

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD EN LOS PAISES EN PROCESO DE DESARROLLO*

D. B. STEWART, M.D.

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología, University College, Jamaica, Indias Occidentales

La obstetricia ha hecho grandes progresos en lo que va de siglo. Ha sido aceptada como una especialidad de importancia, y en la actualidad puede compararse con la medicina, la cirugía y la patología por el puesto que ocupa en el plan de estudios de la profesión, por el arduo trabajo que implica el adiestramiento de posgrado y por la dificultad, rayana con lo imposible, de aprobar los exámenes quienes aspiren a títulos más altos. Hasta ahora sólo ha quedado a la zaga en materia de investigación, pero está mejorando también a este respecto.

Esta evolución de la obstetricia se debe en parte al legado de nuestros antepasados, eminentes figuras, como Munro Kerr, Stroganov, Semmelweiss, Smellie, Harvey, Paré, hasta retroceder a Hipócrates y a otros que lo precedieron. En el siglo pasado, la obstetricia fue impelida por la corriente de la ciencia médica y tal vez recibiese de bacteriólogos y cirujanos, de farmacólogos y médicos, una contribución mayor de la que ella ha dado a cambio. Tal vez nos hemos preocupado tanto por las nuevas técnicas, que apenas hemos pensado en darles una aplicación más amplia. Cabe afirmar que en muchos lugares el personal de salud pública se ha interesado más que los obstetras prácticos en organizar servicios de obstetricia y en ponerlos a disposición de quienes más los necesitan.

La evolución de la obstetricia hasta convertirse en una especialidad de una profesión más amplia, como es la medicina, ha sido posible gracias a la vitalidad y dedicación de nuestros predecesores. Pero el objetivo del trabajo que realizaron, lo mismo que el del

nuestro, sigue siendo, como lo fuera para la partera empírica, ayudar y confortar a las madres y a los recién nacidos. De todas las ramas de la medicina, la nuestra es la que más necesitan las mujeres, cualquiera que sea su país, raza, credo, medios de fortuna y lugar que habiten: la ciudad o el campo. Los conocimientos y las técnicas presentes son de escaso valor a menos que beneficien a quienes los necesitan.

Hay todavía muchos lugares donde la práctica obstétrica ha progresado muy poco en comparación con la de Europa en la Edad Media. No podemos seguir desconociendo este hecho. Un buen agricultor no puede ver con indiferencia un terreno silvestre, lleno de malezas, más allá de los límites de su propiedad. Por eso, conviene examinar, por una parte, lo que se está haciendo y por otra, lo que debiera hacerse para mejorar los servicios de obstetricia en países menos afortunados que Canadá y Estados Unidos.

Planificación de un servicio

No es fácil establecer un servicio moderno de obstetricia en un país poco desarrollado. El dinero, que es escaso, debe repartirse entre muchas y urgentes necesidades. La gente es conservadora y no aprecia ni acepta fácilmente lo nuevo. Un servicio ha de establecerse gradualmente y dar mientras tanto muestras de utilidad; pero desde el principio, ha de planearse de tal modo que más tarde pueda satisfacer las necesidades reales de la comunidad. Es, pues, necesario saber qué necesidades son estas.

Necesidades en materia de obstetricia. Las necesidades en el campo de la obstetricia varían en grado considerable. Las Indias Occidentales necesitan camas para las parturientas, aunque no presenten complica-

* Presentado en la 17 Reunión Anual de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos del Canadá, celebrada del 16 al 18 de junio de 1961 en St. Adèle-en-Haut, Quebec, Canadá.

ciones, porque la vivienda es deficiente; Glasgow también las necesita porque la distocia y el parto difícil son frecuentes. En Nigeria se requieren, ante todo, servicios de atención prenatal, como profilaxis de la malaria, tratamiento de la anquilostomiasis, a la vez que hierro y ácido fólico contra la anemia grave. Los problemas más apremiantes de la obstetricia deben encararse en primer lugar.

Población y transporte. Ambos factores influyen sobre la planificación. En una comunidad concentrada y con buenas carreteras, los casos difíciles pueden y deben ser llevados a un hospital central bien equipado, y destinar los hospitales periféricos a partos normales. Si la población está dispersa y el transporte es deficiente, se necesita un buen número de pequeños hospitales locales, los que deben contar con suficiente personal y equipo para atender toda clase de casos.

