Director:
DR. D. J. BOSCH-MARÍN

Redactor-Jefe:
DR. D. MANUEL BLANCO OTERO

Comité de Redacción:
DRES. CAÑELLAS DOMENECH y MINGO DE BENITO

Administrador:
D. ENRIQUE BRAVO SÁNCHEZ DEL PERAL

R 180784 C-2267-24

PUBLICACIONES
"AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"
EDITADAS POR LA SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

Año XV | Junio, 1952 | Núm. 172

MORTALIDAD MATERNAL

POR EL DOCTOR

FRANCISCO CAÑELLAS DOMENECH
Médico Maternólogo del Estado

DEPOSITO LEGAL

Visto 24/7/06

MINISTERIO DE LA GOBERNACION
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD
MADRID

618.2-084.12
618.2:312.26

Mortalidad maternal (*)

POR EL DOCTOR

FRANCISCO CAÑELLAS DOMENECH
Médico Maternólogo del Estado

Planteado así escuetamente el tema, quedaría encuadrado en una mera exposición estadística que, de por sí, no encaja en los fines de este Cursillo monográfico. Por tanto, digamos, a renglón seguido, que es preciso estudiar simultáneamente la morbilidad materna, a través de los tres estadios de la puerperalidad, y de la cual no será sino función la mortalidad maternal.

Cuanto contribuya al mejoramiento de ambas constituye el acervo de la Maternología, pues ésta, en esencia, vela porque el organismo femenino se halle siempre, y en oportuna gradación, con capacidad para adaptarse a la recepción y desarrollo del huevo, de conseguir la feliz expulsión del feto maduro y de subvenir a una suficiente lactancia del niño, así como para que tal capacidad, a trueque de ser puesta a prueba en cada sucesiva gestación, se mantenga, física y funcionalmente, íntegra para el futuro. Y al decir esto se sobreentiende que existen factores o agentes por cuya acción puede quedar comprometida y aun destruída tal capacidad y que

(*) Lección pronunciada en el VII Curso Clínico-Sanitario Obligatorio de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario de España, dirigido por la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, diciembre de 1951.

en caso extremo, y por obra de su intensidad, pueden llegar a ser irremediablemente letales. Acechan, por lo tanto, a la mujer en el ejercicio de su función maternal, y naturalmente desde que alcanza la pubertad, riesgos de muy diverso alcance que, desde la leve lesión o alteración de su aparato genital, pueden llegar a ocasionar la muerte. Tales riesgos no acaecen sino por obra de los factores antes citados, cuyo estudio y ordenación constituye el objetivo de esta modesta disertación. Permítasenos decir, en mérito a la calidad que reviste este Cursillo y aunque sea adelantando conceptos, que muchos de los factores nocivos de la función maternal han adquirido en el presente la favorable y halagüeña condición de evitables o previsibles, condición, o mejor meta, que propugnamos todos (clínicos y sanitarios) como superponible a los restantes factores. Y ciñéndonos a nuestro enunciado, ya que la evitación o profilaxis de tales agentes, así como el estudio de los medios adecuados para ello, ocupan los objetivos de valiosas lecciones de este curso, pasemos a considerar y clasificar los repetidos factores.

En términos generales y por la índole de esta charla, los llamaremos *primarios* y *secundarios* o, mejor aún, factores condicionados por la propia función maternal en sus tres fases (gestación, parto y puerperio) y factores que complican o alteran la gestación sin estar condicionados por la misma.

Como es de general conocimiento, los primeros pueden ser de origen *materno* u *ovular*. Entre los maternos citaremos como de mayor importancia las alteraciones de la sangre, tanto en sus constantes físicoquímicas como en las formales (anemias, leucemias) y las de los vasos; del sistema nervioso, del aparato locomotor (particularmente del esqueleto), aparatos digestivo y urinario, etc., de sobra conocidas. Mención especial merecen las gestosis, tanto precoces como tardías; es de advertir que en algún país del Norte de Europa todavía producen una mortalidad de cerca del 1 por 100 sobre la cifra

de su incidencia, a pesar de los medios de profilaxis y de tratamiento puestos en práctica.

