

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 266

# ASPECTOS SOCIALES DE LA ENSEÑANZA DE LA OBSTETRICIA Y LA GINECOLOGIA

**Cuarto informe  
del Comité de Expertos de la OMS  
en Higiene Maternoinfantil**

	Página
1. Introducción . . . . .	3
2. Relaciones entre la obstetricia y la ginecología . . . . .	4
3. Lugar de la obstetricia y la ginecología en el plan general de estudios . . . . .	6
4. Definición e importancia de los aspectos sociales de la obstetricia y la ginecología . . . . .	8
5. Estado actual de los conocimientos . . . . .	11
6. Programas de enseñanza . . . . .	16
7. Organización del departamento . . . . .	20
8. Investigación . . . . .	22
9. Conclusiones y recomendaciones . . . . .	25

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1963

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS  
EN HIGIENE MATERNOINFANTIL

Ginebra, 11-17 de junio de 1963

*Miembros :*

- Dr. Avendaño, Profesor de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
- Profesor A. Brzezinski, Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología, The Hebrew University — Hadassah Medical School, Jerusalén, Israel \*
- Dr. M. Eghbal, Profesor de Enfermedades Infecciosas, ex-Decano de la Facultad de Medicina y ex-Rector de la Universidad de Teherán, Irán
- Dr. R. H. Hazemann, Inspecteur général, Ministère de la Santé publique et de la Population, París, Francia
- Dr. L. M. Hellman, Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, State University of New York, Downstate Medical Center, Brooklyn, N.Y., Estados Unidos de América (*Presidente*)
- Dr. J. Lukáš, Profesor de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Charles, Praga, Checoslovaquia (*Vicepresidente*)
- Profesor M. K. K. Menon, Director del Instituto de Obstetricia y Ginecología, Hospital Maternoinfantil, Madrás, India (*Relator*)
- Profesor W. C. W. Nixon, Director, Obstetric Unit University College Hospital, Londres, Inglaterra

*Representante de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia :*

- Dr. H. de Watteville, Secretario General de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Ginebra, Suiza ; Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Genève

*Secretaría :*

- Dr. R. Iilsley, Obstetric Medicine Research Unit, Aberdeen University Medical School, Aberdeen, Escocia (*Consultor*)
- Dr. F. Mortara, Médico del Servicio de Higiene Maternoinfantil, OMS (*Secretario*)

---

\* Fallecido.

## ASPECTOS SOCIALES DE LA ENSEÑANZA DE LA OBSTETRICIA Y LA GINECOLOGIA

### Cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Maternoinfantil

El Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil se reunió en Ginebra del 11 al 17 de junio de 1963 con objeto de examinar los aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología. En nombre del Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. P. M. Kaul, Subdirector General, declaró abierta la reunión y dio la bienvenida a los miembros del Comité de Expertos y al representante de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Recordó el Dr. Kaul que ya en 1949 el Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil había hecho hincapié sobre la importancia de los aspectos sociales de estas disciplinas. Entre las recomendaciones que formuló con respecto a las actividades de la Organización Mundial de la Salud en el campo de la higiene maternoinfantil figuraba, en efecto, la de dar « asesoramiento y ayuda en la enseñanza de la pediatría y de la obstetricia social y clínica ... »<sup>1</sup>

Pocos años después, el Comité de Expertos de la OMS en Asistencia a la Madre insistió a su vez sobre este punto en los siguientes términos:

« La teoría moderna según la cual el estudiante de medicina debe prestar especial atención a lo largo de la carrera a los aspectos preventivos y sociales de las enfermedades que estudia y a sus consecuencias para el paciente, parece perfectamente aplicable en lo que respecta a la asistencia a la madre. »<sup>2</sup>

El Dr. Kaul afirmó finalmente que el Comité podría aportar una contribución muy valiosa al estudio de este problema si lograra esbozar ciertas normas de orientación al alcance de los países que hoy tratan de establecer o de ampliar sus programas de estudios de obstetricia y ginecología, insistiendo sobre todo en los aspectos sociales y preventivos de estas enseñanzas.

<sup>1</sup> *Actes off. Org. mond. Santé, 1949, 19, 35; Off. Rec. Wld Hlth Org., 1949, 19, 35.*

<sup>2</sup> *Org. mond. Santé Ser. Rapp. techn., 1952, 51, 22; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser., 1952, 51, 20.*

## 1. INTRODUCCION

La asistencia obstétrica y ginecológica ha alcanzado actualmente un alto grado de eficacia. En muchas regiones del mundo, la mortalidad materna ha desaparecido casi por completo y las tasas de mortalidad perinatal, no sólo han descendido considerablemente, sino que siguen disminuyendo. También se han realizado grandes progresos en los aspectos preventivos y quirúrgicos de la ginecología y todo hace esperar que en los próximos años se registren progresos análogos en materia de endocrinología ginecológica.

Sin embargo, el progreso científico ha sido muchas veces más rápido que sus aplicaciones prácticas. La evolución ha sido desigual incluso en las regiones del mundo donde más se ha avanzado en materia de higiene de la maternidad y de la reproducción. La aplicación a todos los grupos de población de los conocimientos actuales y el mejoramiento de los métodos de asistencia se traducirían sin duda en una acentuada disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad y una elevación del nivel de salud de las mujeres y, por ende, de las familias en general. Es evidente que si conociéramos mejor la manera en que los factores sociales influyen sobre la salud de las mujeres sería mucho más fácil alcanzar ese objetivo. En los países en vías de desarrollo, las posibilidades de aplicación de los conocimientos hoy día disponibles son enormes; ahora bien, esta responsabilidad sólo incumbe en una parte muy limitada a los especialistas en obstetricia y ginecología. Estos tienen cada vez una idea más clara de la influencia del desarrollo social sobre los problemas de sus pacientes y sobre la eficacia de los servicios de maternidad y ginecología, y saben bien hasta qué punto la salud y la felicidad de las familias y de las colectividades dependen de las técnicas que emplean y de la organización y el funcionamiento de los servicios. Las relaciones existentes entre la vida individual y colectiva y las enfermedades tocoginecológicas son hoy suficientemente conocidas para que podamos incluirlas en los programas de estudios médicos y en las actividades de los servicios clínicos. Este es precisamente el motivo que ha impulsado a la Organización Mundial de la Salud a convocar un Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil con la misión de examinar los aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología.

## 2. RELACIONES ENTRE LA OBSTETRICIA Y LA GINECOLOGIA

El Comité ha considerado que la definición general de protección de la maternidad que figura en el primer informe del Comité de Expertos en

Asistencia a la Madre puede servir de base para la enseñanza de la obstetricia :

« La protección de la maternidad tiene por objeto proteger la salud de las madres durante el embarazo y la lactancia, enseñarles a cuidar a los niños y ayudarles a dar a luz normalmente y a traer al mundo niños sanos. En el sentido más estricto, la protección de la maternidad consiste en cuidar de la mujer embarazada antes y durante el parto, vigilarla durante el puerperio, atender al recién nacido y tomar las medidas necesarias para asegurar una buena lactancia. En el sentido más amplio de la expresión, la protección de la maternidad empieza mucho antes y comprende todas las medidas destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes que pueden llegar a ser padres, y a ayudarles a hacerse una idea justa de la vida familiar y de la importancia de la familia en la colectividad. La protección de la maternidad debe comprender también la orientación de los padres acerca de sus responsabilidades y de los problemas que plantea la esterilidad y la planificación familiar. »<sup>1</sup>

En el sentido más estricto, la ginecología es la ciencia de diagnosticar y tratar las enfermedades del aparato genital femenino. En su sentido más amplio, sin embargo, esta disciplina consiste en la asistencia a la mujer en todos los problemas relacionados con el aparato reproductor y su funcionamiento, prestando una atención particular y continua a la prevención de la enfermedad y al fomento de la salud.

La relación entre la obstetricia y la ginecología es tan estrecha que impide considerarlas como dos materias independientes. Muchos trastornos ginecológicos, entre los que cabe citar las relajaciones del suelo de la pelvis, la incontinencia urinaria y las infecciones pelvianas, se deben en realidad a una asistencia obstétrica inadecuada. A su vez, los trastornos ginecológicos y su tratamiento pueden influir en el curso normal del embarazo y en el parto, así como en la capacidad reproductora de la mujer. Hay que desechar pues la tendencia a considerar la ginecología como parte de la cirugía general. *Teniendo en cuenta la estrecha relación existente entre las dos ramas de la especialidad, convendría combinarlas en un « departamento de obstetricia y ginecología » único dirigido por una sola persona competente en ambas materias.*

Insistiendo más aún en esa relación, el Comité ha examinado la posibilidad de llegar a una enseñanza integrada y a unos textos igualmente integrados. Ciertamente es que dicha enseñanza integrada se da actualmente en algunas universidades, pero no lo es menos que en otras la obstetricia y la ginecología se enseñan aún por separado. El Comité considera que la enseñanza integrada es factible y esencial, y que, por lo tanto, debe ser fomentada. La preparación de un tratado totalmente integrado ofrece sin duda muchas dificultades; en cambio, parece posible elaborar sin gran esfuerzo un breve manual destinado a los estudiantes de medicina.

