



Universidad Autónoma Metropolitana.

División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Departamento de Atención a la Salud.

Maestría en Medicina Social.

Inequidades en salud en la Mortalidad Materna en México.
Análisis de las brechas de desigualdad a nivel estatal y municipal en los
años 2005, 2010 y 2015 a partir del Índice de Rezago Social.

Idónea Comunicación de Resultados que para obtener el grado de
Maestro en Medicina Social

presenta:

Rafael Calvillo Martínez.

Director.

Dr. Oswaldo S. Medina Gómez.

Ciudad de México, 2021.

Resumen

Título de la Investigación

Inequidades en salud en la Mortalidad Materna en México. Análisis de las brechas de desigualdad a nivel estatal y municipal en los años 2005, 2010 y 2015 a partir del Índice de Rezago Social.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las inequidades que subyacen a la Mortalidad Materna a nivel estatal y municipal en México a partir del Índice de Rezago Social para los años 2005, 2010 y 2015?

General.

Analizar las inequidades que subyacen a la Mortalidad Materna mediante la estimación de las brechas de desigualdad a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.

Específicos

Estimar la Razón de Muerte Materna estatal y municipal en los años 2005, 2010 y 2015.

Estimar las brechas de desigualdad de la Mortalidad Materna a nivel estatal y municipal a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.

Identificar las principales brechas de desigualdad en la Mortalidad Materna a nivel estatal y municipal a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.

Contrastar las brechas de desigualdad de la Razón de Muerte Materna estatal y municipal a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.

Estimar la asociación entre la Razón de Muerte Materna y el Índice de Rezago Social a nivel estatal y municipal en los años 2005, 2010 y 2015.

Objetivos

Diseño metodológico

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. El primer acercamiento estadístico se caracterizó por establecer el comportamiento de la Razón de Muerte Materna a partir de cada una de las variables del Índice de Rezago Social para obtener las medidas de desigualdad. En segundo lugar, se estimó la asociación mediante modelos de regresión entre la Razón de Muerte Materna y las variables que integran el Índice de Rezago Social. Se determinó una significancia estadística con el valor de $p \leq 0.05$ para ambas regresiones realizadas. Ambas medidas se estimaron para los años 2005, 2010 y 2015 a nivel estatal y municipal.

Las estimaciones de la Razón de Muerte Materna municipales superan a las estatales para los tres años de estudio. La estimación de la Razón de Muerte Materna a partir del Grado de Rezago Social obtuvo sus máximos valores en la categoría de "Muy Alto" Grado de Rezago Social" siendo superiores a nivel municipal.

Resultados

Las principales brechas estimadas correspondieron al porcentaje de población sin derechohabiencia a los servicios de salud, viviendas habitadas que no poseen refrigerador, viviendas habitadas sin energía eléctrica, porcentaje de población de 15 años y más con educación básica incompleta, porcentaje de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela y porcentaje de la población de 15 años o más analfabeta.

La desigualdad social limita el pleno goce de los derechos humanos como es el caso de la Muerte Materna. Quedó de manifiesto que la Muerte Materna es un espejo de las inequidades sociales.

Conclusiones

La Mortalidad Materna va más allá de ser un problema de Salud Pública, sino de inequidades que tienen su origen en la injusticia social y por ende de la violación sistemática de los derechos humanos.

La Mortalidad Materna no es un problema de Salud Pública ni mucho menos multifactorial, desde la mirada de la Medicina Social tiene su origen en las desigualdades sociales que se traducen en inequidades en salud. La Razón de la Mortalidad Materna debería instaurarse desde un carácter social y debe cuestionarse el determinismo biológico que la desvincula de la dimensión social en el proceso salud enfermedad y muerte.

Palabras clave

Mortalidad Materna, Desigualdad, Inequidad

Integrantes del Jurado.

Presidente.

Dr. José Alberto Rivera Márquez
Profesor Investigador Titular C.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Secretaria.

Dra. Abril Violeta Muñoz Torres
Profesora del Departamento de Salud Pública.
Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México

Vocal

Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois.
Investigadora en Ciencias Médicas
Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias.
Instituto Nacional de Perinatología.

Vocal

MSP. Humberto Macias Gamiño
Subdirector de Análisis de Información y Operación, en el Secretariado
Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

Vocal

Dr. Oswaldo Sinoe Medina Gómez
Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. HGR1
Instituto Mexicano del Seguro Social

Agradecimientos.



A esta magnífica Casa de Estudios.

Dra. Addis y Dr. Jarillo, gracias por aquella entrevista que me abrió las puertas para conocer otra mirada para explicar el proceso salud y enfermedad

Dra. Ángeles Garduño y Dra. Soledad Rojas. Gracias por su apoyo en los momentos más difíciles, nunca olvidaré su solidaridad.

Dra. Oliva López. Dr. Sergio López. Dr. Alberto Rivera. Dr. Arturo Granados Dra. Carolina Tetelboin. Dra. Asa Cristina Laurell. Gracias por compartir sus conocimientos.



A las autoridades de la Dirección General de Epidemiología

Dra. Rocío Sánchez Díaz. Gracias por el apoyo y la oportunidad para ausentarme de mi centro de trabajo.

Dr. Darío Alanis Cuervas. Gracias por todo tu apoyo. Eres un excelente profesional y un gran ser humano.

Dr. Pablo Bautista Osorno. Gracias por el asesoramiento estadístico.



A las autoridades de la ENEO/UNAM

Mtra. Sofía Sánchez Piña.

Gracias por no aceptar mi renuncia y darme ánimos para trabajar y continuar con la Maestría.



A mis profesoras y amigo de la Universidad Tiradentes.
Aracaju/Brasil. Agradezco sus finas atenciones.

Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Dra. Marizete Maldonado Vargas

Dr. Luiz Eduardo Oliveira



A mis compañeros de generación. Fue todo un placer
coincidir con cada uno de Ustedes.

Alejandra, Carmen, Claudia, Diana, Karen, Lina,
Michel, Michelle, Monserrat, Omar y Vanesa.

Gracias por su apoyo en los momentos difíciles.

Contenido

Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
1.1. Abordaje del Problema.....	1
1.2. Objetivos.....	5
Capítulo II.....	6
Marco Referencial.....	6
2.1. Contexto Internacional.....	6
2.2. Contexto Nacional.....	7
2.3. Estrategias para mejorar la Salud Materna.....	11
2.4. Medición de las desigualdades en Salud.....	14
2.5. Índice de Desarrollo Social (IRS).	16
Capítulo III.....	19
Marco Teórico.....	19
3.1. Desigualdad Social y salud.....	19
3.2. Inequidad e inequidad en salud.....	22
3.3. Justicia Social.....	26
Capítulo IV.....	33
Abordaje de Análisis.....	33
4.1. Tipo de estudio.....	33
4.2. Población de estudio.....	33
4.3. Variables de estudio.....	34
4.4. Técnica de análisis y procesamiento de la información.....	34
4.5. Consideraciones éticas.....	37
Capítulo V.....	38
Resultados.....	38
5.1. Razón de Muerte Materna.....	38
5.2. Razón de Muerte Materna según el Grado de Rezago Social del Índice de Rezago Social.....	39
5.3. Tipo de localidad donde ocurrió la defunción.....	42
5.4. Resultados de las medidas de desigualdad a nivel estatal y municipal.	43

5.5. Resultados de las Medidas de desigualdad a partir de las variables del Índice de Rezago Social.....	45
5.6. Resultados de la asociación de la Razón de la Mortalidad Materna a partir del Índice de Rezago Social.	50
Capítulo VI.....	56
Discusión.....	56
Capítulo VII.	63
Conclusiones.....	63
Limitaciones del Estudio.....	65
Bibliografía	67
Anexos.....	74

Índice de Tablas

Tabla 1. Razón de Muerte Materna Estatal. México, 2005, 2010, 2015.

Tabla 2. Razón de Muerte Materna Municipal. México, 2005, 2010, 2015.

Tabla 3. Medidas de desigualdad de la Razón de Muerte Materna según Grado de Rezago Social y año. México

Tabla 4. Medidas de desigualdad según tipo de localidad donde ocurrió la defunción y año. México

Tabla 5. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2005, 2010 y 2015

Tabla 6. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Municipal. México 2005, 2010 y 2015

Tabla 7. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2005, 2010 y 2015

Tabla 8. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Municipal. México 2005, 2010 y 2015

Tabla 9. Regresión Lineal simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2005.

Tabla 10. Regresión Lineal simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2010.

Tabla 11. Regresión Lineal simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2015.

Tabla 12. Regresión Logística Binaria simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel municipal. Valores máximos en el grupo más desfavorecido. México 2005.

Tabla 13. Regresión Logística binaria simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel municipal. Valores máximos en el grupo más desfavorecido México 2010.

Tabla 14. Regresión Logística binaria simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel municipal. Valores máximos en el grupo más desfavorecido. México 2015.

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Comparativo de la Razón de Muerte Materna Estatal (RMME) y Municipal (RMME), México 2005, 2010, 2015.

Gráfica 2. Razón de Muerte Materna Estatal según Grado de Rezago Social del IRS México, 2005,2010 y 2015.

Gráfica 3. Razón de Muerte Materna Municipal según Grado de Rezago Social. México, 2005, 2010 y 2015.

Gráfica 4. Razón de Muerte Materna Estatal y Razón de Muerte Materna Municipal según Grado de Rezago Social (Muy Alto y Muy Bajo) en México, 2005, 2010 Y 2015.

Gráfica 5. Comparación de RMM según tipo de Localidad donde ocurrió la defunción materna. México, 2005, 2010, 2015.

Gráfica 6. Medidas absolutas y relativas según RMM estatal. México. 2005, 2010 y 2015.

Gráfica 7. Medidas absolutas y relativas según RMM municipal. México 2005, 2010 y 2015.

Índice de Anexos.

Anexo 1. Medidas de desigualdad

Anexo 2. Definición conceptual, operativa y escala de medición de las variables.

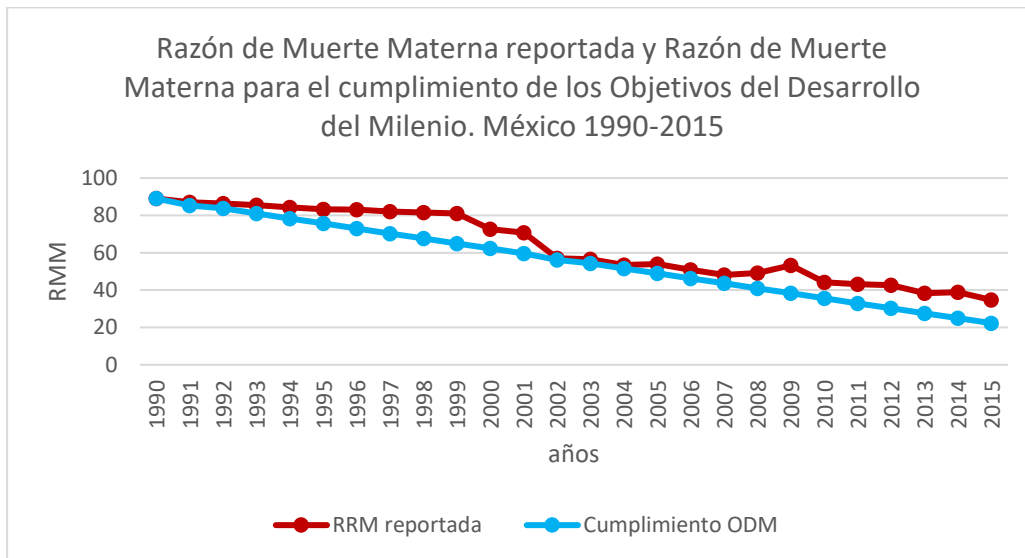
Capítulo I.

Introducción.

1.1. Abordaje del Problema

La transición obstétrica que se ha venido presentando en México en las últimas décadas, da cuenta de la magnitud del problema al que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud y el Estado Mexicano, es así, que la Mortalidad Materna ha sido abordada desde diferentes perspectivas para incidir en ella, a partir diferentes estrategias y modelos de atención, éstos tienen como punto de partida una Salud Pública que se vincula estrechamente con la Epidemiología desde la aproximación del factor de riesgo para explicarla, sin embargo, las intervenciones y resultados para disminuirla han sido incipientes desde esta óptica.

