

# MORBILIDAD PERINATAL Y CIENCIAS SOCIALES

Es esta una síntesis de las investigaciones del autor en el campo de la epidemiología de la morbimortalidad perinatal, enfocadas desde un ángulo social, el nivel socioeconómico. La contribución de otras disciplinas, como las ciencias sociales, amplían la base epidemiológica; concretamente, un particular estilo de vida derivado del tipo de ocupación, hábito alimentario, protección contra la inseguridad económica y social son considerados como consecuencias de la industrialización. Paralelamente podrían estimarse como participantes en la génesis de la morbimortalidad perinatal factores que parecen intervenir en las épocas de tránsito a la sociedad industrial: migraciones, cambios en la alimentación, auge del aborto, contaminación, etc. Se postula, finalmente, la necesidad de utilizar los medios de la Seguridad Social para proteger la salud perinatal en los grupos ocupacionales menos calificados, vale decir, los más vulnerables.

## Factores Sociales de la Morbimortalidad Perinatal

Dr. FRANCISCO J. MENCHACA\*

*"Nadie seguirá teóricamente equivocado si mantiene interés por comprender de cerca fenómenos humanos concretos".*

G. HOMANS

*"¿Está Ud. orgulloso o no de los valores que orientan sus acciones?"*

Anónimo del Siglo XX

### INTRODUCCION

La etapa perinatal es una de las más riesgosas para la vida humana. Areas con Obstetricia muy adelantada, no muestran un acorde descenso de su morbilidad perinatal. Urge ampliar la base epidemiológica del problema mediante el aporte de otras disciplinas científicas; de las ciencias sociales, por ejemplo. Tal necesidad origina el presente trabajo sobre la base de investigaciones personales en el tema. Hemos tenido como población de estudio la de nuestra provincia de Santa Fe, que tiene tres zonas en diverso momento de desarrollo hacia la sociedad industrial o moderna. La zona *Norte* tiene industrias extractivas (carbón de leña, maderas, etc.); sólo el 4,10% de su población tra-

baja en industrias (1) y los partos institucionalizados llegan al 62,1% (2). La zona *Central* posee industria liviana (máquinas agrícolas, fibras vegetales); el 5,30% de personas en industrias y el 95,0% de partos institucionalizados. En la zona *Sur* hay industria pesada (ferroviaria, petroquímica), 9,90% de habitantes en las industrias y 96,5% de partos institucionalizados.

En un trabajo de aproximación (3) vimos que la mortalidad perinatal de la zona *Sur* (con mayor asistencia obstétrica) no guardaba relación con la de la zona *Norte*, menos desarrollada. Decidimos enfocar el problema desde un ángulo social: el nivel socioeconómico. Estudiamos la incidencia del neonato con 2,500 grs. y menos, en las maternidades públicas y en las privadas de la ciudad de Rosario durante el trienio 1940-42. En las primeras hubo un 7,02% de tales niños y en las segundas un

\* Profesor de Higiene Materno-Infantil Escuela de Sanidad. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina.

1,56% (4). Posteriormente, en la ciudad de Santa Fe, empleando la escala de Graffar, apreciamos que la clase más acomodada mostraba un 5,70% de neonatos de "bajo peso" contra el 11,4% de la menos calificada (5). Extendimos nuestro interés por ese "bajo peso" relacionado con los estratos sociales, a toda la provincia de Santa Fe. Durante el año 1967 obtuvimos un 1,09% para el nivel ocupacional más elevado, contra el 6,31% del nivel más baja (6).

Luego agregamos a este tipo de estudio, otra variable dependiente: el grado de industrialización de la zona respectiva. Como indicador de este proceso utilizamos el por ciento de población activa empleada en industrias. Pudimos apreciar que el nivel ocupacional más alto, la natalidad de "bajo peso" descendía del 2,30% de la zona *Norte* (menos industrializada) al 1,0% en la zona *Sur* (más industrializada); mientras que en el nivel ocupacional más bajo sucedía lo contrario: del 4,86% en la zona *Norte* aumentaba al 7,07% en la zona *Sur* con mayor industrialización y asistencia obstétrica (7). Podría surgir de esto una proposición: la posibilidad que en el determinismo del nacimiento con "bajo peso" participara la industrialización, con trascendencia tal que pudiera neutralizar la mayor proporción de partos en servicios médicos; internación que la Obstetricia y la Sanidad clásicas tienen como real indicador de buena asistencia a la maternidad.