También sería conveniente designar con un solo nombre las dos ramas de la especialidad, siempre que esto fuera posible sin restar importancia

---

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 51, 3; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 51, 3.

a ninguna de ellas. El Comité ha recibido varias propuestas, pero ninguna de las denominaciones sugeridas le ha parecido recomendable de momento. Es interesante señalar a este respecto que en un país de América Latina (Uruguay) se ha adoptado el término « *ginecotología* »<sup>1</sup>; por desgracia, dicho término no tiene equivalente en muchos otros idiomas.

El éxito de una enseñanza integrada depende en gran parte del jefe del departamento; ello debe tenerse muy en cuenta a la hora de designar a quien haya de ocupar ese puesto. Según el Comité, antes de decidir su nombramiento habrá que comprobar que el candidato reúne las siguientes cualidades: gran competencia en obstetricia y ginecología clínicas; interés y experiencia en lo que respecta a los problemas de la colectividad; espíritu científico, demostrado por sus trabajos de investigación clínica, fundamental o sociológica; capacidad docente reconocida. La importancia relativa de cada una de esas cualidades variará naturalmente según la región de que se trate y la naturaleza de los problemas que se planteen.

El Comité no ignora que las tareas administrativas impiden a muchos jefes de departamento prestar toda la atención necesaria a sus funciones clínicas, docentes y de investigación. Como un medio de resolver dicha situación se ha propuesto el nombramiento de auxiliares administrativos. La dirección de un departamento no debe nunca simultanearse con otras actividades.

En algunos países, los profesores de obstetricia y ginecología, además de sus funciones clínicas y académicas, se ocupan de la administración de los servicios de maternidad de la región. En otros y especialmente en los países en vías de desarrollo, no existe relación alguna entre ambas funciones. *El Comité estima que el nombramiento del profesor de obstetricia y ginecología como consultor de los servicios de maternidad de la región y la creación de un comité de enlace para las cuestiones relacionadas con la maternidad sería una medida altamente beneficiosa tanto para los servicios sanitarios como para el programa de enseñanza.*

### 3. LUGAR DE LA OBSTETRICIA Y LA GINECOLOGIA EN EL PLAN GENERAL DE ESTUDIOS

En relación con los objetivos de la enseñanza médica, el Comité hace suya la siguiente declaración del Grupo de Estudios de la OMS sobre la Enseñanza de la Pediatría:

« El objetivo fundamental de la enseñanza médica es la formación de buenos médicos generales, capacitados para servir tanto a la comunidad como al individuo. A tal fin,

<sup>1</sup> En español « *tología* » (del griego *tokos*, nacimiento, y *logos*, ciencia) se usa como sinónimo de « *obstetricia* ». En inglés y en francés, las expresiones « *tology* » y « *nologie* » aunque tienen el mismo significado, apenas se emplean.

es indispensable despertar el interés del alumno por el ser humano, la familia y la colectividad; desarrollar el hábito del estudio y el constante deseo de instruirse; estimular la curiosidad científica y la adquisición de un conjunto preciso de conocimientos y aptitudes. Un médico competente debe apreciar las necesidades sociales y sanitarias del país en que vive y saber responder a ellas.»<sup>1</sup>

Los objetivos de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología a los estudiantes de medicina deben fijarse siempre en función de las necesidades y recursos de cada país. En los países muy desarrollados casi todos los partos son asistidos por médicos, generales o especializados. En los países en vías de desarrollo, en cambio, lo corriente es que sólo una pequeña proporción de la población reciba asistencia profesional. Estos últimos países tendrán por fuerza que prestar más atención a los aspectos clínicos y prácticos de la cuestión que a sus aspectos puramente teóricos. El párrafo siguiente describe perfectamente el problema:

« Los objetivos asignados a la enseñanza médica en los diferentes países pueden clasificarse a grandes rasgos en dos categorías principales, según se trate de preparar a los estudiantes para que puedan ejercer prácticamente su profesión al poco tiempo de abandonar la facultad o, por el contrario, de crear en ellos una sólida base científica y dejar para más adelante (es decir, para después de terminados los estudios) su formación práctica. En todos los planes de enseñanza médica intervienen casi siempre esas dos preocupaciones, aunque en proporción diferente y con importancia variable. Si bien ciertas necesidades urgentes de carácter social obligan a veces a insistir en la preparación práctica del estudiante, hoy se admite en casi todas partes la necesidad de dar al alumno una base científica sólida, incluso en los países menos desarrollados que no quieren comprometer la calidad científica del médico.»<sup>2</sup>

Es preciso pues dedicar tiempo suficiente a la preparación teórica y práctica del alumno. Para lograr ese fin conviene establecer un periodo de prácticas clínicas, a ser posible continuo. *La duración del periodo de prácticas puede variar de unas escuelas a otras, pero nunca debe ser inferior a la de los estudios de pediatría y, dentro de lo posible, será equivalente a la de los estudios de medicina o cirugía.* Este periodo debe cursarse en gran parte en régimen de internado. Los estudiantes deben empezar a estudiar las asignaturas en cuestión inmediatamente después de sus estudios preclínicos. Se ha sugerido a este respecto instituir, a modo de introducción, un curso de tres meses que se dictaría al mismo tiempo que los de cirugía, medicina interna y medicina preventiva. Es conveniente, en efecto, aplazar la formación clínica superior hasta los últimos años de la carrera, es decir, hasta que los estudiantes posean a fondo los conocimientos básicos indispensables de medicina, cirugía y otras especialidades.

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, **119**, 4.

<sup>2</sup> Grzegorzewski, E. (1961) Medical education in international perspective. *J. med. Educ.*, **36**, 971.

#### 4. DEFINICION E IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS SOCIALES DE LA OBSTETRICIA Y LA GINECOLOGIA

*El Comité entiende 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.* En la expresión « vida colectiva » no sólo se incluyen las condiciones sociales, económicas y nutricionales, sino también los sistemas de valores culturales y las aspiraciones y satisfacciones que influyen en el comportamiento conyugal y familiar. El estudio de los hábitos y del estado de salud en relación con la reproducción comprende todos los factores que influyen en la edad de las parurientas, el número de hijos, el intervalo entre los partos, la morbilidad y la mortalidad infantil y materna y la estructura de los servicios de maternidad, ginecología y asistencia médicosocial.

Nadie discute la importancia de los factores sociales como causas de mortalidad durante el primer año de la vida del niño, hasta el punto que la tasa de mortalidad infantil se utiliza como índice de las condiciones sociales y del nivel de vida. Ultimamente se admite asimismo que las condiciones sociales influyen considerablemente en la etiología de la mortalidad, de la mortalidad neonatal precoz, de la insuficiencia ponderal del recién nacido y de una serie de complicaciones del embarazo y de trastornos ginecológicos.

La tasa de mortalidad perinatal<sup>1</sup> varía considerablemente según los países; las variaciones geográficas de esa tasa corresponden muy exactamente a los niveles de desarrollo económico y social. Siempre que mejoran las condiciones de vida se produce paralelamente una disminución de las tasas de mortalidad perinatal y una modificación de la importancia relativa de las diferentes causas de defunción. Las diferencias en la tasa de mortalidad perinatal reflejan en parte el mejor o peor funcionamiento de los servicios de maternidad y obstetricia; no obstante, la importancia de los factores sociales también está claramente demostrada. Las tasas de mortalidad perinatal suelen ser más elevadas en las zonas industriales que en las rurales, y, en una zona dada, dichas tasas son varias veces más altas en los grupos de población cuyas condiciones socioeconómicas son deficientes que en aquellos en que éstas son satisfactorias. En Inglaterra y Gales, donde desde 1911 existen estadísticas sobre las tasas de mortalidad infantil y neonatal en los distintos grupos sociales, la relación entre las tasas correspondientes a cada uno de dichos grupos socioeconómicos ha

<sup>1</sup> Basada en la definición de mortalidad perinatal adoptada por la OMS. (Véase: *Rapp. épidemiol. et dém. — Epidem. vital Statist. Rep.*, 10, 506).

permanecido constante durante muchos años a pesar del progreso económico, de la mejora de la asistencia médica y de la disminución del nivel general de mortalidad infantil. La edad, historia tocológica, estado civil y estatura de la madre, factores que dependen íntimamente de las costumbres y del nivel económico del grupo de población, contribuyen directamente a determinar la tasa de mortalidad.

