

Aspectos Sociales de la Ginecología y la Obstetricia

Dr. FERNANDO SANCHEZ TORRES

En junio de 1963 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil convocado por la Organización Mundial de la Salud para examinar los aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología. Dicho Comité, para dar comienzo a su tarea, manifestó entender por "aspectos sociales de la obstetricia y la ginecología aquellos aspectos de la vida individual y colectiva que influyen sobre la capacidad, los hábitos y la eficacia de una población en materia de reproducción, así como sobre la salud y la asistencia médica de las mujeres, especialmente en lo que se refiere a su aparato reproductor". Siendo más explícito el Comité añadió que "en la expresión vida colectiva no solo se incluyen las condiciones sociales, económicas y nutrológicas, sino también los sistemas de valores culturales y las aspiraciones y satisfacciones que influyen en el comportamiento conyugal y familiar".

Para efecto de poder dar inicio al difícil encargo con que me honrara el Comité Ejecutivo organizador del Noveno Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, del Sexto Congreso Peruano de Reproducción Humana, nada más natural que acogerme a la definición elaborada y aprobada por un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud.

Bien se ve, por la complejidad y la trascendencia de los tópicos involucrados en el marco de los aspectos señalados por tal definición, que no es empresa fácil su desarrollo. Ante todo, procuraré esforzarme por tocar siquiera los principales asuntos, advirtiendo, eso sí, que probablemente al-

gunos de mis puntos de vista no se identifiquen con los de muchos de mis colegas aquí presentes. Es lógico que sea así, pues una de las grandes situaciones de conflicto en todas las épocas y en todos los campos, es aquella que tiene que ver con la sociedad misma y con el comportamiento de los individuos que la componen. De igual manera, la posición que yo asuma en relación con lo que trate, o los conceptos que yo emita a lo largo de mi exposición, son de mi exclusiva responsabilidad y, por lo tanto, en nada pueden comprometer a las instituciones que generosamente me invitaron a ocupar esta tribuna.

IMPORTANCIA SOCIAL DE LA GINECOBISTETRICIA

Siendo la medicina una ciencia eminentemente social, es la ginecobistetricia de todas sus especialidades la más comprometida, a la que más parte le corresponde desempeñar como ciencia tal. Sucede que todo acto en el ejercicio ginecobistétrico tiene algo que le imprime carácter al oficio y que se coloca por encima de cualquier otra consideración profesional: ese algo es el gran componente social.

Tengamos en cuenta que el ginecobistetra al tiempo que es el médico del aparato reproductor de la mujer niña, de la adolescente, de la que tiene vida sexual activa y capacidad generadora o de la que ha cumplido ya su misión procreadora, es el consejero de un ser que desempeña un importante papel en el seno de la comunidad. Pero cuando más se pone de relieve la función social de su oficio es durante la etapa de la gestación, pues bajo su sola responsabilidad se encuentra simultáneamente la mujer encinta y su hijo no nacido, vale decir, dos pacientes de altísimo valor social, uno de ellos en fase de persona no conocida, pese a lo cual dispone ya de su médico, de su primer médico. De ahí, por las razones mencionadas, es que nuestras decisiones pueden producir las mejores o las peores consecuencias para la vida física y afectiva de la mujer, en

(Conferencia Especial pronunciada en sesión plenaria durante el Noveno Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología realizada en Lima, Perú, en el mes de octubre de 1978).

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

cualquier época de su existencia, en particular, repito, cuando se halla en trance de maternidad, pues no solamente es ella la implicada en el proceso sino también un futuro ciudadano. Lo que ocurra, bueno o malo, como producto del acto médico, va a repercutir inevitablemente sobre la familia y sobre la comunidad entera. ¿No es todo esto, acaso, un inmenso privilegio profesional y una tremenda responsabilidad social?.

Un profano en cuestiones médicas pero extremadamente compenetrado con la miseria y el dolor humanos, el eximio poeta colombiano Guillermo Valencia, exclamó alguna vez: "¿Qué grande, qué potente, que terrífica es la misión social del médico!" Lejos está de nuestros días el momento aquel en que ese artífice del verso plasmara tal admiración. Hoy, sin embargo, sus palabras tienen mucha mayor vigencia ante la existencia de un médico, el ginecobstetra, en cuyas manos ha sido depositado el poder de dispensar bienestar o tribulaciones a la sociedad. Es cierto: actualmente, en distintos sitios de la tierra, al ginecobstetra le ha sido concedido licencia para ser el verdugo de sus congéneres en cierne o para acceder a la demanda mujeril de suprimir, transitoria o definitivamente, su capacidad reproductora, autorizaciones ambas justificadas en pro de la defensa y la conservación de la especie. Cosa paradójica ¿verdad? Y ese mismo médico, por esto también paradójico, es el que se atreve a practicar la fecundación extracorpórea para satisfacer el deseo maternal de mujeres tenidas como estériles, o el que induce la ovulación en forma tal que se fecunden y se desarrollen a la vez múltiples productos en el mismo vientre, o el que profana el hasta no hace mucho misterioso y oculto receptáculo fetal para transfundirle vida a un ser que estaba a punto de perecer antes de haber nacido.