Si bien la Razón de Muerte Materna (RMM) ha disminuido en los últimos años, México no alcanzó la meta del Milenio, es así que resulta importante observar a la Mortalidad Materna desde otra perspectiva, que permita colocarla en su justa dimensión, la calidad de la atención en salud materna fue uno de los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. México se comprometió a reducir la muerte materna en un 75% entre 1990 y 2015. Para lograrlo, este indicador tendría que pasar de 88.7 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos a 22.2, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna en México, la RMM fue de 35 para el año 2015, por lo tanto, México no cumplió la Meta planteada en los Objetivos del Desarrollo del Milenio.



Fuente: Morales y Andrade. Epidemiología de la Muerte Materna. 2018

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como la muerte de 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 embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Freyermurth (2016), señala que la Mortalidad Materna (MM) es uno de los indicadores que visibiliza las brechas entre mujeres de diferentes países, regiones, localidades y municipios y que son resultado de una distribución inequitativa de ingresos, recursos materiales y beneficios generados con las políticas públicas del Estado. La Razón de Mortalidad Materna, es indicador que sirve para medir la MM y se define como el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos; así pues, representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos.

Diversos estudios han brindado información acerca de las brechas de la desigualdad de la Mortalidad Materna entre países y al interior de éstos, por ejemplo, Sanhueza A, *et al*, (2015) realizaron un estudio con datos de 24 provincias de Ecuador en donde describieron la asociación entre RMM y los indicadores de nivel socioeconómico, calculando la inequidad entre las provincias del país, utilizaron cinco indicadores específicos del nivel socioeconómico: tasa de fertilidad total, producto interno bruto, porcentaje de hogares con servicio de electricidad, porcentaje de población indígena y porcentaje de niños que no asisten a la escuela, solo tres mostraron desigualdades estadísticamente significativas en la MM: la tasa total de fecundidad, el producto interno bruto, y el porcentaje de hogares con electricidad.

De la misma manera, Goli S, *et al* (2017) estudiaron la contribución de la inequidad de los determinantes sociales en la utilización de los servicios de atención materna con datos de Bangladesh, Etiopía, Nepal y Zimbabwe. Se analizaron datos del 2010 y 2011 obtenidos de encuestas demográficas y de salud correspondientes a los países en estudio. Se observó que un menor estatus socioeconómico se encuentra asociado a una mayor tasa de mortalidad materna.

Un estudio realizado por Ruíz JI, *et al* (2015) en donde se cuantificó la inequidad y su poder predictor que tiene sobre la mortalidad infantil y materna a nivel mundial, utilizando el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el Índice y Desarrollo Humano Ajustado por Desigualdad (IHDI), concluyó que el IHDI era un mejor predictor de la mortalidad infantil y materna que el HDI. Dicho estudio concluye que las desigualdades podrían desempeñar un papel fundamental en la distribución de las muertes maternas e infantiles entre los países, especialmente en aquellos con menor desarrollo humano.

A partir de los estudios anteriores, se plantea la siguiente pregunta en este trabajo académico:

¿Cuáles son las inequidades que subyacen a la Mortalidad Materna a nivel estatal y municipal en México a partir del Índice de Rezago Social para los años 2005, 2010 y 2015?

1.2. Objetivos.

General.

Considerando la importancia de la mortalidad materna como un evento prevenible y éticamente injustificable, el objetivo de este estudio es analizar las inequidades que subyacen a la Mortalidad Materna mediante la estimación de las brechas de desigualdad a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.

Específicos

- Estimar la Razón de muerte materna estatal y municipal en los años 2005, 2010 y 2015.
- Estimar las brechas de desigualdad de la Mortalidad Materna a nivel estatal y municipal a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.
- Identificar las principales brechas de desigualdad en la Mortalidad Materna a nivel estatal y municipal a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.
- Contrastar las brechas de desigualdad de la Razón de Muerte Materna estatal y municipal a partir del Índice de Rezago Social en los años 2005, 2010 y 2015.
- Estimar la asociación entre la Razón de Muerte Materna y el Índice de Rezago Social a nivel estatal y municipal en los años 2005, 2010 y 2015.
- Explicar las inequidades identificadas a partir las brechas de desigualdad de la Razón de Muerte Materna estatal y municipal en los años 2005, 2010 y 2015

Capítulo II.

Marco Referencial.

2.1. Contexto Internacional

Cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la Mortalidad Materna ocurre en países en desarrollo, se presenta de manera preponderante en las zonas rurales y comunidades más pobres mientras que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Ante tal panorama, los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) considera la reducción de la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. La RMM en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. (OMS, 2016)

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. EL 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad se presentan en el África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. (OMS, 2018)

La supervivencia materna ha mejorado significativamente desde que se adoptaron los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna ha disminuido un 45%, a nivel mundial, pasando de 380 a 210 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Muchas regiones en desarrollo han mostrado un progreso importante en la mejora de la salud materna, incluyendo las regiones con las tasas de mortalidad materna más altas. Por ejemplo, en Asia meridional la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 64% entre 1990 y 2013, y en África subsahariana cayó en un 49%. A pesar de lo anterior, la RMM afecta de manera diferenciada a los grupos sociales, siendo las regiones más pobres y vulnerables las más afectadas. (ODM, 2015)

De acuerdo con el Informe sobre Equidad en Salud las estadísticas regionales enmascaran las desigualdades en salud materna que existen tanto dentro de los países de América Latina y el Caribe como entre ellos. Por ejemplo, dentro del Caribe, la RMM varía desde los 27 por 100 000 nacidos vivos de Barbados y Granada, 39 de Cuba, 92 de la República Dominicana hasta llegar a los 359 de Haití. De modo similar, en Centroamérica, la RMM varía desde los 25 de Costa Rica hasta los 150 de Nicaragua. En Sudamérica, Uruguay y Chile tienen RMM inferiores a 25, mientras que la RMM supera los 200 en Bolivia y Guayana. (UNICEF, 2019)

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y, por último, los abortos considerados como peligrosos. Un aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias. (OMS, 2016)

2.2. Contexto Nacional.

Según datos del Informe de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en 2015 (ODM) en México, desde la década de los cuarenta, se han realizado

importantes esfuerzos para reducir la mortalidad materna a través de diversos programas de atención materno-infantil; sin embargo, la cobertura se ha visto frenada debido a la fragmentación del sistema de salud: coexisten instituciones de seguridad social, servicios para población no asegurada y servicios privados, lo que aunado a la descentralización de los servicios de salud da lugar a niveles muy heterogéneos de calidad y cobertura, que afectan principalmente a población marginada e indígena, entre otras.

Al respecto, Fuentes (2014), señala que la MM tiene una expresión regional diferenciada en el país, reflejo de las inmensas desigualdades que existen en todo el territorio nacional; es decir, no sólo son las entidades más pobres las que presentan peores indicadores, sino que hay estados en los que ciertas regiones que contrastan con las localidades más urbanizadas.

Freyermuth, (2016) realizó un análisis donde identificó el comportamiento de las entidades federativas con mayores y menores RMM, seis con una RMM mayor a 50: Campeche, Chihuahua, Guerrero, Chiapas, Yucatán y Oaxaca, por su parte Colima, Jalisco y Nuevo León presentan una RMM más pequeña, de menos de 23. Analizó las brechas a nivel municipal mediante el índice de rezago social y encontró que el riesgo de morir en mujeres que habitan en municipios con muy alto rezago social en comparación con aquéllas que viven en municipios de bajo rezago social es de más de cuatro veces.

Desde el año 2000, México suscribió la Declaración del Milenio de Naciones Unidas (ONU) donde se reconoce que la pobreza afecta severamente el desarrollo de la población, y con ello se comprometió a cumplir los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). El Objetivo 5 (ODM-5) que estaba enfocado a Mejorar la Salud Materna, se señalaba como compromiso reducir entre 1990 y 2015 la Mortalidad Materna (MM) en tres cuartas partes,

nuestro país debería pasar de 89 muertes por cada 100 mil nacidos vivos (Razón de Mortalidad Materna registrada en el año 1990) a 22 defunciones para el año 2015, el resultado obtenido para el plazo fue de 34.6, resultado que evidentemente no permitió cumplir con la meta establecida por el ODM-5 (ODM, 2015)

Los resultados de la Mortalidad Materna en el primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México indicaron que, al considerar el ámbito de residencia, se observó que el promedio de la RMM en los municipios con mayor porcentaje de población en localidades rurales es de 64.2, muy superior al promedio de los municipios con menor porcentaje de población rural que es de 41.6, valor incluso menor al promedio nacional. La RMM se concentró mayormente entre los municipios con mayor porcentaje de población pobre en México, 2015. El Índice de concentración fue de -0.04 ($p=0.01$), lo que es compatible con una distribución inequitativa de mayor carga de mortalidad materna entre los municipios más pobres, en comparación con los menos pobres, la evidencia muestra una inequidad importante en la RMM, la cual tiende a ser mayor entre los municipios con mayor concentración de pobreza, lo que a nivel nacional se refleja en una brecha de 21.91 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en un contexto de un promedio nacional de RMM 43. (ONIS, 2019).

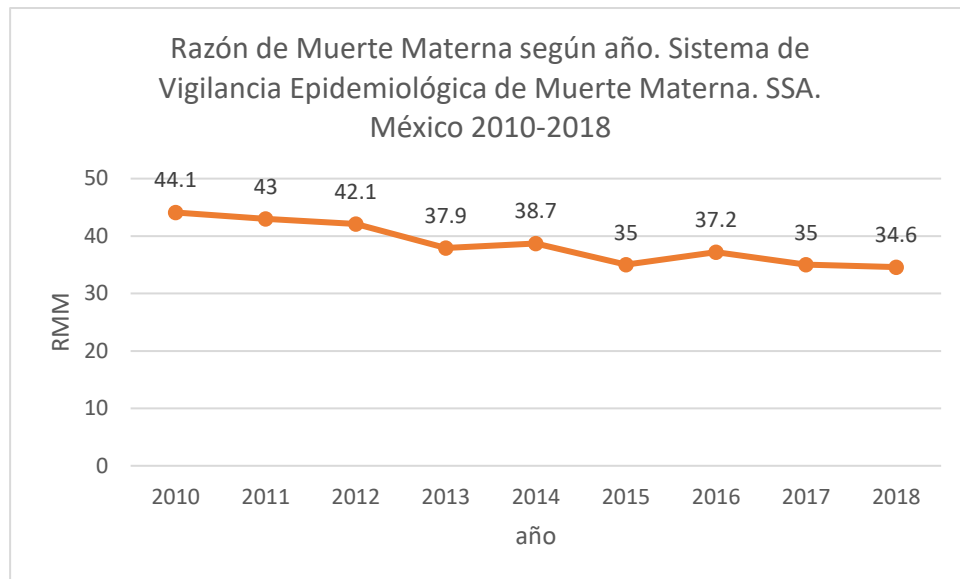
Hay que destacar que la Mortalidad Materna por su carácter de prevención y, por lo tanto, evitable constituye un importante problema de derechos humanos, de equidad de género y de justicia social. Entre las dimensiones que forman el derecho al más alto nivel posible de salud se encuentran: la disponibilidad de servicios, accesibilidad tanto física como económica y cultural (aceptabilidad), acceso a la información y calidad en los servicios. Estas características y el estar vinculada a un proceso de corta duración (nueve meses más 42 días) permiten que el número de defunciones maternas pueda servir como indicador del impacto de las políticas pública

de salud, de calidad de los servicios y de la equidad en la prestación de los mismos en un periodo relativamente corto. (Freyermuth y Luna, 2014)

A decir de Salinas (2016), la mortalidad materna es la expresión extrema e irreversible de una serie de desigualdades, exclusiones, formas de discriminación y violencias, así como vulneraciones de derechos, entre ellos los derechos sexuales y derechos reproductivos, que sufren unos grupos de mujeres más que otros, y que perpetúan e incluso ensanchan las brechas que la RMM invisibiliza.

La mortalidad materna es un evento que puede ser evitado con el acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, las causas asociadas a las muertes maternas se concentran en áreas de marginación, baja escolaridad y con barreras geográficas y culturales. Las muertes maternas evitables en la región con muy alto grado de marginación es 1.75 veces más grande que las muertes maternas evitables de la región con muy bajo nivel de marginalidad. (Molina y Carbajal, 2008)

En México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna de la Secretaría de Salud tiene como objetivo el de a) proporcionar información epidemiológica en todos los niveles operativos, que sirva de orientación para la instrumentación de actividades de prevención y control. b) identificar riesgos a la salud materna y proporcionar información suficiente para la alerta temprana y c) aportar datos para el análisis y difusión de la información en tiempo real de captura para la toma de decisiones. Con datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, se pudo identificar un decremento en la RMM entre el año 2010 y 2018. (SSA, 2020)



2.3. Estrategias para mejorar la Salud Materna.

A continuación, se describen algunos programas y estrategias para reducir la Mortalidad Materna. (CONEVAL, 2010).