Entre los de origen ovular citaremos los que afectan a la placenta (anomalías de inserción o de forma, degeneraciones, desprendimientos, etc.); a las membranas (defectos, bridas, etcétera); al cordón (brevedad, idiopática o secundaria, procidencia en el momento del parto), así como las referidas al propio feto (gestación múltiple, situaciones y presentaciones atípicas, exceso de desarrollo, hipermadurez, etc.). Tanto los de un origen como los del otro (materno u ovular) pueden conducir a la interrupción de la gestación: el aborto, situación clínica de por sí (aun en los casos de etiología ajena a las citadas, como son la hormonal, traumática o criminal) propiciatoria a la morbi y mortalidad maternas.

Sin necesidad de encarecer su trascendental importancia clínica, no podemos dejar de citar la gestación ectópica.

Existen asimismo factores en ambos orígenes, materno y ovular, que sólo entran en juego en la fase de parto y son privativas del mismo y, por lo tanto, no previsibles (procidencias, alteraciones de la contracción uterina, sufrimiento fetal o materno, desgarros, hemorragias u otros accidentes del alumbramiento, etc.).

Y, finalmente, dentro de este primer grupo, existen las temidas complicaciones sépticas del puerperio, tanto en el propio aparato genital como en la mama, y sus derivaciones o generalizaciones.

Al grupo de los factores o estados patológicos que complican o alteran la gestación sin estar condicionados por ella hay que agregar los de carácter social o ambiental.

La coexistencia de los primeros con la gestación puede acarrear la propia agravación o una mayor o menor repercusión sobre la normal y completa evolución de aquélla, hechos que a la postre no hacen sino gravar la morbilidad y en muchas ocasiones la mortalidad.

Entre tales factores debemos citar, en primer lugar, las infecciones agudas en sus diversas variedades etiológicas y clínicas; las infecciones crónicas, particularmente la sífilis y la tuberculosis, si bien son muy considerables los progresos que en la lucha contra las mismas se han registrado en el terreno que nos ocupa; las demás, como, por ejemplo, el paludismo, son ya hoy día muy limitadas sus repercusiones.

En segundo lugar, las afecciones orgánicas de los diferentes aparatos y sistemas preexistentes a la gestación. Al citarlas debemos señalar asimismo las favorables y evidentes tendencias imprimidas a las cifras de morbi y mortalidad maternas, gracias a la poderosa acción de los avances, por todos conocidos, de la medicina interna, como es el caso bien concreto de las cardiopatías. En cuanto a las hemáticas, es preciso recalcar la importancia que en el proceso de la gestación puede revestir la debatida cuestión del factor Rh y los conflictos por él creados. Su perfecta delimitación hará cambiar, a buen seguro, las proporciones atribuídas a otros factores en la estimación de la morbi y mortalidad maternas.

Pasemos ahora a considerar los factores ambientales o sociales en su acción dentro de este campo.

Edad de la madre.—Es un hecho contrastado que tanto la morbilidad como la mortalidad ofrecen sus tasas más reducidas al tener la madre de veinte a veinticinco años y, por el contrario, alcanzan sus mayores proporciones si la edad de aquélla está por debajo de los veinte, o con la máxima severidad si rebasa de los cuarenta. Estrechamente ligado a este importante factor aparece el *grado de paridad,* figurando en primera línea la primiparidad. Por fortuna en España, donde la tasa de natalidad se mantiene alta, este factor no es el privativo, por lo tanto, en la misma; pero en aquellos países donde disminuye la natalidad, ésta tiene que sostenerse gracias al aumento progresivo, dentro de la masa general de gestantes, del número de primíparas. Y siendo incuestionable que todos los factores condicionados por la propia gestación, y que poco antes estudiábamos como posibles agentes perturbadores de la misma, dejan sentir su acción con mayor frecuencia e intensidad en las primíparas, con el consiguiente aumento de intervenciones, debemos admitir que la primiparidad, complicada con la mayor edad de la madre, constituye el principal sustentador de la todavía elevada tasa de morbilidad y mortalidad maternas. Como dato curioso anotemos que, cuando menos en los países anglosajones, la edad promedio en que la mujer contrae matrimonio se mantiene actualmente en los veintiséis años, lo mismo que hace medio siglo aproximadamente.

Junto a los factores antedichos, cuenta asimismo como de señalada importancia la *intermitencia en las gestaciones,* pues como se desprende fácilmente, la recuperación orgánica de la madre se hará con tanta más dificultad cuanto más próximas sean aquéllas. Las estadísticas de aquellos países acusan un incremento de la mortalidad a partir de las cuartíparas, para alcanzar su máximo en las llamadas grandes multíparas.