Frente a esta responsabilidad tan compleja y a veces tan difícil de entender y practicar, se han expresado temores acerca del verdadero papel que debemos desempeñar como ginecobstetra en la confusa época en que nos ha correspondido actuar. Así, el perinatólogo P. Stoll decía: "El especialista en obstetricia se ha impuesto la tarea de asegurar y mantener en lo posible la salud de la madre y del hijo. Pero en su actuación tropieza también con límites que le obligan a preguntarse cuál es el sentido humano de su tarea. En todo el mundo

han surgido voces que, en vista del crecimiento explosivo de la población y teniendo en cuenta la moderna emancipación de la mujer, exigen de él la ayuda necesaria para interrumpir los embarazos indeseados, es decir, para cortar una vida en desarrollo, incluso biológicamente sana (...). Pero por otra parte el obstetra está obligado a ayudar para que vea la luz del mundo una vida humana que muy probablemente sucumbirá después del parto por su incapacidad para adaptarse al ambiente. Cuanto más eficaces añade Stoll resultan sus esfuerzos por eliminar el riesgo y por mantener la vida durante el parto y después del mismo, tanto mayor es la posibilidad de que nazcan niños con defectos y de que se multipliquen las disposiciones hereditarias potencialmente nocivas".

Esta preocupación que señala Stoll, y a la que ineludiblemente tenemos que sumarnos todos, la refuerza Fitzhardinge al hablar de la llamada "reanimación agresiva", de la cual somos también cómplices en aras de nuestra faceta protectora y defensora de vidas. "Los resultados publicados -dice- indican que se ha registrado mejoría durante los últimos quince años en cuanto al pronóstico de los lactantes con bajo peso al nacimiento, y no solo en términos de supervivencia sino también de la calidad de la misma.

Sin embargo, la disminución de la mortalidad no significa siempre menor número de secuelas adversas en los supervivientes. Algunos de los lactantes que padecen lesión cerebral de cierta consideración, sobrevivirán pero se observarán en los mismos déficits neurológicos graves. Este hecho -continúa- plantea el difícil dilema de si procede o no continuar la reanimación agresiva en estos neonatos predestinados a padecer secuelas e invalideces severas".

Con lo esbozado atrás pienso que no puede quedar duda alguna de que la ginecobstetricia aparea una gran importancia social y de que su cultor, el ginecobstetra desempeña una función social grande, potente y terrífica. Pero para juzgar y comprender a una y a otro es menester hacerlo a la luz de la hora y de las costumbres que los rodean.

EL GINECOBSTETRA Y LA EXPLOSION DEMOGRAFICA

Cuesta trabajo aceptar que haya todavía gente -y gente tenida como culta- que sostenga que el crecimiento demográfico no pasa de ser un fantasma creado por algunos políticos de la órbita capitalista, con el fin de propiciar la extinción del sector popular en los países del llamado Tercer Mundo. En contraposición a estos miopes intelectuales, ingenuos o malintencionados, se escuchan voces alarmistas, que tienen a su haber el dejo de la prudencia. "Las cifras demográficas -decía el periodista y comentarista científico Fred Warshofsky- que se barajan para describir poblaciones futuras han empezado a rivalizar con las que los astrónomos utilizan para medir las distancias interestelares. Y son precisamente esas cifras astronómicas las que pueden acabar con las gloriosas aventuras del hombre. Parece como si el más terrible detonador sea acaso biológico en vez de atómico, y la explosión que convierte al planeta en inhabitable tenga trazas de ser más bien una explosión demográfica (...) Si no se presta atención a

las pesimistas predicciones y funestas advertencias de los científicos e intelectuales del mundo -continúa Warshofsky- la vida en el Siglo XXI quedará impresa como la más horrible en la Historia de la Humanidad". Por su parte, Erich von Däniken hablando de la inevitable desproporción que un día próximo habrá entre el crecimiento demográfico y la producción mundial de alimentos, expresó: "Decididamente, el hombre necesita nuevos espacios vitales. Estamos convencidos de que algún día aún lejano, los seres humanos desembarcarán en Marte y se aclimatarán con la misma facilidad que unos esquimales trasladados a Egipto. Tripulando gigantes naves espaciales abordarán planetas y los poblarán con los hijos de nuestros hijos; colonizarán nuevos mundos lo mismo que colonizaron en un pasado reciente América y Australia. Por ello debemos llevar adelante la investigación espacial. Es preciso dar a nuestros descendientes la oportunidad de sobrevivir. Cada generación que descuide ese cometido entregará toda la Humanidad a una muerte cierta en un porvenir más o menos lejano".