1. Programa de Acción Especifico Arranque Parejo en la Vida (PAR-APV): fue de carácter normativo para todo el país a través del Decreto del Consejo de Salubridad General de noviembre de 2004 y en particular por los Servicios de Salud Estatales (SESA); en él se definen tres objetivos generales:
 - Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.
 - Reducir las brechas en la salud materna e infantil en las entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo.

- Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutoria de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal (2007-2012)
2. Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social 126: puesto en marcha en 2006 y orientado a la atención de mujeres referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades. No hay una partida particular para el pago de estos servicios. IMSS-Oportunidades (IMSS-O) realiza pagos cruzados al IMSS régimen ordinario.
 3. Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012): la planificación familiar y la anticoncepción son de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil; ante el rezago observado en este tema, la actual administración ha definido este programa como estratégico y prioritario (Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2007-2012), por su contribución a prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, abortos provocados en condiciones de riesgo, así como la disminución del riesgo de mortalidad perinatal e infecciones de transmisión sexual.
 4. Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados a partir de 2007: desde la Secretaría de Salud (SSA) federal se establece este documento como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA federal y las estatales. Contiene asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA y, por

ende, de todos los relacionados con la atención sexual y reproductiva.

5. Embarazo saludable: a partir de 2008, este programa establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular a fin de disminuir los costos de bolsillo.
6. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México: puesta en marcha en 2009, postula que la mortalidad materna puede ser reducida en cuarenta por ciento en 2012 (partiendo de cifras de 2006) si se superan los factores que condicionan las tres demoras en la atención de la emergencia obstétrica, de acuerdo con el Modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - Demora en buscar atención médica por inequidades de género al interior de la comunidad.
 - Demora en tener acceso a los servicios de salud
 - Demora en recibir un tratamiento adecuado en un establecimiento resolutivo.
7. Convenio Interinstitucional entre la SSA, el ISSSTE y el IMSS: a partir de mayo 2009, toda mujer que presente una emergencia obstétrica deber ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas sin discriminación por razón del estado de afiliación.
8. Estrategia Prioritaria 2011-2012: en el marco del Consejo Nacional de Salud, el 9 de diciembre de 2010 se dieron a conocer de nuevo los puntos que se habían considerado en la estrategia de 2008, a saber:
 - Ampliar la estrategia de Madrinas obstétricas

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica
- Respaldo al Observatorio ciudadano de Mortalidad Materna avalado por la OMS/OPS

2.4. Medición de las desigualdades en Salud.

Identificar y medir las disparidades para conocer la situación específica de salud de la población y sus tendencias, identificando los grupos y áreas más críticos, se vuelve esencial al momento de poder contar con información adecuada y pertinente para la toma de decisiones, para el desarrollo de políticas en salud y para poder evaluar el resultado de las intervenciones. La medición de las desigualdades entre países y dentro de un mismo país es el primer paso para hacer visibles las diferencias y estimular la toma de decisiones que pongan en marcha acciones y estrategias destinadas a reducir, y eventualmente a eliminar, dichas desigualdades. (OPS, 2006)

A decir de Schneider (2002), los sistemas de información y los análisis de la situación de salud no toman en cuenta la evaluación de las desigualdades. Medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. Desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para el análisis de sus determinantes y para el planteamiento de una teoría, lo cual, a su vez, es una base fundamental para la acción. No obstante, dicha medición es tema de debate. Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio.

La medición de las desigualdades en salud depende de la postura conceptual que se asuma y por ello se elegirán como pertinentes ciertas mediciones y no otras, y la interpretación que se dé a las mismas será un reflejo de la postura ética en la cual se situó el investigador. Existen diversos indicadores o estimadores usados para medir las desigualdades en salud. En general, la medición del estado de salud descansa en el cálculo de tasas, porcentajes, proporciones, promedios y otros indicadores como la expectativa de vida o la calidad de vida. (Eslava, 2010)

Las desigualdades en salud según los diferentes estratificadores de análisis se observa de forma generalizada en distintos contextos y sociedades, destacando la importancia de estudiar las diferencias en salud entre grupos. Analizar las desigualdades es entonces un primer acercamiento para comprender el peso que representa la inequidad en salud para una sociedad. Con el fin de comprender estas desigualdades, socialmente determinadas, es imprescindible construir grupos de individuos que hagan sentido, dado que cada sociedad tiene sus propias maneras de estratificar y dividir a la población. Entre los abordajes metodológicos desarrollados para el análisis de las desigualdades en salud, el enfoque en estratificadores que puedan considerarse claramente como reflejos de diferencias injustas es particularmente de interés. (SSA, 2019)

Medir las desigualdades sociales en salud permite evidenciar las diferencias injustas que existen en salud, y son, por tanto, la primera acción necesaria para diseñar estrategias que permitan reducir las brechas existentes entre los grupos más favorecidos y los menos favorecidos. (Tullo, *et al*, 2020)

Debido a que cabría esperar una correlación positiva entre el gasto en salud y el estado de salud de la población, el que un país incremente su gasto en salud no necesariamente se ve traducido en mejores indicadores en la población. Si los recursos no llegan a la población en forma de

intervenciones efectivas y de servicios de calidad, entonces los resultados se relacionan escasamente con el monto de los recursos asignados a los mismos. Esta diferencia entre lo que teóricamente deberían ser los niveles de salud, dadas ciertas condiciones (gasto en salud y otras condiciones socioeconómicas), y lo que realmente se ha alcanzado, es referida en la literatura como una brecha en salud. (Gutiérrez, 2002).

2.5. Índice de Desarrollo Social (IRS).

En México existen lagunas en la producción y análisis de datos a nivel de pequeña escala territorial. Se puede encontrar información de tipo censal en las escalas nacional, estatal, municipal, localidad e incluso de las llamadas áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB's), esto ha provocado que las lecturas de las realidades sociales y económicas se hagan adscribiéndolas a los comportamientos observados en las unidades espaciales mayores. El análisis de los indicadores del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) muestra la existencia de una importante disparidad geográfica respecto a los niveles de bienestar entre las distintas regiones, entidades y municipios del país. Por ello, la política social y otras políticas públicas aplicadas por todos los niveles de gobierno deberán centrarse en reducir estas brechas o desigualdades. (Martínez, *et al*, 2009)

Si bien el Índice de Rezago Social (IRS) no es una medición de pobreza, ya que no incorpora todas las dimensiones que la medición multidimensional de la pobreza debe contemplar de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, permite tener información de indicadores sociales desagregados hasta nivel localidad, con lo que COVEVAL contribuye con la generación de datos para la toma de decisiones en materia de política social. Es un indicador que es utilizado para el diseño de la política pública que incorpora información de educación, acceso a servicios de salud,

servicios básicos de la vivienda, calidad y espacios en la vivienda, y activos en el hogar. De esta forma, el IRS resume cinco dimensiones mencionadas en un valor numérico, el cual permite clasificar a los estados, municipios y localidades en cinco grados de rezago social: muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo. (CONEVAL, 2021)

Para Maldonado, *et al*, (2013) el rezago social hace referencia a un indicador que busca establecer las diferencias que existen entre distintas zonas geográficas de una misma región en función del acceso a los beneficios del desarrollo social. Para ello se hace un ordenamiento de cada una de estas zonas, se identifica así su posición relativa en la región y logra identificar aquellas que se han visto menos beneficiadas por el desarrollo social.

La utilización de algún subindicador del IRS puede ser utilizado para conocer la distribución de la mortalidad, por ejemplo, Mino (2018) realizó una relación del Grado de Rezago Social (GRS) y la Mortalidad en Adultos Mayores, en sus resultados identificó que más del 50% de los municipios con GRS muy bajo se ubicaron en localidades que tenían menos de 100 000 habitantes. En tanto que en las de GRS muy alto y alto, la proporción mayor de sujetos se concentró en localidades de menos de 2,500 habitantes, lo cual indica que se trata de población rural y con menor acceso a servicios de salud, además, en estos GRS se detectó la mayor proporción de hombres y mujeres que pertenecen a grupos indígenas, respecto a la causas de mortalidad, las enfermedades crónicas se ubicaron como la principal causa, al considerar en el análisis el GRS en ambos sexos, se observó que en los municipios con muy alto GRS la desnutrición y la anemia, así como la falta de diagnóstico se ubicaron dentro de las primeras cinco causas de muerte.

Otro estudio que utilizó el Índice de Rezago Social fue realizado por Calderón, *et al*, (2016) en Baja California, donde logró identificar que, de las

seis carencias sociales, la que afectó a un mayor número de personas fue la de acceso a la seguridad social. El 74.80% de los encuestados padecía esta situación, según datos del CONEVAL en 2015, la carencia más extendida en dicha entidad es la de acceso a la seguridad social que afecta a un 51.8% de los bajacalifornianos.

Capítulo III.

Marco Teórico.

3.1. Desigualdad Social y salud.

Con el avance de los movimientos de la medicina social y de la salud colectiva, a partir de la década de 1980 se produjo un significativo incremento de la producción científica sobre las desigualdades sociales, como determinantes de la situación de la salud en países de América Latina y el Caribe. (Almeida, 2020).

Dado su enfoque crítico, la corriente de la medicina social privilegia el estudio de la desigualdad social y de la forma en que ésta determina los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones y de las políticas públicas. (Castro, 2011).

Según Krieger (2001) el concepto de desigualdad social en salud puede ser visto desde dos perspectivas: a) una perspectiva conceptual, en tanto que representa una forma de abordar la realidad sanitaria y b) una perspectiva ética, cuando la discusión se centra en la valoración de las diferencias en condiciones de vida y de salud que existen entre los grupos sociales. Desde la óptica de la ética, la desigualdad social puede ser vista como un factor que limita el goce pleno de los derechos humanos de varios sectores de una sociedad.

Para López y Blanco (2004), la corriente socio-histórica interpreta a la desigualdad como resultado de las formas de producción y de apropiación de los recursos; así como, de los sistemas de relaciones de poder que se establecen entre sectores poblacionales. La desigualdad social es resultado de la división de la sociedad en clases, producto de la contradicción histórica entre: propiedad privada, reproducción colectiva y apropiación

inequitativa de la riqueza que deviene en relaciones de poder profundamente asimétricas.

El proceso salud-enfermedad-cuidado-atención no se distribuye en forma equitativa. Los países pobres, los barrios marginados y los ciudadanos más desventajados padecen una discriminación social múltiple: disponen de menos recursos socioeconómicos, tienen menos poder en la toma de decisiones y disponen de una peor atención sanitaria. Las clases sociales más desfavorecidas, los pobres, los explotados, los trabajadores precarios, las mujeres, los de abajo; los desempleados, los emigrantes, los excluidos, los de afuera, sufren en carne propia la peor epidemia de nuestro tiempo: la desigualdad social (Benach y Muntaner, 2005)

Segura (2014), señala que los estudios de desigualdades sociales en salud intentan mostrar y demostrar la relación entre los estados de salud y la pertinencia a un estrato o condición social. El estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, género, niveles de educación, ocupación, situación de empleo, etnia, situación migratoria o áreas geográficas de residencia nos permite desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante, según la cual, enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar). Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos.

Entender que las desigualdades en salud no son sino el espejo de las desigualdades sociales generadas por un sistemas económico y social como es la globalización neoliberal capitalista, que a su vez se rige por la enormemente desigual distribución del poder político y económico. Buscar

las verdaderas causas y dejar de echar la culpa a las víctimas. Generar respuestas que nos alejen del conformismo. Atisbar soluciones que permitan plantear acciones efectivas. Las condiciones sociales que originan las enfermedades, en muchos casos injustas y evitables, quedan ocultas o simplemente “desaparecen” (Benach y Muntaner, 2005)

Para Arcaya (2015), el término desigualdad en salud se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos. Cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud. En dicha definición de desigualdad en salud está ausente cualquier juicio moral sobre si las diferencias observadas son razonables o injustas. Por el contrario, una inequidad en salud o disparidad en salud es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud. La distinción clave entre los términos desigualdad e inequidad es que el primero es sencillamente una descripción dimensional que se emplea cada vez que las cantidades son desiguales, mientras que el segundo requiere emitir un juicio moral de que la desigualdad está mal.

