

“VULNERABILIDAD Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES INDÍGENAS DE LA MONTAÑA DE GUERRERO RETO PARA EL MEDICO DE PRIMER NIVEL”

M en C. Patricia Villalobos Aguayo¹

M en C. Luis Amador Ríos Oliveros²

C. Félix Alberto Ensaldo García³

RESUMEN

El alto grado de vulnerabilidad social de la mujer indígena Guerrerense ha trastocado su derecho a sobrevivir en lo que normalmente para otras mujeres es un estado fisiológico de vida. La mujer indígena de la montaña de Guerrero, ha tenido que morir para dar vida. El problema de la muerte materna en mujeres indígenas es muy complejo en donde diversos actores que intervienen o que no intervinieron, en carencias, sometimiento, actores de interiorización de las mujeres, en donde dichos problemas han sido fácilmente identificables algunos de ellos, pero otros han sido invisibles, por lo que en esta propuesta investigativa se discute el problema de la mortalidad materna, la vulnerabilidad social, la gravedad de su riesgo reproductivo y obstétrico, donde el médico de la SSA de primer contacto se ve inmerso en la responsabilidad su predicción, prevención, atención y tratamiento para que en lo posible disminuirlo y controlarlo a través de organizar, sistematizar, y evaluar la información obtenida, para lo que esta propuesta analiza la utilidad de un instrumento estandarizado aplicado en IMSS para el control prenatal.

PALABRAS CLAVE: MUERTE MUJER INDIGENA, RIESGO REPRODUCTIVO, MEDICINA PRIMER NIVEL.

¹ M en C. Patricia Villalobos Aguayo. PTC. Unidad Académica de Medicina. UAGropvillalobosa@gmail.com

² M en C. Luis Amador Ríos Oliveros. PTC. Unidad Académica de Medicina. UAGro. luiurio@gmail.com

³ C. Félix Alberto Ensaldo García. Estudiante de Medicina. Unidad Académica de Medicina. UAGro. ensaldo_gfa@hotmail.com

VULNERABILIDAD Y RIESGO REPRODUCTIVO Y OBSTÉTRICO EN MUJERES INDÍGENAS DE LA MONTAÑA DE GUERRERO

Mujer indígena e injusticia social.

La mujer indígena es representada por aquella persona del sexo femenino, que por su gran arraigo a sus raíces resguardan sus tradiciones espíritu-culturales, siendo un elemento de su identidad la preservación de su lengua ancestral, a diferencia de las mujeres del resto de la población. Por lo tanto, cuando nos referimos a una comunidad indígena estamos identificando a ese grupo poblacional dentro de un “ espacio o territorio en donde no solo se manifiesta plenamente la identidad indígena, sino también el vínculo esencial con la tierra y la territorialidad, como espacio material, pero también simbólico o sagrado, donde se definen las expresiones más detalladas de cada cultura; dialecto, fiestas, comidas, vestuarios, rituales, costumbres sanadoras, de convivencia, de tristeza o de alegría” (Zoilla, 2008:24).

El ser mujer indígena no es un rol sencillo, pero sí muy mal reconocido entre sus hombres indígenas. Los comportamientos de las mujeres dentro de las comunidades indígenas, se suelen basar en sometimiento de éstas, son sociedades regidas por el hombre en el que la mujer debe de soportar humillaciones y discriminaciones. Básicamente se trata de sociedades en las cuales la mujer queda relegada a un segundo plano y siendo el brazo derecho de los hombres, pero también un elemento invisible para la toma de sus decisiones personales, de salud bienestar y de su sexualidad.

Las mujeres juegan un papel fundamental en tanto que son las encargadas de la educación de sus hijos. Son las transmisoras de los valores y tradiciones y se esfuerzan por conseguir la perpetuación de sus culturas por lo que la mujer es una pieza fundamental en este proceso de “transmisión de las tradiciones culturales dentro de los parámetros de su comunidad” (Espinosa, Gisela, 2009:s/p)