Costumbres y creencias religiosas. En el proyecto y en la dotación de personal de los servicios de maternidad influirán las costumbres y las creencias religiosas. En las Indias Occidentales y en el Africa Occidental las mujeres se han emancipado, son sociables, y el embarazo es un estado respetable y en realidad envidiable. Las pacientes disfrutan de la oportunidad de relación social que ofrecen las visitas a la clínica, y prefieren las salas generales. En otros lugares, de características culturales distintas, como las comunidades musulmanas, donde la mujer todavía lleva el *purdah*, las pacientes sólo aceptarán atención obstétrica si se les asegura que serán atendidas en privado y siempre por mujeres.

Ningún servicio de obstetricia puede hacer una labor eficaz si no cuenta con personal idóneo. Todo el personal de cualquier servicio que se inicie en un país en vías de desarrollo debe ser, tarde o temprano, del propio país, y debe estar capacitado para desempeñar sus funciones. En las regiones donde la obstetricia es una profesión respetada, como en Africa Occidental, en el

Sudán y muchas otras, no habrá que esperar mucho para conseguir esto. Pero en lugares como Nigeria Septentrional, donde la obstetricia es tradicionalmente una ocupación que desempeñan las mujeres de edad avanzada, de baja categoría social, bien puede transcurrir una generación o más antes de que un suficiente número de mujeres jóvenes, inteligentes y educadas se interese por esta carrera.

La dotación de personal, presente y futura, es quizá el factor que más debe tenerse en cuenta al iniciar un servicio de maternidad. Cualquier servicio que se inicie en un país en vías de desarrollo debe contar, tarde o temprano, con personal exclusivamente del propio país, y si dicho servicio se planifica de manera que se adapte a las necesidades y costumbres locales, debe buscarse un tipo aceptable de trabajo que la población local pueda realizar. Es posible que no sea fácil despertar el interés por la profesión y establecer tales cursos de adiestramiento, especialmente en lugares donde son pocas las mujeres educadas, o donde la obstetricia no es una profesión de gran prestigio. Al principio quizá se requiera ayuda de organizaciones internacionales o de países más avanzados. Las personas que se encarguen de este trabajo deben familiarizarse con la colectividad donde se requieren sus funciones, aprender su idioma, conocer sus problemas especiales y compartir sus aspiraciones de progreso, y sólo lograrán esto si la colectividad se presta a ello. Su objetivo principal debe consistir en capacitar personal local hasta que alcance un grado de eficiencia que después le permita capacitar a otros. Ha de prevalecer el principio fundamental de la autoayuda, y se recurrirá a la ayuda externa sólo en casos necesarios, en vez de seguir importando innovaciones más o menos placenteras. Con orientación acertada, la gente suele aprender rápidamente. Los más graves errores se han debido a que al proporcionar servicios a una población, se le negaron posibilidades de adiestramiento y de asumir responsabilidad.

En la mayoría de los países, los servicios

de maternidad verdaderamente satisfactorios tienen un importante aspecto en común: la planificación se hizo dentro de la región y no al azar.

La pirámide

Se puede comparar la estructura del servicio de obstetricia ideal, de índole regional, a una pirámide. En la cúspide se hallan el hospital central y sus especialistas, que ayudan y orientan a los hospitales periféricos y, bien directa o indirectamente, a todos los demás miembros del grupo de obstetricia: médicos generales, parteras de distrito en sus clínicas, parteras independientes y, en algunos lugares, incluso a parteras carentes de formación profesional. Esta es la manera indicada de mejorar la calidad y mantener el interés, y permite trasladar los casos que plantean problemas a la parte superior de la pirámide para que reciban la atención que requieren. Son todavía muy pocos los lugares donde hay un sistema regional tan completo, aunque en ciertas partes del Reino Unido casi se ha alcanzado ese ideal.