CUÁDRO No. 1

PAIS	POBLACION EN 1980	AÑO 2000
Argentina	28'218.000	35'274.000
Bolivia	6'006.000	10'081.000
Brasil	124'000.000	215'510.000
Colombia	31'366.000	56'731.000
Costa Rica	2'281.000	3'682.000
Cuba	10'075.000	14'337.000
Chile	12'213.000	18'358.000
Ecuador	8'840.000	16'149.000
El Salvador	4'904.000	10'372.000
Guatemala	7'018.000	12'355.000
México	70'387.000	135'089.000
Nicaragua	2'818.000	5'460.000
Panamá	1'936.000	3'633.000
Paraguay	3'456.000	6'619.000
Perú	18'527.000	33'491.000
Republica Dominicana	6'391.000	12'539.000
Uruguay	3'251.000	3'999.000
Venezuela	14'979.000	26'100.000

Pero coloquémonos en la realidad que ha inspirado las anteriores predicciones.

Según el Centro Latinoamericano de Demografía, con sede en Santiago de Chile, la población total de América Latina, que en 1920 era de 59 millones y en esta época alcanza a 339 millones, llegará en los años finiseculares a 639 millones. Como nos es de sumo y particular interés, veamos el incremento poblacional que ocurrirá en los diferentes países de la América Latina hacia el año 2000.

(Ver cuadro No. 1)

Es necesario mencionar también que está previsto, según un estudio del Banco Mundial titulado "La población estacionaria hipotética", que para mediados del próximo siglo el Perú, con 56 millones de habitantes, se tornará en el país suramericano más poblado después del Brasil, que habrá alcanzado 353 millones, en tanto que Colombia ocupará el tercer lugar con 53 millones y Venezuela el cuarto con 40 millones.

¿Cómo se habrá llegado a cifras tan alarmantes? Por una parte, a causa del aumento desaforado de los nacimientos, y por otra, en virtud del descenso de la mortalidad, con una cada vez más larga esperanza de vida. A este respecto, el padre de la píldora, el ginecólogo John Rock, decía con toda propiedad: "La sociedad que pone en práctica el control de la mortalidad, tiene al mismo tiempo que practicar el control de la natalidad". Es que de no hacerlo, digo, -y de ello hay consentimiento casi unánime- surgirán graves e inevitables conflictos sociales, puesto que el crecimiento demográfico 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. De ahí que el razonamiento lógico aconseja como conveniente desmontar la bomba biológica del crecimiento, sobre la cual está sentada ahora la Humanidad. Y la forma de hacerlo no es otra que poniendo en práctica el control natal, o para suavizar el término, llevando a cabo una planificación de la familia que, como bien la define la Organización Mundial de la Salud, es un ingrediente esencial de la salud física y mental, y de la dignidad humana.

Aquí es donde entra a escena el médico, particularmente el ginecobstetra. Si el mé-

dico ha adquirido clara conciencia de que por su misma condición profesional es un líder comunitario, su actitud frente a la lucha contra la explosión demográfica tiene que ser francamente positiva ya que sólo así va a servir de importante instrumento para mejorar las condiciones de la sociedad presente y futura. Dudo que todavía haya ginecobstetras que consideren que la planificación familiar voluntaria sea algo inconveniente. Si todavía queda alguno, lo será por su espíritu mercantilista que siente lesionados sus intereses de tocólogo, mas no por principios de ética profesional. No olvidemos, si de ética médica se trata, que ésta ha cambiado profundamente pues el médico ideal y el ideal médico no son fijados, como en otros tiempos, por los mismos médicos sino por la sociedad que ellos sirven.

Es innegable que el papel que le ha correspondido desempeñar al ginecobstetra en la solución del problema de la explosión demográfica ha sido trascendente. Considero que ninguno de los muchos profesionales interesados en el asunto lo ha comprendido mejor y, por eso, ninguno ha contribuido tan favorablemente como él. Empero, es necesario consignar aquí que se equivocan quienes esperan que la solución toda venga de nuestro campo. La planificación familiar es apenas un elemento contributivo, pero no la panacea. Tengamos en cuenta que ese espectro llamado explosión demográfica está íntimamente ligado a condiciones sociales desfavorables muy bien establecidas. Además, pese a que las Naciones Unidas proclamaron en 1966 que el tamaño de la familia debía ser de la libre escogencia de cada familia individual, ésta decisión está sujeta en la práctica a factores también de tipo social, que en algunos de nuestros países impiden que las mujeres ejerzan completamente ese derecho. Lo convierten en nugatorio, por ejemplo, la ausencia de definición y aceptación del papel de la mujer en la sociedad moderna, el bajo nivel educativo, la hostilidad religiosa hacia la utilización de medios anticonceptivos, la ausencia de programas oficiales de información y servicio. "Es cierto -como afirmaba Warshofsky- que la tecnología con sus píldoras y otros anticoncepcionales se encuentra preparada, pero no la costumbre". Pienso que lo que se necesitaba para combatir con más efectividad la explosión demográfica es un viraje social, una evolución de las

