

PLAN DE REORGANIZACIÓN DE LA PROTECCIÓN MATERNO-INFANTIL EN COLOMBIA

Por el Dr. CARLOS URUETA FERRÁNS

Jefe de la División Materno-Infantil del Ministerio de Higiene

Conveniencia de los planes globales.—En las campañas de protección materno-infantil, lo mismo que en las demás de salud pública, resulta más económico y de efectos más estables, el adoptar planes globales, aplicando el criterio y las técnicas colectivas. Estos planes deben tener un objetivo primordial y urgente: reducir los coeficientes de mortalidad materno-infantil elevados que existen en Colombia. Estas campañas deben tener bases fundamentalmente técnicas y deben inspirarse en un criterio de economía biológica y social, separado completamente de los conceptos de filantropía, y apenas con cierta coordinación con los conceptos de la pediatría clásica o individual, pero sin que signifique la aplicación de las mismas terapéuticas individuales multiplicadas por el número de casos que compone la colectividad. Es preciso tener presente que con el dinero y energías que se necesitan para tratar a un niño enfermo se puede evitar que se mueran diez niños, por lo menos, si la misma suma de dinero se emplea para modificar las causas generales que, en determinado lugar, influyan sobre la mortalidad infantil.

Importancia de la bioestadística.—Para poder saber con precisión cuáles son los principales problemas que en este campo existen en el país, y cuáles predominan en determinadas regiones, es indispensable organizar la bioestadística de Colombia en forma conveniente, como una actividad fundamental de las entidades de higiene y que constituya la verdadera contabilidad de sus campañas. En el ramo de la protección materno-infantil es indispensable poseer datos exactos sobre los coeficientes de mortalidad materno-infantil y sobre morbilidad, con computaciones causales, según la edad y demás que se estimen convenientes. Por lo tanto el registro de nacimientos debe constituir un acto trascendental, y es de todos sabido que en muchas regiones del país ese registro se hace mal o no se hace del todo; la tabulación de todos esos datos debe hacerse con todas las reglas técnicas de la bioestadística, con riguroso control y aplicando la nomenclatura internacional que permita establecer comparaciones y deducciones prácticas.

El estudio de la mortalidad infantil por causas y edades constituye un dato fundamental, lo mismo que los referentes a las causas de mortalidad materna. Por este medio se puede saber si en determinada región, por ejemplo, el principal problema radica en los recién nacidos, y si tal alta mortalidad se debe a un alto porcentaje de prematuros, o a resultados de malos cuidados obstétricos, o a determinadas enfermedades de este

período, todo lo cual brinda datos que indican cuáles son los problemas principales que existen allí, y por lo tanto hacen posible dedicar económicamente los fondos que se tengan para la campaña en esa determinada región. O bien tal mortalidad elevada se puede presentar con una incidencia mayor en los niños de más de dos meses, y puede averiguarse sobre el predominio de enteritis infecciosas de la infancia, o de estados carenciales determinados, etc. O bien a la combinación de diversas causas de igual importancia general, pero que pueden tener ciertas variantes en las diversas regiones del país, con distintas proporciones de habitantes en las zonas urbanas y rurales, climas diversos, variados problemas alimenticios, etc.

Mientras se logre obtener una organización de los servicios de estadística vital del país, se podrán obtener muchos datos en los archivos que existen bien llevados en algunos municipios, si es preciso, haciendo tabulaciones especiales de las fichas y una revisión crítica de los datos consignados en ellas. También se pueden realizar "surveys" especiales en determinadas regiones donde se estime que sea conveniente hacerlos, empleando las reglas técnicas para tales investigaciones, y tomando todas las precauciones técnicas aconsejadas para obtener resultados representativos.

Puntos básicos en la campaña.—Aun con los datos existentes en la actualidad, pero sin las bases más seguras de los estudios técnicos de bioestadística, se podría afirmar que los problemas de carácter general que afectan más comúnmente la salud de la madre y del niño en Colombia, son los siguientes: (a) En la madre: Falta de una apropiada asistencia obstétrica, tanto en el período prenatal como durante el parto y período postnatal; mala nutrición durante el embarazo, por malos hábitos alimenticios, por factores económicos y por escasez de alimentos apropiados en determinadas regiones. (b) En el niño: Alto porcentaje de enteritis agudas, de las cuales no se han hecho suficientes estudios epidemiológicos en el país, pero por analogía con los que se han hecho en otras partes se puede deducir que un alto porcentaje son infecciosas, por lo tanto prevenibles en la gran mayoría de los casos. Existe también un predominio de estados carenciales, muchos de ellos en formas subclínicas que vienen a constituir un terreno favorable para el desarrollo de infecciones intestinales y respiratorias. Entre tales carencias sobresalen las que se originan por el empleo de hidratos de carbono como substitutos de la leche (carencia de proteínas, etc.), lo mismo que avitaminosis diversas.

