

¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México?

3

Dra. Ángeles Sánchez Bringas*

Profesora-investigadora
Departamento de Política y Cultura
Universidad Autónoma Metropolitana–Unidad Xochimilco

Dra. Fabiola Pérez Baleón*

Posdoctorante. Maestría en Estudios de la Mujer
Universidad Autónoma Metropolitana–Unidad Xochimilco



Yessica Sánchez Rangel

*Correos electrónicos: angeles15sb@gmail.com y ggfabiola@hotmail.com

La mortalidad materna ha sido un tema de análisis y acción tanto en México como a nivel internacional.ⁱ Diversas investigaciones la relacionan con factores biológicos, socioeconómicos e institucionales que afectan la magnitud y características de su incidencia. Como resultado de su estudio y focalización, se han tomado medidas cuyo efecto ha sido positivo en su reducción, como la mejora en las condiciones de vida de la población y, principalmente, en el acceso a la atención obstétrica,ⁱⁱ el incremento de hospitales de primer y segundo nivel y el aumento en la cobertura de anticonceptivos.^{1,2,3}



Yessica Sánchez Rangel

Sin embargo, la morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio es un problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia requerida. En México se ha señalado que aproximadamente 15% de los embarazos presentan complicaciones obstétricas y en 2009 se calculaba que 30 000 mujeres quedaban con alguna discapacidad como consecuencia de éstas.⁴ Algunos estudios se han centrado en aquellas morbilidades que pueden desencadenar la muerte de las mujeres, pero las investigaciones suelen ser de caso y abordadas con metodología cualitativa.ⁱⁱⁱ Respecto a la población en general, prácticamente no se conoce la prevalencia e incidencia de morbilidad aguda y crónica, que si bien no lleva a la muerte, puede tener secuelas muy importantes para la salud de las mujeres que la padecen.

Con este artículo buscamos contribuir a ampliar el conocimiento de la morbilidad materna en México a partir del estudio de la información recabada en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2009.⁸ El objetivo es describir y analizar la incidencia de síntomas asociados a la morbilidad materna en mujeres mexicanas embarazadas en el periodo que abarca los años 2004-2009.

El marco conceptual de este trabajo considera a la procreación como elemento central del proceso de reproducción social, en el cual las mujeres producen seres humanos y reproducen de forma cotidiana las condiciones para el desarrollo de la vida de las personas en la sociedad. En nuestro país, este devenir se realiza en condiciones socioeconómicas y culturales diversas y desiguales, lo que impacta en la valoración diferenciada de la procreación, acorde con las desigualdades basadas en jerarquías de clase, raza, género y generación, entre otras.⁹ Con base en éstas, hay restricciones diferenciales en el acceso de las mujeres a los recursos materiales y sociales prevalecientes en contextos específicos, en particular a los vinculados con la salud.

En este estudio focalizamos el análisis en la condición de salud de las mujeres durante el embarazo y su resolución, observamos la presencia de síntomas de morbilidad materna en estos eventos reproductivos y los asociamos con algunos indicadores sobre el acceso a la atención obstétrica y las condiciones socioeconómicas y reproductivas de las mujeres.

ⁱ La iniciativa Por una Maternidad sin Riesgos se desarrolló en 1987 y desde entonces el tema ha estado presente en distintos foros. Destaca en particular la Cumbre del Milenio 2000, donde se establecieron metas precisas para su reducción.

ⁱⁱ En específico, la ampliación de cobertura a través de los programas Arranque Parejo en la Vida (APV) en el año 2000; Embarazo Saludable en 2008 y el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas en 2010.

ⁱⁱⁱ Se han analizado varios factores que inciden en la morbilidad asociada al embarazo, entre los cuales están los emocionales, el desarrollo de cierto tipo de trabajo extradoméstico y la presencia o ausencia de redes sociales. También se han realizado estudios sobre el efecto de la violencia doméstica en la salud de las mujeres embarazadas.^{5,6,7}

Respecto a la morbilidad materna, no existe una definición precisa y operativa del término, pues éste alude a cualquier enfermedad física o mental y a las discapacidades relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto, que no necesariamente amenazan la vida de las mujeres, pero que tienen impacto significativo en su calidad de vida e incluso pueden perdurar a lo largo de ésta.

