

PAPEL DEL GINECO-OBSTETRA EN EL MUNDO DE HOY (*)

GUILLERMO LOPEZ-ESCOBAR, M. D. (**)

De un Enfoque Individual a un Enfoque Comunitario: El Gineco-obstetra moderno ha evolucionado lentamente a partir de aquel antiguo ser encargado de las prácticas magico-religiosas: el sacerdote o mago de las sociedades primitivas. Al parecer, el primer profesional de la comunidad. Aunque, como anota Margaret Mead (10), otras profesiones han reclamado esta distinción, pero los hechos no lo justifican. "La prostitución es una invención reciente a la par que el arte de curar es muy viejo".

Posteriormente, la medicina griega introdujo elementos de racionalidad y el médico se convirtió en miembro de un culto pero con bases científicas rudimentarias y metas específicas humanísticas. Más sobre todo, esta medicina griega merece ser tenida en cuenta "no solamente como antecedente de la filosofía Socrática, Platónica y Aristotélica en la historia del espíritu, sino además porque por vez primera, la ciencia médica bajo la forma que entonces revestía, traspasa los linderos de una simple profesión para convertirse

en una fuerza cultural de primer orden en la vida del pueblo griego. A partir de entonces la medicina va convirtiéndose más y más aunque no sin disputa, en parte integral de la cultura general" (4).

Aunque por largo tiempo el profesional médico continúa centrado en la medicina individualística aislada, poco a poco descubre principios fundamentales y nuevos procedimientos que lo llevan hacia la formulación de las leyes de la medicina preventiva y social y hacia el enfoque actual, en que para ser efectivo el cuidado médico, debe tener en cuenta no sólo el individuo, sino a la familia, la comunidad y el ambiente que lo rodea. La dimensión de la medicina es otra. Al decir de Ramos (19): "la hemos visto penetrar en recintos que antes le eran extraños, ya no sólo hablamos de procesos morfológicos, físicos, fisicoquímicos, patológicos o mentales, hoy hablamos de tendencias colectivas, de espíritu de los pueblos". Es más, el profesional médico se ha visto obligado a rediseñar su imagen con la profunda convicción de

(*) Symposium Forum sobre el Rol del Gineco-Obstetra ante la Problemática Poblacional.

(**) Director Ejecutivo, Corporación Centro Regional de Población (C.C.R.P.), Bogotá, Colombia, Sur América.

que la atención en salud es un proceso colectivo interdisciplinario y comunitario.

La Ginecología y la Obstetricia como Unidad: La Ginecología y la Obstetricia como ciencia y arte tuvieron un desarrollo lento y separado. Antes del renacimiento apenas si se destacan los escritos de Sorano y Efeso en el siglo II y los de Aëtius de Amida en el siglo VI en Obstetricia. La Ginecología sólo alcanza "status" en el siglo XVII con los trabajos de Van Roonhuyse. El divorcio entre la ginecología y la obstetricia establecido por siglos, mantenían de un lado a un cirujano en potencia, que sólo se dignaba lidiar con algo que tuviera visos de proceso gestacional en aquella tierra de nadie que constituía el embarazo ectópico o los raspados terapéuticos que eran de uno y otro dominio; y el otro lado el partero por excelencia, que prefería realizar complicados malabares vaginales antes que abordar a una cesárea abdominal. Es sólo en el presente siglo que aquel ente deliciosamente enigmático que constituye la mujer, es considerado como una unidad biológica. Incluyendo como un todo en ella los aspectos sexuales, reproductivos y morfológicos en lo que respecta al cuidado médico y emergiendo así el gineco-obstetra como un especialista en conjunto más adecuado. Gineco-obstetra que entiende al ser femenino como parte de una comunidad y está consciente de que ella es el artífice, a través de su sistema endocrino-genital, del amor y la unión conyugal, bases de todo orden social. Ya que el proceso reproductivo determina hasta cierto punto la organización de las sociedades, sus migraciones y aún muchas de sus conductas.

Sería interesante escribe Page (15), contemplar la evolución de la clase de sociedad humana a la cual se hubiera podido llegar, si la mujer fuera sexualmente receptiva sólo en abril o mayo; o cómo los patrones de conducta humana o aún de la unidad familiar pudieran haberse alterado si la mujer emitiera, como ciertas especies, estímulos visuales u olfativos notorios durante el período fértil; u ovulara sólo reflejamente después del coito como algunos roedores.