Asistencia médica.—Al igual que en muchos otros ramos de la higiene pública en Colombia, las campañas de protección materno-infantil se han efectuado con un criterio de asistencia médica, gratuita en la mayoría de los casos. Se ha gastado en esto muchas energías y dinero, pero ya hay en el país tal tradición y el público está acostumbrado a igualar la protección materno-infantil con la asistencia médica a las madres y a

los niños. Esta política se sigue en la gran mayoría de las organizaciones que se ocupan de tal fin en el país, consumiéndose en esta forma los escasos recursos de que disponen las entidades oficiales y privadas que se dedican a estas campañas. Por lo tanto, resultaría un poco radical separar del todo la parte asistencial de la que corresponde desarrollar en un programa de salud pública, sobre todo mientras no se organice en forma separada esta asistencia médica, como parte de los planes generales que al efecto se hagan para el país. Además la cantidad y calidad de asistencia médica es muy limitada, por escasez de hospitales adecuados, y por lo reducidos que resultan tales presupuestos para atender bien al considerable número de niños enfermos que solicitan los servicios, sin que en muchos lugares se hagan limitaciones de acuerdo con la situación económica de los padres o según la urgencia colectiva de la asistencia médica, o se regule el número de casos que debe atender cada médico de acuerdo con el tiempo de trabajo.

El aspecto de la asistencia médica dentro de la campaña de protección materno-infantil constituye un problema delicado. El ideal sería desligar completamente este programa higiénico de la parte asistencial, para poder dedicar todo el dinero disponible a la solución de los problemas de carácter general y urgentes que tiene el país, pero por lo menos se debe restringir esta asistencia a los casos de pobreza absoluta y durante la primera infancia. Se deben fomentar las medidas que en otros lugares se han empleado para facilitar la adquisición de servicios médicos remunerados, tales como los planes de seguro médico familiar, ya sea por medio de pólizas financiadas por compañías de seguros o por medio de seguros familiares otorgados en las industrias, o por medio de planes de seguros realizados por agrupaciones de médicos o por los hospitales públicos o privados, fomentando, además, la construcción de salas de maternidad y hospitales para niños en los lugares donde no existen tales servicios en forma apropiada, o ampliando y mejorando los ya existentes.

Es preciso recalcar que los programas de carácter general resultan más económicos y que con el dinero necesario para tratar a un niño enfermo se puede evitar la muerte de diez. La bioestadística bien organizada da a cada paso pruebas en favor de este argumento, que se podrían utilizar para conseguir mayor colaboración por parte de las personas y entidades interesadas en las campañas.

El problema de la leche.—Es evidente que éste constituye uno de los factores más importantes en las campañas de protección materno-infantil. El problema es bastante complejo y existen diversos aspectos: el sanitario, el económico, el de transporte, el de producción, el de consumo.

Muchos técnicos de los Estados Unidos opinan que el desarrollo de la producción y consumo de la "leche evaporada" vino a constituir uno de los factores más importantes en la reducción de la mortalidad y morbilidad

infantil del país, debidas a enteritis infecciosas producidas por la mala calidad de la leche. Algunos técnicos de este país han sugerido que es posible obtener en Colombia iguales resultados siguiendo este ejemplo, previo estudio detallado de las particulares condiciones del país. La leche evaporada es estéril y se presta para la preparación fácil de las fórmulas alimenticias, sin muchos peligros de contaminación posterior, y en los Estados Unidos resulta más económica que la leche íntegra. Un litro de leche pasteurizada cuesta aquí 20 centavos de dólar, mientras que igual cantidad de leche evaporada, reconstituída a su volumen normal de agua, viene costado 16 centavos de dólar. No sucede lo mismo con las leches pulverizadas, cuya preparación resulta más costosa.