Para fines de este artículo, el parámetro de referencia para analizar la información de la ENADID 2009 es el conjunto de complicaciones obstétricas agudas que pueden causar la muerte de las mujeres. Entre las más comunes a la etapa reproductiva se encuentran la hemorragia durante el embarazo y el posparto, el trabajo de parto prolongado u obstruido, las ocurridas como consecuencia de aborto, la preeclampsia/eclampsia, el embarazo ectópico y la ruptura uterina. Las complicaciones también pueden derivarse de condiciones preexistentes agravadas por el embarazo mismo o por su atención;^{10,11} sin embargo, éstas no se consideraron en el análisis, pues en la encuesta del año de referencia no se indagó sobre esas morbilidades ni sobre aquellas presentadas durante el puerperio.

La ENADID 2009 recopiló información de 100 515 mujeres en edades de 15 a 54 años, con el fin de conocer su historia reproductiva y conyugal, sus preferencias anticonceptivas, así como lo referente a la salud materno-infantil. Este último módulo contiene información detallada de 27 525 mujeres, quienes habían tenido un embarazo entre los años 2004 y 2009, lo que representó 27% del total de las encuestadas. Sobre esta submuestra se centra la presente investigación.^{iv}

De acuerdo con lo anterior, en este artículo se describe y analiza la prevalencia de síntomas de morbilidad y se presentan los porcentajes de los síntomas de complicaciones del embarazo y/o del parto reportados por las mujeres encuestadas. Con el fin de que estos datos aporten mayores elementos al conocimiento del tema, se relacionaron cuatro síntomas que, en conjunto, pudieran señalar la posible existencia de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Finalmente, se reportaron las características socioeconómicas, demográficas y reproductivas de la población estudiada.



Yessica Sánchez Rangel

^{iv} Es necesario señalar que la encuesta adolece de una serie de limitaciones metodológicas que debemos tomar en cuenta y ponderar para saber realmente qué nos muestra la información y así poder definir algunos criterios para su estudio. En otro artículo se llevó a cabo el análisis crítico sobre las dificultades de la encuesta y se realizaron algunas propuestas para mejorar la captación de la información, entre las cuales destacan los siguientes puntos: preguntar directamente por enfermedades específicas, más que por síntomas aislados e indagar por las complicaciones de salud en el puerperio y el porcentaje de la población con secuelas temporales y/o con discapacidades asociadas al evento obstétrico.¹² Pese a dichas restricciones, se consideró importante sistematizar la información de los síntomas de morbilidad materna que proporciona la base de datos de la ENADID 2009, pues tiene representación nacional.

Principales síntomas de morbilidad

Al analizar la información de la ENADID 2009 sobre los síntomas de morbilidad durante el embarazo y el parto, llama la atención el alto porcentaje de mujeres que reportaron complicaciones durante estos eventos obstétricos, así lo indicó casi 75% de quienes tuvieron un embarazo entre los años 2004 y 2009. Aunque no existen datos sobre la incidencia de la morbilidad materna a nivel nacional, algunos estudios epidemiológicos sobre casos específicos han señalado porcentajes mucho menores para padecimientos como la preeclampsia/eclampsia, la cual se presenta entre el 2% y 10% de los embarazos;^v la infección en vías urinarias, en particular la asintomática, que se observa entre el 17% y 20% de las mujeres embarazadas, y la pielonefritis aguda ocurre en 1.4% de los casos. Además, se ha calculado que la prevalencia de diabetes gestacional se ubica entre 8.4% y 17.7%.^{14,15,16}

El elevado porcentaje reportado en la encuesta puede deberse a que se preguntó por síntomas

aislados que no están asociados a morbilidades específicas. Por ejemplo, el más frecuente se refiere a la hinchazón de piernas y/o cara, indicio común en algún momento del embarazo, sobre todo al final de éste, lo que no implica, de manera necesaria, que las mujeres padezcan alguna complicación. Sin embargo, también se indicaron otros síntomas más específicos de complicaciones agudas obstétricas, los cuales deben ser explorados.

a) Morbilidad materna durante el embarazo y el parto

Durante el embarazo, 63% de las mujeres presentaron síntomas de morbilidad, los más frecuentes fueron: hinchazón de piernas y/o cara (34.3%); dolor de cabeza, visión borrosa, lucécitas y zumbido de oídos (26.7%); contracciones antes de tiempo (20.5%) y sangrado vaginal (20.9%). Además, 13% de las entrevistadas reportó infección en riñones, lo cual es significativamente alto, dada la importancia de esta morbilidad (Cuadro 1).