ideas y de las costumbres tradicionales, para lo cual los estratos influyentes de la comunidad, como el que constituimos los médicos, deben contribuir decididamente.

EL EMBARAZO INDESEADO ENFERMEDAD SOCIAL

El embarazo indeseado ha acompañado a la pareja humana desde que ésta existe sobre el planeta, y ha sido la causa de muchos de sus males. Veamos si no.

En algunas religiones el acto sexual consumado contrariando las disposiciones divinas, dio origen al primer embarazo indeseado y con él a la maldición eterna: la deportación del Paraíso, el sustento a expensas del sudor de la frente y el parto a costa del dolor físico. Más luego el embarazo fue aceptado como lícito siempre y cuando tuviera lugar dentro de las costumbres tribales, o cuando se sujetara a las normas que establecía la religión o las leyes civiles. Sin embargo, en todas las épocas el deseo sexual, ese grito interior fisiológico, esa vocación animal, estimulada por el fuego del amor en veces, incitó a burlar esas disposiciones, con la funesta consecuencia del embarazo imprudente, no deseado.

Podemos decir que esas gestaciones no anheladas fueron durante muchos siglos como una enfermedad endémica, sin mayores repercusiones sobre los organismos de salud o sobre la sociedad misma. La mujer casada entonces todavía aceptaba, a regañadientes o resignadamente, que su matriz cumpliera su cometido a plenitud durante todo el tiempo que el destino lo permitiera. Y tenía que ser así pues la elevada mortalidad infantil obligaba al hecho previsorio de procrear un número grande de hijos con la esperanza de que unos pocos llegaran a la edad adulta. Pero los tiempos y las costumbres fueron cambiando. Los adelantos de la ciencia y la tecnología no solo hicieron posible que se redujera la mortalidad infantil, sino, como ya anoté, que se ampliara considerablemente la expectativa de vida. Además, la mujer fue adquiriendo conciencia de que su papel no era solamente el de almácora de la especie sino que tenía un papel relevante que desempeñar en el escenario de su comunidad. Del núcleo social primario -la familia- pasó, por derecho ardorosamente reclamado y adquirido, a actuar en función comunitaria. Pero para poder hacerlo con holgada continuidad fue im-

prescindible que dejara reposar por temporadas largas su capacidad reproductora. Tengamos presente que con la industrialización la mujer se ha convertido en una importante fuerza de trabajo, cuya efectividad depende en buena parte de su infertilidad voluntaria.

Pero ¿cómo logró hacerse infértil voluntariamente? De los métodos inveterados e inseguros, de la continencia periódica frustratoria y neurotizante, se llegó, gracias a la ciencia médica, a la utilización de la anticoncepción hormonal e intrauterina, como también a la esterilización quirúrgica. Esta ayuda, nadie puede negarlo, ha sido una aportación revolucionaria de la ginecología al bienestar y progreso de la Humanidad. Si el sexo, como afirman algunos, es ante todo una relación social, la más íntima y personal, la ciencia médica ha venido luchando, con un criterio ampliamente social, para que esa relación deje de ser un castigo de Tántalo.

Empero, pese a los progresos en anticoncepción, el embarazo indeseado se ha incrementado hoy a niveles epidémicos. La liberación de las costumbres, la falta de educación sexual, el machismo imperante, la pobreza, son aspectos que han contribuido a ello. Como consecuencia lógica de esa enfermedad social, de la que no escapan las adolescentes, ha traído consigo, a manera de tratamiento cruento, el aborto o interrupción temprana y dirigida de la gestación, bien al amparo de la ley o bien a espaldas suyas.

