Primer Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología

EL GINECO-OBSTETRA, LA POBLACION Y LA SALUD

Dr. Jorge García Silva, M.D.

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA.

I. Introducción

Conscientes de la alta responsabilidad del gineco obstetra, en el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las mujeres de la comunidad a la cual sirven, es necesario detenerse a examinar la efectividad o rendimiento de sus acciones.

En el caso de que dicho análisis nos demuestre que su acción es poco efectiva socialmente, deberemos retroceder a estudiar las causas del fenómeno, considerando para ello la población susceptible de ser atendida por los gineco obstetras y la adecuación de su formación a los requerimientos de salud de su comunidad.

II. Rendimiento de las acciones de salud de los gineco obstetras

El rendimiento de las acciones de los profesionales de la salud, depende de numerosas variables entre las cuales podemos mencionar:

A. Capacitación del personal correspondiente.

B. Adecuación del número y distribución de los profesionales a las características de la población a la que deben servir.

C. Políticas de salud nacionales.

D. Características socio económico culturales de la población objeto de las acciones de salud.

Dado que la meta de los programas de salud es mejorar las condiciones de salud de su población, el rendimiento se puede medir en base a diferentes índices de morbi-mortalidad, que reflejan tal nivel de salud.

Trataremos de analizar algunas de estas variables.

En cuanto a la capacitación de los gineco obstetras en Colombia, es reconocida internacionalmente, y este hecho se refleja en la demanda que tales profesionales tienen en el exterior.

Aun cuando el fenómeno de la emigración de médicos tiene numerosas razones diferentes a la capacitación, esta es una variable que los países que reciben a dichos profesionales tienen muy en cuenta.

Entre 1962 y 1966 Colombia tuvo el mayor porcentaje anual de emigración de médicos hacia Estados Unidos, Francia y Canadá, con un 22,8% de sus egresados, en tanto que el resto de los países de América Latina

tuvo en promedio un porcentaje anual de 4,9.

(1) Por otra parte es necesario tener en cuenta que del total de profesionales colombianos que emigraron entre 1955 y 1968, los correspondientes a salud presentaron el 9,91% (2).

Es evidente que en Colombia el número y distribución de ginecobstetras está totalmente en desacuerdo con la población susceptible de requerir sus acciones de salud.

Pensemos que en 1965 había en Colombia 4.843.600 mujeres de 15 y más años y por lo tanto susceptibles de requerir atención gineco obstétrica y que solo había 655 gineco obstetras, es decir uno por 7.395 mujeres de 15 y más años.

Por otra parte, en las ciudades de 20.000 y más habitantes, que es donde solo vivía el 36,5% de la población colombiana, se concentraba el 90,8% del total de médicos (3).

En relación con las políticas de salud colombianas, los servicios de salud son prestados por el Estado, por organismos para-estatales y por el sector privado; no existiendo en consecuencia un servicio único de salud para todo el país, con las desventajas que ello conlleva en un país cuya población se caracteriza por ser muy joven (46,3% de menores de 15 años), con una alta tasa de natalidad estimada en 43,9% para 1972, con una moderadamente alta tasa de mortalidad infantil (76%), con un 23,4% de nacimientos ilegítimos en 1967, con una esperanza de vida de solo 60,8 años para 1972 y con un ingreso per cápita de US \$ 290.

Como dijimos anteriormente, que el rendimiento de las acciones de salud se pueden medir con algunos ín-

dices de morbi-mortalidad, nos referiremos en este momento solo a la tasa de mortalidad materna como indicador.

Esta tasa, originada con las muertes derivadas del embarazo, parto y puerperio, Colombia la ha logrado reducir de 363,4 por 100.000 nacidos vivos en el período de 1951-53 a 240,3 en el período 1965-66. En otras palabras ha logrado una reducción del 33,9%.

En la comparación internacional, observamos que en el mismo período México la ha descendido de 252,0 a 151,8 (39,8%); Japón de 174,2 a 93,0 (46,6%); Estados Unidos de Norte América de 68,7 a 29,1 (57%) y Suecia de 69,0 a 11,3 (83,6%) (4).