En un trabajo inédito hemos constatado que en aquella zona *Norte*, menos desarrollada, la mortalidad perinatal ofrece mayor proporción de defunciones fetales (21,6%) que de defunciones neonatales de 0 a 7 días (14,9%), mientras que en la zona *Sur*, éstas superan (16,0%) a aquellas (14,5%). ¿La mejor asistencia obstétrica de la zona *Sur* permitirá nacer fetos con precaria salud que al hallar una aún incipiente Neonatología, aumentan las defunciones neonatales? (8).

Mediante el método de la encuesta realizamos un trabajo que mostró la importancia y la necesidad de interpretar adecuadamente los factores culturales de cada región para comprender mejor la actitud de las grávidas ante el embarazo, el parto y ante nosotros, los médicos. Y, también, nuestra actitud hacia ellas (9).

Existen asimismo otros factores sociales de morbimortalidad perinatal que, creemos, pueden ser considerados como participantes en la

génesis de esta noxa; factores que parecen agudizarse en las épocas de tránsito hacia la sociedad moderna o industrial. De ellos destacaremos los siguientes: las migraciones, que significan una aguda transculturación para la mujer campesina; las modificaciones y deterioros de la alimentación por regímenes más sofisticados; el auge del aborto; la mayor cantidad de mujeres en trabajos extradomésticos mal protegidos; una exaltación espontánea y provocada de la sexualidad, que aumenta las embarazadas jóvenes, casadas o no; la polución química y física (microtraumatismos, radiaciones); mayor uso y dependencia de fármacos, tóxicos y otros hábitos deletéreos para la maternidad y su fruto; mayor "densidad psicológica" ambiental; inadecuación de los horarios y servicios médicos a las grávidas en mayor riesgo, las pobres; el aumento del costo de la Medicina por su mayor complejidad tecnológica; la defectuosa utilización de los servicios médicos debida a diferencias socioculturales (10). Para interpretar mejor la trascendencia de los factores sociales antecitados, es menester integrar el clásico concepto anatómofisiopatológico de "salud" con el criterio más amplio exigido por la época de cambio social en que vivimos, asistidos y asistentes. Ya lo dijo Sigerist: "La Medicina está condicionada a las transformaciones en las ideas de la época" (11). Consecuentemente, la "salud" debe ser concebida hoy en día como el modelo de una capacidad de normatización vital que permite a la persona gozar de su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y social. Con esta actualizada definición creemos satisfacer las modernas concepciones vitalistas de Canguilhem (12) y Le Court (13), así como las exigencias de ciertos sanitaristas como Goldsmith (14) y Stevens (15).

## COMENTARIO

Tal vez este aporte a la epidemiología de la salud perinatal desde el ángulo social, despierte en el lector algún interés por conocer mejor las relaciones existentes entre el trabajo de las personas y los problemas de la salud, como puede ser éste de la edad perinatal. ¿Qué debe significar para el médico actual que una persona trabaje en esta o aquella ocupación? Antes de seguir adelante debe destacarse que abordamos el tema desde un predominante en-

foque médico, ya que no tenemos estudio de los clásicos en la materia (Engels, Marx, etc.).

Consideramos que estar (o "estar instalados" al decir de Marias) en un determinado nivel ocupacional, nos debe dignificar un particular estilo de vida (\*), vale decir, comportarse ante la salud, la Medicina y los médicos, según cierto rol atribuido por la comunidad y que se lo establece teniendo en cuenta atributos como la edad, el nivel educacional y, sobre todo, el trabajo u ocupación.

Estar en diverso grupo ocupacional habrá de significarnos, entonces, no sólo tener mucho o poco dinero, "mucha o poca cultura", sino estar motivado por ciertos factores capaces de condicionar el éxito o fracaso de nuestro diagnóstico y de nuestra terapéutica.

Para fundamentar la influencia ocupacional sobre la salud perinatal, además de nuestros trabajos reseñados en el capítulo anterior, citaremos algunos otros al respecto. En Inglaterra se ha podido establecer la relación existente entre la altura de la clase social y la incidencia del neonato con "bajo peso" (17), las defunciones fetales (18) y la mortalidad perinatal (19). En este país, no obstante las iguales disponibilidades médicas para todo nivel ocupacional, persiste la mayor mortalidad perinatal en el menor nivel (20). Se aducen causas educacionales (21), poca información sobre aquellas disponibilidades (22) y falta de fe en la atención médicas (23). Todo ello dependería de una situación con profundas raíces socioculturales: la privación social (24), que mediante un renuente escepticismo frena y distorsiona la interacción médico-paciente. Otro factor sociológico, la endogamia (casarse entre sí los de la misma clase social), contribuye a perpetuar, entre otras cosas, el nacimiento con "bajo peso", ya que éste es más frecuente en las mujeres de baja estatura que predomina en aquel nivel (25). Se ha constatado que la ocupación paterna suele condicionar la de las hijas (26) e hijos.