Los riesgos obstétricos difieren según el grupo socioeconómico y el lugar de residencia de la madre; no es lo mismo, por ejemplo, que ésta viva en una ciudad o en una zona rural. Por consiguiente, la capacidad de reproducción depende en parte de factores que escapan al control del tocólogo, y por ello es muy importante determinar qué grupos de población precisan un tratamiento especializado y una asistencia hospitalaria. Para establecer una selección racional se necesita una documentación detallada sobre las características de los grupos sociales que componen la colectividad, con el fin de determinar para cuáles de dichos grupos presenta el parto riesgos más considerables y proporcionar así a cada uno el tratamiento apropiado. En los países que sólo disponen de medios limitados en lo que respecta a la asistencia obstétrica, dicha selección, basada en el estudio medico-social de la población, es la mejor manera de utilizar eficazmente los recursos existentes.

La insuficiencia ponderal del recién nacido, que representa una de las causas principales de mortinatalidad y de mortalidad neonatal, varía considerablemente de unas regiones a otras e incluso, dentro de una misma zona, de unos grupos a otros. Mientras que en las maternidades de los países más desarrollados se registran tasas<sup>1</sup> del 2 ó del 3 %, en algunas grandes ciudades de países en vías de desarrollo las tasas registradas han sido de 25 ó del 35 %. Entre las primíparas sometidas a la misma asistencia prenatal se han podido diferenciar claramente distintos grupos profesionales cuyas tasas varían entre el 3 y el 17 %.

Se ha observado que existe una relación entre determinados factores sociales y la insuficiencia ponderal del recién nacido. Por ejemplo, las mujeres que trabajan hasta los últimos meses del embarazo tienden a dar a luz a niños de peso inferior a aquellos cuyas madres no han trabajado durante el embarazo o que han interrumpido sus ocupaciones durante las primeras semanas. Las tasas son igualmente más elevadas en los barrios donde las condiciones de vivienda son deficientes que en las zonas residenciales. Lo mismo ocurre en el caso de las mujeres que durante el embarazo siguen un régimen alimenticio insuficiente. *No obstante, es posible que la influencia de todos estos factores tenga más de correlación que de auténtica relación de causa a efecto.*

---

<sup>1</sup> Las tasas publicadas se basan por lo general en la definición de la OMS, en la que el peso del recién nacido representa el único criterio de prematuridad (véase *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, 217, 3).

Las circunstancias sociales desfavorables rara vez se presentan aisladamente. Las mujeres poco instruidas, mal alojadas, insuficientemente alimentadas y con escasos ingresos suelen tropezar durante el embarazo con otros muchos inconvenientes sociales y físicos, que por lo general han soportado ya durante años. Su talla, por ejemplo, suele ser menor que la de las que pertenecen a grupos sociales más acomodados, lo cual es casi siempre un signo de que ya en la época del desarrollo su situación social era poco satisfactoria. El mecanismo por el cual los factores sociales se transforman en hechos biológicos no está claro en absoluto. De todos modos, la insuficiencia ponderal de los niños nacidos en familias pobres contribuye grandemente a elevar las tasas de mortalidad perinatal.

Las consecuencias de la prematuridad no se limitan a la mortalidad. Se ha observado, por ejemplo, que el crecimiento de los niños prematuros puede ser más lento, sus coeficientes intelectuales inferiores y sus defectos mentales y físicos más importantes que los de los niños cuyo peso al nacer era mayor. Tampoco en este caso está claro el mecanismo de acción si se conoce hasta qué punto influye en esto la insuficiencia ponderal de los recién nacidos. Los retrasos del crecimiento y del desarrollo pueden deberse sencillamente a un medio ambiente desfavorable.

La definición actual de la prematuridad se basa únicamente en el criterio del peso del niño al nacer y no hay ninguna razón que permita suponer que dos recién nacidos del mismo peso tienen las mismas posibilidades de viabilidad o desarrollo. Los resultados de diversos estudios parecen indicar que los niños de peso insuficiente nacidos en zonas donde es frecuente la prematuridad tienen más probabilidades de sobrevivir que los niños del mismo peso nacidos en zonas muy desarrolladas donde la prematuridad es rara.

Por desgracia, se ha prestado menos atención a las relaciones entre los factores sociales y los trastornos ginecológicos; no obstante, incluso en este campo poco explorado se ha demostrado que ciertas variaciones de la morbilidad se deben a influencias sociales. El ejemplo más palpable y mejor estudiado es el del cáncer del cuello uterino. A pesar de las dificultades de definición y registro, hoy día está demostrado que la mortalidad debida al cáncer de cuello uterino es más elevada en las regiones y grupos sociales más pobres, en particular en aquéllos con tasas de fertilidad especialmente elevadas. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, las tasas de mortalidad son más elevadas en la población de color que en la población blanca; de igual modo, en la mayoría de los países industrializados, la enfermedad es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales. Muchos estudios confirman que la incidencia más elevada corresponde a las casadas con descendencia, y muy especialmente a aquéllas que contrajeron matrimonio o tuvieron relaciones sexuales siendo jóvenes y a las madres de muchos hijos. En todas sociedades industriales existe una relación tan íntima entre la edad del matrimonio y del primer embarazo, el número de hijos, los cuidados higiénicos, la educación y los ingresos

que no ha sido posible todavía determinar si uno de estos factores es más importante que los otros. La reducida incidencia del cáncer de cuello uterino en las mujeres judías y musulmanas se ha atribuido con frecuencia a la práctica de circuncisión; esta hipótesis, sin embargo, dista mucho de estar probada. Existen otras posibles explicaciones de este hecho que, por desgracia, todavía no se han estudiado por completo; casi todas ellas parten de una relación entre las variaciones de la incidencia del cáncer del cuello uterino y las costumbres sexuales y referentes al parto.

Una buena parte de las variaciones de las tasas de mortalidad en los distintos grupos sociales no se deben, sin embargo, a la incidencia relativa de la enfermedad, sino a las diferencias de tratamiento. En las zonas donde la población tiene fácil acceso a los servicios de ginecología y está bien informada de las medidas preventivas, es más probable que las mujeres se presenten para tratamiento en una fase precoz de la enfermedad y se sometan a los métodos de examen citológicos o de otros tipos. No todos los grupos sociales responden en la misma medida a las campañas de localización de casos de cáncer; por consiguiente, siempre que existan posibilidades de prestar una asistencia a la vez preventiva y curativa, habrá que preocuparse de que toda la población pueda gozar de los mismos servicios. El cáncer es todavía una enfermedad muy temida y hay que estudiar urgentemente los motivos por los que los grupos de población menos favorecidos desde el punto de vista económico y educativo no utilizan los servicios disponibles. Esta enfermedad es un ejemplo manifiesto de cómo los factores sociales pueden influir no sólo en la morbilidad sino también en las actividades preventivas.

La mortalidad perinatal, la insuficiencia ponderal del recién nacido y el cáncer del cuello uterino son ejemplos que demuestran claramente la influencia de los factores sociales en la etiología y el tratamiento de las enfermedades tocoginecológicas. Por otra parte, hay pruebas abundantes, aunque quizá menos demostrativas que en los tres casos citados, de que los factores sociales influyen en otros muchos aspectos del parto y de los trastornos genitales. Cabe citar a este respecto el aborto, las anemias gravídicas, el cáncer de la mama, las malformaciones congénitas, el embarazo ectópico, la endometriosis, los trastornos de la fecundidad, de la lactancia y de la menstruación, los defectos mentales y físicos del niño, las psicosis de la gestación y del puerperio, el prolapso uterino, la incontinencia de orina y la toxemia. Algunos de estos problemas se examinan con más detalle en la sección siguiente del informe.

## 5. ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS

Disponemos hoy de datos suficientes para afirmar que las variaciones de las tasas de morbilidad y mortalidad del embarazo y del parto varían según el grupo social y la región geográfica. No obstante, las investigaciones

de las que se derivan esos datos se han hecho por lo general en un número relativamente pequeño de localidades, y todavía está por demostrar que estas conclusiones sean válidas para otras zonas. Incluso en las regiones donde se han hecho investigaciones más detenidas persisten todavía muchas incógnitas a las que el especialista de obstetricia no puede dar respuesta adecuada. De todos los fenómenos considerados, la mortalidad perinatal es sin duda el que ha sido mejor estudiado. Sin embargo, las estadísticas nacionales suelen limitarse a mostrar que existen variaciones entre los principales grupos sociales y que la importancia relativa de las diferentes causas de defunción varía con la tasa de mortalidad.