Esta sola tasa de mortalidad materna nos está indicando que las acciones destinadas a obtener una óptima condición de salud de las mujeres, está bastante lejos de poder ser considerada como de un alto rendimiento en Colombia.

III. Población susceptible de ser atendida por los Gineco Obstetras

Evidentemente que estará constituida por la proporción de mujeres mayores de 15 años que sufran alguna patología gineco obstétrica, o que estando sanas se sometan a exámenes preventivos.

En América Latina la población de mujeres de 15 y más años en 1970 representaba un 29% de la población total. La situación en Colombia era similar, pues la cantidad de mujeres de 15 y más años era de 5.956.000 lo que constituía un 27% de la población total colombiana (5).

Sin embargo no es suficiente con conocer la cantidad total de pobla-

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE LA POBLACION FEMENINA DE COLOMBIA Y HOLANDA - 1965

Grupos de Edades	Colombia		Holanda	
	Nº	%	Nº	%
Menores de 15 años				
15 — 49	4.026.256	45,4	1.694.767	27,5
50 y más	3.963.061	44,7	2.895.153	47,0
	880.539	9,9	1.570.406	25,5

FUENTE: Demographic Yearbook N.Y. 1970.

ción susceptible de atención, sino que es importante conocer su distribución por edad, la cual puede ser diferente de país a país, e incluso de región a región dentro de un mismo país.

Del estudio del cuadro anterior deducimos que el 45,4% de la población femenina colombiana estaba en 1965 en la llamada edad reproductiva y que solo el 9,9% de la misma tenía 50 o más años de edad. En cambio en Holanda el grupo etario de 50 y más años representaba el 25,5% del total de mujeres.

En consecuencia, de la observación de estas estructuras de población se puede anticipar que los perfiles de morbi-mortalidad serán diferentes. Es así, como en 1965 el porcentaje de muertes femeninas por tumores malignos en relación al total de muertes femeninas fue de solo 1,5% en Colombia y de 6,5% en Holanda (6).

En otras palabras, Holanda que en ese momento tenía proporcionalmente a su población, aproximadamente 2,6 veces más mujeres de 50 y más años que Colombia, el cáncer respondía de aproximadamente 4,4 veces más muertes femeninas.

Las cifras de población para Colombia en 1970 nos indican claramente la alta responsabilidad de los gineco obstetras, pues en sus manos y decisiones está la salud de más de

una cuarta parte de la población colombiana.

Las perspectivas de sus responsabilidades en los años futuros serán inmensas como puede apreciarse en el Cuadro Nº 2 y dependerá de las políticas universitarias y de salud, la responsabilidad de que la salud de dichas mujeres empeore, se mantenga o mejore.

Consideremos solamente que la población femenina mayor de 15 años para el año 1980 habrá aumentado en un 42,8% en relación a 1970, y que para el año 2.000 dicho aumento será del 189,4%.

Estas cifras evidentemente deberán tomarse en cuenta no solo para la formulación de programas de salud, sino también la deberán considerar las políticas universitarias en lo que se refiere a formación de gineco obstetras en el futuro.

IV. Adecuación de la formación del Gineco-Obstetra a los requerimientos de salud de la Comunidad

1. Educación Médica.

Los conocimientos y técnicas que se le entreguen al estudiante, deben responder a objetivos precisos y claros, basados en el cuidadoso análisis del tipo de población a la que se deberá servir, así como las principales patologías que la dominan.

CUADRO N° 2
DISTRIBUCION POR EDAD DE LA POBLACION* FEMENINA DE COLOMBIA - 1970-2.000

Grupos de Edades	1970		1980		1990		2.000	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores de 15	5.140	46,3	7.139	45,6	9.228	43,0	10.887	38,7
15 — 49	4.916	44,3	7.036	45,0	10.118	47,2	14.211	50,5
50 y más	1.040	9,4	1.467	9,4	2.092	9,8	3.026	10,8

FUENTE: Boletín Demográfico CELADE. Año 4 N° 8 - 1971.
* Población en miles.

Sólo en esta forma los gineco-obstetras estarán en condiciones de cuidar de la salud de las mujeres a su cargo en el sentido curativo, paliativo y preventivo.