Sin embargo un factor que afecta a la mujer es el rezago educativo y muestra de ello es el nivel de instrucción: 36 por ciento de las mujeres de habla indígena de 15 años y más no tiene instrucción y menos de la cuarta parte terminó la primaria. Actualmente se sigue observando un menor porcentaje de hogares con jefatura femenina entre los hogares indígenas, comparados con el total de hogares en el nivel nacional. Es probable que entre los indígenas se conserven más los patrones tradicionales, pero también que haya menor reconocimiento de las mujeres como jefas de familia. Lo que potencializa su vulnerabilidad (Instituto Nacional de las Mujeres, 2006). En el estado de Guerrero, uno de los estados con poblaciones más vulnerables de su población general con altos grado de condiciones de desigualdad social, expresadas por condición de rezago educativo, grado de pobreza, por niveles de violencia acrecentada recientemente en su población, así como por las deficientes atenciones de salud hacen poner atención en forma muy especial a la zona indígena de la Montaña del estado. Esta generalización de vulnerabilidad hace de la mujer Guerrerense y en particular, la perteneciente a los pueblos originarios de esa zona, carezca de las condiciones de igualdad de oportunidades para satisfacer sus necesidades (Espinosa, 2000) y forjar su mejora de igualdad de oportunidades para satisfacer sus necesidades y así fraguar su desarrollo de capacidades.

Un problema que ha trastocado la vida de la mujer de la Montaña es su muerte por causas de su embarazo o parto, siendo esto considerado como un problema de salud pública. Ya que se considera por la Organización Panamericana de la Salud (2008), como un indicador clave de desarrollo humano distinguiendo que “la reproducción debe ser una parte normal de la vida y nunca un riesgo a la existencia. Las causas obstétricas de la mortalidad materna son bien conocidas y las intervenciones médicas practicadas por muchos años. Sin embargo, las mujeres siguen muriendo” (PAHO, 2008. s/p)

Morir para vivir, realidad de la mujer indígena de la Montaña de Guerrero

El problema de la muerte materna en mujeres indígenas hay una multiplicidad de problemas, actores que intervienen o que no intervinieron, carencias, sometimiento, interiorización de las mujeres, siendo fácilmente identificables algunos de ellos, otros han sido invisibles, dentro de una cultura racista forjada en siglos de maltrato, violencia y discriminación hacia los pueblos indígenas, y que es más pronunciado al tratarse de mujeres que pierden su existir por dar la vida por amor como si “morir de parto fuera algo natura” (Espinosa, 2013:11), no obstante con estos lamentables hechos muestran que múltiples derechos son violentados, y que a pesar de políticas públicas que a través de programas oficiales y los avances de la ciencia médica se ha querido solucionar esta problemática, no ha sido suficientes los resultados que ponen en evidencia la mortalidad materna en pleno siglo XXI, trasluciendo injusticias de género, étnicas y sociales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), “la mortalidad materna es el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores de la terminación del embarazo, independientemente de la duración, circunstancias o causas relacionadas con el embarazo y su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS,2015:9). Estas muertes que resultan del embarazo y de la expulsión o nacimiento del producto (incluyendo el aborto), es un problema de salud pública que refleja una serie de condiciones asociadas con pobreza, marginalización, inequidad de género y escasa efectividad en el ejercicio de acciones por parte del estado y de la sociedad en general, y cuya presencia refleja una enorme inequidad social.

El contexto de la sexualidad de la mujer indígena, riesgo obstétrico y reproductivo

En el contexto social las mujeres indígenas vive su realidad dentro de una sociedad históricamente patriarcal, bajo la mirada masculina, en la que la violencia de género continúa

presente en sus vidas a través del maltrato doméstico, la maternidad temprana, el derecho de pernada o la esterilización sin consentimiento. Asistimos ante la importancia de la familia como núcleo económico, social y cultural donde las mujeres son vistas como un útero generador de vida y continuidad, dejando de lado la sexualidad o el placer. Los comportamientos se suelen basar en relaciones machistas entre hombres y mujeres, sometimiento de éstas, en definitiva, una sociedad regida por el hombre en el que la mujer debe de soportar humillaciones y discriminaciones. Básicamente se trata de sociedades en las cuales la mujer queda relegada a un segundo plano.