La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente una sociedad que impide el bien común. La inequidad es la injusticia produciendo desigualdades. Entonces, para la comprensión de la desigualdad es necesario desentrañar la inequidad que la produce. La desigualdad, es más bien, una expresión observable típica y grupal de la inequidad. Expresa un contraste de una característica o medida producida por la inequidad. La categoría desigualdad es la expresión observable de una inequidad social. Las desigualdades se miden, las inequidades se juzgan. (ALAMES, 2008)

En general, el debate propuesto desde la epidemiología crítica sitúa dos elementos: el primero, que indicadores clásicos de nivel socioeconómico, tales como ingreso, educación, empleo o acceso a servicios, permite demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad. Lo que convierte en una expresión verificable de inequidad. El segundo elemento apunta a la inequidad, representada en las relaciones de poder por la clase social, el género y la etnia referidas a la apropiación de los recursos y acumulación de orden económico, social y cultural como expresión de la reproducción social, de manera que mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de esta. (Casallas, 2017)

3.2. Inequidad e inequidad en salud.

Para Brehil, (2010), la inequidad es la categoría que define las relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social; es el resultado de una historia de acumulación de poder y resulta de un proceso en que una determinada clase social se apropia de las condiciones del poder que son generalmente interdependientes: apropiación y acumulación económica, política y cultural, para hacerlo debe subordinar o excluir a otra u otras clases sociales. Esa inequidad es una característica importante de los sistemas de reproducción social que estudiamos epidemiológicamente, puesto que moldea los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las notables diferencias entre dichos modos de vivir de diferentes clases sociales. La desigualdad, en cambio, es una expresión resultante de esa inequidad y expresa una injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad. Es decir, mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de la inequidad.

López y Blanco (2004), proponen que el abordaje de la inequidad en salud no debe limitarse solo a los resultados sanitarios, sino también destacar los procesos sociales y la organización social injusta que la produce, dando un mayor peso explicativo a los determinantes socioeconómicos, políticos y culturales. Es decir, entender la equidad en salud como parte de un componente esencial de justicia social.

Para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), el origen de las inequidades en salud está en una distribución desigual de la riqueza y del poder entre grupos de individuos en la sociedad. De esta forma, la CDSS se plantea que para lograr la equidad en salud se necesitan de políticas sociales que empoderen a individuos, comunidades y países y la redistribución de la riqueza social, a fin de promover una vida saludable y próspera, sin embargo, para González, (2009) desde este enfoque, se limita el problema de las desigualdades a un carácter distributivo, de forma que su crítica al orden social se reduce a que tolera la mala distribución; fragmenta la realidad en factores, que aislados pierden su capacidad explicativa al diluirse la dimensión de procesos socio históricos de los cuales, en todo caso, forman parte; no comprenden la configuración, dinámica y momento del desarrollo capitalistas, por lo que llega a recomendaciones abstractas, y, finalmente, que no problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y en salud tiene los límites del capitalismo y de las formaciones capitalistas particulares.

La inequidad da cuenta de la esencia del problema, es lo que está en el fondo o en la raíz, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos. Cuando aparece históricamente la inequidad, es decir la apropiación de poder y la concentración del mismo en determinadas clases, en uno de los géneros o en algunas etnias, entonces la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humanos, pasa a ser un vehículo de explotación y subordinación. La fuente

primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder: la apropiación privada de la riqueza que dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal del poder y la apropiación por parte de grupos étnicos situados con ventaja estratégica. Esta es la triple inequidad que produce nuestras desigualdades sociales en salud. Las desigualdades en salud en la sociedad actual, son producto de esa triple inequidad que las genera y que acompaña inevitablemente a una sociedad como la capitalista que está regida por la acumulación de la riqueza en un polo, y la explotación, el despojo y la exclusión en el otro polo de la sociedad. (ALAMES, 2008)

Según Hernández, (2008), la desigualdad es diferente a la inequidad. La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay justicia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad.

Para Mújica (2019), la equidad en salud –es el estado de ausencia de desigualdades injustas en las oportunidades para la salud de las personas y colectivos humanos debidas a circunstancias históricas o socialmente determinadas- es un valor social. Que la equidad se constituya hoy en el principio rector de la acción política en salud parece ser consecuencia de un doble imperativo contemporáneo, a juzgar por el peso de la evidencia que se viene acopiando: por un lado, está el mandato moral- la inequidad ofende a nuestro sentido de justicia social- y, y por otro, la exigencia política- la inequidad amenaza la gobernabilidad y la legitimidad democráticas.

En este orden de ideas, Linares (2012) menciona que la equidad en salud remite a planos éticos, que involucran valores, justicia social y derechos, en

tanto desde su definición la inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable de tal manera que la equidad en salud debe ser entendida como una expresión de justicia social, por su parte la inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es la evidencia empírica expresada en agregados estadísticos.

El informe de Equidad en Salud realizado por la UNICEF señala, que el concepto de inequidad en salud se refiere a diferencias en salud que son sistemáticas, evitables e injustas no tiene un valor neutro y parte de la premisa de que idealmente todos deberían tener una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial en salud y, más pragmáticamente, que nadie debería verse perjudicado en su intento de lograr dicho potencial, si puede evitarse. (UNICEF, 2016)

Para Freyermuth, (2010) es necesario puntualizar que la RMM es reflejo no solamente del nivel de desarrollo de un país, sino de la equidad de dicho desarrollo y sobre todo de la calidad de sus servicios de salud. En México prevalecen condiciones de pobreza y desigualdad manifiestas en las muertes prematuras de mujeres durante la maternidad, pese a que desde el siglo pasado existen recursos tecnológicos y científicos que hacen posible tratar exitosamente las causas de MM.

Lobato (2009), define la equidad en la atención de salud implica que los servicios se presten de acuerdo con las necesidades existentes en la población y su perfil patológico. Existen grupos que se encuentran en mayor vulnerabilidad, y sobre las cuales deben intensificarse ciertas acciones en el campo de la salud. Pero la equidad no puede limitarse únicamente al “dar según la necesidad”, también debe tomar en cuenta la inequidad en el plano social y entender que las desigualdades en salud son determinadas por el modo de producción. Por tanto, las políticas de salud deben ser parte

de un proceso que cuestione y transforme las relaciones que se dan en el sistema económico y político actual.

A lo cual, señala Mújica (2019) que no es posible medir con rigor científico (es decir, con garantía de validez y reproductibilidad) las inequidades en salud; únicamente pueden medirse desigualdades en salud. Más concretamente, las desigualdades en salud se definen como diferencias observables en la salud entre dos o más grupos socialmente determinados. Estas diferencias pueden objetivarse a partir de la observación de datos relevantes (por ejemplo, la mortalidad materna es más alta en aquellos municipios de alto rezago social en comparación con los de bajo rezago). Las inequidades en salud, en cambio, no se miden, se juzgan. Más concretamente, las inequidades en salud se basan en un juicio ético sobre las desigualdades en salud observadas.

El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una equidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad. (Hernández, 2008)

3.3. Justicia Social

El concepto de justicia debe en gran parte su desarrollo a los planteamientos de Rawls en la Teoría de la justicia, con sus postulados de que toda persona tiene el mismo derecho a un esquema plenamente válido de iguales libertades básicas y que las desigualdades sociales y económicas deben estar asociadas a cargos y posiciones asequibles a todos en igualdad de oportunidad y supone un mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad. (Cáceres, 2014)

En oposición al auge del utilitarismo y el libertarismo en la filosofía política, John Rawls, desde una posición liberal neokantiana, propone una nueva

teoría de la justicia. La actualización que Rawls hace de Kant pretende trascender de una formulación moral de la justicia a la fundamentación política. Pasar de un enfoque interaccional del individuo sobre “cómo debo actuar” al acuerdo social sobre “cómo organizar unas instituciones justas y legítimas” que permitan concebir la sociedad como un sistema equitativo de cooperación social, una sociedad equitativa basada en la dignidad humana, y que procura gestar acuerdos para una distribución desigual que favorezca a los menos favorecidos. (Arias, 2017)

John Rawls propuso, a mediados del siglo XXI, un tipo de justicia basado en la imparcialidad, a partir de un modelo que denomina la “posición original”. Este modelo consiste en que todos los individuos negocien los bienes a los que deberían acceder desde la misma posición y en total ignorancia de sus características naturales y sociales, a fin de evitar imparcialidad o abuso (López, Álvarez y Benítez, 2016)

Rawls en su teoría liberal igualitaria, introduce como exigencia de justicia - del ejercicio de la libertad y la autonomía- la distribución igualitaria de los bienes primarios; afirma además que las desigualdades moralmente arbitrarias deben ser mitigadas, y la injusticia solo es tolerable si evita una injusticia mayor. La postura de Rawls sobre la justicia social se concreta, para la justicia sanitaria, en Daniels, quien propone los bienes primarios como determinantes de la salud y asistencia sanitaria, y afirma que la enfermedad restringe las oportunidades de los individuos, impidiéndoles participar plenamente en la vida económica, social y política de sus sociedades. (Cano, 2020)

Para tal fin, Rawls, en su libro Teoría de la justicia, propone un experimento mental, donde todos los miembros de la sociedad nos encontramos tras el

velo de la ignorancia que no nos permite conocer quiénes somos en concreto y qué posición tenemos dentro de la sociedad (ni el género, ni la etnia, ni la edad, ni la religión, ni la clase social, ni ninguna otra). Considera que de ese contrato hipotético saldrían dos principios de justicia.

- El primero, el principio de igualdad en la libertad que destaca la importancia de garantizar los bienes o libertades sociales básicas que necesita cualquier persona para alcanzar sus fines particulares (derechos civiles y políticos, derecho a la movilidad y al trabajo, a la renta y al autorespeto), para desarrollar su plan de vida, en condiciones de una sociedad plural y justa.
- El segundo principio es el de desigualdad compensatoria o de la diferencia en el que acepta la existencia de desigualdades sociales y económicas siempre y cuando se procuren medidas de protección para los más desventajados de la sociedad. (Arias, 2007)

Cuando Sen discute con Rawls sobre el concepto de libertades básicas, lo hace para llamar la atención sobre el peligro de convertir tales libertades en un conjunto de bienes y servicios tangibles cuyo cálculo terminaría en la perspectiva utilitarista del consumo individual. Por esto, Sen prefiere de hablar de capacidades humanas y de una justicia distributiva capaz de brindar igualdad de oportunidades para desarrollar esas capacidades. Incluso, Sen advierte sobre la necesidad de contar con la perspectiva interna o la percepción de los grupos humanos involucrados en las demandas por salud y por equidad en salud, lo que hace más complejo el problema de la distribución, pero también, más respetuoso y democrático. (Hernández, 2008)

Amartya Sen y Martha Nussbaum cuestionan la teoría de Rawls. Sen afirma que la igualdad en los bienes primarios no es suficiente, pues no garantiza

las mismas posibilidades y oportunidades para que las personas lo usen en la construcción de su proyecto de vida. Desde estas críticas, Sen, por una parte, y Nussbaum por otra, proponen una visión centrada en la distribución más equitativa de los recursos, enfocada en las capacidades -más en los sujetos que en los bienes-, en la vía de una igualdad de oportunidades como posibilidad para que los individuos desarrollen sus potencialidades. Así pues, para Sen la igualdad de capacidades es esencial para la justicia, pues esta igualdad se refiere a la libertad general de la que goza una persona para buscar su bienestar. Y para Nussbaum la salud es condición de la justicia social, pues la enfermedad sitúa a las personas en una condición de dependencia asimétrica (Cano, 2020).

Desde el concepto de capacidades, según Urquijo (2014) se analizan los problemas sociales que afectan el bienestar humano, como la desigualdad, la pobreza, la calidad de vida, la ausencia de desarrollo humano y la injusticia social; lo que permite realizar una nueva mirada de estos problemas y evaluar los alcances y límites de una sociedad verdaderamente libre. Al tomar el concepto de capacidades para evaluar la desigualdad en el interior de una sociedad que asume como ideales la libertad y la igualdad para sus miembros. Este es un giro significativo para pensar la sociedad porque establece diferencias relevantes sobre las distintas demandas que deben emprender las instituciones en el interior de la sociedad para mejorar la calidad de vida de sus miembros.