También debe señalarse como de particular interés *el estado civil* de la gestante, y sobre ello no es preciso insistir, por ser su trascendencia del dominio general.

No menos importante y digno de destacarse es *el factor trabajo,* al que ha quedado definitivamente incorporada la mujer y cuyas acusadas repercusiones sobre la morbi y mortalidad maternas se van perfilando cada vez más, y que por su trascendencia han exigido la promulgación en el mundo entero de cuantiosas disposiciones legales reguladoras del trabajo femenino y protectoras de la maternidad. Esto es tanto más de tener en cuenta si reparamos en que la masa general de gestantes está integrada en elevada proporción por madres pertenecientes a las llamadas clases trabajadoras y es precisamente entre ellas donde se registra una marcada morosidad (cifrable en un 50 por 100 de su total, según las estadísticas inglesas) a someterse a la conveniente vigilancia y observa-

ción prenatal, hecho que conduce naturalmente al sostenimiento insensible de aquellas morbi y mortalidad.

La *raza* también es factor nada despreciable, y si bien en España, por no sufrir acusados movimientos demográficos de inmigración, no hay ocasiones frecuentes de comprobarlo, en otros países, como los Estados Unidos de América, donde aquellos movimientos han sido bien notorios, se ha podido comprobar estadísticamente y dentro del mismo ámbito, una predominante labilidad y letalidad de la raza negra sobre todas las otras, siendo de señalar que, dentro de la blanca, dan tasas más elevadas la húngara y la anglosajona (10,8 × 1.000 en las negras, 8,1 en las inglesas e irlandesas y 7,4 en las húngaras). Tales diferencias deben buscarse, como asegura Woodbury, tanto en el complejo de condiciones anatómicas y fisiológicas como en las de educación e higiene, tan diferentes de una raza a otra.

Es tema de discusión la posible *influencia del medio,* urbano o rural, sobre la morbi y mortalidad maternas. Y decimos de discusión, pues si bien se ha podido afirmar que en el medio rural se daban mejores tasas de aquéllas, no es menos cierto que gracias a los progresos de la protección médico-social de la maternidad, en las urbes se registran en los últimos tiempos tasas sensiblemente inferiores a las obtenidas en el agro. Cuando menos así lo registran las estadísticas oficiales nuestras, que marcan dicha tendencia desde el año 1943 al 47, y que luego expondremos. Importa mucho señalar, en esta circunstancia, que aquella divergencia de criterio, que también se observa en otras apreciaciones del problema que nos ocupa, tendría su base, como recalcan debidamente Banu, Browne, etc., y Clavero Núñez, entre nosotros, en la falta de unidad y precisión para elaborar las correspondientes estadísticas, es decir, sin una uniformidad que sirviese de sólido fundamento para establecer provechosas comparaciones, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. A remediar tal deficiencia

tiende la confección de la lista internacional de causas de muerte, revisable cada diez años, pero que no llena aún en la actualidad la perfección requerida para obtener de ella los frutos deseados. Y situados dentro del medio urbano, donde indudablemente la asistencia maternal es prestada en más amplia proporción y eficiencia que en el otro medio, no queremos pasar por alto la existencia de otro factor, a veces imperceptible en su actuación, pero a menudo reconocible por sus efectos en la morbi y mortalidad maternas, que es la *intromisión obstétrica,* y de la que nos ocuparemos más adelante, certeramente bautizada por Browne con el nombre de "intervencionismo excesivo", que carecería de trascendencia si las intervenciones fueran siempre inocuas, cuando en realidad no dejan de revestir riesgos y peligros, aunque hoy se den casi por anulados los infecciosos, gracias a los éxitos de la quimioterapia y de los antibióticos.

A la par de este factor, que llamaríamos netamente profesional, registremos la *insuficiente asistencia médica* o la ausencia total de la misma, no siempre imputable al facultativo. Y, finalmente, no olvidemos la existencia de otro factor de profunda trascendencia social, representado por *la ignorancia o despreocupación colectiva* por estos problemas y, lo que es peor aún, la perniciosa influencia de *"los errores de la sabiduría popular"*, atinadamente ponderada por Bosch Marín, y contra la que cualquiera de los que se dignan escucharme habrá tenido que luchar denonadamente para resolver, en aras de la consciente y responsable práctica, acuciantes y graves problemas tocológicos.