El aborto legal o permisible ha sido considerado por algunos liberados como una verdadera conquista social del presente siglo. Los países de más avanzada economía y cultura lo han adoptado, con reducidas restricciones, a pesar de la cerrada oposición de muy respetables sectores tradicionalistas. Sucede que los legisladores que lo propusieron, defendieron y aprobaron en aquellas naciones, consideraron que dicha medida favorecía el fuero interno de la persona -en este caso la mujer- y, aceptando que el nuevo ser en ciernes fuera ya un individuo, el bien común debía primar sobre el bien individual, entendiendo que en un momento dado el fruto de un embarazo indeseado pudiera constituirse en un obstáculo para el bienestar del grupo familiar o en un perjuicio para la salud fí-

sica o mental de la mujer que es, precisamente el aglutinante, la piedra angular de la familia. De otra parte, frente al deletéreo efecto que sobre la integridad de la mujer ejerce el denominado aborto clandestino, una forma de protegerla era brindándole oportunidad de acceso a los procedimientos seguros, es decir oficializando el aborto técnico. Por estas y otras razones que veremos adelante, puede aceptarse, es mi parecer, que el aborto es uno de aquellos males necesarios que de cuando en cuando tiene que soportar la sociedad so pena de tener que sufrir desdichas mayores.

No puede pasar inadvertida la implicación que esta nueva costumbre ha traído para las relaciones médicas, en los países distintos a los socialistas, donde se ha establecido. Dado que no todos los especialistas en ginecobstetricia lo aceptan y practican, el aborto oficial los ha linderado en natalistas y antinatalistas. Los primeros, que son los que mantienen una actitud conservadora, sustentada más en principios religiosos que en cualquier otra cosa, consideran que su función como obstetras es fundamentalmente la de cuidar embarazos y traer al mundo nuevos pobladores, abstrayéndose de lo que pueda suceder socialmente. Los otros, sin inhibiciones y con un sentido social más práctico y utilitarista, son los que están de acuerdo en que los embarazos no buscados no deben producirse, y en caso de ocurrir es lícito eliminarlos. Estas dos posiciones contradictorias pero respetables ambas, conducen infortunadamente a una pugna profesional sorda y peligrosa, pues a más de quebrar la armonía entre colegas se presta para ser explotada con sentido maniqueísta.

Pero digamos algo más sobre el aborto ilegal o clandestino que es el que, con excepción de Cuba, suele practicarse en nuestra América Latina. El hecho de ser ilegal absoluto o demasiado restrictivo, ha obligado a que el aborto se lleve a cabo a escondidas, bien por médicos y enfermeras conocedores de su oficio, o, lo más frecuente, por personas ignaras. Los primeros, mejor remunerados y en veces demasiado bien remunerados por su condición de delincuentes, 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 lim-

pia 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 de 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.

Y qué decir del efecto desastroso que el aborto clandestino ejerce sobre las leyes civiles y eclesiásticas. Don Baldomero Sarrín Cano, profundo pensador colombiano, afirmaba que las leyes que se promulgan y no se cumplen, causan sobre el sentido moral de los pueblos el mismo efecto que ejercen los ácidos sobre algunos metales. En los países, como la mayoría de los nuestros, donde el aborto sigue practicándose al margen de las leyes, éstas, que deben ser como los pilares fundamentales de la sociedad, han quedado convertidas en simple rey de burlas, en letra muerta, en monumento a la inutilidad y a la impunidad. Es que, definitivamente, el embarazo indeseado y su tratamiento clandestino no sólo aparejan delicados problemas de salud pública sino también graves conflictos de tipo jurídico, que involucran seriamente a los ginecobstetras. Aun cuando éstos no comulguen con la práctica del aborto, están obligados médicamente a tratar sus consecuencias, a sabiendas de que a la luz del código penal se hacen cómplices de un delito y, por lo tanto, acreedores a un castigo.

Por lo dicho antes es que los ginecobstetras no podemos sustraernos de la obligación de buscar los medios que contribu-

yan a la erradicación del embarazo indeseado. Si ésta es la enfermedad lógico es hacer medicina preventiva. Atrás decía que la ciencia médica ha estado trabajando con afán para proporcionar instrumentos cada vez más efectivos que permitan a las parejas humanas mantener la importante relación social llamada sexo, sin padecer la sanción de un embarazo indeseado. A su vez, compete a los gobiernos brindar la suficiente información, como también servicios eficientes y accesibles.

Aun contando con que la cobertura y el usufructo contraceptivo sean suficientemente amplios, el embarazo indeseado seguirá haciendo de las suyas, en menor escala, claro está, pero siempre se presentará. ¿Qué ha de hacerse entonces? La respuesta, en nuestro medio, parece que no hubiera tenido pregunta. Por eso el aborto clandestino seguirá floreciendo, ante la impotencia de las autoridades sanitarias y judiciales. No hace un lustro tuve la ingenuidad de proponer, en un programa de atención materna e infantil para la ciudad de Bogotá, que se establecieran para estos casos comités subvencionados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar e integrados por un ginecobstetra, un abogado experto en derecho familiar, un psicólogo y una trabajadora social. La función de estos comités sería la de estudiar cada situación en particular y decidir si las razones expuestas por la embarazada justificaban la interrupción del embarazo. En caso afirmativo el Estado se encargaría de darle cumplimiento a la decisión del Comité. Claro está que mi propuesta ni si-