Para Picazzo (2011), la salud constituye una de las libertades constitutivas e instrumentales básicas de las personas, las libertades constitutivas son aquellas libertades básicas individuales que conforman el fin del desarrollo humano, porque refieren a la vida humana. Son las que permitirán al ser humano alcanzar una vida plena con calidad; entre ellas podemos incluir una serie de capacidades elementales, la de evitar las privaciones básicas que limitan la vida (hambre, desnutrición, muertes prematuras o evitables) y

también la adquisición de capacidades sociales y culturales básicas (lectura, escritura, cálculo elemental, expresión libre de ideas y valores, participación directa o indirecta en el sistema de gobierno de la comunidad. Por el contrario, las libertades instrumentales son aquellas oportunidades y derechos que contribuyen directa o indirectamente a la libertad general de las personas y se ofrecen, a través de los sistemas económicos, sociales y políticos de los cuales dependen principalmente las libertades constitutivas básicas para su realización. Entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales como los servicios de salud, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica.

Para García (2002), bajo esta perspectiva social, que considera al ser humano como propósito y fin de las políticas públicas implementadas en el contexto de un estado liberal, democrático y moderno como se precia de serlo el estado Mexicano, hablar de justicia social es referirnos a las posibilidades de acceso de la población nacional, sobre todo la más vulnerable, a los denominados bienes públicos, definidos éstos como aquellos satisfactores que son provistos por el estado a la sociedad en su conjunto a través de políticas públicas diversas.

Una Teoría de la Justicia, es la de Igualdad Social, para Valencia (2011), se destaca entre las diversas direcciones que ha tomado esta corriente el Marxismo, siendo los principales representantes K. Marx y F. Engels. Para ellos la teoría del liberalismo basada principalmente en la protección de los derechos civiles y políticos fomenta la desigualdad y la injusticia social al mantener la protección de la propiedad privada de los bienes de producción. Sin embargo, el Marxismo considera que lo que debe distribuirse equitativamente son los medios de consumo. Marx retoma la idea de Louis Blanc "a cada uno debe exigírsele según su capacidad y debe dársele

según sus necesidades, principio que, según la interpretación de Agnes Heller, puede convertirse en corrector, es decir en principio de equidad, asunto que va de la mano con la justicia ya que implica "intervenir regulando la distribución con base a un reconocimiento, discusión y evaluación abierta y permanente de las necesidades y de los principios correctivos.

En los sistemas capitalistas, las discusiones de los filósofos sobre la justicia y la atención a la salud representan un discurso puramente formal, el reflejo de que la estructura económica básica en sí es injusta. Ninguna de las teorías expuestas representa algo más que una justificación de las injusticias subyacentes en una infraestructura capitalista. Para los marxistas, los llamados derechos universales a la libertad civil, la vida, la felicidad, la propiedad, etc., son negativos y únicamente garantizan que las personas puedan perseguir independientemente sus objetivos particulares. Sin embargo, para que los ciudadanos sean realmente libres y verdaderamente humanos necesitan tener derechos positivos; derecho a que el Estado proporcione los bienes necesarios para fines de autenticidad y felicidad. (Drane,1990)

Santiago (2018), sugiere que, con el fin de no saturar el concepto, podemos limitarnos a tres formas o dimensiones de la justicia social que, si bien están vinculadas, no son reductibles.

- Injusticia como mala distribución de los bienes y beneficios provenientes de la cooperación social. La injusticia se produce a partir de que los criterios para distribuir la riqueza de ser hechos públicos no podrían ser aceptados por todos, especialmente por aquellos que reciben menos; ahora bien: a) estos criterios pueden ser o no institucionales; b) los bienes no se limitan a lo material sino a todo tipo de recursos en beneficio de las personas.

- La injusticia como exclusión implica acciones o políticas públicas que excluyen a quienes, en principio, son legítimos receptores de la distribución de bienes y beneficios. Las víctimas de la exclusión pueden ser personas o grupos.
- La injusticia como desempoderamiento consiste en explorar la vulnerabilidad de las personas; las víctimas de esta forma de injusticia no son tomadas en cuenta como sujetos de derechos.

Para Benach y Muntaner (2005), la falta de justicia social reduce las desigualdades de la salud. Sabemos que la salud es el resultado de la acumulación de efectos producidos por las condiciones sociales sobre los pueblos, sobre el curso de nuestras vidas. Sabemos que las manifiestas desigualdades sociales que caracterizan al capitalismo contradicen los mitos de la libertad e igualdad con los que con frecuencia se justifica el orden social existente. Sabemos que los más ricos y con más educación viven más y tienen mejor salud. Sabemos que las desigualdades sociales no son buenas para la salud de toda la población, para nuestra salud. Sabemos que para aumentar la igualdad social necesitamos un reparto mucho más equitativo de la riqueza y una redistribución mucho más igualitaria de los beneficios que favorezcan a quienes menos tienen. Y también sabemos que para reducir las desigualdades en salud necesitamos, sobre todo, reducir las desigualdades en la riqueza mediante políticas fiscales progresivas y con políticas sociales que reduzcan el desempleo, la precariedad laboral y la marginación y que incrementen el acceso y la calidad de educación, la vivienda y los servicios sanitarios entre quienes más lo necesitan.

Capítulo IV.

Abordaje de Análisis.

4.1. Tipo de estudio

El estudio fue transversal, descriptivo y retrospectivo. El primer acercamiento estadístico se caracterizó por establecer el comportamiento de la Razón de Muerte Materna a partir de cada una de las variables del Índice de Rezago Social las cuales fueron categorizadas a Quintiles para obtener las medidas de desigualdad. (Anexo 1). En segundo lugar, se estimó la asociación de la Razón de Muerte Materna a partir de las variables que integran el Índice de Rezago Social. Ambas medidas se estimaron para los años 2005, 2010 y 2015 a nivel estatal y municipal.

4.2. Población de estudio

Defunciones Maternas que ocurrieron en las entidades federativas y municipios de la República Mexicana.

Criterios de selección.

- Inclusión

Defunciones Maternas que ocurrieron en las entidades federativas y municipios en los años 2005, 2010 y 2015.

- Exclusión

Defunciones Maternas de las entidades federativas y municipios que se encontraban catalogadas en el rubro de “no especificado” en los años 2005, 2010 y 2015.

- Eliminación

Defunciones maternas que correspondieron a otros países en los años 2005, 2010 y 2015

4.3. Variables de estudio.

Variable Dependiente. (Anexo 2)

- Razón de Muerte Materna

Variables Independientes

- Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta
- Porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela
- Población de 15 años y más con educación básica incompleta
- Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud
- Porcentaje de viviendas con piso de tierra
- Porcentaje de viviendas que no disponen de excusado o sanitario
- Porcentaje de viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública
- Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje
- Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica
- Porcentaje de viviendas que no disponen de lavadora
- Porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador
- Grado de Rezago Social

4.4. Técnica de análisis y procesamiento de la información.

Las fases del análisis consistieron para los tres años de estudio en:

- La construcción de la Razón de Mortalidad Materna (variable de salud) a nivel estatal (RMM-E) y municipal (RMM-M), para ello fue

necesario contar con el número de defunciones maternas, las cuales se obtuvieron del portal web del Instituto Nacional de estadística y Geografía

(INEGI); <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>, aplicando el filtro "Muertes maternas para la razón de mortalidad materna", así como el número de los recién nacidos vivos (variable demográfica), también se obtuvo del portal web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac. Para la cifra de recién nacidos, se utilizaron los nacidos vivos registrados, tomados del cubo dinámico "Nacidos vivos registrados INEGI", que presenta cifras oficiales definitivas, así como del cubo dinámico "Nacimientos ocurridos". El número de las defunciones maternas, así como el de los recién nacidos vivos, se obtuvieron a nivel estatal y municipal para los años 2005, 2010 y 2015. La estimación de la Razón de Mortalidad Materna, estatal y municipal, sirvió para identificar y contrastar los valores máximos en cada año estudiado.

- En la estimación de la Razón de Muerte Materna estatal y municipal, lo cual permitió identificar dónde se ubicaron los valores máximos de Razón de Muerte Materna según el Grado de Rezago Social del Índice de Rezago Social.
- En la estimación de la Razón de Muerte Materna estatal y municipal, en relación con el tipo de localidad donde ocurrió la defunción materna, lo cual permitió identificar las brechas entre las localidades rurales y urbanas. (Se incorporó esta variable ya que no forma parte del IRS).
- La incorporación de la Razón de Muerte Materna, estatal y municipal para estimar las brechas de salud a cada una de las variables que

integran al Índice de Rezago Social, las cuales se procedió a dividirlos en quintiles (Q) en donde el Quintil 1, estuvo representado por el grupo menos favorecido mientras que el Quintil 5, correspondió al grupo más favorecido. Los valores de cada una de las variables que integran al Índice de Rezago Social para los años 2005, 2010 y 2015 fueron tomadas del portal web del del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) <https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Que-es-el-indice-de-rezago-social.aspx>.

- Estimación de la asociación de la Razón de Muerte Materna y las variables que integran el Índice de Rezago Social.

Para el análisis de las brechas, se utilizó el software Health Equity Assessment Toolkit. Versión 3.0. La base de datos que alimentó al software contempló tres dimensiones: social, demográfica y de salud.

- La variable social, (estuvo representado por las variables que integran el Índice de Rezago Social), sirvió para reproducir la jerarquía social en el análisis
- La demográfica (Recién nacidos vivos) para capturar el tamaño de los grupos de posición social (ponderación poblacional)
- La de salud (Razón de Muerte Materna) para analizar su desigualdad distributiva en la población.

Para el análisis de la asociación entre la Razón de Muerte Materna y las variables que integran el Rezago Social, se utilizó el paquete estadístico STATA v14. Para estimar la asociación a nivel estatal en los tres años de estudio entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago, se realizó un análisis basado en el Modelo de Regresión Lineal Simple debido al tamaño de la población. Para la estimación a nivel

municipal se realizó un análisis de Regresión Logística Binaria en donde la Razón de Muerte Materna fue convertida a Razón de Mortalidad y recodificada como variable dummy. Se tomó como punto de corte a la mediana, de tal manera que los estuvieron por arriba de ésta se consideraron casos y por debajo no casos. La significancia estadística para ambas regresiones realizadas, se determinó $p \leq 0.05$.

4.5. Consideraciones éticas.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, según el Artículo 17, esta investigación se consideró en el rubro de: "Sin riesgo", ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos.

Capítulo V.

Resultados.

5.1. Razón de Muerte Materna.

Razón de Muerte Materna Estatal. (RMM-E). Tomando como base el año 2005, se logró identificar una reducción de la Razón de Mortalidad Materna para los años subsecuentes a nivel nacional. (Tabla 1)

Tabla 1. Razón de Muerte Materna Estatal. México, 2005, 2010, 2015.

Año	Muerte Materna	Recién Nacidos Vivos	Razón de Muerte Materna
2005	1241	2,545,910	48.7
2010	990	2,620,683	37.9
2015	776	2,328,661	33.4

Fuente: elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

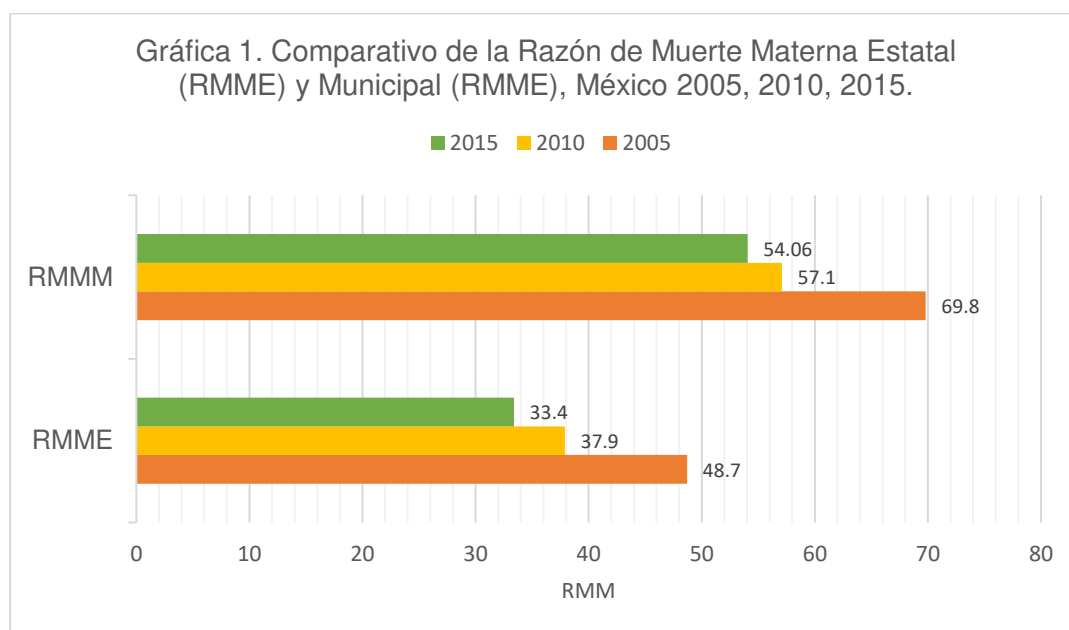
Razón de mortalidad materna a nivel municipal (RMMM). Al realizar el análisis a nivel municipal, el año 2005 presentó la mayor RMM (69.8), en el año 2010 fue de 57.1 y decreció hasta llegar a 54.06 en el 2015. De los 2, 457 municipios que integran la República Mexicana, en el año 2005, 597 (24.30%) presentaron al menos una defunción materna, en el 2010, 533 (21.69%) y, por último, 438 (17.83%) en el 2015. (Tabla 2)

Tabla 2. Razón de Muerte Materna Municipal. México, 2005, 2010, 2015.