La mujer representa un papel fundamental en la integración familiar, formación y socialización de los hijos, y especialmente en la culturización de las hijas, es considerada por algunos autores como el centro de la familia (INM, Conapo, CONADEPI y Ssa, 2006, Galván, 2006). El tamaño promedio de los hogares indígenas es de 4.9 personas y de 4,3 para el país en su conjunto, es de resaltar que hay menor diferencia en el tamaño de los hogares encabezados por mujeres a comparar el de la población indígena (3,9 miembros) y el del conjunto nacional (3,6); mientras que el promedio de personas que forman los hogares con jefatura masculina para el conjunto de la república mexicana es de 4.5 y entre los indígenas de 5.1 personas (García ;2006). Al igual que en casi todas las sociedades, en el mundo indígena existe una marcada división sexual del trabajo, con base en la cual se otorga una valoración distinta a las tareas y actividades realizadas por hombres y mujeres. Las mujeres son las encargadas del trabajo doméstico y el cuidado y crianza de los hijos. El problema es que, por lo regular, las mujeres, además de sus tareas de género, se ven obligadas a realizar tareas extras, tales como: hacer y vender artesanías, emplearse como jornaleras, entre otras. Es decir, llevan a cabo una doble jornada, lo que tiene consecuencias más marcadas en su salud (física y mental). Y todo ello es lo que las autoras denominan feminización de la pobreza. En general, las mujeres indígenas, desde muy temprana edad, van aprendiendo a realizar una serie de labores específicas del

ámbito doméstico, por ejemplo, todas se encargan de cuidar a sus hermanos y hermanas pequeñas. Es común que se priorice la educación masculina y que a las niñas se les haga abandonar la escuela para colaborar con las tareas domésticas.(Araiza;2002)

En términos generales, la fecundidad de las mujeres indígenas es mayor que la de las mujeres no indígenas y diferente en cada grupo, ya que cada uno expresa una postura propia ante los diversos hechos que componen la reproducción, es decir, ante el nacimiento de los hijos, la aceptación de la anticoncepción y la condición de salud de las mujeres; eventos antecedidos de prácticas y costumbres específicas de formación de pareja. Las tasas más elevadas corresponden a las mujeres zoques y mixtecas mientras que las más bajas a las zapotecas y mayas. El tipo de atención que recibe la mujer embarazada es determinante de la salud de la madre y de su hijo. La atención prenatal puede reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, los partos pretérmino y el número de productos con bajo peso al nacer. Donde un 73.2% recibe atención prenatal por personal médico; 5.1% recibe atención prenatal por enfermeras o promotoras de salud; 14.3% es atendida por parteras (esta cifra es siete veces mayor que para las mujeres que no hablan lenguas indígenas) y el 7.4% no recibió atención durante el embarazo, entre las no hablantes se reduce a 3.0% (Freyermuth, 2012).

La atención del parto de las mujeres indígenas permite observar la importancia de las prácticas de la medicina tradicional indígena. Entre las mujeres que hablan lenguas indígenas, la participación de las parteras supera a la cobertura institucional del médico. En cuanto al lugar de atención del parto, sobresale la atención en la misma casa de la parturienta. El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos

más importantes en su vida dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella.

Pero para poder lograr esto la mujer debe de tener un estado de salud estable antes de la concepción, durante la concepción y posterior a la concepción e identificar las situaciones que pongan en peligro la vida de las mujeres durante estas etapas y así reducir la mortalidad materna.

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. Para lograr este indicador de salud del binomio madre-hijo, es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una adecuada atención de salud durante el periodo gestacional, parto y puerperio. (Gómez, 2012)

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte Mainegra (2013) refiere que la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de vidas por problemas de salud reproductiva de las mujeres.

La atención prenatal es la principal acción en salud que puede reducir los riesgos y complicaciones del embarazo y el parto.

Según Lazcano-Ponce y cols., (2013), la cobertura de atención del parto en unidades médicas es cercana a 94.4% a nivel nacional, pero entidades federativas como Guerrero, es 92%, mientras que la razón de mortalidad materna (RMM) para Guerrero desafortunadamente ha mantenido una de las más elevada en México en los últimos años (2002-2012), colocando a la mujer indígena como el eslabón más débil entre los procesos de pobreza y exclusión y el riesgo de vida y salud. Dentro de las entidades reportadas por el Programa Nacional de Salud (2015), se observa que aun cuando le ha disminuido la mortalidad en el Estado de Guerrero, sigue siendo el 2º, estado con RMM de 31 defunciones por cada 100 mil habitantes, puntaje mayor a un RMM ideal para el cumplimiento Nacional de la Meta del Milenio para ese mismo año.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 reveló que el riesgo materno en municipios indígenas con alto grado y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico social como es el caso de los poblados de la Montaña de Guerrero es hasta nueve veces mayor que los municipios mejor comunicados, el riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León ya que guerrero presento cifras mayores de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100 mil nacidos vivos. (Programa Nacional de Salud, 2007-2012: 38)

Las causas de muerte materna son bien conocidas y tratables en su gran mayoría: aproximadamente 75% de las mismas incluyen causas obstétricas directas tales como hemorragia, enfermedades hipertensivas, aborto inseguro, infección puerperal y parto distócico, las cuales requieren no sólo de acceso oportuno a unidades de atención obstétrica y de su tratamiento por personal capacitado, sino que la atención proporcionada en estas unidades y

por este personal sea de calidad homogénea, culturalmente sensible y esté disponible permanentemente.