En los últimos tiempos del gineco-obstetra se ha convertido así en el médico generalista y primario de la mujer. La ginecología no es más el alivio de las enfermedades de la mujer, sino el cuidado de la mujer con todo lo que ella implica en la comunidad.

Calidad Mejor que Cantidad: Imbuidos con el objetivo primordial de preservación y promoción de la reproducción con el cual fueron educados, no han sido pocos los ginecólogos particularmente en años anteriores, que a través del ejercicio diario muchas veces se han preguntado si eran valederos los esfuerzos hechos en este sentido de preservación. El rechazo permanente al sorpresivo embarazo expresado en las lamentaciones de múltiples agobiadas; la morbi-mortalidad aumentada de ellas; los defectuosos resultados de un producto endeble y los casos patentes de descuido encubierto o de franco abandono, acicateaban tales dudas. A las angustias de la pareja infértil de tiempo atrás, sancionadas como válidas en el ejercicio gineco-obstétrico, se sumaron entonces las angustias de la pareja demasiado fértil. Surgió así el concepto del hijo deseado, del hijo maltratado y un obje-

tivo cada vez más relevante dirigido hacia la prevención. Los gineco-obstetras se han dado cuenta, que desde el punto de vista biológico, existe una edad ideal para reproducirse. Los resultados de Matsunaga (9) para no citar sino uno del acopio cada vez mayor de datos (7), señalan que el patrón de procreación más conveniente en cuanto a salud de la madre y el hijo se refiere, "es tener el primer hijo cuando la mujer tenga 20 a 24 años de edad y si conviene procrear uno o dos hijos más, hacerlo antes de los 29 años".

El Gineco-obstetra como Orientador de la Pareja ante los Riesgos del Embarazo y en Embarazos de Alto Riesgo, dos aspectos distintos, adquiere entonces un papel sobresaliente. Día a día se acumula más evidencia que señala la alta paridad como una de las variables que afecta directamente la salud infantil. El riesgo de tener un mortinato y la mortalidad infantil es alto con el primer nacimiento, declina en los siguientes y luego aumenta después del cuarto parto (7). Igualmente los intervalos entre embarazos tienen un efecto claro sobre la salud del hijo. Trabajos clásicos de Eastman y Jerushalmy han indicado que las tasas de prematuridad son más altas cuando el intervalo entre dos nacimientos es relativamente corto (3). Newcomb en el Canadá halló una curva ascendente de la mortalidad infantil de acuerdo con la multiparidad (13). En Ghana Radovic observó que los mortinatos fluctuaban entre 1.81% en las primiparas a 6.45% para aquellas de menos de 4 partos y 11.36% para las de más de 4 partos (18). En un estudio nacional británico de mortalidad perinatal, los riesgos para los fetos y recién nacidos del primer

nacido eran los mismos hasta el tercero, sin importar la clase social, pero para todos los nacidos de subsiguientes embarazos el riesgo aumentaba (2). Un estudio en una zona rural de Corea demostró que las tasas de mortalidad infantil aumentaron del 88 por mil en el segundo parto a 186 por mil en el noveno (16).

En lo que se refiere a morbilidad materna asociada con la excesiva multiparidad citemos que Israel y Elazar (5) en un estudio sobre 5,557 multiparas de 7 partos en adelante concluyeron que hay una elevación estadísticamente desconcertante en la incidencia de anemia, pre-eclampsia, hipertensión crónica, desarreglos de placenta, rupturas del útero y hemorragias post-parto.

Así también Vehaskari y asociados (22) en un hospital finlandés confirmaron los altos aumentos estadísticos de hipertensión, placenta previa y retención de placenta en grandes múltiparas. A más de las complicaciones obstétricas existen otros problemas de salud que se han asociado a la multiparidad, uno de ellos es la diabetes. Pyke en Inglaterra (17) concluye "que una mujer que ha tenido cinco niños parece tener tres veces más posibilidad de desarrollar diabetes que aquella mujer que no ha tenido ninguno" y los resultados de Middleton y Faird (11) mostraron que "entre las edades de 50 a 80 años el exceso de riesgo de sufrir de diabetes sobre el de una nulípara, es de 20% por un niño, 45% por dos, 100% por tres, 200% por cuatro o cinco y 400% por seis o más niños tenidos".