La base de la pirámide

Si fuéramos ingenieros de un faraón, ocupados en la construcción de una verdadera pirámide, la ley de gravedad nos obligaría a empezar por la base. Como esta organización de obstetricia es una entidad en la que influyen los caprichos y prejuicios del hombre, su construcción es a menudo ilógica. Aquellos de nosotros cuyas experiencias y aspiraciones corresponden a la cúspide, a fuer de especialistas, quizá desearían construir primero los hospitales, pero éstos no cumplen su propósito a menos que antes se echen las bases de servicios de maternidad en las colectividades locales. Por éstas es por donde hay que empezar en muchas regiones, incluso a mediados del siglo XX.

Lo admitamos o no, la partera empírica, sin formación científica, es nuestro remoto antepasado profesional. Con frecuencia es ignorante y supersticiosa, sus prácticas son poco limpias, y recurrirá a técnicas como la aplicación de bosta al ombligo una vez cortado el cordón umbilical, o a la inserción

de sal gruesa en la vagina. Es fácil criticar esas prácticas y difícil comprenderlas, pero hace poco más de un siglo un obstetra de Edinburgo llevó la víscera de la pelvis en su bolsillo desde la sala en que se practicaba la autopsia hasta la sala de clase, y más tarde comentaba el extraordinario número de casos fatales de fiebre puerperal que ulteriormente ocurrieron durante el ejercicio de su profesión. El no sabía entonces qué había de malo en lo hecho; la partera ignorante no lo sabe hoy, y hay que enseñárselo.

En las Indias Occidentales se ha tratado de desplazar a las parteras sin formación profesional, declarando su práctica ilegal y sustituyéndolas por parteras diplomadas. Durante más de 40 años ha sido ilegal en Jamaica que cualquier persona que no sea partera registrada o médico, atienda a una mujer que va a dar a luz. No obstante, estimo que las "nanas" sin preparación atienden todavía el 40% de los partos en la Isla. No hay suficientes parteras titulares, y éstas se muestran reacias a trabajar y a vivir en comarcas remotas. Muchas pacientes creen que la "nana" les presta mejor servicio, por preparar lo que se necesita en el hogar, permanecer con la paciente que va a dar a luz y atenderla durante el parto y, por añadidura, por ocuparse de los quehaceres domésticos: cocina, limpia, arregla los niños para que vayan a la escuela, cuida del marido, atiende a la madre y al recién nacido; todo esto lo realiza por una suma inferior a la que cobraría una partera registrada por atención prenatal, asistencia al parto y una breve visita diaria durante el puerperio. Es de lamentar que las "nanas" hayan sido forzadas a practicar su oficio en forma clandestina, porque es ahora muy difícil ganar su confianza y mejorar su práctica tradicional.

Algunos otros países se han dado cuenta de que las parteras tradicionales serán todavía indispensables durante muchos años, y no han caído en ese error. En la India, donde hay una enfermera titular por cada 60,000 habitantes, el Gobierno y la Organización

Mundial de la Salud han colaborado en un programa de capacitación de parteras rurales, y varios países del Cercano y del Medio Oriente, así como de América del Sur, han hecho lo mismo.

En Honduras Británica hay numerosas aldeas remotas y distantes de hospitales y a las que todavía no se pueden proporcionar servicios de parteras titulares. Hace unos años, un director de servicios médicos de espíritu amplio, inició la práctica de traer a las parteras a los hospitales para que recibieran dos o tres meses de adiestramiento. A primera vista, esto no parecía muy prometedor. Las pocas que podían usar zapatos fueron enviadas al hospital de la ciudad y las que no podían llevarlos, a los hospitales rurales a fin de que no se sintieran cohibidas. Se les enseñó a lavarse las manos, nociones fundamentales de atención prenatal, enfermería elemental y la manera de atender un parto normal sin intervenir. Al final del curso, se les dio un equipo obstétrico sencillo y se les autorizó a ejercer la profesión en sus propias aldeas, bajo la supervisión periódica de una enfermera de salud pública.

Trabajé en una clínica a la cual una de esas parteras traía sus pacientes. Podía tomar la presión sanguínea, efectuar pruebas de orina y diagnosticar la presentación de nalgas y los gemelos. Lucía su insignia con orgullo y se consideraba parte del grupo de obstetricia; evidentemente era estimada de todos y se confiaba en ella. Estas mujeres conocen a su gente, y, en la colectividad a que pertenecen, pueden ejercer más influencia que cualquier extraño en materia de educación sanitaria. Con frecuencia alientan a mujeres más jóvenes a que ingresen en la profesión.