Dentro del informe de la Dirección General de Epidemiología del Programa Nacional de Salud 2015 se reportaron como causa de muerte materna: hemorragia obstétrica (22.1%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (20.6%) y Aborto (8.1%), todas ellas prevenibles

Lazcano-Ponce (2013), refiere que es posible explicar la aparente falta de correlación entre RMM y proporción de partos atendidos a nivel institucional podría estar relacionada con una insuficiente competencia de los profesionales de salud, particularmente los médicos de primer contacto. Esto se puede abatir si se garantiza un embarazo saludable, con la atención médica durante la gestación, el parto y la observancia sanitaria en las primeras semanas tras haber finalizado el embarazo, lo que hace posible tener una intervención médica , preventiva y terapéutica a tiempo, en caso necesario haciendo la diferencia entre la vida y la muerte de la embarazada.

El maltrato a las mujeres indígenas es más frecuente que en las mestizas, debido quizá a la falta de sensibilización cultural en el personal de salud. Eso obliga a considerar por un lado, que la competencia humana, como elemento que en mucho se ha perdido en la práctica médica, consistente en dar un trato digno y respetuoso a las pacientes que acudan solicitando servicios; es decir, la capacidad de considerarlas como sujetos de derechos, lo que implica además obtener el consentimiento informado sobre todos los procedimientos médicos a los que se las someterá y construir una nueva cultura en salud con la participación más activa de las usuarias de los servicios.

Y por el otro, la necesidad de considerar derechos de las pacientes y de reciprocidad en las relaciones basadas en los principios del diálogo, fundamentado en el respeto a la diferencia, y de la tolerancia que conduzcan a la solidaridad, la democracia cultural y la participación que incorpore la representación, la consulta, el consenso y la convergencia hacia objetivos comunes. Estos principios están encaminados al combate de relaciones asimétricas, excluyentes y discriminatorias, que en contraparte se requiere del establecimiento de relaciones de equidad entre las diferentes culturas, a la valoración de las diversas culturas para eliminar el racismo y la discriminación, al establecimiento de formas de poder compartido, y a la construcción de una ideología que fomente valores, prácticas y actitudes que conlleven esta nueva forma de relación (OPS, 1998; Naciones Unidas, 2007; Ministerio de Salud Pública del Ecuador y UNFPA, 2009; Declaración de Ministras y Ministros, 2011).

Así en el marco de hacer más seguro el embarazo de las mujeres indígenas se prioriza en el respeto y conocimiento de los derechos universales para respetar y hacer cumplir una maternidad de Bajo Riesgo (Barrionuevo, Bravo y Núñez. 2015). Pues se entiende que volverse madre debe ser uno de los momentos más felices para una mujer y su familia y no debe implicar un riesgo para la vida. Este derecho está vinculado con una serie de otros derechos humanos, los cuales están garantizados por convenios de los organismos internacionales y ratificados por la mayoría de los países en el mundo.

Derecho a la vida: Todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona.

Derecho a la salud: El disfrute de los más altos estándares alcanzables de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Derechos reproductivos y sexuales: Integridad física, salud sexual y reproductiva y el derecho a escoger en relación a la fertilidad y la sexualidad libres de discriminación, coerción y violencia.

Derecho a la igualdad de género: Trato igualitario para hombres y mujeres en las leyes y las políticas, y acceso igual a recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

A través de la Iniciativa para Hacer Más Segura el Embarazo, la OMS enfatiza el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades para mejorar el acceso a los servicios. El marco estratégico pretende “contribuir al empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar e incrementar el control sobre la salud de la madre y del recién nacido, así como ampliar el acceso y utilización de servicios de salud de calidad” (OMS,2016), por lo que el problema de las muertes maternas ya no solo es un problema de salud pública si no también es un incumplimiento y violación a los derechos humano de las mujeres indígenas.