Y expuestos así, a grandes rasgos, los factores capitales determinantes de la morbi y mortalidad maternas, veamos cómo vienen traducidos sus efectos en las estadísticas de los países, que, sin excluir el nuestro, han dedicado más atención a este problema. Recordemos aquí, antes de seguir adelante, aquellas salvedades hechas en líneas precedentes acerca de la falta de

uniformidad en las modalidades y elementos con que fueron elaboradas tales estadísticas. Sin embargo, son lo suficientemente demostrativas para deducir posteriormente alguna conclusión que estimamos necesario recalcar.

En los Estados Unidos, y para el decenio comprendido de 1935 a 1945, se registra una mortalidad materna que del 6 por 1.000 baja al 2 por 1.000.

En Inglaterra, según datos hechos públicos en 1950, en dicha mortalidad y para el mismo decenio, registramos las siguientes tasas: del 4,1 por 1.000 baja al 1,8 por 1.000. Digamos de paso que en este país, y a la vista de la amplia estadística aludida que arranca en el año 1920, cuya mortalidad era de 4,3 por 1.000 y que con leves oscilaciones se mantiene alrededor de dicha cifra hasta 1935, no empieza a iniciarse el descenso hasta 1936 para llegar luego, en el curso de aquel decenio, a la de 1,8 por 1.000.

De Alemania, y por razones que es obvio explicar, sólo conocemos cifras parciales, pero lo bastantes informativas por la calidad de su origen. Döderlein da para todo el Reich las siguientes tasas: 3,8 por 1.000 en 1936, 3,5 por 1.000 en 1937 y 3,1 por 1.000 en 1938. Posteriormente, y con referencia únicamente a Sajonia, Schröder da para el cuatrienio 1938-1941 la tasa de 3 por 1.000. Aquí, como en la mayoría de las estadísticas, queda englobada la mortalidad por aborto.

Suecia, en la vanguardia de cuanto atañe a sanidad, y cuyas estadísticas no incluyen las muertes por aborto, da una tasa de 2,92 por 1.000 en 1940, que queda rebajada a la magnífica de 0,8 por 1.000 en 1948.

Finalmente España, y a través de los datos oficiales que amablemente nos ha facilitado la Jefatura del Servicio de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, acusa desde 1938 a 1947 (período que escogemos para poder parangonarlo con los citados en el extranjero) un descenso desde

3,5 por 1.000 registrado en 1938 a 2,0 por 1.000 en 1947, cuyos son los últimos datos debidamente ordenados.

A pesar de no abarcar más que un sector de la demografía nacional, por la calidad de la asistencia y volumen de sus cifras, es muy digna de citarse la estadística registrada por Bosch Marín, Cámara y Tejada en 270.000 partos asistidos en el régimen de Seguro Obligatorio de Enfermedad (inicialmente Obra Maternal e Infantil) durante el trienio 1947-1949, y que arroja la magnífica tasa de 0,6 por 1.000.

No es, pues, muy desairada la actual posición de España en relación con otros países, mayormente cuando en *1913*, ocupando el noveno lugar entre diez países europeos (el primero era Holanda con una mortalidad de 2,29 por 1.000 y el décimo Escocia con 5,7 por 1.000, correspondiendo a España la de 5,27 por 1.000), y en *1920* el doceavo lugar entre veintiún países de todo el mundo, pero destacados por su organización sanitaria (acusaba entonces una tasa de 5,01 por 1.000 y Dinamarca, en cabeza, la de 2,35 por 1.000) ha conseguido registrar una tasa (2 por 1.000 en el último año anotado) muy próxima o análoga a la de otros países en los que se ejerce una mayor y poderosa acción sanitaria.

Este parecer lo entendemos reflejado por Villar Salinas en 1949 cuando en su estudio de la mortalidad específica española comparada con la de otros países, deduce que el máximo de esfuerzo sanitario y social de nuestro país debe dirigirse para conseguir la disminución de las causas de mortalidad de seis rúbricas de la nomenclatura abreviada internacional, y entre las cuales *no figuran* las correspondientes a gestación, parto y puerperio.