La mayor parte de los estudios realizados sobre la capacidad de reproducción se basan en los llamados « cortes transversales » de la población; muy pocos, en cambio, son del tipo « longitudinal ». Hoy sabemos que una mujer que ha dado a luz un feto muerto o un niño con insuficiencia ponderal o con malformaciones tiene más probabilidades que otra de volver a tener un hijo con los mismos defectos. No obstante, raras veces se ha podido estudiar longitudinalmente a grupos de mujeres durante todo su periodo de reproducción a fin de precisar la relación entre sus embarazos sucesivos. Si se pudiera disponer de más datos sobre este problema sería posible localizar aquellas mujeres para las que el embarazo presenta riesgos importantes. La influencia de los factores sociales en los casos de morbilidad o mortalidad perinatal repetida o de aborto habitual es poco conocida y debe ser mejor estudiada.

El Comité ha examinado la función de los servicios de asistencia prenatal en la prevención de la morbilidad. Es evidente que si con una asistencia prenatal oportuna se pudieran identificar los antecedentes sociales de las complicaciones médicas sería mucho más fácil hacer una labor de prevención y protección. Por desgracia, son muchas las zonas donde las mujeres sólo se preocupan de su embarazo irregularmente o demasiado tarde y muchas veces no se presentan en el hospital hasta que ha empezado el parto. Una mejor organización de los servicios de maternidad, una utilización más eficaz de los médicos de cabecera y de las parteras, un aumento del número de clínicas prenatales junto con una mejor distribución de dichas clínicas y el establecimiento en ellas de un horario que se adapte a las necesidades de las pacientes, son evidentemente elementos fundamentales para persuadir a las mujeres de la importancia de recurrir a la asistencia prenatal desde los primeros meses del embarazo. Sin embargo, la falta de interés que se observa en las mujeres de ciertas zonas y grupos sociales por la utilización de los servicios existentes puede muchas veces obedecer a razones más profundas. El Comité ha examinado algunas de esas posibles razones, entre las que cabe citar el horario de trabajo de las mujeres, la necesidad de ocuparse de sus hijos, la tendencia de las mujeres solteras y de las que concibieron antes del matrimonio a ocultar el embarazo y, en el caso de las que ya han tenido hijos, la creencia

de que si su primer embarazo se desarrolló normalmente no necesitan asistencia prenatal para los embarazos subsiguientes.

El hecho de que las embarazadas no se interesen por la asistencia prenatal o que sólo recurran a ella al final del embarazo se debe muchas veces a que no comprenden las ventajas de dicha asistencia, como tampoco las comprenden las familias y la colectividad en general. Es indispensable pues dar a la población una educación más sistemática e intensiva sobre los problemas del embarazo y sobre los servicios que pueden prestar las maternidades. También es de gran importancia establecer las relaciones psicológicas adecuadas entre la paciente, el médico y las parteras y el hospital. En muchas regiones, es probable que las mujeres sientan repugnancia e incluso miedo del hospital, bien porque lo asocian con la idea de enfermedad y de muerte, bien porque piensan que en una clínica atestada y con personal insuficiente los médicos no pueden comprender sus problemas personales ni interesarse por ellas. *Cualquiera que sea la importancia relativa de los factores sociales en las distintas regiones, es evidente que dichos factores influyen considerablemente en la posibilidad de prestar una asistencia prenatal adecuada a la población. Es indispensable pues llevar a cabo nuevas investigaciones y reunir más información sobre esta cuestión.*

A juzgar por los datos existentes, la incidencia de la toxemia gravídica varía considerablemente según los países, los continentes y los grupos etnicosociales. Parece ser que existen también importantes variaciones locales incluso en colectividades relativamente homogéneas. El problema clínico planteado por la toxemia está perdiendo importancia en algunas regiones, por ejemplo, en ciertos lugares de los Estados Unidos de América; en cambio, en otras zonas del mismo país sigue siendo grave y en algunos países de Asia es incluso uno de los más importantes. También se observan grandes variaciones entre los grupos de inmigrantes que llegan a Israel procedentes de distintos países del mundo. Se han propuesto distintas hipótesis para explicar estas variaciones. En los Países Bajos, por ejemplo, se ha observado que durante un periodo de hambre la incidencia de la toxemia acusó una considerable disminución. Cabría suponer pues que la alimentación y la composición de la dieta pueden ser factores que influyen en las tasas de incidencia; no obstante, los ensayos controlados que se han realizado últimamente han dado un resultado negativo a ese respecto.

Se ha observado también una correlación entre la incidencia de la toxemia y el aumento excesivo de peso durante el embarazo. Esta correlación, si bien es admisible en muchas regiones, está en contradicción con lo que ocurre en ciertas partes de la India, donde el aumento de peso es escaso y la toxemia, en cambio, muy frecuente. La relación entre la toxemia y la situación social no está ni mucho menos tan clara como en el caso de la mortalidad perinatal y de la insuficiencia ponderal del recién nacido. Esto se debe en parte a la falta de uniformidad de las definiciones,

por lo que el Comité considera que conviene prestar más atención a la normalización de la terminología. El Comité estima asimismo que esta enfermedad, por sus variaciones de frecuencia según los países, por su posible relación con el régimen alimenticio y la actividad física, y por el grave problema clínico que plantea en muchas regiones, debe ser objeto de un estudio detenido.

El comienzo de la menstruación a edades cada vez más tempranas, en particular en las sociedades industriales, plantea una nueva serie de problemas educativos, profesionales y conyugales. Por regla general, la maduración precoz entraña una disminución de la edad en que se contrae matrimonio y, por consiguiente, en que se tienen los hijos; en cambio, no siempre va acompañada de un desarrollo intelectual y psicológico paralelo. *El Comité estima que existe una urgente necesidad de estudiar las consecuencias de ese fenómeno* y, en especial, sus repercusiones sobre la proporción de embarazos ilegítimos o anteriores al matrimonio, así como la influencia del embarazo de las adolescentes sobre su propio desarrollo y sobre el peso de los niños al nacer. En algunas sociedades el matrimonio precoz trae consigo un adelanto de la menopausia en la mujer y, muchas veces, una disminución del número de hijos. La duración del periodo durante el cual las mujeres amamantan y crían a sus hijos puede reducirse asimismo, con lo que se produce una modificación de la función tradicional de la madre cuyas repercusiones en la vida social y profesional, aunque mal conocidas por ahora, pueden dar lugar a problemas psicológicos y conyugales. La posibilidad de que, después de un intervalo de muchos años, la mujer vuelva a concebir cuando ya se acerca el final de su periodo fértil, aumenta las probabilidades de que los padres tengan, por así decirlo, una segunda familia además de la primera. Tampoco en este caso se sabe mucho sobre las repercusiones que esto puede tener sobre la familia y sobre el niño.

En muchos centros de investigación se ha prestado una atención considerable a los problemas relativos a la edad de los padres y a la historia tocológica de la madre. La incidencia de los abortos, las toxemias, la prematuridad y la mortalidad perinatal y materna tiende a ser elevada en el primer embarazo, disminuye en el segundo y el tercero, y vuelve a aumentar considerablemente en los siguientes. La influencia de los partos sucesivos en los trastornos ginecológicos, en particular en el prolapso uterino, la incontinencia de orina y el cáncer del cuello uterino, aunque perfectamente establecida, no ha sido suficientemente estudiada para extraer conclusiones válidas. En cada una de esas enfermedades intervienen una gran variedad de factores sociales y es difícil determinar el efecto de cada uno de ellos por separado. La multiparidad elevada plantea un problema particularmente importante en los países en vías de desarrollo, donde, por falta de asistencia de obstetricia adecuada, puede dar lugar a rupturas del útero y a otras complicaciones. El tratamiento de ese tipo de trastornos debe hacerse teniendo en cuenta los hábitos sociales de la población;

en las regiones donde la fecundidad de la mujer se considera como algo muy importante el médico se ve obligado muchas veces a aplicar ciertas medidas terapéuticas que no siempre son las más eficaces. La histerectomía, por ejemplo, sólo deberá practicarse en casos extremos cuando la situación de la mujer en la colectividad dependa en parte de su aptitud para la procreación.