Quizás el fomentar en Colombia la producción de leche evaporada contribuya a solucionar el prolema de transporte y de higiene, si los estudios que se hagan sobre costo de los equipos de producción, envases, consumo, etc., hacen factible el obtener un precio más reducido que el de la leche íntegra. Existen equipos pequeños de un valor de unos 20,000 dólares.

El control de la higiene de la leche que se consume en el país debiera estar más conectado con la campaña de protección materno-infantil, tanto al nivel nacional como en los departamentos. Sería muy conveniente que en la Directiva Nacional de la campaña existiera una sección especial dedicada a estudiar y cooperar en la solución de los problemas de la leche, encargada de vigilar el control de las disposiciones legales que existen sobre la higiene de la leche, que desafortunadamente no se cumplen en la mayoría de las ciudades del país.

El empleo de la soya como sustituto de la leche es dudosamente aconsejable pues las fórmulas reintegradas a igual valor lácteo posiblemente resulten más costosas, pero indudablemente sí tiene valor la soya como complemento alimenticio y fuente de proteínas completas para el adulto y niños mayores. El empleo de la harina de soya, en lugar de la de plátano, de maíz, o del agua de panela, que se consumen tanto en el país para alimentar a los lactantes, sería de gran provecho desde el punto de vista de las proteínas que contiene.

Personal médico.—Teniendo siempre presente el aspecto colectivo del problema, sería aconsejable que en los Departamentos del país donde se establezcan secciones separadas para atender las campañas de protección infantil y materna, la dirección de éstas sea puesta en manos de pediatras con entrenamiento en higiene pública, con trabajo de tiempo completo y por lo tanto con una remuneración igual a la que en iguales condiciones obtendrían en el ejercicio privado de la profesión. Estas campañas seccionales, ya sean departamentales o municipales, deben tener una estrecha conexión con los planes nacionales.

Los consultorios preventivos que se establezcan como parte del programa, deberán estar en manos de obstetras o pediatras, según el caso, pero el número de personal auxiliar de enfermeras y parteras deberá ser

considerablemente mayor al de médicos. El personal médico y el auxiliar deben tener una remuneración satisfactoria. El trabajo que presten los médicos en los consultorios preventivos debe estar remunerado de acuerdo con el número de horas de trabajo que se presten allí, y deben establecerse ciertos requisitos mínimos para tales nombramientos, que sirvan para garantizar la idoneidad profesional e independencia de factores políticos y demás que sean ajenos al criterio técnico que deben tener estos servicios.

Para que estas campañas resulten efectivas y su acción logre afectar a todo el país, es esencial que en cada sección se cuente con campañas locales, coordinadas con los planes generales y con fondos suficientes y personal entrenado. De otra manera existirá siempre el peligro de acumular reglamentaciones y planes que sean simple letra muerta.

Personal auxiliar.—Se hace indispensable intensificar los programas de entrenamiento del personal auxiliar que se necesita para desarrollar las campañas de protección materno-infantil. La mejor buena voluntad no es suficiente para suplir la preparación técnica indispensable para el buen éxito de estas actividades.

Tres tipos principales de este personal se requieren: las enfermeras de higiene pública, las trabajadoras sociales y las parteras. Es evidente la escasez que de estas tres actividades existe en el país. La trabajadora social, la "social worker" de los norteamericanos, constituye un elemento indispensable para el estudio de los problemas sociales relacionados con estas campañas, pero entre nosotros puede decirse que no existe todavía nada en este ramo, ya que las dos escuelas que en el país llevan tal nombre tienen una orientación completamente distinta a lo que se considera como aceptable. La trabajadora social debe ser una profesional de nivel universitario, con un entrenamiento muy completo, tanto en la teoría como en la práctica, sobre todos los problemas sociales que afectan tanto a la familia como al individuo. Su cooperación en las instituciones hospitalarias, en las de salud pública y en las de beneficencia, constituye apenas un campo de especialización dentro de esta profesión, que llaman los americanos "medical social worker." Su papel es muy distinto al de la enfermera y se ocupa de los problemas económicos y demás aspectos sociales, tanto de la familia como del individuo, que constituyen factores muy importantes para el buen éxito de la medicina, ya sea individual o colectiva. En las campañas de protección materno-infantil, la labor principal de la trabajadora social está conectada con la parte asistencial, como una parte dentro de tales programas generales, y también sobre ciertos problemas sociales que pueden presentarse en la madre o en el niño, como la maternidad ilegítima, la orfandad y el abandono infantil, problemas de sostenimiento familiar, etc. La preparación técnica que esta profesional recibe, la capacita para estudiar cada caso particular y medir las circunstancias que influyen en él, no sólo económicas, sino también de cualquier otra índole, aplicando soluciones adecuadas a los