Cuadro 1

Complicaciones durante el embarazo y/o parto (%) ENADID, 2009

Complicaciones en el embarazo		Complicaciones en el parto	
Sangrado vaginal	20.9	Tuvo sangrado abundante o grave	12.9
Hinchazón de piernas y/o cara	34.3	Tuvo presión alta	13.1
Dolor de cabeza, visión borrosa, lucécitas y zumbido de oídos	26.7	Tuvo ataques o convulsiones	0.6
Contracciones antes de tiempo	20.5	Le bajó mucho la presión	10.1
Azúcar en la sangre	2.5	Se le rompió la fuente antes de que sintiera dolores	13.9
Infección en los riñones	13.0	El (la) niño(a) venía de pies o sentado(a)	7.2
Ruptura de la fuente antes de tiempo	7.3	El (la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado	9.1
Ataques o convulsiones	0.6	Tuvo otra complicación	4.8
Otras complicaciones	0.4		

Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009. Las frecuencias se presentan ponderadas.

Respecto a los síntomas de complicaciones en el parto, se presentaron en 42% de las entrevistadas, aunque no necesariamente en las mujeres que tuvieron problemas durante el embarazo y los más frecuentes fueron: sangrado abundante o grave (12.9%), presión arterial alta (13.1%) y ruptura de la fuente antes de sentir dolores (13.9%) (Cuadro 1).

Con el fin de indicar la posible existencia de enfermedades hipertensivas, se agruparon algunos síntomas que en conjunto se asocian con este tipo de trastornos durante el embarazo, como dolor de cabeza, visión borrosa, lucécitas y zumbidos de oídos, hinchazón de piernas y/o cara, presión arterial elevada durante el parto y ataques o

^v Se ha señalado que la variación en los porcentajes depende de la definición utilizada de preeclampsia y de la población estudiada.¹³

convulsiones durante este evento obstétrico. En el cuadro 2 se observa que 30.3% de las mujeres presentó un síntoma, mientras que 16.1% señaló haber experimentado dos y 5% tres o más, por lo que aumentó el riesgo de algún problema hipertensivo. En este sentido, otros estudios han calculado y referido la presencia de estos malestares en el rango de 2% a 10% de los embarazos.¹³

Cuadro 2

Mujeres con síntomas hipertensivos durante el embarazo y/o parto (%) ENADID, 2009

	Total de las mujeres
Un síntoma	30.3
Dos síntomas	16.1
Tres síntomas	4.8
Cuatro síntomas	0.2

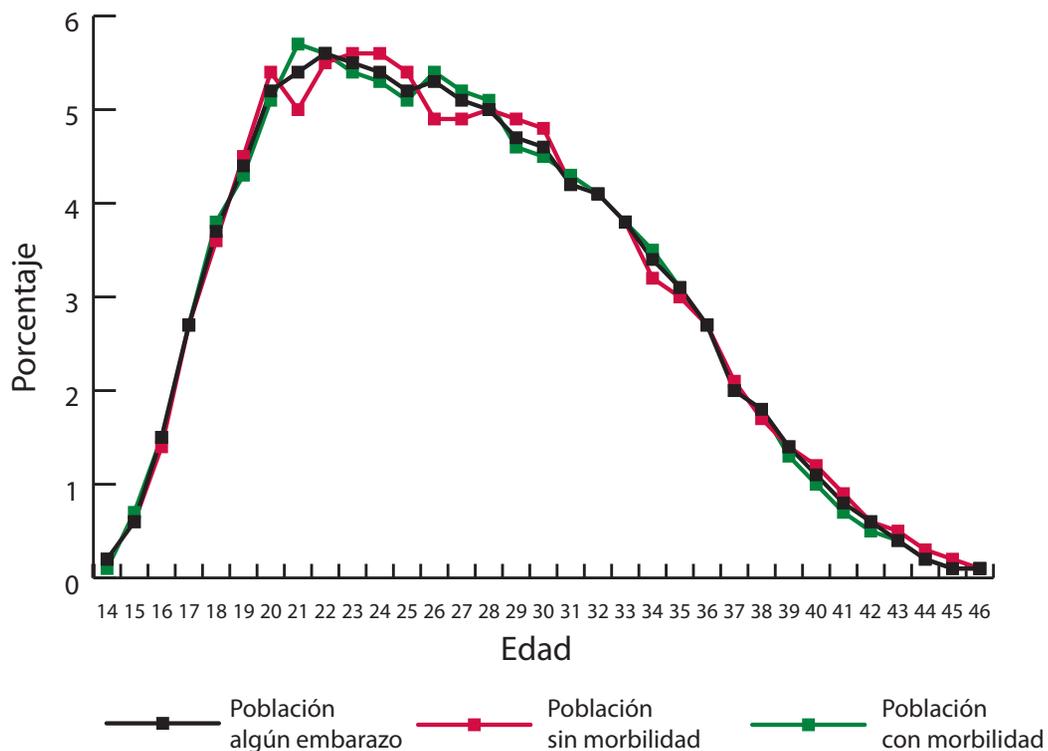
Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.
Incluye: dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos, hinchazón de piernas y/o cara, presión alta en el parto y ataques o convulsiones en el parto.