Las costumbres referentes a la lactancia ofrecen un ejemplo excelente de la íntima relación existente entre los factores sociales, los psicológicos y los biológicos. En muchas sociedades se pasa bruscamente de la lactancia natural a la artificial o viceversa por meras razones de moda. Esos cambios suelen iniciarse en los sectores más acomodados y de mayor nivel cultural de la población, y los otros grupos siguen la moda después de algunos años. Por consiguiente, las costumbres relativas a la lactancia pueden variar enormemente en una misma colectividad, lo que explica las dificultades que a veces encuentran los médicos, enfermeras y parteras para establecer un sistema aplicable a todas las pacientes. En muchas zonas la proporción de madres que crían al pecho a sus hijos durante su estancia en la maternidad llega al 90%; ahora bien, a las pocas semanas de haber abandonado este establecimiento, las costumbres sociales se imponen, y mientras que algunas madres continúan la lactancia natural, otras la abandonan por completo. Los motivos que mueven a las madres a retirar el pecho a sus hijos pueden ser muy variados: malas condiciones de vivienda y falta de intimidad en su domicilio, reanudación de la actividad profesional, cansancio de la madre, consejos de parientes o amigos, etc. Hay regiones y sectores sociales donde la lactancia natural prolongada tiene numerosos partidarios, que consideran que esa práctica permite espaciar los embarazos. En todo estudio o programa referente a la lactancia natural deberán pues tenerse en cuenta tanto el conjunto de costumbres y de creencias religiosas que imperan en el país como el valor intrínseco de esa práctica.

La incidencia de muchos trastornos ginecológicos de etiología mal conocida varía según los grupos sociales y las zonas geográficas. Entre los trastornos de la menstruación, tales como las amenorreas, las dismenorreas y las metrorragias, la armonía doméstica y conyugal y la capacidad de trabajo pueden existir influencias recíprocas; sobre esta cuestión apenas se poseen conocimientos sistemáticos. Determinados factores de carácter social, tales como el trabajo excesivo, la malnutrición o el efecto traumatizante de los partos repetidos, contribuyen también a provocar la relajación del suelo de la pelvis y el prolapso genital; tampoco aquí se dispone de datos suficientes para poder evaluar la importancia relativa de estos y de otros factores. Lo mismo ocurre en lo que respecta a la incontinencia de orina.

Es muy conocida la relación que existe entre los factores sociales, las infecciones pelvianas y el embarazo ectópico. Con frecuencia el embarazo ectópico va precedido de una infección gonorréica o de otro tipo. Cuando

no se conocía la terapéutica antibiótica, las inflamaciones pelvianas producían muchas veces la esterilidad. El tratamiento con antibióticos es eficaz y limita la propagación de la infección; no obstante, las trompas pueden quedar sólo parcialmente permeables y esto facilita la implantación extrauterina. Conviene pues poner en claro la influencia de los diferentes factores sociales sobre la blenorragia, las restantes infecciones pelvianas y el embarazo ectópico. La incidencia del coriocarcinoma también varía considerablemente según las regiones, siendo más elevada en los países de Asia. En lo que respecta a este tumor y a otros cánceres ginecológicos, se conoce mal la acción respectiva de los diferentes factores sociales, culturales, étnicos y de otro tipo que determinan las diferencias observadas en cuanto a la incidencia de la enfermedad y a la eficacia del tratamiento.

Durante los últimos años se ha progresado mucho en lo que respecta al conocimiento de los factores sociales, lo que ha permitido a su vez comprender mejor la etiología de los trastornos obstétricos y ginecológicos. *Si estos conocimientos estuvieran más extendidos y se tuvieran en cuenta en la enseñanza y en la práctica clínica sería más fácil llevar a cabo una acción preventiva y un tratamiento eficaz de esas enfermedades.* Por otra parte, para poder interpretar racionalmente los hechos que se conocen es indispensable una documentación más detallada y amplia. Este método puede ser también interesante para estudiar otras enfermedades mal conocidas, pero de las que se sabe que su incidencia varía en función de factores sociales y geográficos.

## 6. PROGRAMAS DE ENSEÑANZA

### 6.1 Estudios universitarios de medicina

La introducción de un nuevo sistema de enseñanza que comprenda materias distintas de las del plan de estudios médicos tradicional plantea diversos problemas técnicos y docentes. El estudiante y el especialista no sólo tendrán que aprender una serie de cuestiones nuevas, sino que deberán integrarlas en el conjunto de sus conocimientos y aplicarlas a la colectividad en la que viven. Para conseguir esto no basta evidentemente con la enseñanza habitual, y es necesario estudiar qué sistema puede ser el más conveniente. El Comité se ha limitado pues a tratar de adaptar los métodos tradicionales a esa finalidad, pues no se considera capacitado para hacer recomendaciones transcendentales debido a la falta de experiencias e investigaciones más completas.

Muchos factores sociales están tan relacionados con otras ramas de la medicina como con la obstetricia y la ginecología. Por consiguiente, el estudiante debe aprender desde un principio a considerar las materias que estudia desde un amplio punto de vista social y demográfico. De esta instrucción pueden encargarse muy bien los departamentos de medicina

social y preventiva. Un estudiante bien informado de la importancia de los factores sociales en la medicina estará mejor preparado que los demás para abordar desde ese punto de vista el estudio de la obstetricia y la ginecología. El lugar más adecuado para hacerle comprender esta influencia de los factores sociales es la cabecera del enfermo. Ese tipo de instrucción también puede organizarse en los dispensarios y clínicas de asistencia prenatal, postnatal y ginecológica. Las asistentas sociales deben contribuir asimismo a la formación del estudiante.

En el curso de toda su formación los estudiantes deben aprender a considerar al paciente como individuo y al mismo tiempo como miembro de la familia y de la colectividad. Por ejemplo, al presentar un caso de peritonitis secundaria a un aborto ilegal, el profesor deberá aprovechar esa oportunidad para indicarles los diferentes factores que hayan podido intervenir: edad y estado civil de la paciente, número de hijos, grado de instrucción, profesión, ingresos, medio social y aspiraciones, estado de salud física y mental y legislación vigente; deberá exponerles asimismo los riesgos de mortalidad y de morbilidad maternas y familiarizarles con los métodos preventivos. Este método podría aplicarse también a otros muchos problemas de obstetricia y ginecología.

Si el estudiante tiene ocasión de visitar a los pacientes en sus propios domicilios podrá establecer un contacto directo con la vida cotidiana de la madre, la familia y la colectividad. Esto reviste una importancia particular en las regiones en las que predomina el parto a domicilio. El Comité reconoce el interés de las visitas domiciliarias, aunque no ignora que en muchas zonas resulta difícil llevarlas a cabo. En los países donde los servicios de sanidad cooperan en la labor de enseñanza, su contribución es particularmente interesante en lo que respecta a la formación práctica y a la utilización eficaz de los organismos sociales para la asistencia al enfermo.

Un problema muy interesante es el de la formación del estudiante en materia de partos a domicilio. En los países más desarrollados se tiende cada vez más a enviar a las parturientas al hospital; en algunos de ellos esto se hace de hecho en la inmensa mayoría de los casos. En los países en vías de desarrollo, por el contrario, la mayoría de las mujeres dan a luz en sus domicilios y con frecuencia sin asistencia especializada. Conviene pues que en dichas zonas el estudiante dedique parte de su tiempo a los servicios de asistencia obstétrica domiciliaria.

En algunos países, los problemas sociales más importantes que se plantean a los médicos dedicados al ejercicio de la obstetricia y de la ginecología están relacionados con el aborto, la planificación familiar y la esterilización. Esos problemas surgen cuando existe un conflicto entre las leyes y las costumbres sociales y religiosas, por una parte, y la opinión de una proporción importante de médicos y profanos, por otra. Las leyes y costumbres relativas a esos aspectos de la medicina difieren considerablemente de unos países a otros.

Estos factores sociales determinan a su vez grandes diferencias en cuanto a la cantidad y a la calidad de las enseñanzas que reciben los estudiantes de medicina acerca de esas cuestiones. En muchos departamentos de obstetricia y ginecología apenas se informa al estudiante sobre ese tipo de problemas, que por otra parte sólo se tratan superficialmente en los libros de texto. Por otra parte, el progreso general de los conocimientos, unido a la inquietud creciente del público ante los problemas demográficos, han incitado a la prensa de muchos países a interesarse cada vez más por la planificación familiar y los problemas afines.

En tales condiciones se hace indispensable organizar con todo cuidado la enseñanza de dichas materias, a fin de que los estudiantes de medicina puedan adquirir los conocimientos necesarios para formarse una idea justa e inteligente del problema. Faltos de ese tipo de formación, los futuros médicos no podrán prestar nunca a sus pacientes una asistencia correcta ni estarán en condiciones de aconsejar rectamente a sus colegas o a sus gobiernos.