Año	Municipios	%	Muerte Materna	Recién Nacidos Vivos	RMM
2005	597	24.30	1241	1,778,749	69.8
2010	533	21.69	990	1,733,006	57.1
2015	438	17.83	776	1,435,382	54.06

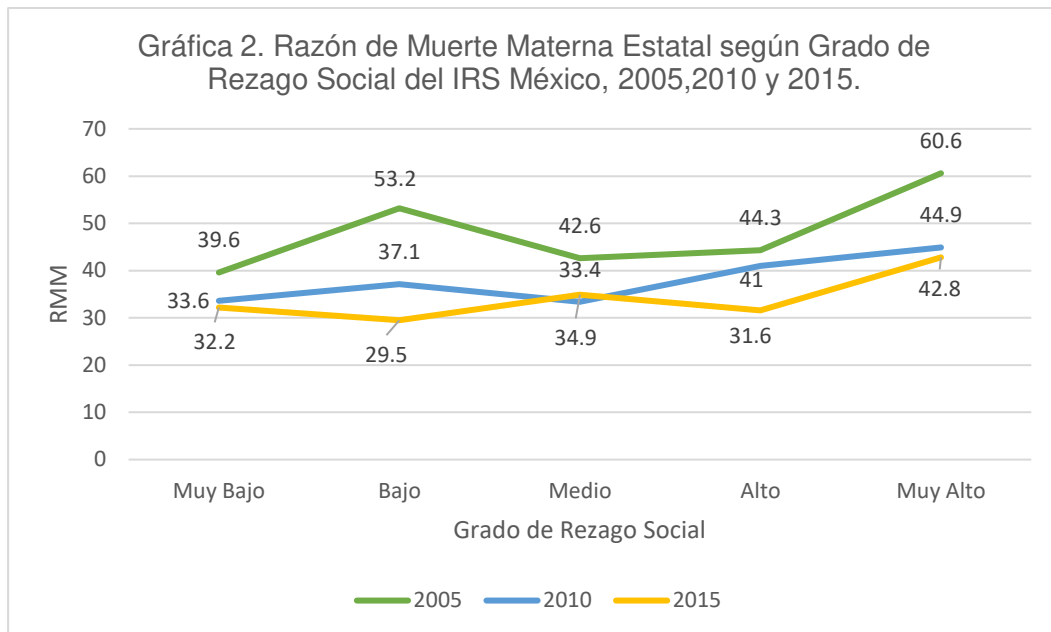
Fuente: elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Al realizar la comparación entre la RMM estatal y municipal, se observó que en ambas mediciones existe un decremento importante, sin embargo, los resultados municipales presentaron los valores más altos de la RMM en los tres años de estudio. (Gráfica 1)

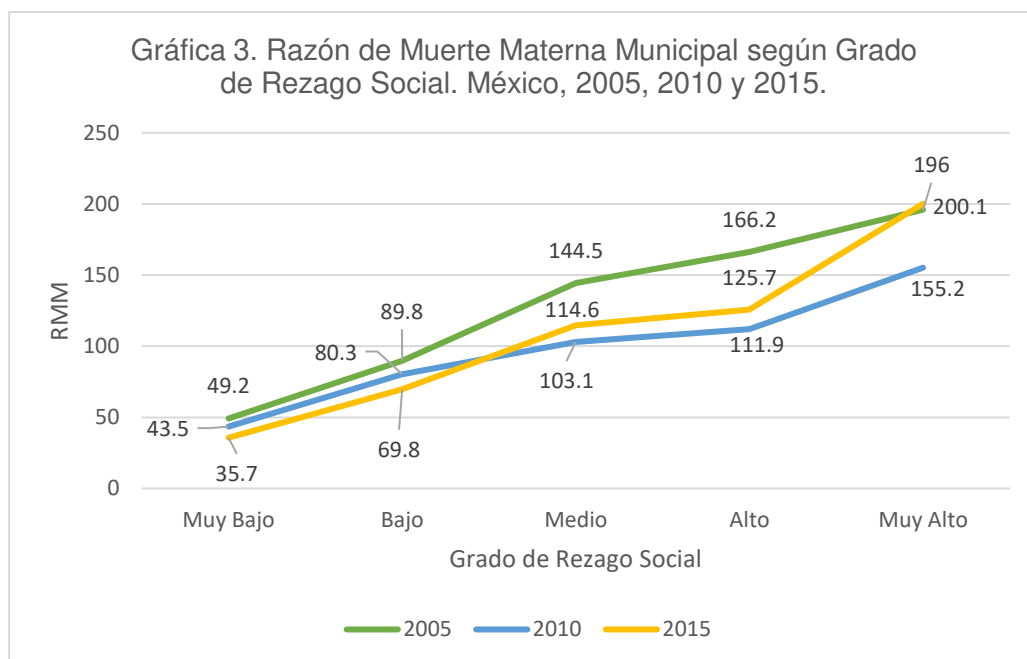


5.2. Razón de Muerte Materna según el Grado de Rezago Social del Índice de Rezago Social.

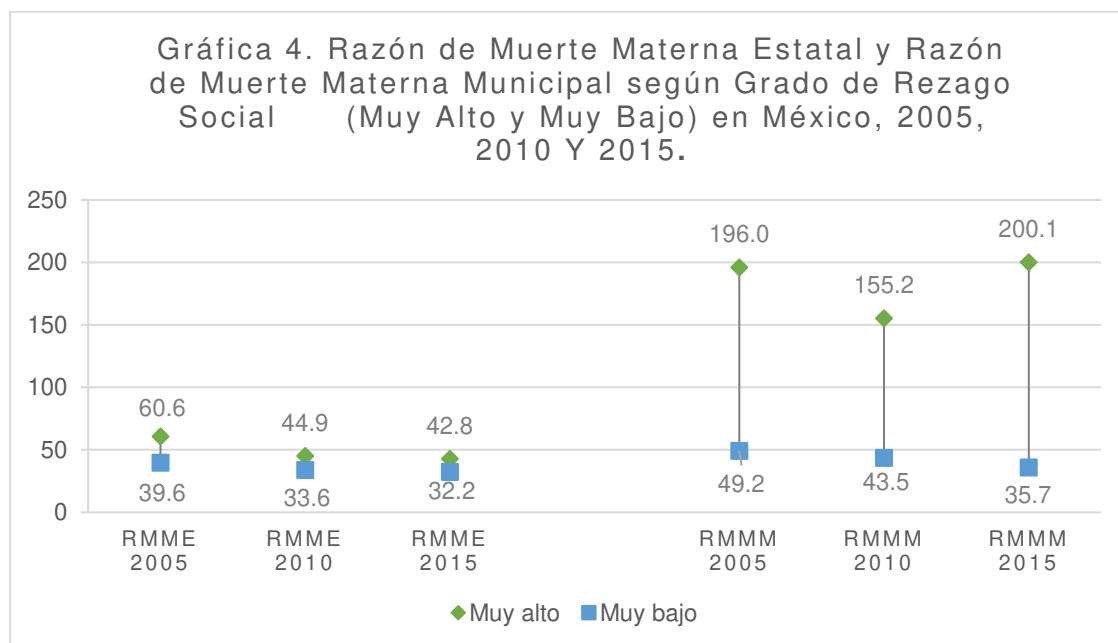
En los resultados que se obtuvieron al analizar la Razón de Muerte Materna según el Grado de Rezago Social del Índice de Rezago Social a nivel estatal, se logró identificar que los máximos valores se ubicaron en la categoría de Muy Alto Grado de Rezago Social, sin embargo, se pudo observar un decremento en los 3 años del estudio, ya que en el 2005 la RMM tuvo un valor de 60.6, en el 2010 de 44.9 y en el año 2015 de 42.8. (Gráfica 2).



En contraste, a nivel municipal, se encontró que los valores máximos de la Razón de Muerte Materna según el Grado de Rezago Social del Índice de Rezago Social mostraron un incremento en los años de estudio, sobre todo en la categoría de “Muy Alto” Grado Social ya que en el 2005 fue de 196, en el 2010 de 155.2 para finalizar en el 2015 en 200.1 (Gráfica 3).



Se realizó la comparación de las brechas a nivel estatal de la RMME y la RMMM tomando como referencia las categorías de “Muy alto” y “Muy bajo” de la variable Grado de Rezago Social del IRS. Los resultados obtenidos dan cuenta que, a nivel estatal, las brechas son casi imperceptibles, sin embargo, las brechas a nivel municipal contrastaron de manera significativa con los resultados estatales. (Gráfica 4)



La razón o brecha relativa que se calculó en base al Grado de Rezago Social permitió identificar que la RMM municipal en el 2015 en el grupo de Muy alto Rezago Social es de 5.6 veces mayor que la RMM en el grupo de Muy Bajo Rezago Social en comparación con la razón a nivel estatal que fue de 1.3, también, los mayores valores de la brecha absoluta se ubicaron a nivel municipal, sin embargo, en el año 2010 presentó un decremento y posteriormente repuntó en el 2015, con 164.4 (Tabla 3)

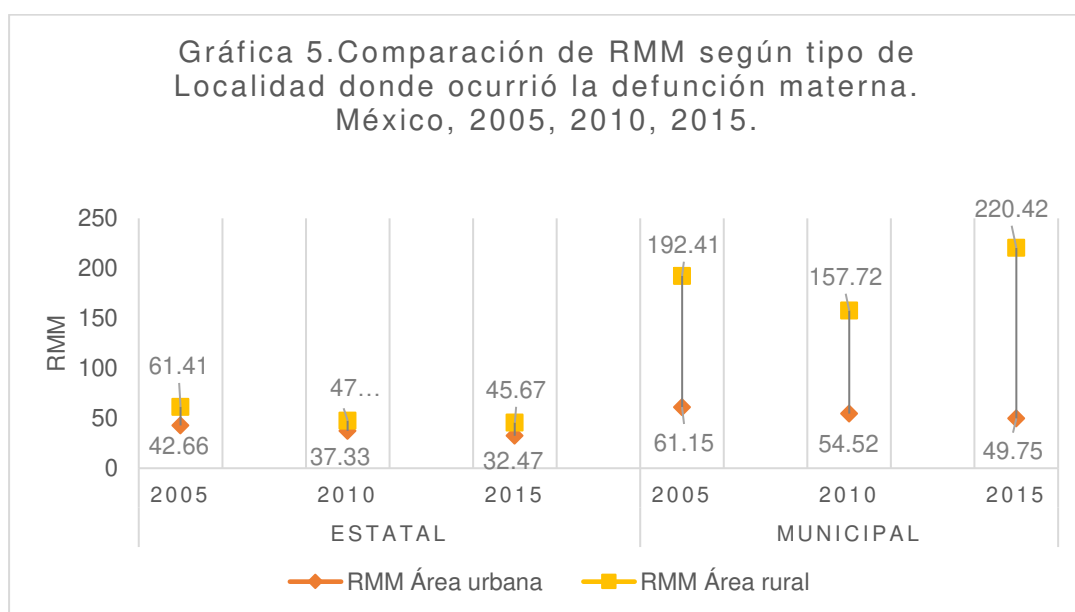
Tabla 3. Medidas de desigualdad de la Razón de Muerte Materna según Grado de Rezago Social y año. México

Año	Estatad		Municipal	
	Diferencia	Razón	Diferencia	Razón
2005	21	1.5	146.8	3.9
2010	11.3	1.3	111.7	3.5
2015	10.6	1.3	164.4	5.6