problemas y haciendo posible el tener datos concretos sobre el predominio mayor o menor de cada factor en una determinada región. Esta actividad está por iniciarse en el país y constituye el paso primero que se debe seguir en un programa encaminado a resolver, o a aliviar al menos, el extenso campo que forman los problemas sociales de la madre y del niño, si se quieren enfocar estas campañas por un terreno firme, como ya lo están haciendo muchos otros países suramericanos. Resulta muy difícil afirmar con precisión dónde termina el aspecto social de los problemas materno-infantiles y dónde empieza el médico propiamente dicho, ya que en la mayoría de los casos están estrechamente vinculados ambos aspectos; pero si por la limitación económica que existe en lo referente a las sumas de dinero disponibles para esta campaña, si por tal motivo hay que concretar la acción a un sólo terreno, tal vez el aspecto médico propiamente dicho del niño colombiano constituye un problema más agudo que el social.

La enfermera de higiene o salud pública viene a ser una parte fundamental en la realización de las campañas de protección materno-infantil, pero para que su trabajo pueda ser eficiente se necesita que haya recibido entrenamiento adecuado. La Escuela Superior de Enfermeras de Bogotá, que exige estudios secundarios o normalistas como requisito de admisión, y con un pensum de tres años de estudios y uno de especialización práctica, constituye ya una base positiva en la preparación de este personal de enfermeras de salud pública que necesita el país, que no son otra cosa que enfermeras generales con un año de especialización en dicho campo. Es preciso establecer mayor número de tales escuelas si esperamos tener algún día el personal suficiente para desarrollar estas campañas en forma adecuada.

Mientras sea posible iniciar la formación de trabajadoras sociales con nivel universitario aceptable, y se pueda aumentar el número de escuelas de enfermería con cursos de especialización en salud pública, es preciso continuar preparando un personal de emergencia, por medio de cursos cortos que lleven a obtener el grado de "visitadora social", como se ha venido poniendo en práctica durante algunos años. Este personal así denominado y que recibe un año de instrucción, no puede ser otra cosa que una medida de carácter provisional, pues no es posible combinar satisfactoriamente en una sola persona las actividades de la "trabajadora social" y de la "enfermera de salud pública", ni menos dar una instrucción en ambas profesiones con un solo año de estudios.

El entrenamiento de parteras constituye otro problema en el país. Mientras una gran mayoría de las madres colombianas continúen en manos del personal de "parteras prácticas" que existe, muchas de las cuales no tienen licencia oficial y poseen un desconocimiento absoluto de las más elementales reglas de higiene, resultará casi imposible reducir nuestros índices de mortalidad y morbilidad materna. El ideal será preparar "enfermeras parteras", o sea enfermeras generales con un año

de especialización en obstetricia, pero mientras tanto es preciso rehabilitar, hasta donde sea posible, a las parteras prácticas que se encuentran en ejercicio y fomentar el establecimiento de cursos para preparar "parteras prácticas", que deben funcionar anexos a los hospitales y clínicas de maternidad.

Resumiendo, como objetivo ideal debemos preparar: trabajadoras sociales, con nivel universitario y con planes de estudios completos; enfermeras de salud pública, que vienen a ser las graduadas en las escuelas de enfermería superior más un año de especialización en salud pública; las enfermeras parteras, que son también graduadas de las mismas escuelas, pero con un año de especialización en obstetricia. Como medida transitoria se deben seguir los cursos de visitadoras sociales y se debe fomentar la preparación de parteras prácticas. Es indispensable tener un personal auxiliar bien entrenado para que las campañas de protección materno-infantil den todos los resultados que deben dar.