Con el tiempo, todas las parteras y enfermeras recibirán formación profesional completa; éste es, sin embargo, un fin a largo plazo. En muchos países, lo apremiante e inmediato es formar enfermeras y parteras de mujeres que apenas saben leer y escribir, algunas de las cuales han crecido en medios culturales carentes de tradición de este

servicio. A continuación se da un ejemplo de cómo tal finalidad puede lograrse.

En el Sudán son muy pocas las mujeres instruidas; sin embargo, en dicho país musulmán, bastante refinado, la obstetricia es una profesión respetada y que goza de prestigio. Hace menos de 40 años se inauguró una escuela de obstetricia en Omdurmán y ahora hay otras en el país. La mayoría de las alumnas eran analfabetas, aunque inteligentes. Durante ocho meses reciben instrucción, en su mayor parte, de carácter práctico, con un mínimo de conocimientos teóricos que aprenden de memoria. En primer lugar, se las ejercita en la limpieza personal y del hogar, en usar las tijeras y forceps arteriales, en leer el termómetro, en poner y quitar puntos de sutura y en reconocer por la vista y el olfato todas las medicinas que una partera puede usar. En seguida se las enseña a lavarse bien y a esterilizar los instrumentos y vendas en el hogar, a prepararse para atender un parto y a cuidar de la madre y del recién nacido. En la mayoría de las mujeres del Sudán se ha practicado la circuncisión faraónica como consecuencia de la cual han quedado con un pliegue de piel que ha de ser hendido en el momento del parto mediante una especie de episiotomía anterior, y que debe suturarse de nuevo para dejarlo tal cual estaba. Las alumnas aprenden a hacerlo cosiendo hendeduras en el interior de viejos neumáticos de caucho. Ensayan en modelos las técnicas del parto una y otra vez antes de que se les permita atender a partos bajo vigilancia y prestar atención durante el puerperio. Adquieren la mayor parte de su experiencia en el hogar de las pacientes, aunque también pasan cierto tiempo en el hospital. Vi algunas de estas alumnas en acción, y me impresionaron su técnica meticulosa y su cordialidad con las pacientes. Las estadísticas relativas al servicio docente son excelentes.

El equipo de atención de partos a domicilio es sencillo y práctico: una marmita para agua esterilizada, que se puede volver a llenar, un recipiente resistente al calor para esterilizar vendas, algunos instrumentos,

antisépticos y medicinas. En vista de que no pueden enviar mensajes escritos si ocurre algún inconveniente, en el botiquín disponen de pequeñas fichas metálicas que envían con un mensajero al hospital o a la partera supervisora; las fichas son rojas en caso de hemorragia, verdes para una presentación defectuosa; las que tienen una línea, indican dificultades en la primera fase, y con dos líneas, dificultades en la segunda fase.

En los países avanzados es cada vez más frecuente la hospitalización. Esta tendencia es probable que continúe a pesar del reconocimiento del riesgo de infección cruzada y de la campaña, más bien sentimental, que llevan a cabo los psiquiatras en favor del "clima psicológico más saludable" de los partos a domicilio. El parto a domicilio es obligado cuando no se dispone de suficientes camas de hospital.

La atención a domicilio de partos tiene ciertos riesgos y desventajas, los que se atenúan si está a cargo de un grupo de hospital, en vez de un solo médico o partera, sin supervisión laguna. Las pacientes a quienes se presten servicios a domicilio deben escogerse entre aquéllas con menos tendencia a complicaciones, es decir, mujeres sanas, de preferencia del segundo al quinto parto, con antecedentes obstétricos normales y hogares relativamente cómodos. Un servicio de esta clase, en el "University College Hospital," de Jamaica, atiende actualmente, entre nuestras pacientes, a un tercio poco más o menos de todos los partos. Estas asisten a la clínica del hospital y son atendidas antes y durante el parto por una partera del hospital, acompañada de un estudiante de medicina o de una de obstetricia. Si se presentan complicaciones, la paciente es hospitalizada o se llama a un médico del hospital. El problema, en nuestra comunidad poco privilegiada, es encontrar pacientes con hogares satisfactorios.