Pudiéramos ahondar mucho más en estas estadísticas, que se hacen cada

día más numerosas. En vez de ello preferimos destacar la entidad del embarazo de alto riesgo y el sobresaliente papel que el gineco-obstetra puede desarrollar en su prevención.

La Reunión en un Grupo Multidisciplinario del Gineco-obstetra, con el Pediatra, el Preventivista y Auxiliares, parece jugar un papel importante en la detección tanto de los mencionados embarazos de alto riesgo como de los casos de riesgo de abandono del niño. Es este equipo el llamado no sólo a salvaguardar el nuevo niño, sino a prevenir que se produzcan otros casos que ingresen al conjunto de riesgos altos que constituye una familia en disrupción, o en condiciones azarosas de drogomanía, alcoholismo, desnutrición o inhabilidad extrema socio-económica.

El Gineco-obstetra, como el Médico en General, ha venido convirtiéndose en Pionero de las Actividades en el Area de Población, sensibilizado tal vez, por los hallazgos de la práctica diaria. A ello, lo ha llevado la consideración de que tales actividades son no solamente uno de los mecanismos de mejorar la salud y el bienestar familiar, sino porque comprende que la justicia social quiere que cada pareja tenga el acceso a la información y a los medios que le permitan determinar el número y el espaciamiento de sus hijos según derecho humano reconocido en Teherán en Mayo de 1968 por las NACIONES UNIDAS (12).

Obviamente el papel primordial del personal de salud, es reducir la morbilidad y la mortalidad. En este sentido la regulación de la fecundidad es uno de los medios más efectivos de me-

jorar la salud de la madre y el niño, sobre todo en sociedades como las nuestras en donde las tres cuartas partes de la población están formadas por mujeres y niños. Pero la acción del médico en su papel de liderazgo dentro de la comunidad, trasciende más allá de las simples razones médicas y se apercibe de que el desarrollo no puede ser medido en términos únicamente económicos, sino que la última meta debe ser la mejoría de la calidad de la vida y el proveer al individuo las mayores satisfacciones compatibles con sus necesidades humanas y aspiraciones, dentro de las cuales se encuentra el cuidado integral de la salud y la solución de los problemas de salud de la comunidad. Sobresalen entonces, los nexos entre la salud y la dinámica de población que el Gineco-obstetra debe comprender.

El Gineco-obstetra como Educador Sexual y Comunicador General de la Comunidad: tal vez, junto con el sacerdote, no hay ningún otro profesional que sea más consultado sobre problemas de sexo que el Gineco-obstetra. Sin embargo, los conocimientos y el adiestramiento que él ha recibido en la enseñanza médica, por lo general han sido bastante escasos. El reconocimiento de que el sexo es parte integral del hombre y que de por sí aislado de cualquier función reproductiva, cumple un muy importante papel de interrelación, pilar de la organización social, sólo ha venido siendo aceptado durante las últimas décadas a través del esfuerzo de avanzada de distintos profesionales, muchos de ellos pertenecientes a la especialidad. Para citar sólo uno, cuyos trabajos en Fisiología Sexual son ya clásicos, recordemos que Masters se

adiestró como gineco-obstetra en la ciudad de San Louis.

El informar a la comunidad y el educarla haciéndole comprender las responsabilidades y valores satisfactorios del sexo como componente básico de la personalidad humana realza al hombre como un todo y facilita en mucho el ejercicio de la especialidad.

La Consejería Matrimonial y la Consejería Genética en sus Etapas Iniciales como Función del Gineco-obstetra, se correlacionan con el tema del párrafo anterior y han emergido con el avance de la ciencia dentro del cuidado médico en el mundo de hoy. No creemos, ni pretendemos que el gineco-obstetra pueda constituirse en un verdadero y profundo consejero en uno u otro de estos dos aspectos. Para ello necesitaría cursos especiales, que no le han sido suministrados durante el adiestramiento rutinario de la especialidad. No obstante, la orientación inicial de la pareja cuyos antecedentes son inquietantes o de la pareja con problemas matrimoniales, necesariamente tiene que hacerla el especialista más al alcance de la consulta femenina.

