Sección Informativa

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD DE LA ATENCION GINECOBISTETRICA EN AMERICA LATINA*

Dr. Fernando Sánchez Torres**

Como participante de este Simposio que debe analizar el presente y el futuro de la Ginecología en América Latina, me ha sido encomendado hacer referencia a los factores condicionantes que inciden sobremanera en la calidad de la atención ginecobiétrica.

Para poder cumplir dicho encargo es necesario fijar con precisión qué se entiende por atención ginecobiétrica de calidad, y ver luego si ella se dispensa por igual en la totalidad de los países que conforman la América Latina.

Para lo primero conviene separar las dos ramas de la especialidad, aún cuando en la formación de sus cultores se haya aceptado que se trata de una sola. Bien sabemos que en la práctica cada una adquiere dimensiones diferentes, con características muy propias y definidas.

La ginecología, por una parte, abarca toda la vida de la mujer, desde su naci-

miento hasta la muerte, y tiene como objetivos conservar en el mejor estado sus órganos reproductores, corregir médica o quirúrgicamente las anomalías que puedan presentarse y extirpar lo que haya sufrido degeneración o malignización. De otro lado, la obstetricia es la encargada de velar por el bienestar de la mujer y de su hijo, en la etapa de gestación y nacimiento. Dado que la edad fértil de la mujer posee sus límites, el papel de la obstetricia tiene lugar solo durante el tiempo que dura la capacidad reproductora. En otros términos, la atención ginecológica abarca todo el ciclo vital de la población femenina, en tanto que la atención obstétrica se reduce a ciclos limitados dentro de un período definido —el período fértil de los componentes de esa misma población.

Como puede verse, he involucrado a toda la población y no a la mujer, a una mujer en particular. Si bien es cierto que ésta es parte de un todo, en términos de salud pública hay que considerar a la generalidad y no al individuo aislado. Por lo tanto, para el tema que nos ocupa debemos tener en cuenta, creo yo, no la atención ginecobiétrica que se dispensa a nivel del consultorio privado, sino la atención que se prodiga por parte de cada uno de nuestros gobiernos a la comunidad femenina. Ha de aceptarse, por la disimilitud de circunstancias que

* Ponencia presentada al X Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Santo Domingo (República Dominicana), octubre de 1981.

** Profesor Titular del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

existe en los países latinoamericanos, que los beneficios médicos que reciben las mujeres no son los mismos en todos ellos. Para no entremeterme en asuntos ajenos ni en comparaciones que puedan resultar incómodas, evitaré analizar lo que ocurre en uno u otro. Me concretaré a señalar, en forma general, los factores que a mi juicio atentan contra la calidad de la atención ginecobstétrica o la favorecen. Cada quien deducirá luego si en su respectivo país dicha atención es o no de calidad.

Se puede aceptar que existe una buena atención ginecobstétrica, cuando:

1. La mortalidad por cáncer genital es baja.

El cáncer del seno y del cuello uterino son las neoplasias más frecuentes en la mujer. Si existen programas de detección, de amplia cobertura, y que en lo posible estén dirigidos a los grupos especialmente expuestos, es de esperar su diagnóstico temprano y, por ende, buenos resultados en los tratamientos. Si, en cambio, el cáncer se diagnostica en fases avanzadas, la tasa de mortalidad por dicha causa se mentendrá elevada.

2. Los índices de mortalidad materna son bajos.

Los índices de mortalidad materna son un buen indicador de la calidad de los programas de protección a la mujer embarazada. Puede considerarse que este índice es bajo cuando la mortalidad es inferior a 5 por 10.000 nacidos vivos. Hay países de los llamados del Tercer Mundo en los cuales la mortalidad materna sobrepasa la cifra de 35 por 10.000 nacidos vivos, mientras hay otros, que han alcanzado un máximo desarrollo, donde el mismo fenómeno no llega a 1 por 10.000 (Dinamarca: 0.4).

En general, en América Latina las muertes maternas ocurren por factores

obstétricos directos tales como la sepsis, la toxemia gravídica y la hemorragia. Si se analiza detenidamente cada uno de estos factores se llega a la conclusión de que su ocurrencia es casi completamente evitable.