b) Relación entre síntomas y edad

Las edades en las cuales las mujeres presentaron complicaciones durante el embarazo fueron muy similares a las de aquellas que no las tuvieron. La curva se asemeja a la de distribución de la fecundidad, con una cima situada entre los 24 y los 27 años, cuando la mayoría de ellas tuvieron a sus hijas e hijos (Gráfica 1).

Gráfica 1

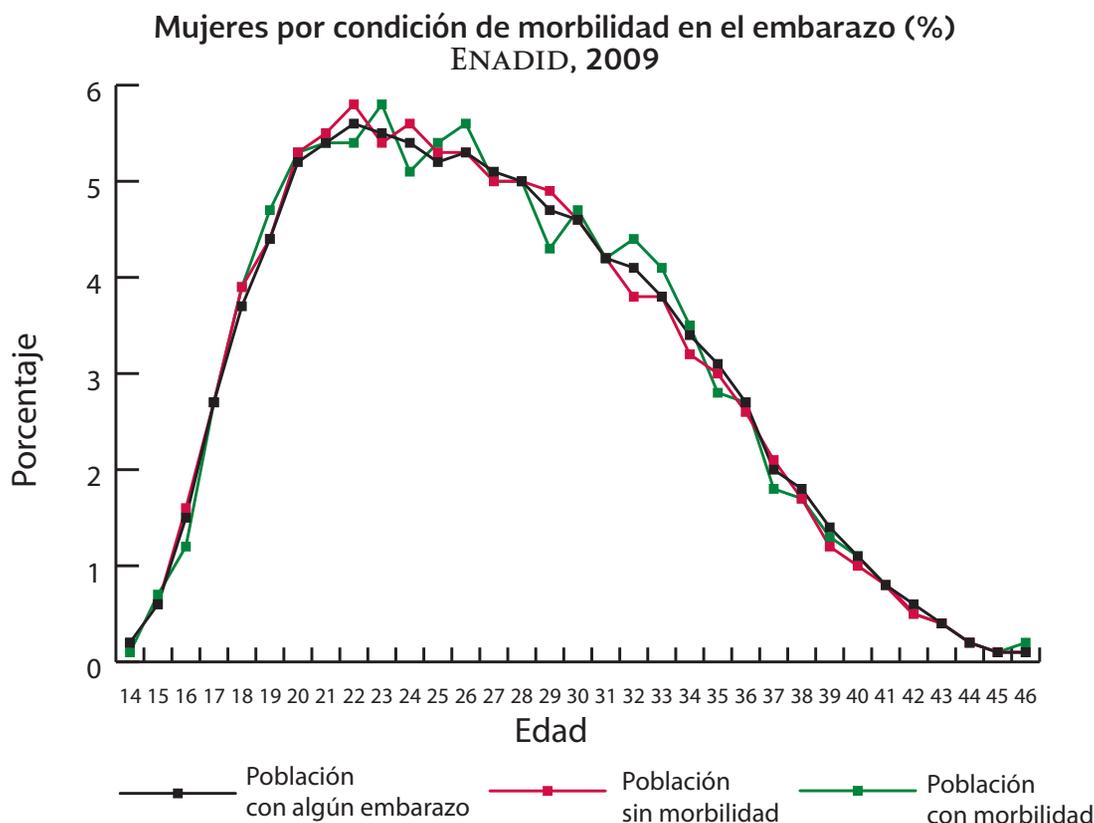
Mujeres por condición de morbilidad en el embarazo (%) ENADID, 2009



Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

La distribución de las morbilidades durante el parto fue similar a la presentada en las complicaciones en el embarazo. El total de la población que tuvo algún embarazo en los cinco años previos a la encuesta, mostró una curva de morbilidad durante el parto equivalente a la de distribución de la fecundidad. Asimismo, la distribución de quienes no presentaron alguna morbilidad siguió el mismo patrón (Gráfica 2).