Actualmente la formación del gineco-obstetra en la mayoría de los países latinoamericanos se realiza de acuerdo con los tradicionales programas pedagógicos, en los que priman las clases magistrales, en que el trabajo práctico ya sea de sala clínica, quirófano, de policlínica o consultorios externos, es aún limitado en tiempo y posibilidades de pasar de elementos inactivos observantes a elementos activos actuantes.

Los contenidos entregados en la docencia, han sufrido lentamente cambios, que no han seguido estrictamente los cambios sufridos por las principales causas de morbi-mortalidad.

Aún prima la parte cognoscitiva sobre la psicomotora y afectiva en la formación de los diversos especialistas de América Latina, lo que demuestra que los objetivos de la formación profesional no están concebidos en términos de conductas terminales.

Si nuestra afirmación estuviera equivocada, no veríamos todos los días los enormes esfuerzos que los jóvenes graduados deben realizar para adaptar sus conocimientos adquiridos en la universidad a la sociedad en la cual deben utilizarlos.

Los currículas de escuelas de medicina de países con muy diferentes sistemas de salud deben ser también diferentes.

Sin embargo, al revisarlos se observa una homogeneidad sorprendente, que refleja la distancia que existe entre la cátedra y la realidad nacional a la que deben servir.

Aún más sorprendente es observar las semejanzas de currícula de Facultades de Medicina de América Latina con Facultades de Medicina de los Estados Unidos de Norte América, como si los sistemas de salud y las condiciones socio-económicas culturales de ambas poblaciones fueran comparables.

Esta crítica es aplicable a la formación del médico en general y no es una situación particular de la formación del gineco-obstetra.

Es urgente en consecuencia, una rápida y concienzuda revisión de los objetivos, en términos de conductas terminales, de toda la educación médica en América Latina, y en forma especial para la formación de gineco-obstetras, que insistimos una vez más, tienen la responsabilidad de más de una cuarta parte de la población.

2. Requerimientos de Salud de la Comunidad.

Está constituida por la combinación de lo que los técnicos consideran necesario realizar, para llevar las condiciones de salud de la comunidad a una condición técnicamente óptima (necesidad real), y las acciones de salud diseñadas para satisfacer la demanda de atención de salud de acuerdo con lo que percibe y expresa la comunidad (demanda). La necesidad real dependerá del conocimiento de la morbimortalidad de las mujeres, la que entre otros factores dependerá de las características de la población de las que son unidades.

La demanda dependerá del nivel de desarrollo socio-económico cultural de la población, dentro del cual es necesario incluir la conciencia de salud.

Es necesario y urgente un cambio de orientación del quehacer de los gineco-obstetras de América Latina.

Si pensamos que las normas de tratamiento en nivel técnico son muchas veces comparables a las de países altamente industrializados, nuestras poblaciones femeninas persisten exhibiendo índices de morbi-mortalidad muchas veces superiores a los de aquellos países.

Compararse por ejemplo la mortalidad por causa obstétrica, la incidencia de la patología gineoclógica inflamatoria, o del cáncer cérvico-uterino, la toxemia gravídica, etc. (7).

En la mayoría de los países de América Latina la atención de los gineco-obstetras es una acción eminentemente curativa, pues dada la desproporción existente entre recurso humano y material frente a las necesidades de la población, prácticamente no hay otra alternativa de acción.

Desafortunadamente, esta acción obligada por el diario quehacer, ha formado una actitud curativa que se transmite al estudiante de medicina, considerando la actitud preventiva como muy secundaria y que sólo puede hacerse cuando las condiciones de personal, recursos y tiempo lo permiten.

Por estas razones se sostiene, que el más flagrante ejemplo de injusticia social es el hecho, de que siendo la mujer de clase socio-económica baja la más necesitada de profilaxis gineco-obstétrica, sea entre nosotros, la que menos beneficio recibe de esta dinámica modalidad de aplicación del avance científico.

V. La situación actual

Para el replanteo de los objetivos de la formación de gineco-obstetras, tratando de adoptar su formación terminal a los requerimientos de salud de la comunidad, con miras a mejorar su rendimiento social medi-

ble en mejoría de las condiciones de salud de las mujeres, es necesario detenerse en dos aspectos fundamentales.

