta situación parece vinculada a dos grupos de factores: (a) la medicina colectiva organizada en el país no ha logrado beneficiar a la totalidad de los sectores de la población que más la necesitan y el nivel de eficiencia no es satisfactorio; (b) las condiciones precarias de vida de extensos grupos de población en Chile limitan la efectividad de la atención médica y originan importantes problemas de salud en el país.*

3. *Por ello el problema médico requiere plantearse, en su génesis y en su solución, como parte de un proceso de deficiente desarrollo social y económico del país.*

4. *La atención individual que el médico presta al enfermo es el elemento más importante de cualquier sistema de atención médi-*

* El Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile tiene programadas varias investigaciones en este campo, dirigidas por Salvador Díaz y Horacio Boccardo, con la cooperación de Orlando Sepúlveda, del Instituto de Sociología de la Universidad de Chile.

ca. Para que ella sea eficiente en escala nacional se requiere, como en cualquiera otra actividad racional, que la atención médica de una población se desarrolle de acuerdo a un plan. Esto significa hacer un buen diagnóstico de la situación actual y decidir sobre qué conjunto de medidas son recomendables para alcanzar metas perfectamente definidas para los años futuros. A los médicos corresponde —por la importancia de sus funciones y la jerarquía funcionaria que ellos tienen— decidir sobre estos planes, llevarlos a la práctica y perfeccionarlos continuamente. No obstante,

justamente por las múltiples relaciones de la salud con otros campos, es necesario además que el sistema se beneficie de la colaboración de variados profesionales y técnicos de estos otros sectores.

5. Los planes de salud deben engranarse adecuadamente con las actividades de otros sectores del país, de tal modo que todas ellas forman un conjunto armónico de medidas destinadas a elevar el nivel de vida de nuestra población al grado máximo que los recursos nacionales lo permitan.