El problema de la enseñanza de esas materias debe enfocarse pues de modo realista y teniendo en cuenta las leyes y costumbres del país. Importa sobre todo inculcar en el estudiante, con la palabra y con el ejemplo, el más profundo respeto por las formas legales y por las reglas de la deontología médica, para lo que quizá resulte útil solicitar la colaboración del departamento de medicina legal. Más adelante se darán algunos ejemplos sobre esta cuestión.

Aunque no se dispone de datos fehacientes sobre la frecuencia del aborto ilegal, no cabe la menor duda de que representa un problema sanitario de primer orden en muchas partes del mundo. En la ciudad de Nueva York, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna por aborto (probablemente ilegal en la mayoría de los casos) muestra un aumento constante: en 1962 ascendía a un 43,8 %. Algunos países han tratado de resolver este problema legalizando el aborto, mientras que otros tienden más a facilitar información sobre la regulación de nacimientos y los métodos anticonceptivos. Esas medidas resultan mucho más prácticas para atenuar los desastrosos efectos del aborto ilegal que cualquier legislación restrictiva. *El Comité, sin tratar de formular recomendación alguna en lo que respecta a esas medidas, estima que conviene facilitar al estudiante todos los datos disponibles sobre el problema a fin de que pueda formarse su propia opinión con conocimiento de causa.*

En una sección anterior de este informe se ha puesto de relieve el peligro potencial que para la madre y el niño representa un número excesivo de partos. Importa pues informar al estudiante de estos riesgos y, en los países donde su uso esté autorizado, de los medios y métodos de regular y espaciar los nacimientos. Sin embargo, no basta conocer dichos métodos; el estudiante deberá estar además familiarizado con las técnicas bioestadísticas o de otro tipo que permiten verificar su eficacia relativa.

El Comité considera que el estudiante debe poseer también algunos conocimientos básicos sobre la naturaleza y las causas economicosociales del espinoso problema que plantea la expansión demográfica.

En muchos de los países más desarrollados el aborto terapéutico se va haciendo cada vez menos frecuente, al par que sus indicaciones se modifican de manera radical. En algunas regiones, por ejemplo, los motivos psiquiátricos y medicosociales que afectan a la salud de la familia tienden a desplazar a los puramente orgánicos. Ahora bien, como esta evolución no es universal, conviene informar al estudiante de las fuerzas y tendencias que la han provocado.

Las indicaciones de la esterilización materna son esencialmente el número excesivo de partos y las enfermedades graves. El estudiante debe estar plenamente informado acerca de ese problema, y en especial de las repercusiones psíquicas de la esterilización sobre la mujer, el marido y la vida conyugal.

## 6.2 Especialización y formación postuniversitaria

El objetivo de la especialización es familiarizar al médico con los aspectos clínicos y prácticos de la obstetricia y de la ginecología y estimular su interés por la investigación. Es evidente que en la actualidad se presta escasa atención a los aspectos sociales. Sin embargo, el enfoque sociológico de la medicina en general y de la obstetricia y la ginecología en particular, esbozado en la sección anterior, es también perfectamente aplicable a la formación postuniversitaria.

Los métodos y la duración de la formación especializada varían considerablemente, no sólo entre los distintos países, sino también a veces entre las diferentes universidades de un mismo país. *El Comité estima que el cumplimiento de sus recomendaciones referentes a la inclusión de los aspectos sociales en el programa de enseñanza no debe entrañar en ningún caso una prolongación del periodo de formación.*

Las investigaciones sobre los aspectos sociales de la obstetricia y la ginecología proporcionan uno de los medios más eficaces para estimular y formar al estudiante. Conviene pues incitar a los médicos a que, en el curso de sus estudios de especialización, emprendan investigaciones sobre los aspectos sociales de los trastornos ginecológicos más corrientes. También es conveniente que en su formación tengan ocasión de adquirir un conocimiento directo de los servicios de salud pública, especialmente de los de higiene maternoinfantil.

Los cánceres de los órganos genitales plantean en todos los países un problema sanitario de primera magnitud. El especialista debe poseer pues un buen conocimiento de los aspectos sociales de estas enfermedades y de los métodos de diagnóstico precoz, tanto citológicos como de otros tipos, y saber cómo organizar centros de localización de casos y programas de lucha contra el cáncer.

Es preciso que los futuros especialistas acudan a las reuniones del personal de la escuela y, a ser posible, tomen parte activa en ellas. También ha de procurarse que asistan a las sesiones de presentación de casos; en estas sesiones habrá que dedicar especial atención a los aspectos sociológicos de cada caso, por lo que puede ser útil la presencia en ellas de asistentes sociales.

El éxito de un programa de formación en cualquier disciplina depende en gran parte de las cualidades y del interés del jefe de departamento. Si éste se interesa por la orientación social de la enseñanza y está suficientemente informado de esas cuestiones, no le será difícil hacer ver al futuro especialista la importancia de los factores sociológicos. El Comité desea subrayar que la inclusión de esos aspectos sociales en la formación del especialista no ha de interferir en modo alguno con los aspectos prácticos y clínicos de la enseñanza. *La formación del especialista debe consistir pues en una combinación equilibrada y armoniosa de todos esos aspectos, ya sean clínicos, prácticos o sociales.*

Para los médicos generales que no pretendan especializarse, los cursos regulares de repaso pueden constituir una ayuda muy útil. Mientras que en muchos países esos cursos gozan de gran aceptación, en otros apenas han tenido éxito. Ello se debe sobre todo a la pérdida económica que para el médico supone siempre el abandono de su clientela, aunque sólo sea por poco tiempo. Una ayuda financiera del gobierno o de algún organismo no oficial contribuiría eficazmente a facilitar y fomentar la asistencia a dichos cursos. Por lo que se refiere a los cursos de obstetricia y ginecología, importa especialmente hacer ver a los médicos generales los factores sociales que influyen en las enfermedades y los problemas sanitarios más comunes o graves de la región en la que ejercen.

El Comité se ha ocupado también de la organización de cursillos sobre los aspectos sociales de la obstetricia y de la ginecología para médicos especialistas en esas materias. Dichos cursillos pueden ser muy valiosos para orientar a los especialistas y avivar su interés. El Comité, aunque no dispone por ahora de suficiente experiencia para hacer recomendaciones concretas sobre las materias que deben estudiarse en estos cursillos, estima que los programas deberán ajustarse en cualquier caso a las necesidades particulares de los alumnos. Convendría pues animar a las universidades y a las asociaciones médicas, especialmente a las de obstetricia y ginecología, a organizar cursillos de este género.

## 7. ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO

El jefe del departamento es la clave de todo el programa de enseñanza, por lo que es indispensable poner gran cuidado en su elección. Desde el punto de vista del problema concreto que estudia el Comité, sería muy

conveniente y útil que un miembro del personal del departamento se interesara por los problemas sociales y recibiera una formación especial en la materia; de este modo no sólo podría contribuir eficazmente a la enseñanza, sino que llegaría a convertirse en un verdadero especialista. También sería muy útil que el departamento dispusiera de un especialista en ciencias del comportamiento. Por lo que respecta a la formación práctica, convendría asimismo establecer una estrecha colaboración con los servicios de sanidad de la región.

La investigación sociológica es de gran importancia para el progreso de los conocimientos sobre esta materia. La evaluación constante de los resultados obtenidos — disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad — no sólo es un estímulo para el estudiante, sino que es esencial para la buena marcha del departamento. Por desgracia, muchos departamentos de obstetricia y ginecología todavía no han comprendido bien la importancia de los métodos bioestadísticos modernos en lo que respecta a la enseñanza clínica práctica o a la evaluación de su eficacia.

Las sugerencias que aquí se formulan acerca de la organización del departamento son de carácter muy general. Para poder hacer recomendaciones concretas sobre la mejor manera de incorporar los aspectos sociales a la enseñanza de la obstetricia y la ginecología sería preciso, en efecto, poseer una experiencia más dilatada sobre esta materia que la hasta ahora disponible.

El médico general o el especialista que asiste a una paciente con trastornos tocoginecológicos se ve obligado con frecuencia a recabar los consejos o la colaboración de los especialistas en otras ramas de la medicina. Como se verá en los párrafos siguientes, entre las disciplinas más solicitadas a este respecto figuran la pediatría, la medicina interna y la psiquiatría. El Comité no ignora, sin embargo, que casi todas las demás ramas de la medicina intervienen más o menos en el tratamiento de cada enfermo y que los progresos realizados en otras disciplinas son aplicables muchas veces a la obstetricia o a la ginecología.