quiera fue debatida. Implicaba nada menos que modificar el Código Penal y yo no tuve en cuenta que en Colombia algunas leyes están bien apuntaladas por la tradición, no importa que la costumbre, por ser contraria a su letra y a su espíritu, haya hecho de ellas un instrumento de bafa. Lo que sí conseguí fue que profesionalmente me ubicaran en el campo minado de los simpatizantes del aborto legal. A pesar de eso, hoy estoy más convencido que entonces de que la legalización del aborto es, como dije atrás, un mal necesario para la enrevesada época que vivimos.

ASPECTOS SOCIALES DE LA MORTALIDAD MATERNA

"Muerte materna -dice la definición recomendada por la FIGO- es la muerte de una mujer, debida a cualquier causa, mientras está embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del mismo". Los decesos ocurridos en tales circunstancias se constituyen en un buen indicador de la calidad de los programas de protección materna, como también de las condiciones sociales, culturales y económicas de una población determinada. Por eso si quiere conocerse la realidad del medio donde vivían esas mujeres, debe hacerse sistemáticamente el análisis de los distintos factores comprometidos en su muerte.

En países donde el nivel social, cultural y económico es alto, pueden darse el lujo de preguntar si la mortalidad materna es hoy todavía un problema. En otros, como

CUADRO No. 2

Mortalidad por 10.000

País	Nacidos vivos	Año
Colombia	25.0	1967
Costa Rica	10.0	1971
Cuba	6.2	1971
Chile	14.2	1971
Ecuador	23.0	1970
Honduras	17.0	1970
Panamá	11.0	1971
Perú	18.2	1970

el mfo, la gestación en mujeres de los estratos sociales inferiores suele pagar un gran tributo en vidas maternas por causas muchas de ellas evitables. Esto, ciertamente, se constituye en un desafío para los organismos de salud, para los ginecobstetras y para la comunidad entera.

A pesar de no estar actualizados, veamos algunos datos de mortalidad materna de unos cuantos países latinoamericanos, con la probabilidad de que los cambios que hayan podido ocurrir en los últimos años en muy poco modifican las presentes cifras. La fuente de la que me he servido es el estudio de Onofre Avendaño sobre "Organización de la atención materna y del recién nacido en América Latina".

(Cuadro No. 2)

Considero que estas cifras hablan por sí solas. Debo añadir, además, que para el año de 1974, Cuba divulgó una tasa de mortalidad de 5.6 por 10.000 nacidos vivos.

En un estudio reciente de 361 muertes maternas consecutivas sucedidas en el Instituto Materno Infantil de Bogotá -que es la maternidad para las mujeres de extracción popular y a la vez hospital universitario- encontramos que la tasa de mortalidad allí es de 30.47 por 10.000 nacidos vivos, cifra muy superior a la suministrada oficialmente para todo el país en 1967 que fue, como vimos, de 25 por 10.000 nacidos vivos. El 87% de las muertes estudiadas se catalogaron como de causa "obstétrica directa", debidas principalmente a complicaciones del aborto provocado, de la toxemia gravídica y de la sepsis puerperal. Analizando su evitabilidad en base a los factores causales, establecimos que el 84% de ellas eran probablemente evitables, siendo el factor paciente el más implicado (67%), mientras el factor médico lo fue en el 18%, el institucional en el 2%, y el 12% restante por factores mixtos.

A manera de comentario anotábamos en el mencionado trabajo: "El factor más comprometido en las muertes maternas fue el relacionado con la paciente. Seguramente se cometa una injusticia al echar la culpa de su muerte a la misma mujer, cuando ella es sólo un producto del medio que la rodea. Las desfavorables condiciones sociales, culturales y económicas son en últimas las causas de esas defunciones. Debe aceptarse, por lo tanto, que se requiere un cambio de esas condiciones para

el núcleo de población que hace uso de la institución".

La anterior afirmación que hicimos estaba plenamente fundamentada. Si se compara la tasa de mortalidad encontrada por nosotros en el Instituto Materno Infantil, que como mencioné fue de 30.47, con el encontrada por Cárdenas Escovar en la Clínica de Maternidad "David Restrepo", también de Bogotá pero destinada a la clase media alta, y que fue de 4 por 10.000 nacidos vivos, hay que reconocer que la mejor condición social, cultural y económica se constituye por sí sola en una póliza de protección para la mujer embarazada. Sucede que si a la gestante se la coloca en un status sociocultural no necesariamente privilegiado sino apenas justo, se suprimen automáticamente muchos de los factores que inciden sobre el aumento de la mortalidad materna: la alta paridad, la ansiedad obstétrica, las gestaciones indeseadas, el rechazo deliberado o inconsciente a la vigilancia prenatal, la pobreza, la desnutrición. . .