En el otro extremo, la Delegación de Funciones en Gineco-obstetricia, como en muchos otros aspectos de la medicina se hace cada vez más forzosa. Bueno es recordar los altibajos que la atención obstétrica ha tenido. Por largos años fueron las comadronas las encargadas de la atención del parto. Con el carácter de obstetrix adiestrada a niveles de diferente altura académica, este personal ha permanecido en muchos sitios del mundo, aunque la tendencia prevalente en otros lugares ha sido obtener el ciento por ciento de

los partos atendidos en un medio hospitalario en manos de médicos. La orientación actual combina en cierto modo las dos tendencias, asignándole un papel activo de supervisor e instructor al gineco-obstetra, pero extendiendo el radio de la delegación de funciones.

En el mundo de hoy, sobre todo en los llamados países del tercer mundo, existe una escasez y una mala distribución de los recursos humanos y las facilidades en salud. Bien conocida es la concentración de estos recursos en las áreas urbanas. El médico y el gineco-obstetra deben por lo tanto auspiciar el entrenamiento de enfermeras, ayudantes y personal auxiliar para que con este personal adecuadamente entrenado, se pueda aumentar la cobertura de los servicios. Se impone entonces la conformación de equipos de salud materno infantil, en donde se incluyan médico, enfermeras auxiliares, administradores, y otros, para que coordinadamente trabajen como un verdadero equipo hacia los fines deseados. Así mismo, los resultados positivamente alentadores de ensayos como el de Tailandia (20) en donde anticonceptivos orales prescritos por auxiliares tuvieron sorprendentes tasas de continuidad sin mayor aumento de efectos secundarios, o experiencias como las de Colombia, señalan en esta dirección. Recordemos asimismo la situación poco ortodoxa que existe en nuestros países en donde la droguería funciona como un orientador. De acuerdo con los hallazgos del estudio de drogistas que realizamos en nuestro país hace algún tiempo (1) 16,000 personas reciben semanalmente consejos sobre Planificación Familiar en Colombia, por parte

de los farmacéutas. Quisiera repetir aquí la frase con que hace un año terminábamos nuestra ponencia en el Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia reunido en Quito: "Quien conozca la realidad del medio latinoamericano estará de acuerdo que en nuestra población femenina la situación es aún más rudimentaria y en multitud de ocasiones las mujeres inician el uso de anticonceptivos orales a través del simple consejo de una amiga o un familiar. **El encontrar diseños y esquemas elementales de supervisión que logren a la vez una más libre asequibilidad de la píldora es un desafío que los Ginecólogos y Obstetras de nuestros países no podemos ignorar (6).**

El Gineco-obstetra como Investigador y Biólogo de Reproducción, se vigoriza cada día con un creciente número de exponentes orientados hacia esta área. Tanto es así que Latinoamérica tiene ya sus sociedades y sus grupos que las integran con siglas como ALIRH - ILAFIR, PLAMIRH, etc., y en Norteamérica se han definido ya los lineamientos del Consejo o "Board" de la sub-especialidad. Las aplicaciones actuales son numerosas, desde estudios básicos hasta el simple ensayo clínico de nuevos productos y su evaluación. Las técnicas se refinan más y más avanzadas: la inseminación artificial con semen del marido o de un donante. El transplante de huevos propios o de otra mujer. El uso de madres huéspedes para el desarrollo de huevos o blastocistos al igual que se hace en forma casi rutinaria en animales. La inseminación y el cultivo de huevos "in vitro". La cirugía genética. El transplante intercelular de la porción nuclear y muchas otras

técnicas ya no pertenecen al terreno de la ciencia ficción sino al mundo real.

Lo que desasosiega un tanto aquí no es la validez del área que es de una belleza enormemente atractiva, sino las complicaciones socio-culturales y legales que se avizoran en su futuro. Como todo biólogo, el gineco-obstetra al adoptar el papel de biólogo va a estar sujeto a multitud de interrogantes legales y aún ético-morales que lo pueden llevar a la perplejidad. Si la simple inseminación artificial es al presente causal de divorcio dentro de la ley que se discute en el Parlamento colombiano, imaginémosnos la confusa maraña de dificultades que otras técnicas como las mencionadas pueden tener en el futuro.

Finalmente, el Gineco-obstetra como todo médico puede constituirse en un orientador y defensor contra los peligros de la contaminación ambiental, como protectores de la salud que son. No es infrecuente que sean ellos los primeros que perciben una relación de causa —efecto entre una noxa ambiental y una enfermedad determinada.