Con relación a la morbilidad, no ofrecemos cuadros estadísticos porque con carácter oficial no se han publicado y, por tanto, no es posible establecer comparaciones. Sólo las hay parciales y relativas a determinadas alteraciones o esta-

BIBLIOTECA NACIONAL

dos patológicos de la gestación y puerperio, y siempre acusan disparidad de criterio en su elaboración.

Y fijados ya los posibles términos de comparación dentro de la mortalidad, pasemos a considerar qué factores son los más decisivos para estas tasas y posibilidades de índole general que pueden aplicarse para mejorarlas.

Es indudable, a la vista de cifras tan demostrativas, que se ha imprimido un cambio de signo positivo en todas las estadísticas, pero precisamente por tratarse de un proceso esencialmente biológico como es la gestación, no podemos por menos de lamentarnos de que se registren todavía tasas tan considerables en la mortalidad materna. Es decir, que cabe hacer mucho todavía para conseguir el ideal que es el logro de un total apartamiento o anulación de aquellos factores alterantes del proceso de la generación, para poderle dejar enmarcado en su básica condición de biológico y fisiológico.

Es muy loable, por ejemplo, el esfuerzo realizado para combatir el factor infeccioso, como lo demuestra el que en Inglaterra, la mortalidad por infección puerperal pasó de 0,70 por 1.000 en 1938, a ser la de 0,16 por 1.000 en 1947, como consecuencia seguramente del empleo de las sulfamidas y antibióticos, que tan provechosamente vinieron a enriquecer la terapéutica, y de una mayor aplicación de la transfusión sanguínea, cada vez más afinada. Tanto más debemos atribuir tal descenso a la acción de estos agentes terapéuticos, cuanto que la mortalidad por aborto ha experimentado también un parecido descenso y en el aborto no cabe aludir la aplicación de medios profilácticos como es el caso en las gestaciones llegadas a término y sujetas a una adecuada vigilancia.

En los Estados Unidos, y según los datos publicados por Haultain al estudiar los avances obstétricos obtenidos en los últimos veinte años, la mortalidad por sepsis puerperal en seis grandes Maternidades arroja en el famoso New-York Lying-in Hospital, por no citar demasiadas cifras, una tasa de 2,2 por

1.000 para el período 1926-1930, que queda rebajada a 0,7 por 1.000 en 1940 y al 0,0 de 1941 a 1945, recordando que allí la tasa general de mortalidad materna y para las mismas fechas todavía es de 2 por 1.000.

En España, como prueba de tal aserto, citaremos los datos recogidos en el año 1950 en la Maternidad de Santa Cristina, dignos de ser tenidos en cuenta por el elevado volumen de su práctica, y así, con una cifra absoluta para aquel año de 3.865 partos de toda índole, registra tan sólo cinco casos de muerte materna (el 1,25 por 1.000 de tasa) debidos tres de ellos a eclampsia y dos a cardiopatías (uno con edema agudo de pulmón y otro con gestosis), por tanto, ajenas todas al factor infeccioso.

Con el mismo signo favorable hay que citar también en nuestro país el resultado obtenido en la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona, que con la cifra absoluta de 4.807 partos habidos durante el período 1945-1948, la mortalidad por sepsis puerperal es nula.

No tan decisiva ha sido la declinación observada en la mortalidad por otras causas, y adviértase que si en España la obra de la Maternología se encuentra todavía en fase evolutiva, en el extranjero data ya de varios lustros. ¿Dónde radicaría, pues, la causa de este paradógico estacionamiento de la tasa de mortalidad materna?

Para guiarnos en nuestros escarceos nos serviremos en primer lugar de la aportación ya citada de Bosch Marín sobre asistencia obstétrica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad en España, y de cuyo análisis se deduce lo siguiente: que la mortalidad materna general es más elevada (3,2 por 1.000) en partos asistidos en clínica (con un total de 15.965 de esta clase, o sea el 5,8 por 100 de su cifra global en el trienio 1947-1949), que la registrada en la modalidad a domicilio (0,4 por 1.000) con una cifra absoluta por encima de los 250.000. Es preciso aclarar que el internamiento se produjo, aquí como en todos

los centros hospitalarios, bajo condiciones a veces muy desfavorables en cuanto a las circunstancias clínicas de los casos y que indujeron a un intervencionismo de mayor riesgo. De todos modos, por las cifras arrojadas en aquel estudio se demuestra un predominio neto de intervencionismo en el régimen de internamiento y en los partos que han sido resueltos por médicos fuera de las residencias oficiales del Seguro.