En relación con este tema debo ahora recordar y aplaudir de nuevo algunas de las recomendaciones que surgieron en el VII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología realizado en la ciudad de Quito en el año 1973, producto de la ponencia oficial "Atención materna y del recién nacido en América Latina. Dice así:

"(...) Considerando las altas tasas de natalidad y de mortalidad en áreas latinoamericanas, se recomienda a los sistemas de salud otorgar las justas prioridades en cuanto a recursos humanos y físicos a fin de que cada embarazo, parto y puerperio, como asimismo cada recién nacido, tenga derecho y acceso a la mejor asistencia clínica, social y jurídica disponible (...)"

"(...) Se formula una recomendación general sobre promoción de la planificación de la familia (regulación de natalidad) en el contexto de los sistemas nacionales de salud. Las motivaciones prevalentes son la prevención del aborto inducido, los daños y riesgos de salud consecutivos a gran multiparidad, a mayor edad materna y a patología concomitante con el estado puerperal. Se sugiere la detección de los grupos de alto riesgo reproductivo para otorgarles prioridades de protección y asistencia preventiva (...)" "En regiones donde prevalece el subdesarrollo social, e-

conómico y cultural, otorgando los beneficios de promoción y recuperación de la salud. Como acto previo, el Estado debe reconocer de una manera explícita que la salud de la población es de la responsabilidad del Estado (...)"'. Abrigo la esperanza de que estas recomendaciones, emitidas hace cinco años, hayan tenido algún alcance práctico en los países de la órbita latinoamericana.

LA GINECOLOGIA ELITISTA

Hemos aceptado todos, creo, que las desequilibradas posibilidades de recibir una adecuada vigilancia y atención obstétrica, junto con una también diferente ecología de la reproducción, conducen a que los resultados obstétricos tengan que catalogarse como fracasos o como éxitos. Revisemos de paso por qué se presenta este balance antagónico.

Decía Chalmers que con la incorporación de la bioquímica y la electrónica en nuestra especialidad, los ginecobstetras habíamos alcanzado una respetabilidad científica, la cual nuestros colegas en otras ramas de la Medicina algunas veces la negaron. Es cierto, pero además de la bioquímica y la electrónica también han contribuido a ello el atrevimiento y la audacia de los cultores de la especialidad. Si a esto añadimos el auxilio de la inmunología y la genética, podemos afirmar que a la vista tenemos hechos que desde nuestro campo irán a revolucionar la medicina e irán a conmover al mundo entero.

Se pregona que la ciencia avanza hacia sus objetivos con botas de siete leguas. De ello no hay duda. Pero frente a estas aceleradas conquistas surgen algunos interrogantes. Dado que el progreso científico requiere un adecuado avance social, debemos preguntarnos si tanta respetabilidad científica y tanto bagaje de progreso que nos llenan de orgullo y de satisfacción, han sido usufructuados de igual manera por todas las mujeres que tienen necesidad de ellos en todos nuestros países. Yo pienso que no. De esos adelantos se benefician particularmente quienes tienen capacidad económica para comprarlos, a no ser que el Estado los dispense igualitariamente como parte de su política social avanzada. Es que como sostenía Henry

Sigerist- hoy día es imposible proteger efectivamente la salud de las gentes debido a que se ha hecho demasiado amplia la brecha entre el nivel científico de la medicina y el nivel económico de los pueblos. Este concepto traduce la realidad médica de las naciones en vía o en espera de desarrollo, y aun de las opulentas. Es, ciertamente, una situación de injusticia social esta que hace que la medicina en muchas partes, en especial en América Latina, se prodigue bajo signos elitistas. Doy, a propósito, ejemplos sencillos, extraídos de la rutina ginecobstétrica:

En los últimos años se ha logrado prevenir la aparición de la isoimmunización materna por factor Rh mediante la administración de anticuerpos pasivos en el periodo precoz del puerperio, lo que hace presumir que la enfermedad hemolítica del recién nacido por esta causa vaya desapareciendo poco a poco. Sin embargo, esta medida elemental, que es apenas medicina preventiva, es, en mi país, tan solo privilegio de quienes pueden costear el valor de la vacuna, que es relativamente alto. Por eso mientras en otras latitudes la isoimmunización por Rh quedará erradicada, en Colombia habrá gentes pobres que la seguirán padeciendo.