Entre los derechos transgredidos se encuentra el de acceso a los servicios de salud para la atención prenatal continúa siendo un reto. Paredes- Solis (2009), observaron que cerca de 45% de la población mexicana tienen seguridad social con servicios de salud, pero entre la población indígena solamente 18 de cada 100 la tiene. Con respecto al control prenatal, un estudio en Ometepec, Guerrero, Paredes y cols. (2005), encontró que el 89% de las mestizas tuvieron control prenatal, mientras que en las mujeres indígenas el 65% tuvo control prenatal.

Es importante mencionar que la atención de la salud especialmente para llevar el control prenatal de las mujeres indígenas en el Estado de Guerrero, está a cargo de la Secretaría de Salud (SSa), a través de unidades médicas de primer nivel, que desde la desde la operacionalización del registro del control prenatal, la SSa maneja un formato junto con la historia clínica, que permite a través de una serie de preguntas, solamente señalar cuando

existe riesgo obstétrico, es decir no se puede ninguna acción médica de primer nivel sino solamente canalizar a la paciente para ser atendida en el segundo nivel.

En cambio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se emplea el formato MF7 que permite valorar tanto factores de riesgo reproductivo en mujeres no embarazada así como, riesgo obstétrico en la embarazadas. Este instrumento es de suma importancia porque tiene enfoque hacia la prevención, detección oportuna de riesgos, evitar las muertes maternas, y contribuir a la calidad en la atención materno infantil.

Derivado a que en la secretaria de salud carece de un instrumento que permita el médico de primer nivel de atención para facilitar la obtención de datos, sistematizar y evaluar la condición de la paciente indígena, con objeto de poder ser predictivo del riesgo reproductivo de la mujer no embarazada y tomar medidas de control y tratamiento cuando esta mujer se embarace, cuantificando, sistmatizando y evaluando el riesgo obstétrico. De esta manera los datos obtenidos por este formato del IMSS permite vigiltr más estrechamente a la paciente desde sus salud sexual y reproductiva.

Bajo este enfoque de riesgo es importante se definan conceptos que todo médico de primer nivel debe considerar para sistematizar la información del formato propuesto para llevar un mejor control prenatal, por lo que las siguientes definiciones se retoman en base a lo establecido en las NORMAS OFICIALES MEXICANAS NOM-007-SSA2-2016. Y NOM-034-SSA2-2013.

Aborto: a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o

de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable. (NOM-007-SSA2-2016, p6)

Edad gestacional: al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos. (NOM-007-SSA2-2016, p7)

Embarazo de alto riesgo: Se llama “de alto riesgo” al embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal. (19)

Embarazo: a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento. (NOM-007-SSA2-2016, p7)

Urgencia obstétrica: a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención. (NOM-007-SSA2-2016, p9)

Factores de riesgo: a todas aquellas características o circunstancias biológicas, físicas y/o sociales que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si es o no una de las causas del daño, aun cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad. (NOM-034-SSA2-2013, p5)

Muerte materna: a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (NOM-007-SSA2-2016, p7)

Muerte Materna Directa: a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo. (NOM-007-SSA2-2016, p7)

Muerte Materna Indirecta: a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo. (NOM-007-SSA2-2016, p7)

Nacimiento con producto pretérmino: al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación. (NOM-007-SSA2-2016, p8)

Nacimiento con producto postérmino: al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación. (NOM-007-SSA2-2016, p8)

Nacimiento con producto a término: al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación. (NOM-007-SSA2-2016, p8)

Parto: al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos. (NOM-007-SSA2-2016, p8)

Puerperio normal: al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. (NOM-007-SSA2-2016, p8)

Riesgo: a la probabilidad que tiene un individuo, un grupo de individuos o una comunidad, de sufrir daño. (NOM-034-SSA2-2013: 7)

Riesgo reproductivo: a la probabilidad de que uno o varios factores de riesgos previos, presentes o previstos, puedan ocasionar daño a la pareja en edad fértil o a su hijo o hija, en el caso de que ocurra un embarazo, en los niños o niñas y los/las adolescentes, que afecten su fertilidad futura. (NOM-034-SSA2-2013:7)

Otros conceptos importantes a tomar en cuenta en esta investigación son:

Evaluación: es una actividad o proceso de identificación, recogida y tratamiento de datos sobre elementos y hechos educativos con el objetivo de valorarlos primero y, sobre dicha valoración, tomar decisiones.(Lavilla, 2011)

Evaluación de riesgo: Se define como un método sistemático para estimar y comparar la carga de morbilidad y traumatismos debida a diferentes riesgos. En la evaluación de riesgos se estima la carga de morbilidad derivada de distintos factores de riesgo, y cada uno de ellos

puede ser modificado por muchas estrategias diferentes; gracias a ella se puede obtener un panorama general del papel relativo de los distintos riesgos para la salud humana.