Veamos ahora los datos oficiales proporcionados en esta materia por la Dirección General de Sanidad de Suecia, referentes al año 1948, que abarcan todo el ámbito nacional y que preferimos entre los del extranjero, porque amén de su acreditada probidad nos proporcionan una orientación muy provechosa a estos efectos, gracias a su detallada y ajustada clasificación. Por obra de ella pueden vislumbrarse con alguna claridad los factores sobre los que habrá de actuarse en el futuro. En aquel país se ha producido un profundo cambio en la asistencia al parto, fenómeno que también se ha ido acentuando en otros países y es el paso, diríamos masivo, de la modalidad a domicilio a la de parto en clínica, y dicho en cifras absolutas: con un total de 127.622 partos en dicho año, 115.760 han sido asistidas en clínicas de toda índole, hecho que implica, naturalmente, una mayor frecuencia en la actuación del médico. Con respecto a este movimiento, en Alemania, Martius estimaba, en 1942, en un 29 por 100 los partos asistidos en clínica; en Inglaterra alcanzaba ya en 1946 el 54 por 100, y en los Estados Unidos y en el año 1948, pasaba del 76 por 100. En Holanda, sin embargo, tan sólo alcanza el 20 por 100 por motivos de política sanitaria oficial.

Dicha asistencia la distribuyen en Suecia en los siguientes grupos: a), Clínicas exclusiva y especialmente dedicadas a la obstetricia; b), Clínicas obstétricas anejas a grandes Instituciones hospitalarias; c), Hogares o Residencias para embarazadas, y, finalmente, d), Instituciones clínicas generalmente modestas, carentes de un servicio especializado. Digamos de

paso, que la higiene prenatal está allí en todo su auge. Pues bien, acusando una tasa general de mortalidad materna de 0,8 por 1.000, las particulares obtenidas en cada grupo son las siguientes: primer grupo, Maternidades específicas, 0,8 por 1.000; grupo segundo, Servicios de Obstetricia anejos a grandes hospitales, 1 por 1.000; grupo tercero, residencias u hogares para embarazadas, 0,5 por 1.000, y cuarto grupo, Clínicas sin servicio de parto, 1,9 por 1.000. Por la organización allí implantada debe entenderse que en el primer grupo y parte del segundo, la asistencia sólo se presta a gestantes previa y debidamente vigiladas, y en los otros grupos, casi siempre en zonas rurales y, por tanto, con asistencia de más difícil acceso y prestación, a toda clase de gestantes y en las más variadas circunstancias clínicas. Naturalmente, la tasa más elevada (1,9 por 1.000) corresponde al grupo de las Instituciones sin servicio especializado, pero en contraste con este hecho nos aparece el que las tasas se ordenan de mayor a menor en esta forma: 1.° Maternidades anejas a grandes hospitales, con el 1 por 1.000. 2.° Maternidades puras, con el 0,8 por 1.000. 3.° Hogares o residencias, con el 0,4 por 1.000. Es más, la tasa de mortalidad registrada para los partos asistidos a domicilio es tan solamente de 0,3 por 1.000, hecha la salvedad de que sólo recae esta modalidad en un 10 por 100 de la totalidad de los partos. Para desentrañar su etiología hay que considerar los siguientes factores: el internamiento o ingreso en las clínicas representó el 148 por 100 de la capacidad de admisión y estancia de todas las Instituciones o Servicios maternales, lo que acarreaba forzosamente un acortamiento en el tiempo de hospitalización de las madres (con el consiguiente peligro de complicaciones puerperales) por el exceso de demanda, y al propio tiempo una sobrecarga de trabajo para el personal médico y auxiliar, y, esto es lo importante, con posibles y perentorias disgresiones (*mayor intervencionismo*) en las pautas de correcta y rigurosa asistencia obstétrica, sin contar las deriva-

ciones resultantes de un amplio manejo de la analgesia y anestesia en el parto, tan en boga en dicho país.