Gráfica 2



Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

Al observar este comportamiento, se pensaría que el riesgo de morbilidad está presente en cada embarazo, siendo más probable que suceda entre los 21 y los 33 años, ya que son edades en las cuales la mayoría de las mujeres se embaraza y tiene a sus hijas e hijos. Además, es interesante apuntar que no se encontró asociación entre edades extremas y presencia de morbilidad. En esta población, el riesgo de tener una complicación fue igual para quienes tenían entre 15 y 20 años, que para quienes transitaban entre los 21 y 33 años. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las mujeres que superaban el límite más alto de edad.^{vi}

c) Atención del embarazo, parto y puerperio

La extensa mayoría de las mujeres de la submuestra contó con atención prenatal brindada por un médico (96.9%) y gran parte de ellas la inició durante el primer trimestre (85%) (Cuadro 3), con un promedio de casi nueve revisiones, las cuales incluyeron algunas de las siguientes acciones: toma del peso, de la presión arterial, práctica de ultrasonido, exámenes de sangre y orina, receta de ácido fólico, aplicación de la vacuna contra el tétanos, recomendaciones sobre la lactancia, ofrecimiento de métodos anticonceptivos –una vez concluido el embarazo– o realización de la prueba de detección de sida. Sin duda, estas cifras nos hablan de la importancia que el Sistema Nacional de Salud ha otorgado a la atención prenatal.^{vii}

^{vi} Resultados obtenidos a partir de un modelo de regresión logística.

^{vii} A través del programa APV, en el período 2007-2012, y actualmente con el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal.



No obstante, hubo diferencias en la asistencia obstétrica. Las mujeres con síntomas de complicaciones en el embarazo y el parto acudieron con un médico a la atención prenatal en un porcentaje ligeramente mayor (93.2%), en relación con el grupo de mujeres que no presentaron complicaciones (90.5%). La diferencia es más amplia cuando observamos el porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal médico: 95.1% de las que tuvieron complicaciones, en comparación con 89.6% de aquellas que no las presentaron. Estos porcentajes se pueden explicar por la presencia de síntomas de morbilidad que derivaron en una mayor búsqueda de atención médica en el embarazo y parto.

Cuadro 3

Atención del embarazo, parto y puerperio (%) ENADID, 2009

	Mujeres sin complicaciones	Mujeres con complicaciones en el embarazo y/o parto
n 27,525	25.2	74.8
Tuvo atención prenatal	96.8	97.2
Personal médico en revisión prenatal	90.5	93.2
Inició en el primer trimestre	85.5	85.6
Número promedio de revisiones	8.75	8.81
Personal médico de atención en el parto (pérdida)	89.6	95.1
Hubo revisión médica en el posparto		
Sí	31.4	31.7
No	68.6	68.3
Parto vaginal	67.3	47.3
Cesárea programada	19.7	19.6
Cesárea de emergencia	9.9	23.8
Aborto	3.1	9.3

Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

Respecto a la resolución del embarazo, las mujeres sin complicaciones se atendieron en menor medida con personal médico durante el parto o aborto (89.6%), en comparación con aquellas que sí reportaron alguna morbilidad durante el embarazo y/o parto (95.1%); situación que pudo haber estado correlacionada con la presencia de síntomas. En ambos casos, siete de cada diez mujeres accedieron a revisiones médicas en el posparto.

Por otra parte, las mayores diferencias se presentan en la forma de concluir el embarazo, pues 67.3% de las mujeres sin complicaciones lo hicieron a través de parto vaginal, 19.7% concluyeron con cesárea programada, 9.9% con cesárea de emergencia y 3% con aborto; mientras que en la población con complicaciones, el parto vaginal se redujo a 47.3%, la cesárea programada es similar y aumenta de manera dramática el porcentaje de cesáreas de emergencia (23.8%) y de abortos (9.3%). Estas cifras son fundamentales porque indican que la encuesta está captando morbilidades que pueden tener serias consecuencias para la salud. Asimismo, podemos asociar algunos síntomas con la resolución del embarazo; por ejemplo, sabemos que se presentó sangrado vaginal abundante en 39% de las mujeres que concluyeron el embarazo con cesárea de emergencia y en 69.9% de quienes terminaron su embarazo en aborto.

d) Características socioeconómicas y demográficas de la submuestra

Las mujeres de la submuestra, con y sin síntomas de complicaciones, compartieron características socioeconómicas y reproductivas similares; más de la mitad pertenecía al estrato socioeconómico medio y tenía secundaria o incluso bachillerato. La mayoría se dedicaba a las actividades del hogar y más de 30% desarrollaba actividades extradomésticas. Entre ellas, 60% o más contaba con algún tipo de seguridad social o con ayuda económica para atender su salud, mientras que poco más de 30% carecía de este recurso (Cuadro 4).