En el curso de sus estudios, el alumno debe aprender a considerar a la madre y al recién nacido como una entidad biológica y social. Esto no sólo es aplicable a la enseñanza de los futuros médicos generales, sino también a la formación de los especialistas en obstetricia y de los pediatras. Entre el departamento de pediatría y el de obstetricia y ginecología debe existir pues una colaboración muy estrecha; el establecimiento de programas comunes de enseñanza, el estudio conjunto de los problemas de interés común y el intercambio de personal pueden resultar muy útiles a este respecto, como también son valiosos los trabajos de equipo y las actividades extrauniversitarias, por ejemplo, en los centros sanitarios y maternidades de la región, tanto urbanos como rurales.

Merece consideración la posibilidad de establecer en un mismo edificio un consultorio de asistencia postnatal, una clínica para lactantes y,

allí donde sea posible, un centro de planificación familiar. En los consultorios de asistencia postnatal se registran con frecuencia pocas consultas, al contrario de lo que ocurre en las clínicas para los lactantes. Convendría pues aprovechar el deseo de las madres de llevar a su hijos a estas últimas para hacerles ver el interés de la asistencia postnatal. Es recomendable que los estudiantes conozcan directamente el funcionamiento de estas clínicas, en las que es muy visible la influencia de los distintos factores sociales en los problemas del periodo postnatal y de la primera infancia.

Durante el embarazo pueden surgir muchas complicaciones, entre las que cabe citar la hipertensión, la diabetes, las cardiopatías y las anemias. La colaboración del departamento de medicina interna resulta indispensable para que el alumno llegue a comprender plenamente la importancia de los aspectos sociales de la enfermedad. También puede desempeñar una función esencial a este respecto el departamento de medicina social y preventiva, sobre todo si se preocupa de organizar programas de formación práctica.

Los factores psicosomáticos pueden influir en muchos aspectos de la ginecología y la obstetricia, y a su vez estar relacionados con diversos factores sociales. La colaboración con el departamento de psiquiatría resulta a veces muy útil para hacer ver al estudiante la influencia de dichos factores.

Entre los miembros de las profesiones paramédicas, las parteras merecen una mención especial. En la mayoría de los países, las parteras y sus auxiliares desempeñan una función de primera importancia en la asistencia a la madre. El estudiante de medicina debe tener oportunidad, en el curso de su formación en obstetricia y ginecología, de colaborar con las parteras, enfermeras y auxiliares y de acompañarlas al domicilio de las pacientes.

Los asistentes sociales, por otra parte, pueden ayudar eficazmente al estudiante a comprender mejor los problemas sociales que el embarazo y los trastornos ginecológicos plantean a veces a la mujer, así como las funciones de los organismos de asistencia social.

## 8. INVESTIGACION

A lo largo de este informe se ha insistido repetidamente en la necesidad de disponer de una información más completa sobre los aspectos de la vida individual, familiar y colectiva que influyen en la procreación y en el estado del aparato reproductor. Dicha información es esencial para organizar cualquier programa de enseñanza en el que se trate de dar al estudiante una visión total de la obstetricia y la ginecología. El Comité estima que, al mismo tiempo, las actividades de investigación efectuadas en el propio departamento constituyen un estímulo tanto para el estudiante como para el personal clínico y docente. Por ejemplo, un programa de

investigación sobre la situación local puede proporcionar un excelente material docente que permitirá al estudiante comprender la importancia de los factores sociales en lo que respecta a la organización de los servicios y a la práctica clínica. La inclusión de los elementos sociológicos en tales programas contribuirá a que en todas las actividades del departamento se tengan siempre en cuenta los aspectos sociales de los problemas en estudio.

Un departamento de obstetricia y ginecología debe, como mínimo, reunir, registrar y analizar todos los datos necesarios para evaluar los resultados de su orientación clínica y la eficacia del servicio, así como para determinar qué grupos de población están expuestos a mayores riesgos obstétricos o peor atendidos desde el punto de vista de la organización de los servicios médicos y sanitarios.

El establecimiento de un buen programa de investigación obligará con frecuencia a ampliar el campo de acción y la organización administrativa del departamento y del servicio sanitario de la región. La clientela de hospitales procede por lo general de un sector limitado de la población que no siempre es representativo de ésta; en la mayoría de los casos, en efecto, la proporción de mujeres para las que el embarazo supone un riesgo considerable es demasiado alta. Esta selección, aunque a veces sea de gran valor y esté justificada por las circunstancias, hace difícil e incluso imposible evaluar la verdadera incidencia de una enfermedad ginecológica y su distribución en los diferentes subgrupos de la población, del mismo modo que impide apreciar la eficacia real de una institución particular en función de las necesidades de la colectividad. El establecimiento de un sistema de fichas médicas normalizadas que permita recoger un mínimo de información social y médica sobre el conjunto de la población contribuirá a facilitar los estudios epidemiológicos. La cooperación de los servicios de salud pública encargados de registrar los datos bioestadísticos más importantes puede ser muy valiosa a este respecto. Otra medida que facilitaría mucho las investigaciones epidemiológicas sería la adopción de un modelo uniforme de certificado de nacimiento en el que constaran diversos datos médicos y sociales.

Para llevar a buen fin su programa, los departamentos de obstetricia y ginecología deben disponer de una sección de bioestadística bien organizada y dotada. El Comité estima que también sería conveniente crear en la facultad de medicina un departamento de ciencias del comportamiento, del que podrían formar parte sociólogos y antropólogos sociales, especialistas en demografía, economistas y psicólogos. Aunque, como es lógico, lo que más interesa al Comité es la contribución que un departamento de ese tipo podría aportar a las investigaciones obstétricas y ginecológicas, el nuevo servicio también podría colaborar en las actividades de otros departamentos médicos. Actualmente, los especialistas en las ciencias del comportamiento sólo marginalmente y de modo ocasional se

interesan por los problemas sanitarios; la creación de ese servicio podría despertar en ellos un interés más permanente por la sociología médica. Los miembros del nuevo departamento podrían reunir así un importante volumen de datos, además de adquirir un conocimiento preciso de la terminología médica y de los problemas clínicos que les pondría en condiciones de participar en la enseñanza.

Son muchos los médicos que apenas están informados de la labor ya realizada en materia de obstetricia y ginecología social. Ello se debe a que los resultados de estas investigaciones aparecen con frecuencia en las publicaciones dedicadas a las ciencias del comportamiento, con las que los especialistas en obstetricia y ginecología suelen estar poco familiarizados. *Sería necesario que una organización, a poder ser de carácter internacional, reuniera, cotejara e intercambiara las informaciones sobre los resultados de las investigaciones actuales y pasadas.* La inclusión en las conferencias y congresos periódicos, tanto nacionales como internacionales, de una sección dedicada a los aspectos sociales de la obstetricia y la ginecología, no sólo contribuiría a dar a conocer ese tipo de datos sino que además aumentaría el prestigio de la especialidad. Por la misma razón, convendría también que en las revistas de medicina y de tocoginecología aparecieran con más frecuencia artículos inspirados en el punto de vista medicosocial.

La adopción de las medidas aquí sugeridas planteará sin duda numerosos problemas prácticos. Las investigaciones de esta clase son costosas, sobre todo en lo que respecta al personal; por otra parte, los fondos requeridos son mucho más difíciles de encontrar en este caso que en el de las actividades específicamente técnicas o clínicas. Son pocos los especialistas en las ciencias del comportamiento que se interesan de cerca y de modo continuo por la investigación médica; debido a ello, apenas se dispone de personal capacitado para llevar adelante estas investigaciones o para encargarse de la formación de sus colegas o de los estudiantes. El establecimiento de planes de enseñanza y la concesión de subvenciones — política seguida hasta ahora por la Organización Mundial de la Salud — son medidas muy útiles que conviene fomentar; no obstante, también es necesario que los gobiernos proporcionen los fondos y los medios requeridos para resolver el problema que plantea la actual escasez de personal debidamente adiestrado.

Las necesidades y las posibilidades existentes en materia de investigación en las distintas partes del mundo son muy grandes, y el Comité no podría enumerarlas todas en este informe. En páginas anteriores se han mencionado ya algunos de los problemas fundamentales de interés más general. Importa estudiar especialmente las influencias sociales y familiares que mueven a las mujeres a solicitar asistencia médica, el sistema general de valores y costumbres referentes al número de hijos y a la planificación familiar, la influencia del trabajo de la mujer en los trastornos del embarazo,

la lactancia, la menstruación y la salud física en general, así como sus relaciones con la legislación vigente. Conviene fomentar especialmente los estudios sociales sobre los problemas ginecológicos. Las encuestas comparativas efectuadas en una gran variedad de grupos étnicos y sociales y de condiciones mesológicas, si bien podrían esclarecer muchos problemas, se ven obstaculizadas por la falta de métodos adecuados para clasificar los tipos de población y las condiciones existentes en sociedades muy distintas. Por esta razón, la búsqueda de técnicas aplicables a ese tipo de encuestas, aun siendo difícil y onerosa, podría brindar a los investigadores las nuevas oportunidades de que ahora carecen.