De ello se deduce que la corriente actual hacia el internamiento en masa de las gestantes no ha resuelto el problema, o sea, el estacionamiento en la tasa de mortalidad materna. Quedan aspectos que solucionar todavía, y con ello demostrado que este problema no pertenece exclusivamente al campo de la política demográfica o sociología.

Si se presta, por tanto, en muchos países una amplia asistencia prenatal, tendremos que pensar con Browne, que ésta no es lo bastante profunda y eficaz, entre otros motivos, por el primordial, sustentado por Munro Kerr, de que la poca frecuencia o ausencia de anormalidades en el embarazo origina una cierta displicencia o negligencia en los encargados de la asistencia prenatal. Dice Browne, y con razón: "En ninguna otra rama de la Medicina es tan fácil descuidarse y dejar pasar inadvertidos una anormalidad o un signo de alarma, y contra esto es preciso que esté siempre en guardia el encargado de un Servicio prenatal u obstétrico". Las exploraciones quedan demasiado espaciadas, rutinarias y no son lo suficientemente profundas para poder obtener utilidad de ellas. No se han de limitar al abdomen, sino que de modo sistemático, metódico y repetido, deben comprender todo el organismo de la gestante.

El problema de la profilaxis no radica en el número o cantidad de obras dedicadas a la higiene prenatal ni en el de gestantes atendidas y servicios prestados a cada una de ellas, sino que debe basarse en los efectos favorables, debidamente recogidos y puestos de relieve, tendentes al aumento de partos espontáneos y a la disminución de la morbi y mortalidad maternas. Sus elementos rectores, además de poseer una sólida formación tocoginecológica, han de estar bien compenetrados del alto valor que la medicina preventiva tiene en este aspecto de la práctica, no menos trascendente que el atribuído por con-

suetud a las más elevadas medidas de la terapéutica obstétrica; su ponderación ha de ser extrema, pues el exceso de celo en la prevención puede conducir sensiblemente a un excesivo intervencionismo, con los consiguientes y ya apuntados riesgos. Tal desfavorable contingencia ha hecho exclamar a voz tan autorizada y responsable como es Browne, que la higiene prenatal frecuentemente sólo ha servido para cambiar de columna las cifras de mortalidad. El remedio consistiría en inculcar en la mente colectiva que, incluso la más perfecta higiene prenatal, no exime de la necesidad de una buena asistencia tocológica y que ésta no dejará de ser peligrosa si no lleva el complemento de una terapéutica conservadora.

También destaca de cuanto venimos exponiendo la falta o carencia de un número suficiente de camas para llevar a la práctica medidas preventivas contra determinados factores nocivos de la gestación, que, aparte de los infecciosos, siguen gravando la mortalidad materna. Nos referimos concretamente a las gestosis y hemorragias anteriores al parto; el tratamiento de ambas contingencias y tanto más su profilaxis, requiere a menudo una larga estancia en la clínica antes del parto, y al no tener tal duración y oportunidad, ya hemos visto y considerado que su tratamiento en última instancia, puede volverse arriesgado y desfavorable a pesar de realizarse en Instituciones de primer orden.

BIBLIOTECA NACIONAL

Para terminar y volviendo la mirada a nuestro país, vemos que a pesar de los innegables progresos imprimidos a la protección médicosocial de la maternidad, las tasas de mortalidad materna han tenido evidentes oscilaciones. En 1936 era de 3,2 por 1.000; se reduce a 2 por 1.000 en 1944, descendiendo gradualmente a 1,9 por 1.000 en 1945 y a 1,5 por 1.000 en 1946, para volver a subir a 2 por 1.000 en 1947. Estas oscilaciones no serían sino la expresión concisa de la influencia persistente, pero imprecisa en su actuación, de alguno de los factores negativos, de orden médico o social, de la demografía.

Por todo lo expuesto se desprende que la lucha contra determinadas causas de la mortalidad materna no tiene aún el camino allanado en muchos de sus aspectos. Tanto desde el punto de vista teórico como del práctico, la situación parece encontrarse en el punto en que Semmelweis dió sus primeros pasos contra la fiebre puerperal, aunque por fortuna, tanto sus proporciones como el aspecto general no sean los mismos. En los tiempos de Semmelweis aún no habían sido descubiertas las bacterias y por ello se vió obligado a basar sus teorías en un factor desconocido u oculto, pero de todos modos existente y actuante. Luchamos ahora contra elementos no por imprecisos menos presentidos, pues su acción es bien manifiesta. En la práctica, las medidas a tomar en muchas circunstancias carecerán, por tanto, de un exacto conocimiento de los factores nocivos dominantes.