Uno de los últimos número de Tribuna Médica (21) trae el siguiente caso: "En cierta ocasión un miembro de alguna organización médica, supo que al inmunizar contra el fuego un nuevo edificio mediante fumigaciones de asbesto se estaba creando un torbellino de este mineral; se dirigió al lugar con un colega y llenó una caja con ese material. Una vez obtenida esta prueba, acudió a la oficina correspondiente. Como no cabe duda de que inhalar asbesto puede producir cáncer pulmonar y mesotelioma, se establecieron leyes que prohibían ese procedimiento". "Co-

mentando el caso anterior, se recalca el papel de los galenos, frente al problema de la contaminación y ante el público en general, ya que si no señalan el camino a las personas que confían en ellos para proteger su salud, ¿quién lo hará?".

RESUMEN

La anterior reseña ha pretendido revisar y destacar algunos de los puntos sobresalientes del importante papel que el Gineco-obstetra desempeña en el cambiante mundo de hoy.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BAILEY, J.: Educación sobre la Anticoncepción y los Farmacéuticos Colombianos. Estudio de Planificación Familiar. Vol. III N° 2, pág. 36, Noviembre 1972. Edición en Español. Asociación Colombiana para el Estudio Científico de la Población, (A.C.E.P.).
- 2) BUTLER, N. y BONHAM D.: Perinatal Mortality. Edimburg and London E. and S. Livingstone Ltd. 1963.
- 3) EATSMAN, N.J., N.Y. STATE J.: Med. v. 40, pág. 1708, 1940. Yerushalmy, Human Biology, v. 17. Pág. 65.
- 4) GARRISON, S.H.: Historia de la Medicina, Edit. Interamericana, S. A. México, D. F. 1966.
- 5) ISRAEL y ELAZAR: Citado por Omram A. R., Beneficios de Planificación Familiar, mimeo, Bogotá, 1972.
- 6) LOPEZ-ESCOBAR, G.: Anticonceptivos Orales (La Píldora) VII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Quito - Ecuador, Julio 23-29/73.
- 7) LOPEZ-ESCOBAR, G.: Salud y Población, Revista de la Cámara de Comercio de Bogotá. Año 3 N° 12, pág. 53, Setiembre 1973.
- 8) LOPEZ-ESCOBAR, G.: Loc. cit.
- 9) MATSUNAGA, E.: Algunas Reflexiones sobre las Consecuencias Biológicas del Planeamiento Familiar en H.B. Zile Hyde y L.S. Bloch, Family Planning and Medical Education. Traducción al español. Editorial Pax, México, D. F. 1973.
- 10) MEAD, A.: Población: La necesidad de una Ética en H. V. Zyle Hyde y L. S. Bloch, Family Planning and Medical Education. Traducción al Español. Editorial Pax, México, D. F. 1973.
- 11) MIDDLETON y FAIRD: Citado por Omram, op. cit.
- 12) NACIONES UNIDAS: Declaración sobre el Progreso Social y Desarrollo, Asamblea General Resolución A 2542 (XXIV) Art. 2. Diciembre 22, 1969.
- 13) NEWCOMBE, EUGENICS QUARTERLY: v. 12, pág. 90 Junio, 1965.
- 14) OMRAN, A.R.: Beneficios para la Salud de la Planificación Familiar.— Programa de Planificación Familiar en Maternidades. Organización Mundial de la Salud.— Ginebra, Octubre 1971. Mimeo.
- 15) PAGE, E.W., VILLEE C.A. y VILLEE D.B.: Human Reproduction W.B. Philadelphia, 1972.
- 16) PARK, H.J. SEOUL J.: Med v. 3 N° 4 Agosto 1962.
- 17) PYKE: Citado por Omram. Op. cit.
- 18) RADOVIC, P.: Am. J. of Obst. and Gynecology. v. 94. Pág. 583, 1966.
- 19) RAMOS, P., DIAZ, J., ALVAREZ, J.M. y ALVAREZ J., Proyección Social del Médico, M. Casas Editorial, México D.F. 1965.
- 20) ROSENFELD A.G. y LIMCHAROEN C., Auxiliary Midwife Prescription of Oral Contraceptives. Am. J. Obst. and Gynec. v. 114 N° 7 p. 942 Diciembre 1972.
- 21) TRIBUNA MEDICA: 2º número Septiembre/74 Tomo I N° 6. Pág. B-5.
- 22) VEHASKARI, Citado por Omram, op. cit.