En algunas regiones de Ghana, los hospitales del gobierno han establecido "clínicas externas", dirigidas por una partera residente cuyo trabajo supervisan parteras de mayor categoría y médicos del hospital. Las

pacientes acuden a las clínicas para recibir atención prenatal y regresan después para dar a luz. Después del parto, regresan a su hogar respectivo donde la partera las atiende. En Ghana también el gobierno ha ayudado a las parteras que ejercen la profesión en privado, dotándolas de un cuarto con equipo en sus propios hogares donde puedan asistir a sus pacientes durante el parto y atenderlas después en el hogar. Estas parteras pueden enviar a las pacientes al hospital cuando les parece necesario, y al hacerlo no pierden sus honorarios.

Los peores barrios pobres que jamás he visto son los de Lagos, y las parteras del servicio de salud pública hacen allí una labor excelente, bien acogida, y se lleva a cabo sin dificultades. En otros lugares, como Kampala, Uganda, no podría establecerse todavía un servicio semejante porque la inquietud y la violencia son tales que ninguna mujer puede salir de noche y sentirse segura, y las mismas parturientas no se atreven a ir al hospital hasta el amanecer.

De estas diversas maneras se puede echar la base de la pirámide.

El segundo nivel de la pirámide

El servicio de obstetricia a domicilio puede ser también insatisfactorio por otras razones. Como ha señalado un médico de hospital, adscrito a una misión en el este de Nigeria, "quien ha visto cómo se atienden los partos en las poblaciones rurales, no puede sino descartar la idea del servicio domiciliario de partos. Las casas son de barro, con pisos también de barro, con una capa de excremento de cabra. El tétano o la gangrena gaseosa son frecuentes en las mujeres y en los recién nacidos. No hay luz y se sospecha que el agua está contaminada. Estas condiciones permanecerán invariables en las aldeas por muchos años." Este médico estableció su hospital hace más de 20 años, y durante ellos el número de partos atendidos en hospital ha llegado a más de 1.200 por año. Muchas de las pacientes que solicitan hospitalización viven a muchas millas de distancia, en la selva, y sólo pueden acudir

a la clínica de manera esporádica. Numerosas pacientes registradas llegaban antes al hospital con eclampsia o anemia grave, o en estado de parto avanzado, con infecciones declaradas o ruptura uterina. Hasta hace poco la mortalidad materna era superior a 10 por cada 1.000 partos y la tasa de mortinatalidad era de 116, aun en las pacientes registradas. Evidentemente, ni la atención a domicilio, ni el servicio de hospital corriente, solucionaban este problema.

Maternidad rural. Se inauguró entonces un tipo de "maternidad rural", simple edificio de barro cerca del hospital, donde las mujeres encinta viven durante algunas semanas antes de dar a luz. Allí preparan sus propios alimentos, se ocupan de las labores domésticas y sólo requieren la atención más elemental: supervisión prenatal acostumbrada, drogas antimaláricas, hierro y vitaminas, enseñanza de labores propias de la madre, y bailes al son de tambores para solaz y descanso. Entre estas pacientes, la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 10 a 0,8 y la de nacidos muertos, de 116 a 20. Esto cuesta poco más o menos \$2.800 por año, o sea, alrededor de \$5,60 por paciente; o, en otros términos, alrededor de \$560 por cada madre y \$50 por cada criatura cuya vida se salva.

Este hospital, así como otros establecidos con apoyo del gobierno y de las misiones, han demostrado que se pueden obtener buenos resultados hasta con las instalaciones y servicios más sencillos, si se usan con inteligencia, disciplina e imaginación, en especial cuando la influencia del hospital se hace sentir más allá de sus muros y penetra en la colectividad en general.

La cúspide de la pirámide

¿En qué consiste el punto más alto de la pirámide?

Hospitales de maternidad. No cabe duda de que un buen hospital es el lugar más seguro para que las mujeres den a luz sus hijos. El ideal sería que cada mujer diera a luz en un hospital y se quedara en él durante una semana. Pero cuando no hay camas

suficientes, las que hay deben destinarse a las pacientes que más las necesitan. Para lograr esto hay dos maneras de organizar un hospital de maternidad.