Las muertes que tienen como causa la sepsis quedan, por lo común, encasilladas en el grupo rotulado "aborto provocado". Este, que es uno de los peores lastres de salud pública que pueda exhibir cualquier país, es, en Colombia, como en muchos otros países latinoamericanos, el principal agente matricida. A este respecto decía yo en Lima en octubre de 1978, al tratar el tema "Aspectos sociales de la Ginecología y la Obstetricia" durante el Noveno Congreso Latinoamericano de la especialidad: "En aquellas naciones donde el aborto es ilegal absoluto o demasiado restrictivo, ha obligado a que su práctica se lleve a cabo a escondidas, bien por médicos y enfermeras conocedores de su oficio, o, lo más frecuente, por personas ignoras. Los primeros, mejor remunerados y en veces demasiado bien por su condición de delinquentes, hacen su trabajo de manera técnica, con manos enguantadas y con instrumentos adecuados; las segundas, que laboran a cualquier precio, lo desempeñan a "mano limpia" —entendiendo lo de limpia con sentido figurado y de cualquier manera.

Aquéllos aseguran la integridad física de la mujer, éstas se comportan como una letal amenaza. Con esta situación discriminatoria queda, sin lugar a dudas, configurada una tremenda injusticia social: la capacidad económica se constituye en un factor dispensador de salud o enfermedad para quien quiera ponerle fin a una gestación indeseada.

Quienes por su condición de pobreza están impedidas para llegar hasta la consulta de los de manos enguantadas, son las llamadas a ocupar las camas de los

hospitales de caridad, contribuyendo a gravar los exiguos presupuestos de esas instituciones; son las mismas que están, expuestas a ser sometidas a la exéresis de sus órganos reproductores como medida heroica para salvar sus vidas, y son las mismas que con frecuencia van a ocupar las mesas de autopsia, luego de ingentes pero inútiles esfuerzos médicos. Y no olvidemos que esas muertes maternas, que son muertes ciertamente evitables, desembocan en catástrofe para el núcleo social primario, pues la ausencia de la mujer, esposa y madre, significa la desintegración de la familia".

Si se tienen en cuenta los factores epidemiológicos que acompañan a la llamada "Toxemia gravídica", podemos deducir que dicha enfermedad, hasta cierto punto, es una entidad evitable. Bien sabemos que en aquellos países donde la atención prenatal se dispensa en forma cuidadosa, de una muy alta calidad, la aparición de la preeclampsia y, particularmente, de la eclampsia, es un hecho infrecuente, y la muerte por esta causa un hecho insólito. En cambio, en otras donde esos programas dejan mucho que desear, la enfermedad se observa en diez y más por ciento de las gestaciones que ocurren en el grupo de población de pobres condiciones socio-económicas.

Casi que puede afirmarse que la toxemia gravídica es una enfermedad de carácter social: primigestantes jóvenes, solteras, mal nutridas, sin ninguna vigilancia médica, con graves conflictos psicoemocionales derivados de su misma condición de embarazadas. . .

La muerte materna derivada de la hemorragia obstétrica ha disminuido considerablemente desde que el parto se atiende en un ambiente adecuado, por personal capacitado. La placenta previa y el **abruptio placentae**, tratados institucionalmente, solo de vez en cuando conducen al óbito materno. La ruptura

uterina, por su parte, es casi desconocida —como decía Greenhill— cuando la obstetricia se practica con propiedad. De ahí que su ocurrencia tenga lugar cuando no se han previsto o evitado los riesgos que la pueden ocasionar.

3. Las tasas de prematurez y bajo peso al nacimiento son reducidas.

La prematurez y el neonato de bajo peso se encuentran muy relacionados, entre otras cosas, con la condición socio-económica de las madres, con la edad de las mismas, con la actividad laboral tardía y, en general con la calidad de la atención prenatal. Tomando como pauta lo que ocurre en los países más adelantados en cuestiones sociales y de salud pública, puede aceptarse que las tasas de prematurez y bajo peso son reducidos cuando no sobrepasan el 5% de los nacimientos.

4. La mortalidad perinatal es baja.

Al igual que la mortalidad materna, la mortalidad perinatal es un buen parámetro para juzgar la bondad de los programas de protección materno-infantil. En algunos países del Africa, por ejemplo, la mortalidad perinatal alcanza a 60 por 1.000 nacidos vivos, en tanto que en Suecia es apenas de 14. Un índice entre 15 y 22 por 1.000 nacidos vivos podría considerarse como aceptable.

Los índices de mortalidad perinatal guardan relación con la calidad de los cuidados prenatales, con la calidad de la atención del parto y con la calidad de los cuidados neonatales.