Consultorios.—Es preciso procurar, hasta donde sea posible, que los consultorios preventivos que se establezcan no se salgan de un plan definido, con cierta organización de carácter general para el país y con determinados aspectos particulares de cada región, de acuerdo con ciertos problemas que tengan significado bioestadístico definido. Dos tipos principales se consideran más importantes: los consultorios prenatales y los de niños sanos. El trabajo de estos consultorios debe hacerse con la cooperación de un número suficiente de personal auxiliar, enfermeras de salud pública, enfermeras parteras, y provisionalmente las visitadoras sociales, con el fin de que el trabajo desarrollado por cada médico pueda tener un radio de acción mayor al del número que recibe atención directa. No se debe olvidar que los cuidados prenatales suministrados por un médico especialista, o los servicios médicos que se den en los consultorios de niños sanos, quedan casi inutilizados si en el primer caso el parto, que representa mayores riesgos, se efectúa en condiciones antihigiénicas y en manos de una partera ignorante, o en el segundo caso, si este número de atendidos es muy reducido y no logra repercutir en forma colectiva, o si no existe un control y educación posterior por parte de la enfermera de salud pública.

Inmunizaciones.—Como parte principal del programa se debe emprender una campaña de inmunización contra las enfermedades infectocontagiosas de la infancia que sean prevenibles por medio de vacunas. La vacunación contra la viruela es de eficacia conocida y sus ventajas son obvias. La vacunación contra la difteria debe emprenderse en forma colectiva, especialmente en los lugares del país donde esta enfermedad constituye un factor de mortalidad y morbilidad infantil elevada, ya que cuando se logra inmunizar un porcentaje conveniente de la población infantil de una localidad esta enfermedad desaparece. La inmunización contra la tos ferina, sin ser tan efectiva como las dos anteriores, es siempre aconsejable, con tal de que se empleen

vacunas preparadas de acuerdo con los procedimientos modernos que son más efectivos. Es conveniente que en el Laboratorio Nacional de Higiene se preparen estas vacunas en cantidad suficiente y de acuerdo con las técnicas modernas, para poder así emprender vacunaciones en grande escala.

Educación colectiva.—Hay que tener presente que los hábitos de un pueblo no se cambian fácilmente en un tiempo corto, y que la edad más propicia para efectuar estos cambios es durante el período escolar. Un programa educativo de largo alcance es indispensable fomentarlo en la escuela, y no en la forma esporádica de conferencias o de folletos, sino con la intervención constante del maestro, quien debe tener la preparación del caso para desarrollar tal labor. Es preciso iniciar un programa de entrenamiento a partir de las escuelas normales que existen en el país, revisando y completando la instrucción que reciben allí los futuros maestros, que no sea ésta el simple estudio de “fisiología, anatomía y nociones de patología,” sino toda la técnica que constituye la pedagogía de la higiene escolar, donde el maestro desempeña una gran parte de las actividades que nuestras disposiciones legales le señalan a los “médicos escolares.” Se necesitarían por lo menos 700 médicos escolares con tiempo completo, para que cada uno tuviera a su cuidado 1,000 niños y poder suministrar así servicios a los 700,000 escolares primarios que hay en el país, lo cual requeriría un presupuesto anual de unos 5 millones de pesos y un número de médicos mucho mayor al que hay en todo el país, quedando todavía mucho por hacer ya que este problema de la higiene escolar tiene un 80% de pedagogía y apenas un 20% de información médica. Pero hay que iniciar este movimiento en la escuela misma, si queremos aspirar a modificar en forma colectiva y estable los numerosos conceptos errados y diversas costumbres antihigiénicas que tiene nuestro pueblo, en lo relacionado con la protección materno-infantil en este caso particular, y que contribuyen a la producción de nuestra mortalidad materno-infantil elevada.

Al lado de este programa de largo alcance es preciso emprender otro de aplicación inmediata, recalcando en forma especial los problemas referentes a la diarrea infantil y demás que en cada lugar se comprueben, por la bioestadística, los que constituyen factores de importancia. Esta campaña debe comprender la preparación y distribución de folletos, hojas sueltas, afiches, etc., lo mismo que la proyección de películas educativas, presentación de programas radiales en forma permanente, conferencias sobre el tema, no solamente a las madres, sino a diversas agremiaciones y entidades que puedan constituir núcleos de interés y de colaboración para la campaña. Es preciso divulgar profusamente los datos relacionados con la mortalidad y morbilidad y llevar a la conciencia del país el significado que tienen estas cifras elevadas, que desdichan mucho de nuestra patria y que deben constituir una preocupación por su futuro biológico. Algunos autores sostienen que el mejor índice que

existe para medir el adelanto de un país viene a ser el coeficiente de mortalidad infantil.