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

5.3. Tipo de localidad donde ocurrió la defunción.

Los resultados que se obtuvieron proporcionaron información para identificar el tipo de localidad donde ocurre la mayor RMM, ya que a nivel estatal, las brechas entre el área urbana y rural no fueron significativas, sin embargo, las brechas a nivel municipal y sobre todo en las zonas rurales dan cuenta de la magnitud del problema, es importante destacar la RMM en el área rural en el año 2005 fue de 192.41, descendió en el 2010 (157.72) y para el año 2015 se incrementó de manera considerable rebasando aún la RMM que presentó en 2005 (220.42). (Gráfica 5)



Al analizar la variable de localidad donde ocurrió la defunción, se identificó que las mayores brechas se ubicaron a nivel municipal sobre todo en el año 2015, ya que la razón en el área rural fue 4.43 veces mayor que la RMM que en el área urbana, para ese mismo año, la razón en el área rural fue de 1.4 veces mayor que la RMM en el área urbana a nivel estatal. (Tabla 4)

Tabla 4. Medidas de desigualdad según tipo de localidad donde ocurrió la defunción y año. México

Año	Estatad		Municipal	
	Diferencia	Razón	Diferencia	Razón
2005	18.75	1.43	131.26	3.14
2010	10.3	1.27	103.2	2.89
2015	13.2	1.4	170.67	4.43

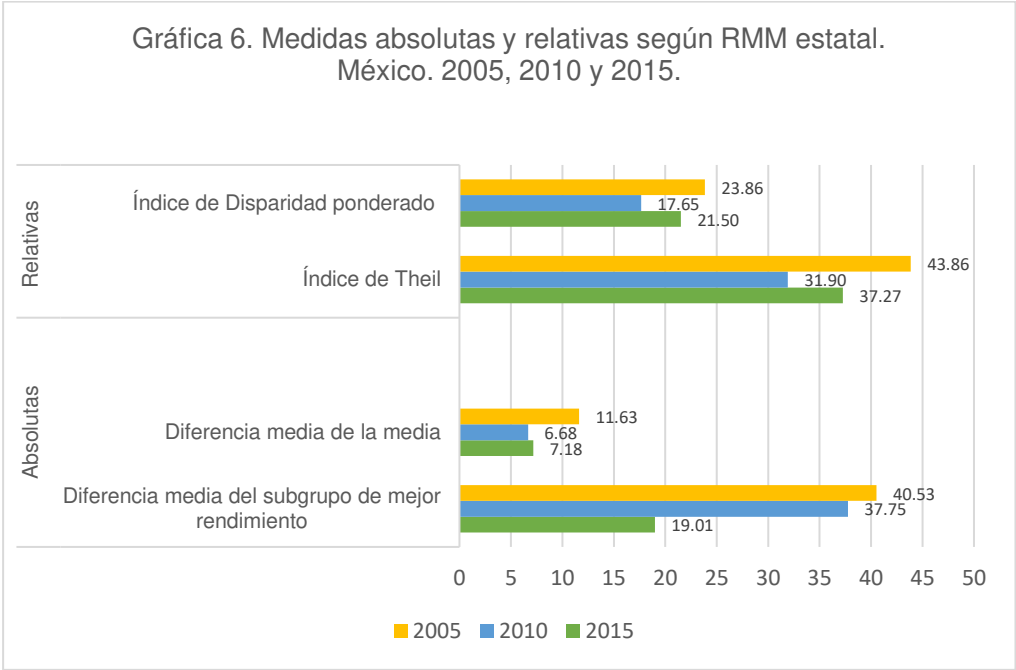
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

5.4. Resultados de las medidas de desigualdad a nivel estatal y municipal.

Para el análisis de la Razón de Mortalidad Materna, estatal y municipal se seleccionaron 4 medidas de desigualdad, dos de ellas absolutas; Diferencia media del subgrupo de mejor rendimiento (MDB) y la Diferencia media de la media (MDM) y las otras dos relativas; Índice de Theil (TI) e Índice de disparidad ponderado (IDISW).

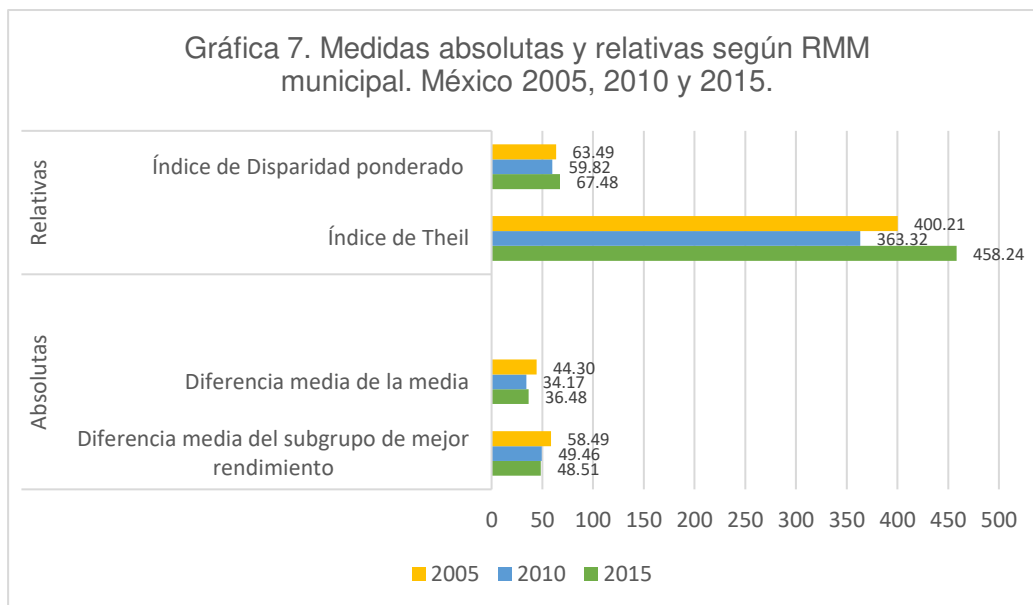
Nivel Estatal

De las medidas de desigualdad seleccionadas, el Índice de Theil mostró la mayor desigualdad en el 2005 con un valor de 43.86, en el 2010 presentó un decremento (31.90) y posteriormente tuvo un repunte de 37.27 en el 2015. (Gráfica 6)



Nivel Municipal.

El mayor valor de desigualdad relativa se obtuvo a través del Índice de Theil a nivel municipal, en el año 2005 tuvo un valor de 400.21, disminuyó en 2010 con 363.32 y repuntó en el año 2015 con un valor de 458.24. En comparación con el nivel estatal a través de los resultados del Índice de Theil se pudo corroborar una mayor desigualdad relativa a nivel municipal. (Gráfica 7)



5.5. Resultados de las Medidas de desigualdad a partir de las variables del Índice de Rezago Social.

En relación con las variables que integran al Índice del Rezago Social, se seleccionaron 4 medidas de desigualdad tanto para realizar el análisis tanto a nivel Estatal y Municipal, las absolutas; la Diferencia (D) y el Índice de Concentración Absoluta (ACI) y el Índice de concentración relativo (RCI) y la Razón de tasa (R) como medidas relativas, en cada una de éstas, se obtuvo el valor máximo para cada uno de los años 2005, 2010 y 2015 de las variables que integran al Índice de Rezago Social.

Medidas Absolutas

El porcentaje de la población sin derechohabencia a servicios de salud obtuvo los máximos valores en el año 2005 (Diferencia=27.51), lo que se traduce en que la brecha absoluta entre la Razón de Mortalidad Materna del grupo más desfavorecido y el grupo menos afectado es de 27.51 muertes maternas x 100 mil nacidos vivos.

Para el año 2010, la variable que obtuvo el máximo valor correspondió a porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador (Diferencia=14.73) y por último en el año 2015 la variable de porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica obtuvo el mayor valor (Diferencia=15.33).

Los resultados negativos del ACI indicaron que los grupos más afectados para el año 2005 correspondieron a los desfavorecidos en las siguientes variables, el porcentaje de población de 15 años y más con educación básica incompleta (-0.98); para el año 2010, porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela (-1.44) y por último el porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela (-0.98). (Tabla 5)

Tabla 5. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2005, 2010 y 2015

Año	Indicador	Nombre de la Medición sintética	Variable	Valor estimado	Desviación estándar	IC 95%	
						Máximo	Mínimo
2005	Razón de Muerte Materna	Diferencia (D)	Porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud	27.51	1.57	24.44	30.59
2010	Razón de Muerte Materna	Diferencia (D)	Porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador	14.73	1.57	11.65	17.81
2015	Razón de Muerte Materna	Diferencia (D)	Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica	15.33	1.57	12.25	18.40
2005	Razón de Muerte Materna	Índice de concentración absoluto (ACI)	Porcentaje de población de 15 años y más con educación básica incompleta	-0.98	0.31	-1.59	-0.36
2010	Razón de Muerte Materna	Índice de concentración Absoluto (ACI)	Porcentaje de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	-1.44	0.31	-2.06	-0.83
2015	Razón de Muerte Materna	Índice de concentración absoluto (ACI)	Porcentaje de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	-0.98	0.32	-1.61	-0.36

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

El análisis a nivel municipal mostró un comportamiento similar que el nivel estatal para la variable de porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud, sin embargo, los valores fueron considerablemente superiores, (Diferencia= 152.18) para el año 2005, lo que significa que la brecha absoluta entre la RMM del grupo más desfavorecido y menos afectado es de 152.51 muertes maternas para el año 2010, el siguiente valor máximo para el año 2015 correspondió a la variable de porcentaje de población de 15 años y más analfabeta (Diferencia=90.07) y por último en el 2015 el porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta (Diferencia=128.50). A partir del Índice de Concentración Absoluta se identificó que la variable de porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica (-6.77) fue la que obtuvo el mayor valor para el año 2005, el porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud (5.19) para el año 2010 y por último el porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador (-1.88) para el 2015. (Tabla 6)

Tabla 6. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Municipal. México 2005, 2010 y 2015

Año	Indicador	Nombre de la Medición sintética	Variable	Valor estimado	Desviación estándar	IC 95%	
						Máximo	Mínimo
2005	Razón de Muerte Materna	Diferencia (D)	Porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud	152	1.57	149.10	155.26
2010	Razón de Muerte Materna	Diferencia (D)	Porcentaje de la población de 15 años o más analfabeta	90.07	1.57	86.99	93.15
2015	Razón de Muerte Materna	Diferencia (D)	Porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta	128.50	1.57	125.42	131.57
2005	Razón de Muerte Materna	Índice de concentración absoluto (ACI)	Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica	-6.77	0.26	-7.28	-6.26
2010	Razón de Muerte Materna	Índice de concentración Absoluto (ACI)	Porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud	-5.19	0.26	-5.73	-4.65
2015	Razón de Muerte Materna	Índice de concentración absoluto (ACI)	Porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador	-1.88	0.29	-2.45	-1.32

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Medidas Relativas.

En lo que concierne a las medidas de desigualdad relativa a nivel estatal, los resultados del Índice de Concentración Relativo indicaron que los grupos más afectados correspondió a los desfavorecidos en la variable porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta (-2.00) para el año 2005, para el año 2010 y 2015 la variable de porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela se obtuvieron los valores máximos para el 2010 y 2015 respectivamente. La máxima Razón (R) identificada correspondió al año 2005, donde la Razón de Mortalidad Materna en el grupo más desfavorecido es 1.91 veces mayor que la razón de mortalidad materna en el grupo más favorecido en la variable de porcentaje de la población sin derechohabiencia en los servicios de salud. (Tabla 7)

Tabla 7. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2005, 2010 y 2015

Año	Indicador	Nombre de la Medición sintética	Variable	Valor estimado	Desviación estándar	IC 95%	
						Máximo	Mínimo
2005	Razón de Muerte Materna	Índice de Concentración Relativo (RCI)	Porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta	-2.00	0.64	-3.26	-0.74
2010	Razón de Muerte Materna	Índice de Concentración Relativo (RCI)	Porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	-3.82	0.82	-5.41	-2.22
2015	Razón de Muerte Materna	Índice de Concentración Relativo (RCI)	Porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	-2.94	0.96	-4.81	-1.06
2005	Razón de Muerte Materna	Razón (R)	Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud	1.91	0.08	1.76	2.97
2010	Razón de Muerte Materna	Razón (R)	Porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador	1.51	0.07	1.38	1.65
2015	Razón de Muerte Materna	Razón (R)	Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica	1.51	0.07	1.38	1.64

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

A nivel municipal, se identificaron las principales desigualdades entre el grupo más desfavorecido en las variables de porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica, porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud y al porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador para los años de estudio.