Cabe aquí, para este efecto, señalar la importancia que tiene hoy día la ocurrencia del parto institucional en razón a que, como sucede en Colombia, donde apenas el 40% de los partos son institucionales (en Canadá el 99.6% lo son), las afecciones anóxicas e hipóxicas pe-

ripartales han aumentado en importancia, produciendo tantas muertes como las diarreas (Informe del Ministro de Salud al Parlamento 1974-1978). Por supuesto que estas afecciones se registran en especial cuando el parto ha ocurrido domiciliariamente, en áreas urbanas o rurales. Bien decía por eso Onofre Aven-
daño en su ponencia sobre "Atención Materna y del Recién Nacido en Latinoamérica", presentada durante el Congreso que se llevó a cabo en Quito en 1973, que "la cama obstétrica es un indicador de niveles de eficiencia y que la promoción del parto en instituciones públicas o privadas, a cargo de profesionales idóneos, con normas y recursos suficientes, constituye un factor de progreso que favorece el pronóstico general del proceso reproductor".

5. El número de embarazos de alto riesgo no supera el número de embarazos de bajo riesgo.

La ocurrencia de embarazos de alto riesgo no podrá evitarse nunca, pero lo que sí puede disminuirse es su número. Por ejemplo, la reducción de embarazos en mujeres añosas o adolescentes, en grandes multíparas, en mujeres mal nutridas y anémicas hará, en una población determinada, menos peligroso el proceso de la reproducción.

6. Las tasas de natalidad no desbordan las posibilidades presupuestales del Estado destinadas a satisfacer los requerimientos de salud, educación y vivienda.

En algunos países latinoamericanos se registran tasas superiores a 40 nacidos vivos por 1.000 habitantes, mientras en algunas naciones europeas es apenas de 14. Por eso es que se presagia que si no se reducen las tasas de natalidad, América Latina tendrá a finales del presente siglo 619.929.000 habitantes, en contraste con los 320.945.000 que tenía en 1975, y con 60 millones que tenía al comenzar el presente siglo.

Creo que todos aceptamos que la planificación familiar, por sí misma, no irá a ser la solución para la totalidad de los problemas del desarrollo en Latinoamérica, pero sí ha de ser un elemento importante entre el conjunto de acciones que han de contribuir a mejorar el bienestar de nuestros pueblos. De no tenerse en cuenta surgirán graves e inevitables conflictos sociales, puesto que el crecimiento demográfico incontrolado siempre restará oportunidades y posibilidades al desarrollo general de las naciones, particularmente por sus implicaciones sobre la alimentación, el empleo, la vivienda, la educación y la salud pública.

Por otra parte, la planificación familiar y, en general, los servicios de regulación de la fertilidad, deben ser operantes si se quiere, como vimos en el punto anterior, evitar o disminuir los embarazos de alto riesgo.

Con lo mencionado atrás he procurado delimitar lo que puede considerarse como una atención ginecobstétrica de buena calidad.

Siendo más concreto aún creo que la atención ginecológica es buena si es:

- a. Integral (preventiva y curativa).
- b. De amplia cobertura (a toda o casi toda la población femenina).
- c. Accesible (gratuita o de costos reducidos; centros de atención suficientes y estratégicamente situados).
- d. Eficiente (que ofrezca los tres niveles de atención).

Por su parte la atención obstétrica es buena si es:

- a. Precoz (desde las primeras semanas de gestación).

- b. Integral (que abarque el embarazo, el parto y el puerperio, e involucre al neonato).
- c. De amplia cobertura (a toda o casi toda la población gestante).
- d. Accesible (gratuita o de costos reducidos; centros de atención suficientes y estratégicamente situados).
- e. Eficiente (que ofrezca los tres niveles de atención, con personal e instalaciones de acuerdo a la complejidad de esa atención. Que tenga un componente educativo).

Habiendo establecido las características de una buena atención es forzoso señalar bajo qué condiciones puede dispensarse. Creo que esas condiciones son las siguientes:

- a. Un sistema nacional de salud bien estructurado.
- b. Un adecuado presupuesto.
- c. Una comunidad consciente del papel que le corresponde desempeñar.

Vale la pena hacer algunas consideraciones finales sobre la calidad y condiciones de la atención ginecobstétrica.

El avance científico, así como la calidad de la atención médica, están relacionados directamente con el progreso social. En aquellas naciones donde existe un equilibrio social y un desarrollo económico adecuado, los programas de salud pública suelen ser eficientes, tanto en cantidad como en calidad. Bien sabemos que el riesgo de la producción humana está sujeto a factores de índole individual pero, fundamentalmente, a factores ambientales o ecológicos. No queda duda, por eso, de que un medio favorable y adecuadas condiciones de vida son requisitos indispensables para una buena atención ginecobstétrica.