A pesar de estas similitudes, se aprecian algunas diferencias entre los dos grupos. Aquellas con síntomas de morbilidad muestran porcentajes ligeramente mayores de mujeres ubicadas en el estrato medio, con mayor escolaridad, con actividad remunerada y con seguridad social, en comparación con quienes no presentaron morbilidad (Cuadro 4). De tal forma que en el grupo de mujeres que reportaron síntomas de complicaciones en el embarazo y parto, encontramos una proporción un poco más alta de mujeres con mayores recursos económicos y sociales, lo que pudiera haberles facilitado la identificación y declaración de síntomas en la encuesta.



Cuadro 4

Características sociodemográficas y económicas de las encuestadas (%) ENADID, 2009

		Mujeres sin complicaciones	Mujeres con complicaciones en el embarazo y/o parto
Vive con pareja	No	15.0	17.0
	Sí	85.0	83.1
Tipo de hogar	Nuclear	62.9	61.0
	Compuesto o ampliado	32.8	34.3
Estrato socioeconómico	Bajo	49.0	43.9
	Medio	51.0	56.1
Tiene bachillerato o secundaria		53.4	60.0
Realiza trabajo extradoméstico	No	68.6	65.8
	Sí	31.4	34.2
Cuenta con algún tipo de seguridad social	No	39.5	33.2
	Sí	60.5	66.8

Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009.

Trayectorias reproductivas

Dadas las características de la submuestra relativas a mujeres que tuvieron un embarazo entre los años 2004 y 2009, este análisis se enfoca en la población femenina que se encontraba en plena etapa reproductiva, lo que explica que poco más de ocho de cada diez mujeres vivían en pareja y sólo entre 15% y 17% eran solteras (Cuadro 4). Respecto al uso de anticonceptivos, entre 76% y 85% los había empleado en algún momento, pero sólo cuatro de cada diez mujeres los utilizaba en el instante de la encuesta (Gráfica 3).

La situación anterior se reflejó en los rangos de edad cuyo promedio, del total de ambas submuestras, se situó en los 28.8 años, con una mediana de 28 años. Además, casi ocho de cada diez fueron mujeres de 15 a 34 años y el resto se ubicó en el rango de 35 años en adelante.

En la gráfica 3 se presentan las edades medianas de distintos eventos relacionados con la vida sexual, conyugal y reproductiva de las mujeres de los dos grupos, con y sin complicaciones. En ambos se observa que la mitad de las mujeres vivió su primera relación sexual a los 18 años, a los 20 se unieron conyugalmente y en esa misma edad tuvieron su primer hijo/a, aunque no es posible distinguir cuál de estos dos eventos fue primero.



Yessica Sánchez Rangel

Se observó una divergencia en el último evento obstétrico: entre las mujeres sin complicaciones éste se presentó a los 27 años y al momento de la entrevista su edad mediana se situaba en los 29 años. En tanto que entre las mujeres con complicaciones, el último embarazo se presentó un año antes, con una edad mediana de 26 años y al momento de la entrevista fue de 28 años.

Las diferencias se pueden observar en el promedio de embarazos: para las mujeres sin complicaciones fue de 2.63, con 2.49 hijas/os y 0.12 abortos; mientras que para las mujeres con complicaciones el promedio de embarazos fue menor (2.52), la diferencia en el número de hijas e hijos nacidos vivos fue inferior (2.21) y los abortos casi se duplicaron.

Gráfica 3

Trayectorias reproductivas.
Edad mediana a la primera relación sexual, primera unión conyugal,
primer hija/o, último embarazo; al momento de la entrevista,
promedio de embarazos, promedio de hijas/os vivos
y promedio de abortos

Mujeres sin complicaciones																
			ooo	TE	2.59									Ha usado anticonceptivos	76.1%	
			ooo	HNV	2.49									Usa actualmente anticonceptivos	42.8%	
			ooo	PA	0.14											
				*** S		U/H							E		P	
15	X	X	X	X		20	X	X	X	X	25	X	X	X	X	30
Mujeres con complicaciones																
			ooo	TE	2.50									Ha usado anticonceptivos	85.2%	
			ooo	HNV	2.21									Usa actualmente anticonceptivos	45.6%	
			ooo	PA	0.27											
				*** S		U/H							E		P	
15	X	X	X	X		20	X	X	X	X	25	X	X	X	X	30

S=Inicio de la vida sexual.
 U=Unión conyugal.
 H= Primer hija/o.