Los grupos ocupacionales menos elevados, además, están recibiendo el impacto de las consecuencias peyorativas del cambio social: de las migraciones, por ejemplo. Entre los trabajadores menos calificados —que predominan en las migraciones (27)— aumentan los abortos (28),

los hijos "no descados" (29); el deterioro nutricional de las grávidas (30); el aumento de la sexualidad (31); el mayor trabajo extradoméstico de las mujeres (32), generalmente en trabajos como el servicio doméstico y otros poco calificados. En cierta ciudad alemana, según la OMS (33), un obrero inmigrante debió atender el parto de su esposa, por falta de comunicación con el excelente servicio obstétrico local. Es pues real y actual, la acción que estas consecuencias del cambio social tienen sobre la salud perinatal de los grupos ocupacionales menos calificados. Viene a nuestra mente la duda aquella de Biersted: la división del trabajo, ¿contribuye a la integración o a la desintegración de la sociedad moderna? (34). Será cuestión de la planificación (35) o de los planificadores?

Ojalá los economistas que guían los planes, programas y proyectos de desarrollo, no se orienten solamente por reparos económicos como el producto bruto "per cápita" o por la cantidad de kilowatios consumidos, y lo hagan también por otros de no menor valor y significación, como la delincuencia infantil, las toxicomanías y los señalados deterioros de la salud perinatal. Desde México se ha dicho: "Dado el sistema de estratificación a que se ha arribado y sus implicancias, es necesario que la política económica se defina en atención a objetivos sociales y retributarios" (36). Es común oír que se necesita "una Medicina igual para todos"; nos parece más justa "una Medicina prioritaria para quien está en mayor riesgo".

Las proposiciones sociales que acabamos de exponer ante el colega lector no escapan, creemos, a la ortodoxia de un trabajo médico en la época actual. Hemos deseado hacer este aporte, pensando que las consideraciones médico-sociales que en él se exponen, no son frecuentes en nuestras lecturas habituales y que ellas pueden ayudar a ubicarse con criterio realista ante este requerimiento: la relación médico-paciente (37). Además, con este enfoque y acción más comprensivas, no daremos pábulo a que se diga de nosotros que hacemos discriminación con el paciente pobre (38) (39) y que constituimos un sector de presión sobre la comunidad (40). En relación a lo aludido, recordaremos a Snow (41) que recomienda al cardíaco, andar siempre bien vestido y con buen alimento, para que en la emergencia se lo considere merecedor del mejor servicio disponible. Matz aconseja ejercitar la "perspectiva

\* Con propósito operativo sanitario. Lerner (16) ubica dentro del **estilo de vida**: tipo de ocupación, hábito alimentario, "standard" de vida, grado de protección contra la inseguridad económica y social, así como la accesibilidad a los servicios médicos y la propensión a usarlos.

va sociológica"; ver las personas no sólo en el ambiente natural y físico, sino en su contexto humano (42). Whright Mills sostiene que la "imaginación sociológica", promoviendo el conocimiento de las posibilidades que en la vida tienen los demás individuos, permite conocer y valorar mejor las posibilidades propias (43). En nuestro caso, nuestras posibilidades para llevar a cabo una asistencia médica ajustada a la realidad de los asistidos y los asistentes; evitando una "relación asimétrica", al decir de Wilson (44).

No dejamos de reconocer, por supuesto, que la interrelación médico-paciente también depende de los principios políticos, éticos y religiosos de las respectivas comunidades.