## 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente informe pone de relieve la necesidad de prestar mayor atención a los aspectos sociales de la obstetricia y la ginecología en la formación de los médicos, tanto durante los estudios universitarios como en los cursos de especialización y perfeccionamiento. En los párrafos impresos en *itálica* figuran las principales conclusiones y recomendaciones del Comité. Es de esperar que las autoridades docentes, administrativas y sanitarias las pongan en práctica lo antes posible.

*No obstante, incumbe en particular a los jefes de los departamentos de obstetricia y ginecología y a sus colaboradores la grave responsabilidad de ampliar convenientemente los planes de estudios con miras a infundir en los alumnos una nueva actitud frente a sus futuras pacientes, sus familias y la colectividad.*

---

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
**SERIE DE INFORMES TECNICOS**

		Precio		
		S	Fr. s.	
<i>Informes recientes y en preparación :</i>				
Nº				
209	(1961) <b>La enseñanza de las ciencias médicas fundamentales desde el punto de vista de la medicina moderna</b> Octavo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (34 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
210	(1961) <b>Unificación de métodos para las pruebas de sensibilidad microbiana</b> Segundo informe del Comité de Expertos en Antibióticos (27 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
211	(1961) <b>Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas</b> 11º informe (16 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
212	(1961) <b>Empleo y formación de auxiliares de medicina, enfermería, partería y saneamiento</b> Noveno informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (28 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
213	(1961) <b>Cor pulmonale crónico</b> Informe de un Comité de Expertos (38 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
214	(1961) <b>Molusquicidas</b> Segundo informe del Comité de Expertos en Bilharziasis (57 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
215	(1961) <b>La planificación de los servicios de salud pública</b> Cuarto informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria (53 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
216	(1961) <b>Normas recomendadas para las escuelas de sanidad</b> Décimo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (26 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
217	(1961) <b>La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario</b> Tercer informe del Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil (19 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
218	(1961) <b>Comité de Expertos en Estadística Sanitaria</b> Séptimo informe (31 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
219	(1961) <b>Virus transmitidos por artrópodos</b> Informe de un Grupo de Estudio (79 páginas) . . . . .	5/-	1,00	3,—
220	(1961) <b>Evaluación de los peligros de carcinogénesis que entrañan los aditivos alimentarios</b> Quinto informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (46 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
221	(1961) <b>Reunión científica sobre la rehabilitación de los leprosos</b> Informe (40 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
222	(1961) <b>Comité de Expertos en Patrones Biológicos</b> 14º informe (54 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
223	(1961) <b>Preparación de programas de higiene mental</b> 10º informe del Comité de Expertos en Salud Mental (64 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
224	(1961) <b>Comité Mixto OIT/OMS de Higiene de los Marinos</b> Tercer informe (14 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
225	(1961) <b>Comité de Expertos en Higiene de la Vivienda</b> Primer informe (65 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—

Nº		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s
226	(1961) <b>Quimioterapia del paludismo</b> Informe de una reunión técnica (100 páginas) . . . . .	5/-	1,00	3,—
227	(1962) <b>Toxicidad de los plaguicidas para el hombre</b> 12º informe del Comité de Expertos en Insecticidas (36 páginas)	1/9	0,30	1,—
228	(1962) <b>Evaluación de la toxicidad de diversas sustancias anti-microbianas y antioxidantes</b> Sexto informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (160 páginas) . . . . .	6/8	1,25	4,—
229	(1962) <b>Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas</b> 12º informe (16 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
230	(1962) <b>Necesidades de Calcio</b> Informe de un Grupo Mixto FAO/OMS de Expertos (56 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
231	(1962) <b>Hipertensión arterial y cardiopatía isquémica : Problemas de prevención</b> Informe de un Comité de Expertos (30 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
232	(1962) <b>Quimioterapia del Cáncer</b> Primer informe de un Comité de Expertos (55 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
233	(1962) <b>Comité de Expertos en Filariasis (Infecciones por <i>Wuchereria</i> y por <i>Brugia</i>)</b> Informe (53 páginas) . . . . .	3,6	0,60	2,—
234	(1962) <b>Comité de Expertos en Tracoma</b> Tercer informe (52 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
235	(1962) <b>Función del médico de sanidad y del médico general en la asistencia psiquiátrica</b> 11º informe del Comité de Expertos en Salud Mental (61 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
236	(1962) <b>Planeamiento, organización y administración de un servicio nacional de laboratorio de salud pública</b> Tercer informe del Comité de Expertos en Servicios de Laboratorio de Salud Pública (52 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
237	(1962) <b>Normas para las sustancias biológicas</b> <b>7. Normas para la vacuna antipoliomielítica (oral)</b> Informe de un Grupo de Estudio (31 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
238	(1962) <b>La enseñanza de la genética en las facultades de medicina y en los cursos de perfeccionamiento</b> Primer informe del Comité de Expertos en Genética Humana (20 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
239	(1962) <b>Requisitos mínimos internacionalmente admisibles para la enseñanza de la medicina</b> Informe de un Grupo de Estudio (63 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
240	(1962) <b>Principios fundamentales para la seguridad del consumidor contra los residuos de plaguicidas</b> Informe de la Reunión de un Comité de Expertos de la OMS en Residuos de Plaguicidas y del Cuadro de Expertos de la FAO sobre el uso de Plaguicidas en Agricultura (21 páginas)	1/9	0,30	1,—
241	(1962) <b>Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Higiene de la Carne</b> Segundo informe (98 páginas) . . . . .	5/-	1,00	3,—
242	(1962) <b>Normas para la notificación de enfermedades y alteraciones dentales</b> Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental (24 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
243	(1962) <b>Comité de Expertos en Paludismo</b> Noveno informe (48 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—

Nº		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
244	(1962) <b>La enseñanza de la odontología</b> Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental (35 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
245	(1962) <b>Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición</b> Sexto informe (100 páginas) . . . . .	5/—	1,00	3,—
246	(1962) <b>Problemas de higiene del trabajo en la agricultura</b> Cuarto informe del Comité Mixto OIT/OMS de Higiene del Trabajo (72 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
247	(1962) <b>Comité de Expertos en Tripanosomiasis</b> Primer informe (65 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
248	(1962) <b>El peligro de las radiaciones en relación con otros riesgos para la salud</b> Tercer informe del Comité de Expertos en Radiaciones (44 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
249	(1962) <b>Inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas</b> Informe de una Reunión Técnica Europea (39 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
250	(1963) <b>Servicios sanitarios urbanos</b> Quinto informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria (44 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
251	(1963) <b>Lucha contra el Cáncer</b> Primer informe de un Comité de Expertos (31 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
252	(1963) <b>La Formación del Psiquiatra</b> 12º informe del Comité de Expertos en Salud Mental (42 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
253	(1963) <b>Conferencia sobre Medicina y Sanidad en las Regiones Árticas y Antárticas</b> Informe (32 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
254	(1963) <b>Función de los Servicios de Sanidad en la Protección contra las Radiaciones</b> Cuarto informe del Comité de Expertos en Radiaciones (25 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
255	(1963) <b>Conferencia africana CCTA/OMS sobre Anquilostomiasis</b> Informe (33 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
256	(1963) <b>La Asistencia al Niño en las Guarderías y Residencias infantiles</b> Informe sobre la reunión de un Comité de Expertos NU/OMS celebrada con la participación de la FAO, la OIT y el UNICEF (34 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
257	(1963) <b>La Formación del Médico de Familia</b> 11º informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (42 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
258	(1963) <b>Comité de Expertos en Evaluación médica del estado de Nutrición</b> Informe (75 páginas) . . . . .	5/—	1,00	3,—
259	(1963) <b>Comité de Expertos en Patrones Biológicos</b> 15º informe (68 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—
260	(1963) <b>Problemas de Salud pública relacionados con el Uso de Antibióticos en los Alimentos y en los Piensos</b> Informe de un Comité de Expertos (33 páginas) . . . . .	1/9	0,30	1,—
261	(1963) <b>Comité de Expertos en Estadística Sanitaria</b> Octavo informe (37 páginas) . . . . .	3/6	0,60	2,—