Plan de registro selectivo. Este principio del registro selectivo es el que se aplica en mi propio servicio, en Jamaica. En la actualidad, podemos aceptar sólo una mujer de cada cuatro que solicitan hospitalización; del resto, algunas se inscriben para recibir atención de parto a domicilio, y las demás se remiten a hospitales que no están tan bien equipados o a parteras de distrito. Las pacientes que presentan riesgos especiales se registran para dar a luz en el hospital: primigrávidas, múltiparas, mujeres con antecedentes obstétricos poco satisfactorios y las que son enviadas por sus médicos o seleccionadas por nuestro personal, porque sospechan la presencia de dificultades. Se reservan unas pocas camas para casos de urgencia. Este sistema funciona de modo satisfactorio cuando se cuenta con otras instalaciones y servicios adecuados para los casos normales.

Plan de atención rápida. Pero supongamos que no hay otro remedio que recurrir a la atención hospitalaria. En este caso el hospital puede adoptar un plan de atención rápida, basado en el principio de que el momento de mayor peligro para la madre y el niño es el inmediatamente anterior al parto y el del parto mismo. El puerperio en casa ofrece menos peligro que el parto en el domicilio. Si el hospital no puede contar con más camas, tal vez pueda ampliar la sala de obstetricia y transformarla en una especie de oficina de alumbramientos donde se pueda atender a la mayoría de las parturientas de la comunidad. Las pacientes normales pueden volver a su hogar al cabo de unas horas para ser atendidas por enfermeras visitadoras o por el personal de enfermería adscrito a los servicios periféricos de salud. Las pocas camas destinadas al puerperio se reservan para pacientes que han tenido partos difíciles o niños enfermos o prematuros. De este modo, un hospital relativamente pequeño

puede proporcionar un gran servicio si se amplían sus clínicas y salas de parto y se organiza un grupo de enfermería para atención puerperal. Este sería un plan excelente para una ciudad como Kingston, Jamaica, donde hay un hospital del gobierno que sólo tiene 120 camas y que atiende ya más de 15.000 partos al año.

El futuro

Se han indicado algunas maneras de establecer y mejorar los servicios de maternidad en los países no del todo desarrollados. Sería un gran error pensar que dichos países no quieren ayuda o no están preparados para recibirla. Ya han visto algo de la medicina moderna y conocen sus efectos. Nuestra profesión ha mostrado lo que se puede hacer y ha llegado el momento de actuar.

Me he referido con detalle a las pirámides. El gran milagro de su construcción no fue el genio administrativo de los faraones o la pericia de sus ingenieros, sino el fatigoso esfuerzo de millares de trabajadores, hombres humildes que hace mucho tiempo hubieran caído en el olvido de no ser por los grandes monumentos que dejaron. Del mismo modo, podemos aconsejar en materia de servicios de obstetricia y hasta proyectarlos y facilitar el dinero que requieren, pero no

se pueden establecer sin personal. Por otra parte, no se puede capacitar a la gente antes de haber puesto en marcha los servicios en donde pueda adquirir experiencia. Esto es difícil o imposible en países donde ahora escasean los médicos, las enfermeras y parteras. Ahí es donde la cooperación internacional puede, según estimo, desempeñar un papel importante.

Este es el momento oportuno de formular planes relativos a servicios regionales de maternidad y a centros de adiestramiento, con la cooperación de organizaciones internacionales que ayuden a contratar el personal que se necesitará, en muchos casos, durante las primeras fases.

RESUMEN

En numerosos países los servicios de maternidad son insuficientes y no están bien organizados. Se ha de tratar de establecer servicios regionales que coordinen todas las fases de la profesión de la partería y la obstetricia, desde el hospital especial hasta las parteras no tituladas, y que proporcionen atención y medios de preparación. Todo ello exige una planificación objetiva y, en muchos casos, cooperación internacional en las fases iniciales. No hay ningún sustituto eficaz para el servicio de maternidad de tipo regional.

THE ORGANIZATION OF MATERNITY SERVICES IN UNDERDEVELOPED COUNTRIES (*Summary*)

Maternity services in many countries are inadequate and unorganised. The aim should be to build up regional services which would co-ordinate all levels of obstetrics and midwifery from the specialist hospital down to the traditional birth-attendants, and which would

provide both service and training facilities. This calls for objective planning and, in many cases, international co-operation in the initial phase. There is no effective substitute for the regional type of maternity service.