E= Último embarazo. TE= Total de embarazos.
 P=Entrevista. HNV= Hijas/os nacidos vivos.
 Fuente: elaboración propia con base en la ENADID 2009. PA= Promedio de abortos.

***Diferencia estadísticamente significativa al comparar la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres con y sin complicaciones. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Esta prueba también se aplicó a la edad mediana a la primera unión conyugal, primer hija/o y último embarazo. En esas variables la prueba mostró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

ooo Diferencia estadísticamente significativa al comparar el promedio de embarazos, promedio de hijas/os sobrevivientes y promedio de abortos entre los dos grupos de mujeres. Prueba T para igualdad de medias.

Reflexiones finales

A lo largo de este artículo hemos explorado la prevalencia de cierta sintomatología asociada a la morbilidad materna reportada por la ENADID 2009 y describimos algunos aspectos socioeconómicos y reproductivos de la población. Con ese propósito hemos contrastado dos grupos de mujeres que estuvieron embarazadas entre los años 2004 y 2009; el primero, conformado por quienes presentaron complicaciones durante el embarazo y el parto, y el segundo incluyó a aquellas que no las desarrollaron. El propósito fue observar los elementos diferenciales entre ambos.

El alto porcentaje de mujeres con síntomas de morbilidad en el embarazo y/o el parto (74.8%) es un resultado a destacar. Lo anterior puede atribuirse a que la encuesta no reporta enfermedades, sino una diversidad de síntomas que generan mayor o menor riesgo y que pueden significar tanto la presencia de distintos padecimientos como de síntomas menores. Es decir, los datos reflejan la situación de las mujeres con morbilidad asociada al embarazo, así como la de aquellas que tuvieron algún síntoma, pero que no desencadenó en morbilidad alguna. Ante esta situación, y con el fin de buscar indicios de algunas enfermedades comunes a este evento reproductivo, se asociaron algunos síntomas para el caso de las enfermedades hipertensivas, lo que derivó en observar la presencia de tres o más síntomas con porcentaje similar al reportado por otros estudios para la preeclampsia y eclampsia (5%).

Los estudios consultados señalan que la edad juega un papel importante en la determinación del riesgo de muerte materna y una de las tendencias es que éste aumente entre las mujeres muy jóvenes y las mayores de 35 años, por lo que se esperaría un comportamiento parecido respecto a la morbilidad.

En este sentido, las gráficas 1 y 2 muestran curvas similares de la fecundidad en la distribución de mujeres con morbilidad durante el embarazo o el parto. Además, en conjunto con el modelo de regresión logística da evidencias de que esta última, a diferencia de la mortalidad, se presenta en mayor medida en las edades reproductivas y no en los extremos de esta etapa.

Por otra parte, se apreció el impacto de los programas gubernamentales, como los dirigidos a resolver las emergencias obstétricas. Esto se observó en el elevado porcentaje de mujeres que tuvieron atención prenatal y en el inicio de ésta –durante el primer trimestre–, pero en especial, en el mayor porcentaje de mujeres con síntomas de complicaciones que contaron con atención médica en el parto, en relación con quienes no presentaron síntomas.

En la resolución del embarazo también existieron diferencias importantes, mismas que derivaron de las complicaciones en el momento del parto, situación que se reflejó en los porcentajes de cesáreas de emergencia y aborto.

Respecto a la situación socioeconómica de las mujeres de la submuestra, aquellas del estrato económico medio tuvieron una diferencia de cinco puntos a favor en la presencia de sintomatología durante el embarazo y el parto; en este grupo también se vieron diferencias en cuanto a la escolaridad, el desempeño de actividades remuneradas y el acceso a la seguridad social o al apoyo económico para la salud. Sin embargo, es importante destacar que 33.2% de las mujeres con síntomas de morbilidad no tuvieron cobertura social y requerían de servicios médicos durante los diversos momentos de la gestación, incluido el parto, la anticoncepción, el posparto y la atención y seguimiento de la madre y de la hija o hijo. Esta situación se agudiza si pensamos que en este grupo existió una mayor proporción de mujeres sin pareja (17%).