Volviendo a la morbimortalidad relacionada con factores sociales como la estratificación social, y en el deseo de no sólo plantear problemas sino posibilidad de alguna solución, diremos que la Seguridad Social se ha preocupado por ofrecer recursos al respecto. Personalmente, hace 30 años, expusimos la conveniencia de perfeccionar el Seguro de Maternidad vigente en nuestro país (45). Insistimos en el tema durante las X Jornadas Rioplatenses de Pediatría (46). Luego mediante una encuesta entre calificados obstetras, pediatras y sanitaristas, argentinos y extranjeros, pusimos en evidencia la necesidad de utilizar los medios de la Seguridad Social para proteger la salud perinatal (47). En Holanda, por ejemplo, con el alivio en el trabajo doméstico de las grávidas en mayor riesgo, se ha disminuido la mortalidad perinatal. En Finlandia, Finnilae (48) siguiendo a Raihae (49) ha mostrado como el adecuado reposo de la grávida pobre, disminuye la incidencia del neonato de "bajo peso", hasta igualar las cifras de la clase acomodada. En consecuencia, mientras llegan las soluciones de fondo que habrán de requerir más de una generación, los médicos debemos seguir enfren-

do la morbimortalidad perinatal con las perfeccionadas técnicas aprendidas en la escuela médica tradicional, integradas con las de la Seguridad Social, a fin de atenuar el mayor riesgo que corren los grupos ocupacionales menos calificados. El médico que así lo haga podrá contestar nuestra pregunta del epígrafe de la siguiente manera: Sí, estoy orgulloso que la protección social de la salud perinatal sea una de los valores que guían mis acciones.

## CONCLUSIONES

- 1º) Las dificultades que se presentan en la lucha contra la morbimortalidad perinatal, obligan a ampliar la base epidemiológica del problema mediante el aporte de otras disciplinas; las ciencias sociales, por ejemplo.
- 2º) Los trabajos que se vienen realizando sobre el tema, como los ofrecidos por el autor, muestran una significativa relación entre la patología perinatal y ciertos factores sociales como la estratificación social, las migraciones y el cambio hacia la sociedad moderna o industrial.
- 3º) Ante el mayor riesgo corrido por los grupos ocupacionales menos calificados, los médicos debemos, entre otras cosas, integrar las técnicas obstetro-neonatólogicas aprendidas en la escuela médica tradicional, con los recursos que dispone la Seguridad Social para proteger la población más vulnerable.
- 4º) Para esta integración de conocimientos y acciones, se estima conveniente que al médico actual no le falten oportunidades, en su formación de pre y post grado para un proficuo acercamiento, comprensivo y social al par que científico, con aquellas personas en mayor riesgo.

