## SECCION DE EDUCACION MEDICA

# LA EDUCACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ORIENTADA EN FUNCION DE LA COMUNIDAD

## Razones de un Seminario

I SEMINARIO BOLIVARIANO Y II COLOMBIANO SOBRE LA ENSEÑANZA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. — Bogotá, Septiembre 8 a 13 de 1969.

*Dr. Guillermo López-Escobar,* M.D.*

Desde las épocas históricas, en los albores de la humanidad, en que la enfermedad era considerada como la resultante de un castigo divino, hasta los tiempos actuales de nuestra era atómica, en que la salud es mirada como el bienestar físico y mental derecho inalienable del individuo; la evolución cambiante de los conceptos de la salud y enfermedad, aunada al avance tecnológico, han hecho que la Medicina se proyecte en horizontes diferentes y más amplios. Hasta hace solo algunos decenios el enfoque médico era individual. Hoy día la visión de lo que determina el desequilibrio biológico de un organismo, implica los factores existentes en el medio social dentro del contexto de una vida comunitaria. Parangonando el viejo dictado de que "no existen enfermedades sino enfermos" pudiéramos afirmar en cierto modo, que no hay enfermedades sino comunidades influídas por factores ambientales, ecológicos y sociales.

Como lo expresaba el Doctor Alejandro Jiménez[1] en este mismo recineto con ocasión de la Primera Conferencia General de Educación Médica hace tres años "tradicionalmente ha exisitdo un divorcio entre nuestras Escuelas Médicas por una parte y las agencias de seguridad social e instituciones de asistencia pública por otra... por influencia de patrones foráneos y por razones de tradición, nuestra educación médica se había orientado hacia la medicina individual y curativa es decir el ejercicio privado. Sin embargo en países en donde apenas un pequeño sector de la población puede pagar sus servicios, es obvio que este tipo de educación médica no responde a las reales necesidades de la sociedad".

Cualquiera familiarizado con el cuidado materno dice Peckham[2] "reconoce el ensanchamiento que sus dimensiones han tomado en las últimas tres décadas de este siglo. En este amplio concepto del futuro, podemos definir que el cuidado materno es el realizar aquellas medidas necesarias para obtener un estado mental, físico y social de bienestar y el mantenimiento de este estado antes del embarazo, ya de por sí planeado,

* Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional. Jefe de la División de Estudios de Población. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

durante el mismo y a través del postparto no solo para la madre y el niño sino para la familia entera... El establecimiento de una salud materna óptima envuelve dos generaciones: la de la futura madre y la de la madre de ella además de sus familiares".

Este objetivo de la salud materna óptima est ácondicionado al crecimiento y los cambios que el conjunto de estas familias puedan sufrir. Ha sido señalado[3] que "los cambios poblacionales que están teniendo lugar requieren que las generaciones futuras de médicos se hagan más concientes de la organización social en que la medicina es practicada. Las presiones demográficas solas han forzado una re-evaluación del marc en que la medicina es ejercida. Un marco de referencia desarrollado cuando el episodio agudo era la regla y el único fenómeno atendido".

Estos cambios poblacionales: transición demográfica, acelerado crecimiento, pirámides de población con base cada vez más ancha de gente joven, desproporción del crecimiento de población y el crecimiento económico inciden directamente sobre los recursos de salud de nuestros países Latinoamericanos.

Los nexos entre los problemas de salud y la dinámica de población son estrechos y reales. Para situarnos dentro del marco de referencia en la salud de la mujer Colombiana, recordemos que de los 17.484.508 habitantes que arrojó el último censo de 1964, más de la mitad, el 50,7%, era población femenina. El 46,6% del total de la población estaba constituído por menores de 15 años, y el 22,6% por mujeres en edad fértil (15-49 años). De acuerdo con las proyecciones hechas para este año por los demógrafos, esta cifra de mujeres en edad fértil sería de aproximadamente 4.660.000.[4]

En la zona urbana la proporción de mujeres era aún mayor (53,1%) el 22,7 de las mujeres de 15-54 años no han asistido a la escuela y solamente el 16,1% han cursado algún año de estudios medios o superiores.[5]

En términos generales, la mujer se enferma más que el hombre, esto es apreciable, tanto en enfermedades generales como dentales y atribuíble en parte a las condiciones asociadas con la maternidad. En Colombia las enfermedades crónicas parecen ser menos frecuentes en las mujeres y los accidentes ocurren en la mitad de los casos en comparación con los hombres.[6]

La Investigación Nacional de Morbilidad de los años 65 y 66[7] precisó que la tasa general de embarazos era de 198,3 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, con una tasa mayor en el medio rural: 237,7 por mil, en relación con el área urbana: 168,0 por mil y con regiones como la del Atlántico, con tasas aún más altas 244,9 por mil. Con una correlación evidente entre tasas elevadas de embarazos y niveles bajos económicos y educacionales.