Riesgo Preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante, de sufrir daño (ella o su producto) antes de embarazarse y que durante el proceso de la del embarazo se hace presente poniendo en peligro la vida del binomio madre hijo de. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en la mujer y su hijo, durante el embarazo, parto o puerperio. siendo las siguientes:

Antecedentes y Condiciones Generales

- Edad (Menos de 18 y más de 35 años)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones cómo: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añade otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

- Peso (Malnutridas)

Las mujeres malnutridas, entre las que se pueden considerar la mayoría de las féminas indígenas, por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérmino y toxemia, en el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

- Condiciones Sociales Desfavorables o Conductas Personales (o de pareja) Inadecuadas

Esta también constituye un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

Como se observa, las anteriores condicionantes son muy comunes encontrarlas en las pacientes embarazadas de origen indígena, por lo que el ser mujer indígena y cursar con un embarazo ya existe potencialidad de sufrir un daño durante ese proceso

- **Antecedentes Obstétricos y Reproductivos**

1.- Pariedad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.

2.- Intervalo intergenésico: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

3.- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados como factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

4.- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

5.- Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

6.- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

7.-Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

- **Principales Enfermedades Crónicas**

Entre estas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguida en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo e incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

Riesgo Obstétrico

El embarazo que normalmente es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan (1979), lo considero como un estado que deberá ser atendido como de excepción, cuando es afectado por padecimientos como la toxemia gravídica ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30% del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80% de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden ocurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante. El concepto de embarazo de riesgo atañe tanto a la madre como a su hijo en desarrollo. Se define como un embarazo de riesgo aquel que presenta un riesgo

estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. El enfoque de riesgo se basa en la edición de esa probabilidad. El enfoque de Riesgo encierra el supuesto de que según avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia

Clasificación del Riesgo Obstétrico Esta se hace según El manual de diagnóstico y tratamiento (Rigol, 1997)

- Bajo Riesgo
 - 1) Déficit nutricional grados III / IV
 - 2) Muerte perinatal
 - 3) Incompetencia cervical o uterina
 - 4) Parto pretérmino y de bajo peso o uno de estos
 - 5) Parto previo con isoimmunización
 - 6) Preeclampsia-eclampsia
 - 7) Desprendimiento prematuro de la placenta
 - 8) Cesárea anterior u otro operación uterina
- Alto Riesgo
 - 1) Tumor ovario
 - 2) Hipertensión Arterial
 - 3) Enfermedad Renal
 - 4) Diabetes Mellitus
 - 5) Cardiopatía
 - 6) Procesos malignos
 - 7) Anemia por hematíes falciformes (sickleemia)
 - 8) Enfermedad pulmonar
 - 9) Enfermedad de tiroides
 - 10) Enfermedad hepática
 - 11) Epilepsia

Evaluación durante el Embarazo

Cada visita prenatal es una oportunidad para descubrir una anomalía que pueda originar dificultad para la madre, el producto o ambos, y que constituye un factor de riesgo.²⁸

- Bajo Riesgo
 - 1) Infecciones Virales
 - 2) Ganancia de peso inadecuada
 - 3) Tabaquismo y Alcoholismo
 - 4) Útero grande en relación con la edad gestacional
 - 5) Anemia grave (hemoglobina inferior a 10g/dL)

- Alto Riesgo
 - 1) Estados hipertensivos inducidos por el embarazo
 - 2) Pielonefritis
 - 3) Isoinmunización
 - 4) Diabetes gestacional
 - 5) Gestorragias
 - 6) Polihidramnios u Oligohidramnios
 - 7) Enfermedad Tromboembólica
 - 8) Embarazo Múltiple
 - 9) Ruptura prematura de membranas
 - 10) Infección ovular o genital
 - 11) Útero pequeño para la edad gestacional
 - 12) Postérmino
 - 13) Problemas quirúrgicos agudo