La anestesia regional epidural, que ha sido una de las más amables contribuciones de la medicina al ejercicio obstétrico, pues al relegar el precepto bíblico de "parirás tus hijos con dolor", ha humanizado el acto del nacimiento, esa anestesia, digo, está reservada apenas a las parturientas con capacidad económica para comprarla en las clínicas privadas. Es tan bondadoso el procedimiento que los anesthesiólogos lo han colocado en un nivel de oferta tal que sólo puede usufructuarlo el sector pecuniariamente apto, mientras que el otro, comprado por la mayoría, continúa dando a luz sin alivio alguno.

Y qué decir de procedimientos más sostenidos como los ultrasonidos, la investigación de los niveles de lactógeno placentario o de estriol, el estudio bioquímico del medio interno y externo fetal, la monitoría intraparto, todo lo cual asegura el tránsito a este mundo dentro de las mejores garantías, pero, desgraciadamente, sólo reservado a los mimados de la fortuna. La injusticia queda al desnudo cuando vemos la otra cara de la moneda, donde está acuñada la efigie de la pobreza: mujeres

analfabetas embarazadas, madres de muchos hijos, sin vigilancia prenatal alguna, cuyo parto habrá de alumbrar la oscuridad y el abandono que las rodea. El nuevo hijo traerá el estigma de la miseria, la desnutrición, e irá a engrosar, si sobrevive, la legión de los que nacieron sin ningún valor social.

La cama obstétrica, al decir de Onofre Avendaño, es un recurso que representa la capacidad de asistencia materna y neonatal, y constituye la base del incremento de la asistencial profesional en instituciones, a cargo de personal responsable e idóneo. Se ha convenido en que la proporción ideal de camas obstétricas en relación con la población debe ser de 0.6 a 1 por 1.000 habitantes. Pues bien, veamos esa proporción en algunos países latinoamericanos:

CUADRO No. 3

País	No. de camas	Por 1.000 habitantes
Costa Rica	770	0.43
Cuba	4.959	0.60
Chile	3.360	0.34
Ecuador	1.720	0.30
Honduras	491	0.20
Panamá	521	0.30
Perú	2.900	0.22

Dedúcese del cuadro anterior que los países allí señalados, a excepción de Cuba, están lejos de la aspiración ideal. Podemos suponer, con sentido lógico, que en América Latina en general es muy grande la población femenina que carece de cama obstétrica y que son muchas las mujeres que todavía dan a luz en su domicilio. Todas ellas, inequívocamente, corresponden al sector rural o al sector marginado que pugna por sobrevivir en las grandes urbes. Y ¿quién puede negar que el parto a domicilio carece por completo de garantías, a sabiendas de las características de vivienda de nuestros campesinos y de nuestros marginados?

Hemos establecido, pues, que el hecho de que haya distintas clases de calidad de atención ginecobstétrica en razón a las distintas clases sociales existentes, conduce a que no todos los grupos de población deriven beneficios de los adelantos de la ciencia y de la técnica. Además, el gine-

cobstetra se ve nuevamente colocado en circunstancias para él incómodas, necesariamente criticables. Resulta que esa situación social discriminatoria lo induce a actuar de acuerdo con el medio; por eso su criterio de especialista, al igual que sus procedimientos, varían en forma apreciable. Basta mencionar la conducta frente a la cesárea, que es bien diferente según se trate de mujeres de nivel alto, o de mujeres de nivel bajo. Es que -duele confesarlo- hasta el tipo de incisión llega a estar influenciado por la condición social de la operada.

EPILOGO

El tiempo me obliga a ponerle fin a mi discurso. Sé que omití algunos asuntos más, atinentes a los aspectos sociales de la

ginecología y la obstetricia. Así, por ejemplo, las relaciones que guarda el cáncer del cuello uterino con la pobreza, con la iniciación sexual precoz, con la alta paridad y hasta con el color de la piel de la enferma; la agresividad quirúrgica de algunos ginecólogos, que mutilan y extirpan pensando en salvar la enferma, pero olvidando que los temores y complejos que aparecerán después la convertirán en una enferma social; el papel decisivo que le corresponde desempeñar a la comunidad para lograr los objetivos sanitarios de la ginecobstetricia; en fin, tantos otros aspectos sociales de los muchos que nos compete vivir y convivir en el ejercicio diario..

Por último, espero que ninguno de mis colegas se haya incomodado, y menos ofendido, si me vi forzado a tratar con franqueza asuntos desusados en estos certámenes científicos, pero que con suma frecuencia -de ello estoy seguro- preocupan y atormentan nuestra conciencia de ginecobstetras, de médicos, o simplemente

te de componentes de una sociedad enferma. Nosotros, que tenemos el privilegio y la oportunidad de poder auscultar y tomar el pulso a las circunstancias, estamos obligados y comprometidos, por eso mismo, a aportar nuestro concurso para lograr su bienestar.