La tasa general de fertilidad correspondiente al "número de nacidos vivos por mil mujeres en edad procreativa" es para el país de 165,0 por mil. La zona urbana muestra una tasa de 129,4 por mil y una rural de 211,3 por mil, siendo mayores en las regiones Atlántica y Oriental.

Para expresarlo en otra forma el tamaño de la familia es mayor en la zona rural: promedio de 5.4 hijos vivos en comparación con la zona urbana: 4,7. Promedio más alto así mis-

mo en las familias de más pobres ingresos.

De los datos de una encuesta hecha sobre un grupo de población en el estudio post-parto encontramos que el 48,7 de las mujeres habían tenido su primer embarazo por debajo de los 18 años.

Sin embargo solo un 83,5% de los embarazos culmina con un hijo vivo. Casi una quinta parte de ellos constituye un gasto inútil de salud y de energía física y mental femenina puesto que corresponden a defunciones fetales o embrionarias, de las cuales 82,4% son abortos.

De otro lado por cada mil nacidos vivos 2,53 mujeres mueren por complicaciones involucradas en el proceso de la maternidad.

Los anteriores considerandos nos indican cómo al hablar de los aspectos de salud en la mujer Colombiana y en relación con la familia hay 4 grandes pilares sobre los que se asienta la morbi-mortalidad femenina en nuestro país ellos son las infecciones generalmente post-parto o post-aborto. La hemorragia del embarazo o del aborto. La toxemia gravídica y el aborto. Agrandándose a esto un quinto parámetro al cual nos referimos más adelante: el cáncer del cérvix uterino.

La magnitud del problema del aborto en Colombia varía de acuerdo con la fuente consultada. Su incidencia siempre es alta. La estimación de 117.401 abortos referidos[8] por las mujeres de 15-54 años, significa 136,1 abortos por cada mil embarazos, o un aborto por cada 6 nacidos vivos.

En el grupo de encuestas mencionado del programa post-parto hubo 396 abortos, es decir un 17,3%. Y si tomamos los datos de los trabajos de Santamaría en el Instituto Materno Infantil, encontramos que en este Instituto existe un aborto por cada cuatro partos, incluyendo una estadística que muestra "como un 66% de las mujeres ingresadas son solteras, con un número alarmante de mujeres menores de 15 años y que el 87% del total de abortos ingresados son abortos provocados, de acuerdo con los datos recogidos por las religiosas de la Institución, con 70% de madres solteras, 490 expósitos, 327 madres menores de 15 años y 86 casos de incesto".[9] El índice global de mortalidad no depurada de los casos de aborto séptico fue de 4,4.[10]

De los embarazos que tenían cada año en el país solo un poco menos de la mitad reciben atención médica (48,2%), y la asistencia profesional del parto mismo es aún menor (36,8%) aquí las diferencias entre el medio rural y el urbano son más acentuadas, con regiones como el Huila en donde el porcentaje de atención hospitalaria es inevitable, en ellas de 100 mujeres que dan a luz solo 3 a 4 (3,3%) tienen atención médica adecuada.[11]

Efecto lógico de esta situación, la mortalidad infantil que posee repercusiones obvias sobre el estado físico y mental de la mujer y por ende de la familia. Si bien es cierto que la mortalidad infantil en Colombia ha tenido en los últimos años reducciones importantes, sus cifras eran en 1964 todavía de 83,3 por mil nacidos vivos.

La tercera parte de las defunciones del país ocurren en niños menores de un año y casi la mitad en niños de menos de 5 años. De cada 5 niños que fallecen antes de los cinco años uno muere por enfermedades propias de la infancia, uno por enfer-

medades diarreicas y uno por enfermedades respiratorias todas ellas en su mayoría prevenibles.