En consecuencia, es necesario dedicar el máximo de esfuerzo en conseguir el mayor número posible de reconocimientos y consultas para todas las gestantes sin excepción, es decir, la creación de una auténtica higiene prenatal, complementada con una eficaz investigación social capaz de suplir todas las deficiencias observadas en este sentido. Toda madre debiera recibir en el momento del parto la adecuada asistencia del suficiente personal idóneo y no sobrecargado de trabajo; disponer de clínicas debidamente equipadas y con personal rigurosamente especializado, pero convenientemente emplazadas de modo que los casos complicados, o sospechosos de complicación, pudieran ser fácilmente internados, previo reconocimiento a domicilio, por médico o comadrona calificada, y cualquier indicación de intervención ser sentada mediante ponderada valoración; vencer cuantos obstáculos de índole económica puedan entorpecer la ayuda en tales casos, reservando el máximo de atención para las más necesitadas de ello (inferioridad económica o mayor apartamiento del centro maternológico) y, finalmente, estos Centros no debieran aparecer jamás sobrecargados de pacientes, permitiendo en toda circunstancia que el tiempo de hospitalización o internamiento tenga la duración requerida.

La mortalidad materna ofrecerá sus mejores tasas, o sea las más bajas, cuando todas las madres, con independencia de su situación económica, condición social y lugar de residencia, puedan acometer su misión bajo idénticas o similares normas de asistencia, tanto sanitarias como sociales, aplicadas en todo su esplendor.

RESUMEN

Se estudian y ordenan en primer lugar los factores determinantes de la morbilidad y, por tanto, de la mortalidad materna, poniendo de relieve la inaparente influencia de los factores sociales en las mismas. Se consideran y comparan a continuación las estadísticas de varios y señalados países con las de España, y de cuyo estudio se desprende que nuestro país no ocupa en este aspecto un lugar muy desairado. Finalmente, después de fijar y valorar los factores que aún hacen mantener invariables las hoy afortunadamente bajas tasas de mortalidad materna, es destacada la importancia decisiva que entre aquéllos tiene, universalmente, la adecuada y suficiente asistencia de la gestante.

RÉSUMÉ

Tout d'abord, on examine et classe les causes de morbi et mortalité maternelles, faisant ressortir l'influence inapercue sur les mêmes des facteurs sociaux. Ensuite on considère les statistiques de mortalité dans plusieurs Etats et en etablissant une comparaison entre elles il en résulte, à cet egard une avantajeuse position de l'Espagne parmi les autres Pays en vue.

Finalèment et après de avoir etudié les principaux facteurs qui maintiennent invariables les taux, aujourd'hui heureusement bas, de la dite mortalité, on en vient à signaler l'importance decisive que sur la même auront la convenable et suffisante assistance, pretèe aux femmes en couches.

SUMMARY

The determining factors of morbility and, consequently, maternal mortality are studied and classified in the first place, setting forth graphically the unapparent influence of social elements. The statistics of various determined countries are then considered and compared with those of Spain from which we can conclude that our country does not hold in this regard a position of unimportance. Finally, after determining and evaluating those factors which are still maintaining the unchanging rate of maternal mortality, which today fortunately is low, the oustanding universal importance of adequate and sufficient care of the pregnant woman must be recognised.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden an erster Stelle die Faktoren, welche die Morbilitat und daher die Mortalitat der Mütter bestimmen, geordnet und untersucht, wobei der scheinbare Einfluss der sozialen Faktoren auf dieselben hervorgehoben wird. Nachher werden die Statistiken bestimmter Lander besprochen und mit den spanischen verglichen, wobei hervorgeht, dass Spanien in dieser Beziehung keineswegs eine ungünstige Stellung einnimmt. Nach Bestimmung und Wertung der Faktoren, welche die glücklicherweise niedrige Muttersterblichkeit noch immer fast unveranderlich erhalten, wird besonders auf die grosse Wichtigkeit einer ausreichenden und entsprechend geleiteten Schwangerenfürsorge hingewiesen, welche unbestritten von entscheidendem Einfluss ist.