Al analizar las trayectorias reproductivas de las mujeres de ambas submuestras, no se observaron diferencias significativas. Los dos grupos iniciaron la vida sexual, conyugal y reproductiva a la misma edad; aunque se advirtió una pequeña diferencia en la edad mediana de las entrevistadas. Las mujeres que reportaron síntomas de morbilidad eran un año más jóvenes que quienes no presentaron complicaciones, situación también presente en la edad mediana al último embarazo.

Otros aspectos importantes de la trayectoria reproductiva son el número de gestas, hijas/os, abortos y el uso de anticonceptivos. En este sentido, es interesante observar que el porcentaje de mujeres que los empleaban fue bajo (43.8%), si lo comparamos con los porcentajes de las mujeres del total de la muestra. Lo anterior se explicaría debido a que las mujeres de la submuestra, además de tener la edad considerada como reproductiva, eran parte de la población que, de hecho, estaba teniendo hijas e hijos; es decir, estaban viviendo esta etapa.

Por otro lado encontramos que, si bien en general las mujeres tuvieron un bajo número de gestas e hijas/os, hubo ligeras diferencias entre ambos grupos; aquellas con síntomas de morbilidad, presentaron menos gestas, menos hijas e hijos y un porcentaje significativamente mayor de abortos. Además, se observaron casi tres puntos porcentuales más de usuarias de anticonceptivos, de manera primordial la obstrucción tubaria bilateral (33.3%) y el dispositivo intrauterino (23.7%), aunque los porcentajes de estos métodos fueron similares a los de las mujeres sin complicaciones.

En el acercamiento cuantitativo es difícil apreciar las condiciones de la morbilidad, no sólo por la fuente de datos de la ENADID y sus limitaciones, sino por la complejidad de reportar la morbilidad asociada al embarazo y su manejo, así como las características de la atención obstétrica y su impacto en la condición de la salud de las gestantes.

Por lo anterior, consideramos las conclusiones de este trabajo como líneas de análisis que requieren de abordajes detallados de corte cualitativo, a través de estudios de caso, para conocer y profundizar en las condiciones que propician o contienen la morbilidad materna en México. 

Agradecimiento

Guadalupe Fabiola Pérez Baleón agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la beca posdoctoral que le otorgó durante la elaboración de este artículo.

Referencias bibliográficas

- Lozano R, Núñez RM, Duarte MB, Torres LM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En: Zúñiga E, coordinadora. México ante los desafíos de desarrollo del Milenio. México: CONAPO; 2005. p. 167-192.
- Observatorio de Mortalidad Materna. Numeralia 2010. Mortalidad Materna en México. México: OMM; 2011.
- Ávila L, Cahuana L, Aracena B, Montañez J. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2010 y evolución del gasto 2003-2010. México: Instituto Nacional de Salud Pública-CNEGSR; 2012.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategias para acelerar la disminución de la muerte materna en México. México: Secretaría de Salud/Dirección General de Salud Reproductiva; 2009.
- Infante C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública. 1990 julio-agosto; 32(9): 419-29.
- Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004.
- Karchmer S. Salud Reproductiva y violencia contra la mujer. México: Ginec Obstet Méx. 2002 mayo; 70: 248-52.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/ Consejo Nacional de Población; 2010.
- Colen Sh, "Like a mother to them": Stratified Reproduction end West Indian Childcare Workers end Employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R, editors. Conceiving the new world order. The Global Politics. Berkeley: Universidad de California; 1995. p. 78-102.
- Koblinsky M, Chowdhury M, Moran A, Ronsmans C. Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in Maternal Health. Health Popul Nutr. 2012 junio; 30(2): 124-30.
- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial, Ginebra, Suiza: OMS; 2008. [Consultado 27 de julio de 2013]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf
- Pérez F, Sánchez A. Dificultades en la captación de la morbilidad materna en México. Un análisis de la ENADID 2009. México: Coyuntura Demográfica. 2013 enero; 3: 103-08.
- Sánchez-Rodríguez EN, Nava-Salazar S, Morán C, Romero-Arauz JF, Cerbón-Cervantes MA. Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. Rev Invest Clín. 2010; 62(3): 252-60.
- Secretaría de Salud. Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención. México: SSA; 2008. [Consultado el 22 de julio de 2013]. Disponible en http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SS_020_08_PREECLAMPسيا/SS_020_08_EyR.pdf
- Hinojosa MA, Hernández FJ, Barrera E, Gayosso MT. Prevalencia de diabetes mellitus gestacional en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex. 2010; 77(2): 123-28.
- Vallejos C, López MR, Enríquez MA, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Enf Inf Microbiol. 2010, 30(4): 118-22.