Muy rápidamente mencionemos la otra gran área causante de la morbimortalidad femenina: el cáncer genital 5% del total de las muertes en Colombia las produce el carcinoma genital femenino, en particular el cáncer del cérvix. Es este el tumor maligno más frecuente en Colombia[12] aquí también las condiciones socioeconómicas juegan un papel importante su frecuencia es mucho mayor en los niveles socio-económicos bajos. Si bien existen otros factores determinantes el cáncer del cérvix es un tumor cuya frecuencia ha disminuído netamente en países más desarrollados que el nuestro. La alta fertilidad, la iniciación de relaciones sexuales en temprana edad pudieran estar incidiendo en nuestro medio.

Así pues, como lo anota Rosa[13] "uno de los objetivos primarios de la educación médica debe ser proveer al profesional con la metodología para una auto-educación a través de su vida, con énfasis en autoeducación relacionada con los programas locales... para estimular esta auto-educación el médico necesita estar bien orientado hacia el desarrollo comunitario... debe tener una amplia visión de la enfermedad y su control no solo por el estudio del enfermo individualmente sino del conocimiento de las influencias socioeconómicas y ambientales". A este respecto el profesor Neghme expresidente de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina decía en la Conferencia sobre Educación Médica ya citada: "La super-posición de los problemas médicos y los problemas económicas sociales debe llevar a preparar los futuros médicos para afrontar los desafíos que representan las nuevas situaciones médicas, sociales y ambientales así como el progreso acelerado de la tecnología.

Han sido todas las consideraciones anteriores las que llevaron a que se orientara el presente Seminario hacia un enfoque comunitario con el lema "La educación Gineco-Obstétrica en función de la comunidad". Bien seguro estoy que las discusiones y conclusiones de los distinguidos participantes de este Seminario nos van a dar guías para que la enseñanza de los futuros ginecólogos y obstetras tenga nexos más íntimos con las comunidades que lo rodean. Ellas nos han de mostrar también lo fundamental de la enseñanza de la reproducción que como dice Breese[14] es esencial para todos los estudiantes de Medicina no importa qué tipo de práctica puedan eventualmente tener. Ellas harán énfasis en cómo involucrar en los estudios Gineco-Obstétricos, los avances de la tecnología educacional, llamada instrucción programada, los cubículos sde ayudas audiovisuales sen donde el estudiante hace auto-educación etc. y ellas nos enseñarán también como utilizar e incrementar el ejercicio de las profesiones auxiliares o de colaboración médica para lograr una mayor cobertura que mejore los niveles de salud de nuestras mujeres.

Aunque estoy seguro de que es bien conocido por Uds. permítaseme que termine parafraseando el bello ensayo de Dubos[15] El Hombre y su Alrededor" cada sociedad debe tener su propio sistema de Medicina y salud pública adecuada a sus necesidades particulares y a sus recursos. El papel de la medicina es ayudar al hombre a funcionar tan bien como sea factible y si posible hacerlo feliz en su propósito... el crecimiento continuo de la tecnología requiere un

ensanchamiento de nuestros conocimientos sobre la naturaleza del hombre. El hombre puede funcionar bien, solo cuando su medio externo está a tono con las necesidades que ha heredado de su pasado evolucionario experimental o social y también con sus aspiraciones del futuro.

**BIBLIOGRAFIA**

1 A. JIMENEZ. Primera Conferencia General de Educación Médica. Ediciones Tercer Mundo. Bogotá 1966.

2 B. M. JECKHAM. Optimal Maternal Care. Obstetricia y Ginecología. 33: 862. Jun. 69.

3 P. M. DENSEN. Demography and Doctors. The Implications of Population Changes for the Education and Training of Doctors. J. Med. Ed. 40: 62/65.

4 E. PEREZ. Proyecciones de la Población Colombiana. 1965. - 1985 CEDE - 1968.

5 Recursos Humanos. Minsalud. Ascofame. 1968.

6 A. PABON. Recursos Humanos. loc. cit.

7 Investigación Nacional de Morbilidad. Hechos Demográficos. Recursos Humanos loc. cit.

8 Recursos Humanos. - loc. cit.

9 L. SANTAMARIA. Rev. Col. Obst. Ginec. 17: 273/66.

10 L. SANTAMARIA. et al. Rev. Col. Obst. Ginec. 18: 381/67.

11 Recursos Humanos. loc. cit.

12 Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer.

13 F. ROSA. Doctor for newly developing countries. J. Med. Ed. 39: 918/64.

14 M. W. Breese Predoctoral training in obstetrics and gynecology. Am. J. Obst. & Gynec. 104, n 2/69.

15 R. DUBOS. Britannica Perspectives. Pág. 305.