1. La importancia o peso de la morbi-mortalidad gineco obstétrica, y

2. Las entidades nosológicas que constituyen verdaderos problemas de salud pública.

1. Importancia o peso de la morbi-mortalidad gineco-obstétrica.

De acuerdo con la investigación nacional de morbilidad adelantada en Colombia en 1965, se puede afirmar la importancia de la morbi-mortalidad gineco-obstétrica (8).

El 65,2% del total de hospitalizaciones fueron do mujeres entre 15 y 44 años.

La primera causa de consulta fue por motivos de embarazo, parto y puerperio con un 37,2%.

Las causas de hospitalización difieren notablemente de las causas de muerte en el grupo de mujeres estudiadas, dadas las bajas tasas de mortalidad de numerosas situaciones en relación con el embarazo, parto y puerperio.

En el período de un año inmediatamente anterior a la encuesta nacional de morbilidad, terminaron en Colombia 867.000 embarazos, de los cuales (745.600) terminaron en partos y recibió atención médica un 34% de ellos; un 14% terminaron en abortos (121.400) y de ellos un 56% recibió atención médica.

Al estudiar este fenómeno en términos de mortalidad, no refleja la real magnitud del problema, dado que muchas afecciones gineco-obstétricas son de baja letalidad.

Las defunciones de mujeres por tumores malignos de la mama y del aparato genital, más las muertes debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio solo representaron en 1965 el 1,5% del total de defunciones femeninas, es decir 2.731 defunciones (9).

Los profesionales existentes en dicho momento en Colombia para cubrir esta atención era de 8.654 médicos es decir de 4,3 por 10.000 habitantes, que está bajo el promedio de dicho momento en América Latina que era de 5,8.

Si consideramos que de los 8.654 médicos colombianos solamente 655 eran gineco-obstetras debemos pensar que los 867.000 embarazos más las 2.731 muertes por afecciones cancerosas y derivadas del embarazo, parto y puerperio, debieron ser atendidas por estos profesionales, significa que cada uno de ellos tuvo que atender 1.328 casos en un año, es decir alrededor de 5 casos diarios considerando 261 días hábiles en el año.

Esta demostración teórica es totalmente falsa si consideramos que por una parte muchas atenciones son realizadas por no especialistas en gineco-obstetricia, pero por otro lado podemos comprender que esta situación es aun altamente más dramática si tenemos en cuenta la distribución de los médicos en Colombia, a la que nos referimos anteriormente.

2. Entidades nosológicas que constituyen verdaderos problemas de Salud Pública.

Existen dos entidades nosológicas gineco-obstétricas que por su alta incidencia, por su peso en cuanto a morbi-mortalidad de la mujer, por sus repercusiones en el seno de la familia, por su alto costo y por sus po-

sibilidades de prevención constituyen verdaderos problemas de salud pública en América Latina (10).

A. El embarazo no deseado.

B. El cáncer cérvico uterino.

A. El embarazo no deseado.

Las razones de no desear un embarazo son múltiples. En términos generales se pueden agrupar en de orden médico, social y económico.

No nos detendremos en esta oportunidad a analizar las razones antes mencionadas.

Si recordamos que en Colombia en 1965 terminaron en aborto aproximadamente 121.000 embarazos, y pensamos que no más del 10% de los mismos terminan en abortos espontáneos, podemos deducir que aproximadamente 34.000 abortos fueron inducidos.

Por otra parte, investigaciones de campo realizadas en varios países de América Latina (11, 12) sostienen que aproximadamente un 30% de los abortos inducidos llegan al hospital, de donde se podría pensar que fácilmente en Colombia se debieron producir en el año 1965 alrededor de 113.000 abortos inducidos es decir 1 por cada 6,59 nacimientos.

Aplicando estos mismos guarismos a 1973, deberíamos esperar que se produjeran en Colombia aproximadamente 158.421 abortos inducidos, de los cuales en Bogotá se deberían producir aproximadamente 63.368.

Esta enorme cantidad de abortos nos está indicando que las mujeres frente al embarazo no deseado recurren al aborto inducido como única y segura solución.

En la Conferencia Mundial de Población de Naciones Unidas, celebra-

da en 1965, se estimó que anualmente se producían en el mundo unos 30 millones de abortos, tanto legales como ilegales, lo que significaba unos 85.000 abortos diarios (13).