Una de los grupos más vulnerables y con mayor rezago tanto educativo como económico es la población indígena de México y de mayor importancia en el Estado de Guerrero, esto debido a la dificultad del lenguaje ya que la mayoría de las zonas indígenas todavía predomina su lengua nativa y el idioma español es muy poco usado, a todo esto le aunamos las costumbres de cada población indígena, como la atención de parto en casa a cargo de las madres o suegras, el machismo de los integrantes masculinos de la familia ya que todavía predomina el patriarcado y la creencia religiosa que rige la mayoría de las acciones ya que manejan el ideal de “los hijos que dios nos dé”. Todo esto impide que se pueda realizar una educación en salud óptima favoreciendo la morbilidad materna por lo que la población indígena queda con una mayor vulnerabilidad frente a este problema de salud pública. Y día a día los riesgos reproductivos y obstétricos que presentan las mujeres indígenas van en aumento y todo esto es gracias a la falta de un sistema óptimo para dicha evaluación y el choque de la cultura de la misma población.

Una de las necesidades más apremiantes dentro del sistema de salud a nivel nacional es el bienestar de la mujer, así como llevar un embarazo saludable. Lamentablemente en la actualidad existen pocas instituciones que detectan el riesgo antes de la concepción y solo se enfocan en la etapa del embarazo.

Si bien es cierto que el Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno-infantil, a cobertura es mínima o la educación sobre estos programas es nula en las comunidades de mayor atraso social dejándola como una población vulnerable a los diferentes factores que se pueden presentar en ambas etapas.

Dentro del IMSS se maneja un formato que ayuda en la identificación del riesgo preconcepcional y el riesgo obstétrico, en cambio en SSA solo se enfoca al riesgo obstétrico. Así mismo dentro de la SSA el enfoque que se brinda hacia el riesgo obstétrico no cuenta con un sistema de evaluación de este mismo por lo que en ocasiones no existe una producción para saber e identificar a las pacientes de bajo alto riesgo lo que deja a nuestras mujeres guerrerenses con una mayor vulnerabilidad.

Si se hiciera una fusión de ambos formatos para alcanzar una mejor cobertura así identificar con mayor eficacia estos riesgos y así se podría ayudar a las comunidades con escaso desarrollo social que en Guerrero son las comunidades netamente indígenas.

En la comunidad de Zoyatlan de Juárez en el municipio de Alcozauca estado de Guerrero, los riesgos reproductivos y obstétricos en las mujeres en edades fértiles son un punto importante a diagnosticar y prevenir, ya que se trata de una población indígena y a pesar de la educación en salud que se brinda, las costumbres y tradiciones que se practican chocan con las ideas y

planeaciones del sector salud, lo que hace difícil el progreso y la disminución de los factores de riesgo reproductivos que desencadenan los riesgos mayores en las mujeres indígenas.

Al mismo tiempo esta investigación permite, abrir nuevas líneas de investigación enfocadas a estas poblaciones vulnerables con el único fin de generar una mejor calidad en el servicio médico de forma directa a esta población. También poder brindar nuevas estrategias a la población en general para prevenir y tratar dichos factores de riesgos presentes en la comunidad; y así mismo reducir la tasa de mortalidad materna; y dejar las bases sentadas de dicha problemática para que la SSA de Guerrero vea como apoyar a esta población vulnerable.

Reflexiones

Las condicionantes de riesgo reproductivo y obstétrico son comunes en las pacientes embarazadas de origen indígena, por lo que el ser mujer indígena y cursar con un embarazo ya existe potencialidad de sufrir un daño durante ese proceso

- Embarazo precoz o tardío una gestación Edad (Menos de 18 y más de 35 años)
- Nutrición anemia, mujeres malnutridas ya sean de bajo peso se le asocian partos pretérmino y toxemia o caso de las obesas con la toxemia y la hipertensión arterial
- Condiciones Sociales Desfavorables o Conductas Personales (o de pareja) Inadecuadas como: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato
- Paridad de nulípara o más de tres embarazos previos
- Intervalo intergenésico corto.
- Productos de bajo peso o pretérmino

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Una evaluación estrecha a toda mujer en edad reproductiva donde se valore el riesgo reproductivo, preconcepcional y obstétrico hará de atención prenatal con enfoque de riesgo visibles los factores de riesgo, que permitan acciones preventivas, para salvaguardar la vida de la madre y del hijo.

BIBLIOGRAFÍA

LIBRO

OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. 2015. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015., Ginebra,2015. Suiza. p:12

Galván Ortega J., (2006). El Rol de la Mujer en la sociedad y su imprescindible papel en la construcción de una sociedad mejor. IDN, Mexico,p p:131

García L. M., y Colaboradores. (2006). Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. Instituto Nacional de las Mujeres, México. DF pp. 1-115.