## B I B L I O G R A F I A

1. "Censo industrial de 1968", *Bol. de la Direc. Gen. Estadis. y Censos*; p. 15, Santa Fe, 1968.
2. Comunicación personal de la Dirección de Demología Sanitaria, Santa Fe.
3. MENCHACA, F. J. "Mortalidad perinatal y asistencia del parto". *Rec. Nacido*; 3; 154, 1955.
4. MENCHACA, F. J. "La incidencia de la prematuridad en las maternidades privadas y oficiales". *Méd. Pública*; VI; 247, 1954.
5. MENCHACA, F. J. "Prematuridad y nivel socio-económico", *Arch. Argent. de Pediatría*, 64; 189, 1962.
6. MENCHACA, F. J. "Recién nacido con peso subnormal y nivel ocupacional del padre", *An. de Sanidad*, XI; 25, 1968.
7. MENCHACA, F. J. "Recién nacido de bajo peso, grupo ocupacional del padre y desarrollo industrial", *An. de Salud Pública*; XII; 49, 1968.
8. MENCHACA, F. J. "Evolución de los componentes de la mortalidad perinatal", inédito.
9. MENCHACA, F. J. "Los factores regionales de la salud perinatal". *Act. Pediat. Latinoamericana*; III; 195, 1972.
10. "Aspects of Health and Disease", *Nederland Instituts for Preventive Medicine*, p. 138, Leiden, 1973.
11. SIGERIST, H. E. "Introduction a la Médecine", Payot, Paris, 1932.
12. CANGUILHEM, G. "Lo normal y lo patológico", p. 12, Siglo XXI, Buenos Aires, 1971.
13. LECOURT, D. "La historia epistemológica de G. Canguilhem", pág. VII de "Lo normal y lo patológico" de G. Canguilhem, Siglo XXI, Buenos Aires, 1971.
14. GOLDSMITH, A. "The Status of Health", *J. Health and Soc. Behavior*; 14; 16, 1973.
15. STEVENS, R. "American Medicine and the Public Interest", *Universidad de Yale*, 1971.
16. LERNER, L. et al; "The non-health services determinants of health levels", relato al XLVIII Congreso de la Asociación Sociológica Americana, p. 4, New York, 1973.
17. BAIRD, D. "Environmental and Obstetric Factors of Prematurity", *Bull. of W.H.O.*; 26; 297, 1962.
18. KINCAID, J. "Social Pathology and Foetal and Infant Loss", *British Med. J.*; 1; 10, 1965.
19. BAIRD, D. y THOMPSON, A. "Some factors underlying perinatal mortality rates", p. 16 de BUTLER, N. y ALBERMAN, E. "Perinatal problems", Livingstone, Londres, 1969.
20. TUTTLER, N. y BONHAM, D. "Perinatal mortality", p. 272, Livingstone, Londres, 1963.
21. JACKSON, J. "Profession and Professionalism", comentado en "Contemporary Sociology", 1; 534, 1972.
22. Mc KINLAY, J. "Brief description of a study on the utilization of maternal and child welfare services", *Soc. Sc. and Med.*; 4; 551, 1970.
23. LUDWIG, E. y GIBSON, C. "Self perception of illness and the seeking of medical care" *J. Health and Soc. Behavior*; 10; 125, 1969.
24. "Perspectives on human deprivation", p. 5, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Washington, 1968.
25. MENCHACA, F. J. "Diccionario Médico-Social", p. 81, Universidad Nacional del Litoral, 1967.
26. JAVENS, J. y PULLY, H. "Female intergenerational occupational morbidity", *Am. Sociological Review*; 3; 779, 1972.
27. DILLON SOARES, G. "Desarrollo económico y estructura de clase", *Rev. Mex. de Sociología*; 33; 477, 1971.
28. KALLNEG, G. "Perinatal and Maternal Mortality in Israel", p. XXIV, Jerusalem, 1958.
29. CASSEL, J. et al, "Epidemiological analysis of the health implications", *Am. New York, Ac. Sciences*; 34, 938, 1960.
30. BENNETT, F. y JELIFFE, F. "Urban Maternal and Child Health Services in Uganda", *Colloquium on the Condition of Life in the Tropics*; p. 10, mimeo. Paris, 1964.
31. TARSIANO, R. "Sociedad urbana y salud mental", *Rev. de la Universidad*; 24; 222, 1972, La Plata.
32. TISSEMBAUM, M. "Suspensión del trabajo por razones de maternidad", p. 4, folleto, Ed. Ferner, Rosario, 1937.
33. FISEX, N. "Turquía; inmigraciones laborales y salud", *Salud Mundial*, p. 18, O.M.S.
34. BIERSTED, R., comentado en "Contemporary Sociology"; 2; 483, 1973.
35. SACHS, J. "La logique du Développement". *Rev. Internac. de Sc. Sociales*; XXIV; 38, 1972.
36. GONZALEZ SALAZAR, G. "Crecimiento económico y desigualdad social", *Rev. Mex. de Sociología*; 33; 541, 1971.
37. HERSCH, J. "El filósofo frente al progreso de la ciencia médica", *Orientación Médica*; XXII; 509, 1973.
38. WALSH, J. y ELLING, R. "Professionalism and the poor", *J. of Health and Soc. Behavior*; 9, 16, 1961.
39. NEW, K. "Neighborhood Health Center", *Inquiry*; IX; 45, 1973.
40. ZOLA, I. K. "Medicine as a institution of social control", mimeo, p. 22, Brandeis University, 1971.
41. SNOW, D. "¿Qué hacemos con los hospitales?" *Méd. Moderno*, p. 16, oct. 1973.
42. MATZ, D. "Becoming Deviant", p. 67, Prentice-Hall, 1969.
43. MILLS, W. "La imaginación sociológica", p. 27, *Fond. de Cult. Económica*, México, 1984.
44. MENCHACA, F. J. "Seguro de Maternidad", reunión del 1/IX/1944. *Soc. Arg. de Pediatría*.
45. MENCHACA, F. J. "La Seguridad Social en la asistencia de la maternidad y del recién nacido", XVI Jornadas Rioplatenses de Pediatría, p. 176, Montevideo, 1961.
46. MENCHACA, F. J. "La Seguridad Social en la lucha contra la mortalidad perinatal", *Obs. y Ginec. Latinamericanas*; 17, 7; 1959.
47. FINNILA, M. et al, "Prevention of Prematurity", p. 8, mimeo. XIII Congreso Internacional de Pediatría, Viena, 1971.
48. RAIHA, C. "Relation of Maternal Heart Volume in Pregnancy to Prematurity and Perinatal Mortality", *Bull. of the W.H.O.*; 26; 296, 1962.