El aborto inducido en América Latina, constituye un real problema de salud pública dada su alta incidencia, su alto costo demostrado en las investigaciones sobre aborto hospitalario, que evidencian el importante drenaje de recursos económicos que la atención del aborto demanda, su relativamente fácil control en base a la prevención del embarazo no deseado, y su responsabilidad sobre la mortalidad materna.

En la investigación Interamericana de Mortalidad Materna urbana (14) realizada por la Oficina Panamericana de la Salud entre 1962 y 64 se registraron 202 defunciones por aborto en las 10 ciudades consideradas.

En Bristol (Inglaterra) en los dos años no se registró ninguna muerte materna por aborto; en San Francisco (California) se registró 1; en Bogotá se registraron 29 y en Cali 36.

En Bogotá y Cali el aborto inducido fue responsable de aproximadamente el 37% del total de la mortalidad materna.

En Yugoslavia en 1960 falleció una mujer de cada 50.000 que se hacía un aborto inducido legal y aproximadamente 80 de cada 50.000 que se hicieron un aborto inducido fuera de las instituciones hospitalarias.

Estos hechos nos permiten afirmar que el aborto inducido no es en sí mismo un hecho peligroso, en el sentido de tener un alto riesgo de muerte, sino que lo que lo transforma en tal son las adversas condiciones ambientales sanitarias en que se realiza.

Cuando el aborto está legalizado, y por lo tanto se realiza en un ambiente hospitalario, rodeado de todas las condiciones de asepsia recomendadas, y empleando técnicas adecuadas, su riesgo de muerte es menor que el de un parto normal.

Cuando se realiza en las condiciones que la ilegalidad obliga en América Latina, su riesgo aumenta claramente, transformándose en el real problema de salud pública que para nosotros representa.

El gineco-obstetra en sus labores preventivas frente a esta entidad nosológica tiene la responsabilidad de promover campañas educativas, para hacer conocer por parte de las mujeres expuestas a riesgo la existencia de métodos científicamente probados, con lo que ella y de acuerdo a su libre albedrío podría utilizar oportunamente para evitar el embarazo no deseado.

En consecuencia la participación del gineco-obstetra en campañas de planificación familiar deben inspirarse en su conocimiento del riesgo de salud y de vida que el embarazo no deseado o no recomendado conlleva para las mujeres que lo practican.

B. El cáncer cérvico-uterino

Los métodos de diagnóstico precoz de las afecciones cancerosas y pre-cancerosas del cuello uterino han adelantado enormemente junto con el desarrollo de los test de Schiller, la citología y la colposcopia.

Medidas terapéuticas sencillas como la diatermocoagulación, amputación y conización e histerectomía total, al alcance de cualquier especialista gineco-obstetra, tienen un enorme rendimiento, siempre y cuando el diagnóstico haya sido hecho precozmente.

En consecuencia los programas preventivos deberían considerar:

— Como ideal el censo citológico de toda la población femenina mayor de 20 años.

— Como factible la citología masiva de las mujeres más expuestas a esta neoplasia. Tales como multiparas, breves intervalos entre los partos, edad temprana de iniciación de relaciones sexuales, desaseo del cónyuge, cualquier tipo de patología cervical, pacientes que solicitan prevención de embarazos no deseados.

Riaño en 1971 (15) mostró que los centros de diagnóstico del cáncer cérvico-uterino más importantes de Bogotá, eran el Instituto de Cancerología que registraba un 38,12% de los diagnósticos, el Hospital San Juan de Dios con 20,05% y Profamilia un 16,08%.

Llama la atención en dicho informe que el ICSS. de Bogotá solo registra un 0,7% de diagnósticos de cáncer cérvico-uterino.

Los centros de Profamilia estaban procesando un promedio de 9.000 citologías al mes lo que evidentemente constituye un arma poderosa para el diagnóstico precoz de las afecciones cancerosas y pre-cancerosas del cuello uterino, tanto más cuanto que diferentes estudios en el mundo, colocan los centros de Planificación Familiar entre los sitios más accesibles a la mayoría de las mujeres de diferentes estratos socio-económicos.