Ariza Díaz A. (2002). Las mujeres indígenas en México: un análisis desde la perspectiva de género. Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 1-17.

¹Paredes-Solís S. Diferencias étnicas de la violencia física intrafamiliar contra la mujer embarazada en Ometepec. En: Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. Tomo I. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. D.F. México. 2009; p: 304-313

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México, pp:73

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana Nom-034-Ssa2-2013, Para La Prevención Y Control De Los Defectos Al Nacimiento. México, pp:67

Ariza Díaz A. 2002. Definición y evaluación de los riesgos para la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002, p.13

Zuspan FP, O'Shaughnessy RW. 1979. Maternal physiology and diseases: Chronic hypertension in pregnancy. En: Pitkin RM, Zlatnik FJ, (Eds). Yearbook of Obstetrics and Gynecology. Chicago, III Year Book Medical Publishers, pág. 234.

REVISTAS

Donoso Bernales B., Oyarzún Ebensperger E. 2012. Embarazo de alto riesgo. Revista Medwave, Año XII, No. 5, p.p.1-4.

Gómez Jiménez C., y Colaboradores. 2007. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Gaceta Médica Espirituana, Vol. 9 No. 1, p. 2.

Lavilla Cerdán L. 2011. La Evaluación. Pedagogía Magna, Núm. 11, p. 304

Rigol Ricardo O., y Cols. 2004. Riesgo Reproductivo. En: Ginecología y Obstetricia Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas vol 12 , num. 2,pp. 113-120

Espinosa Torres, Patricia.2000. Grupos vulnerables y cambio social, Quórum, México, Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados, año IX, núm. 72, p. 10

Espinosa, Gisela (2009): Liderazgo y violencia de género en el Guerrero indígena, Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, nº32.

Gómez Jiménez CA., y Colaboradores. 2007. Riesgo Preconcepcional y métodos anticonceptivos de control.. Gaceta Médica Espirituana, Vol. 9, p. 2.

Gómez López ME., y Aldana Calva E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. Psicología y Salud, Vol. 17, pp. 53-54

Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). La población indígena mexicana. Instituto Nacional de las Mujeres, Dirección de Estadística, pp. 1-16

Lazcano-Ponce Eduardo, Schiavon Raffaella, Uribe-Zúñiga Patricia, Walker Dilys, Suárez-López Leticia, Luna-Gordillo Rufino, Ulloa-Aguirre Alfredo. 2013. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. Salud Pública Méx; Vol. 55(sup 2):214-224

Mainegra Reyes MM y Colaboradores. 2011. Riesgo reproductivo Preconcepcional. Policlínico Docente. Cuba. Pp36

Montesino Rodríguez Miguel. Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana, Vol.13, p. 2.

Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos I E, Reyes-De Jesús L, Andersson N. 2005. Violencia Física.. Intrafamiliar Contra La Embarazada: Un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. Salud Publica Mex;47:335-341

PAGINAS ELECTRÓNICA

Barrionuevo, Karina;Bravo Patricia y Núñez Ma. Eugenia. 2015. Mortalidad Materna. Maternidad de bajo riesgo. Evaluación de los obstáculos para una evaluación de bajo riesgo. Sitio web: www.aacademica.org/000-051/1.pdf consultado 27 de junio del 2016

Freyermuth G, Sesia P, La Muerte Materna Acciones y Estrategias Hacia una Maternidad Segura. 5ta Reunión Técnica de Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México (CPMSR), Oaxaca, Oax., Septiembre 2012. Disponible en http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres; Consejo Nacional de Poblacion; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indigenas y Secretaria de Salud. 2006. Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico , demográfico y salud. Sitio web: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100833.pdf consultado 23 de junio 2016

Secretaria de

Salud. 2015.Programa Nacional de Salud. Informe de epidemiologia Nacional. Sitio Web: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/informesh/2015/doctos/mmat/MMAT_2015_SE45.pdf revisado 23 de junio del 2016.

Organización Mundial de la Salud. 2016. UC3MUN2016.Maternidad Subrogada. Sitio web: <http://uc3mun.anudi.org/wp-content/uploads/2016/02/WHO.pdf>. Onstulado 12 de junio del 2016

Panamerican Health Organization. 2008. Mortalidad materna, género y desarrollo. Sitio web www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc...gid... consultado el 12 de junio del 2016