CONCLUSIONES

Los puntos generales contenidos en este memorándum pueden resumirse en:

- (1) Reorganización de la estadística vital del país, como función fundamental de las entidades de higiene pública, especialmente, en este caso, en todo lo referente a la mortalidad y morbilidad materno-infantil, con un registro técnico de los nacimientos y defunciones.
- (2) Separación entre la campaña de protección infantil y materna de las de asistencia médica gratuita, que deben ser funciones de las entidades de beneficencia e instituciones privadas que se dediquen a esta actividad, por lo menos hasta donde sea posible llevar a cabo esta separación.
- (3) Iniciar estudios técnicos sobre la epidemiología de las diarreas infantiles de Colombia y, mientras tanto, combatir las causas presumibles que sean más comunes.
- (4) Estudiar todo lo referente a la leche en el país y fomentar las soluciones globales del problema.
- (5) Preparar suficiente personal técnico, de médicos higienistas, pediatras y obstetras, enfermeras de salud pública, trabajadoras sociales y enfermeras-parteras.
- (6) Realizar una intensa campaña educativa.

REORGANIZATION PLAN FOR THE PROTECTION OF MOTHER AND CHILD IN COLOMBIA (*Summary*)

In planning the work for the protection of mother and child, just as in all other public health work, the adoption of plans covering all its aspects and under a centralized organization brings about economy and more stable and effective results. One of the most important and urgent objectives is to reduce the high mother and child mortality rates existing in Colombia. Among other measures to be taken is the improvement of the present system of reporting and collecting vital statistics data. Complete and exact data on births, deaths and morbidity among children, as well as mortality rates among mothers, causes of death and all other pertinent data possible, are essential if a true picture of the situation is to be had. Using existing data even though not secured under standard methods, the most common causes of death among mothers and children in Colombia, appear to be lack of obstetrical as well as pre and post natal care of the mother, mal nutrition during pregnancy because of bad food habits, poverty or scarcity of proper foodstuffs in certain localities, and for the child, a high percentage of acute enteritis which is probably to a certain extent, preventable, and mal nutrition resulting in low resistance and susceptibility to intestinal and respiratory

diseases. Much money and energy have been expended in campaigns for the protection of mother and child in Colombia by giving them free medical attention. This work is carried on in most of the organizations established for that purpose, but the amount and quality of medical aid is very limited as is the budget set aside for this work. The milk problem is a varied and complex one, difficulties being found in sanitation, the economic, transportation, production and consumption aspects. Many experts in the United States agree that with a more widespread production and consumption of evaporated milk, an important decrease in child mortality and morbidity rates will develop. Some Colombian experts believe that this would also be true in Colombia, and besides improving health conditions in children, it might also prove to be more economical than whole fresh milk. In setting up special centers for the care of mother and child in Colombia, the authorities in the Departments where these are located should see that the centers are under the care of obstetricians and pediatricians trained in public health work, on a full-time basis, and that they be paid salaries at least commensurate with their income should they be engaged in private practice. The centers for consultation in this preventive program should be provided, besides these pediatricians or obstetricians, with adequate auxiliary personnel such as nurses and midwives, all with satisfactory salaries. A program should be devised for the proper training of nurses, midwives and other auxiliary personnel in order to carry out this work adequately. Nurses trained in public health work are indispensable in the highly important work of caring for mother and child and in order to bring about successful results, they must be efficient. One of the most important parts of the program is a campaign of immunization against all communicable diseases to which children are prone and which may be prevented by means of proper vaccines. Vaccination against smallpox is of known value and the advantages are obvious. Vaccination against diphtheria should be undertaken everywhere as this is one of the principal causes of the high mortality and morbidity rates in children in Colombia. An intensive health education program should be initiated in all normal schools in the country where future teachers are being prepared. For the 700,000 primary school children in the country, there should be at least 700 full-time physicians to care for them. This would cost about 5 million pesos and would require more physicians than exist at present in the whole country. Besides this long range program, a campaign against infantile diarrhea should be undertaken at once, which would include the preparation and distribution of pamphlets and leaflets, the showing of educational films, radio broadcasts, lectures not only to mothers but also to organized groups, clubs, etc., composed of people who would take an active interest in such a campaign. It has been said that the progress of a country may be determined by its infant mortality rate.