Saavedra en Chile (16) en exámenes ginecológicos de aproximadamente 37.000 mujeres aparentemente sanas solicitantes o aceptantes de medidas anticoncepcionales encontró que entre 1955-59 se diagnosticaron 190 casos de cáncer cérvico-uterino, de

los cuales el 12% eran incipientes y el 88% avanzados.

En el período 1965-69 de 461 casos diagnosticados el 21% eran incipientes y el 79% avanzados.

Estas cifras evidencian, como con el transcurso de los años se está modificando la tendencia, en el sentido de ir encontrando mayor proporción de casos incipientes.

Dichos resultados, permiten asegurar un mayor rendimiento de las acciones terapéuticas, dado que se iniciaron sobre casos incipientes, como resultado de una acción eminentemente preventiva ginecológica.

Evidentemente que los programas de detección precoz del cáncer cérvico-uterino, solamente redundaron en una beneficiosa acción terapéutica, que se disponga conjuntamente de los adecuados centros de tratamiento de las afecciones cervicales, cualquiera que ellas sean.

VI. Conclusiones

Como conclusión general podemos decir que aun cuando la formación técnica de los gineco-obstetras colombianos, es de primera calidad, su rendimiento social en cuanto a lograr índices de salud de la mujer a su cargo, aún puede mejorar sustancialmente.

Algunas de las razones que pueden explicar esta situación, es la falta de actualización de los objetivos de la Facultad de Medicina en conductas terminales.

La actitud curativa de los profesionales, producto de la falta de especialistas, de su mala distribución geográfica y de falta de política en cuanto a la emigración de los mismos.

Que muy probablemente, cuando se subsanen las condiciones anteriores y se adopte una actitud profiláctica en relación al embarazo no deseado y al diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino, los índices de salud mejorarán apreciablemente.

Conclusions

As a general conclusion we may state that although the technical formation of the Colombian gynecologists and obstetricians is of a high quality, their social performance with regards to attaining higher health indexes in the women under their care could still be substantially improved.

One of the reasons that may explain this situation is the failure in up-dating the objectives of the School of Medicine with regards to terminal behaviours. The curing attitude of the professionals, jointly with the lack of a specialization, their unsatisfactory geographical distribution and the lack of a policy concerning emigration of same.

Most probably, upon solution of the above conditions and adoption of a prophylactical attitude towards an un-wished pregnancy and early diagnosis of cervico-uterine carcinoma, the health indexes shall greatly improve.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CHAPARRO, F.; ARIAS, E.; La Emigración de Profesionales y Técnicos Colombianos y Latinoamericanos 1960-1970. Colciencias.
- 2 AUSSE, G.; The outflow of Professional Manpower from Colombia. 1969.
- 3 Ministerio de Salud Pública; Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Investigación Nacional de Morbilidad. Colombia, 1968.

- 4 W. H. O. World Health Statistics Report. Ginebra, 1966.
- 5 CELADE. Boletín Demográfico. Año IV. Nº 8, 1971.
- 6 W. H. O. Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales. 1965.
- 7 SAAVEDRA, R.: Perspectivas de la Ginecología Preventiva de Latinoamérica. Bol. Hosp. San Juan de Dios. Vol. 17, Nº 1, Chile.
- 8 Investigación Nacional de Morbilidad. Op. Cit.
- 9 W. H. O. Annuaire de... op. cit.
- 10 SAAVEDRA, R.: Perspectivas... op. cit.
- 11 ARMIJO, R.; MONREAL, T.: El Problema del Aborto Inducido en Chile. Milbank Memm. Fund. Quart. 43: 263, 1965.
- 12 REQUENA, M.; Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago, Chile. Demography, 2: 33, 1965.
- 13 GARCIA, J.: El Problema del Aborto Inducido en América Latina. IV Lab. Nac. de Pobl. Colombia, 1970.
- 14 PUFFER, R.; GRIFFITH, G.; Características de la Mortalidad Urbana. Organización Panamericana de la Salud, 1968.
- 15 RIAÑO, G.: Seguimiento de Portadoras de Cáncer. IX Congreso Colombiano de Obst. y Ginec. Bucaramanga, 1971.
- 16 SAAVEDRA, R.: cit.