La mayor razón de tasas (R) identificada en los tres años de estudio, correspondió al año 2005, donde la RMM en el grupo más desfavorecido es 4.69 veces mayor que la razón de mortalidad materna en el grupo más favorecido en la variable de porcentaje de la población sin derechohabiencia en los servicios de salud. (Tabla 8)

Tabla 8. Valores máximos de las medidas de desigualdad entre la Razón de Muerte Materna y las variables del Índice de Rezago Social a nivel Municipal. México 2005, 2010 y 2015

Año	Indicador	Nombre de la Medición sintética	Variable	Valor estimado	Desviación estándar	IC 95%	
						Máximo	Mínimo
2005	Razón de Muerte Materna	Índice de Concentración Relativo (RCI)	Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica	-9.71	0.38	-10.46	-8.95
2010	Razón de Muerte Materna	Índice de Concentración Relativo (RCI)	Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud	-9.08	0.50	-10.06	-8.11
2015	Razón de Muerte Materna	Índice de Concentración Relativo (RCI)	Porcentaje de viviendas que no disponen de refrigerador	-6.64	0.86	-7.32	-3.95
2005	Razón de Muerte Materna	Razón (R)	Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los Servicios de Salud	4.69	0.13	4.44	4.95
2010	Razón de Muerte Materna	Razón (R)	Porcentaje de la población de 15 años o más analfabeta	3.29	0.10	3.10	3.48
2015	Razón de Muerte Materna	Razón (R)	Porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta	4.66	0.15	4.37	4.96

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

5.6. Resultados de la asociación de la Razón de la Mortalidad Materna a partir del Índice de Rezago Social.

Los resultados de la regresión logística binaria a nivel estatal para los tres años de estudio mostraron que no existe asociación significativa de cada una de las variables que integran el IRS con la RMM, por lo que se procedió a realizar un modelo de regresión lineal simple.

Para el año 2005 por estimación puntual, por cada unidad que aumenta el porcentaje de viviendas habitadas que no disponen de energía eléctrica se incrementa en promedio 2.40 (IC95%: .188-4.62) la RMM. (Tabla 9)

Tabla 9. Regresión Lineal simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2005.

Variable	Coeficiente	Error estándar	IC 95%		
			Valor de p	Máximo	Mínimo
Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta	1.55	.552	0.008	.432	2.68
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	3.00	2.12	0.168	-1.33	7.34
Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta	.496	.354	0.172	-.227	1.21
Porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud	.524	.179	0.007	.157	.891
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen con piso de tierra	.852	.348	0.020	.141	1.56
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	.842	.334	0.017	.159	1.52
Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje	.806	.335	0.023	.121	1.49
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.	2.40	1.08	0.034	.188	4.62
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	.526	.178	0.006	.162	.890
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.	.661	.230	0.008	.190	1.13
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.	1.55	.553	0.009	.425	2.68

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Para el año 2010 a nivel estatal y por estimación puntual, por cada unidad que aumenta el Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica se incrementa en promedio la RMM 2.73 (IC95%: .234-5.22). (Tabla 10)

Tabla 10. Regresión Lineal simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2010.

Variable	Coeficiente	Error estándar	Valor de p	IC 95%	
				Máximo	Mínimo
Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta	.729	.367	0.057	-.023	1.48
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	1.75	1.24	0.170	-.798	4.31
Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta	.343	.189	0.081	-.044	.731
Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud	.437	.182	0.023	.0644	.810
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen con piso de tierra	.612	.350	0.091	-.103	1.32
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	.230	.184	0.221	-.146	.607
Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje	.463	.240	0.064	-.029	.956
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.	2.73	1.22	0.033	.234	5.22
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	.275	.111	0.019	.048	.503
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.	-3.16	1.01	0.004	-5.25	-1.08
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.	.298	.452	0.515	-.627	1.22

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

En el último año de estudio, a nivel estatal y por estimación puntual, por cada unidad que aumenta el porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica se incrementa en promedio la RMM 4.89 (IC95%: 1.08-8.69). (Tabla 11)

Tabla 11. Regresión Lineal simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel Estatal. México 2015.

Variable	Coeficiente	Error estándar	Valor de p	IC 95%	
				Máximo	Mínimo
Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta	1.08	.453	0.024	.157	2.01
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	2.40	1.93	0.224	-1.56	6.37
Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta	.340	.206	0.110	-.826	.764
Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud	-.080	.452	0.860	-1.00	.847
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen con piso de tierra	1.13	.451	0.018	.210	2.05
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	.968	.364	0.013	.221	1.71
Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje	.734	.271	0.012	.177	1.29
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.	4.89	1.85	0.014	1.08	8.69
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	.124	.128	0.342	-.139	.388
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.	.217	.190	0.263	-.172	.607
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.	1.06	.563	0.069	-.0867	2.22

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

De acuerdo con los resultados del análisis de la Regresión logística binaria a nivel municipal para el año 2005, la variable con mayor significancia estadística correspondió al porcentaje de la población de 15 años o más

con educación básica incompleta. Por estimación puntual, el grupo más desfavorecido tuvo una razón de momios (RM) que representa 32,35 veces mayor el riesgo de morir por condiciones asociadas al parto respecto a las favorecidas y por estimación de intervalo de confianza, el riesgo va de 15.78 a 66.32, esto es, por una mujer favorecida que muere por condiciones asociadas al parto; hay de 15.78 a 66.32 mujeres desfavorecidas que mueren por dichas condiciones. (Tabla 12)

Tabla 12. Regresión Logística Binaria simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel municipal. Valores máximos en el grupo más desfavorecido. México 2005.

Variable	Razón de momios	Error estándar	Valor de p	IC 95%	
				Máximo	Mínimo
Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta	18.62	6.29	0.000	9.60	36.11
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	4.72	1.32	0.000	2.73	8.17
Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta	32.35	11.84	0.000	15.78	66.32
Porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud	21.82	7.42	0.000	11.19	42.52
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen con piso de tierra	15.66	5.06	0.000	8.31	29.51
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	6.81	1.97	0.000	3.85	12.02
Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje	24.56	8.52	0.000	12.44	48.49
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.	3.08	.858	0.000	1.79	5.32
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	20.83	7.05	0.000	10.72	40.47
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.	22.21	7.61	0.000	11.33	43.50
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.	3.03	.820	0.000	1.78	5.15

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Para el año 2010 la variable de Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta obtuvo la mayor significancia, con una $RM= 26.08$ (IC95%: 12.55-54.21) por estimación puntual, el grupo más desfavorecido tuvo 26.08 veces el riesgo de morir por condiciones asociadas al parto respecto a las favorecidas y por estimación de intervalo de confianza, el riesgo va de 12.55 a 54.21, esto es, por una mujer favorecida que muere por condiciones asociadas al parto; hay de 12.55 a 54.21 mujeres desfavorecidas que mueren por dichas condiciones. (Tabla 13)

Tabla 13. Regresión Logística binaria simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel municipal. Valores máximos en el grupo más desfavorecido México 2010.

Variable	Razón de momios	Error estándar	Valor de p	IC 95%	
				Máximo	Mínimo
Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta	21.47	7.77	0.000	10.56	43.65
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	3.20	.917	0.000	1.82	5.61
Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta	26.08	9.73	0.000	12.55	54.21
Porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud	2.92	.845	0.000	1.65	5.15
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen con piso de tierra	7.44	2.31	0.000	4.04	13.68
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	4.68	1.38	0.000	2.62	8.35
Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje	11.17	3.65	0.000	5.88	21.21
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.	13.82	4.65	0.000	7.15	26.74
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	15.51	5.31	0.000	7.93	30.35
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.	13.93	4.70	0.000	7.18	27.00
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.	.189	.057	0.000	.104	.342

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Para el año 2015 la variable con mayor significancia estadística también correspondió a porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta, el valor obtenido de RM fue de 56.21, (IC95%: 22.04-143.33) Para este último año de estudio, por estimación puntual, el grupo más desfavorecido tuvo 56.21 veces el riesgo de morir por condiciones asociadas al parto respecto a las mujeres con condiciones sociales más favorecidas (Tabla 14)

Tabla 14. Regresión Logística binaria simple. Razón de Muerte Materna e Índice de Rezago Social a nivel municipal. Valores máximos en el grupo más desfavorecido. México 2015.

Variable	Razón de momios	Error estándar	Valor de p	IC 95%	
				Máximo	Mínimo
Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta	19.06	7.51	0.000	8.80	41.28
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	3.61	1.15	0.000	1.93	6.75
Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta	56.21	26.84	0.000	22.04	143.33
Porcentaje de la población sin derechohabencia a los servicios de salud	.171	.059	0.000	.868	.338
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen con piso de tierra	12.04	4.39	0.000	5.89	24.61
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	5.83	1.94	0.000	3.03	11.21
Porcentaje de viviendas que no disponen de drenaje	31.70	13.67	0.000	13.61	73.84
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.	16.08	6.13	0.000	7.61	33.95
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	12.04	4.39	0.000	5.89	24.61
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.	15.78	5.97	0.000	7.51	33.13
Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.	10.21	3.67	0.000	5.04	20.65

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Capítulo VI.

Discusión.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio en comparación con los datos oficiales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna mostraron semejanza hacia una reducción de la Razón de Muerte Materna estatal, sin embargo, no hubo información disponible a nivel municipal, lo cual no permitió compararla. Así mismo, se logró identificar que las Razones de Muerte Materna a nivel municipal superan a las estatales en los tres años de estudio, lo cual invisibiliza la situación al interior del país. Los resultados del presente estudio coinciden con lo expuesto por Guzmán (2018), en el caso de México, las comparaciones territoriales suelen hacerse entre los estados de la República, pero estas unidades son demasiado grandes y heterogéneas, de forma que las diferencias sociales tienden a diluirse, pues reflejan promedios de situaciones polares bien distintas.

Se logró identificar que los valores máximos de la Razón de Muerte Materna municipales superaron a las estatales, por tanto, la Razón de Muerte Materna como promedio nacional, invisibiliza las desigualdades, por lo que se hace más difícil abordar las inequidades más profundas y específicas de la mortalidad materna. En este orden de ideas, Sanhueza (2007), sostiene que los promedios nacionales pueden ser engañosos, pues a menudo ocultan diferencias entre subgrupos a nivel local, la RMM está asociada significativamente con algunos indicadores socioeconómicos. Para reducir las inequidades en materia de salud, es crucial que los países adopten un enfoque que trascienda a los promedios nacionales y detecten los subgrupos que van quedando rezagados.

Otro resultado de este estudio a partir de la variable del Grado de Rezago Social tanto a nivel estatal como municipal, los valores máximos de la Razón de Muerte Materna se ubicaron en la categoría de Muy Alto Grado de

Rezago Social, al respecto Freyermuth, (2010), realizó un estudio en el periodo 2003 al 2007 y encontró que la mayor Razón de Muerte Materna se ubicó en Muy Alto Grado de Rezago Social (RMM; 205.93) en comparación con la de Muy Bajo Grado de Rezago Social (48.09). Es importante mencionar que la autora no menciona a qué nivel fueron sus resultados, sin embargo, los del presente estudio a nivel municipal del año 2015 fueron similares (Muy alto grado de rezago social, RMM= 200.1)-(Muy Bajo grado de rezago Social: RMM=35.7), éstos resultados coinciden también con los emitidos en el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015; Diagnóstico General de la Salud Población, el cual concluye que la Mortalidad Materna en 2013 fue más de cinco veces superior en los municipios con muy alto rezago social que en aquellos que están catalogados como de muy bajo nivel de rezago.

Los resultados de la Razón de la Mortalidad Materna en este estudio a nivel municipal contrastan con los estatales tomando como referencia la variable de Grado de Rezago Social, a decir de Freyermuth (2016), las políticas de salud excluyen a una parte de la población más desfavorecida, se minimiza la importancia del problema o se encubren a través de promedios o estadísticas ad hoc. Las poblaciones vulnerables son invisibilizadas por los promedios nacionales. A través de los resultados del presente estudio, se pudo constatar que a nivel municipal no hubo un decremento significativo entre el año 2005 (RMM=196) y 2015 (RMM= 200.1), de los tres años de estudio, el año 2010 fue el que presentó la menor RMM= 155.2, lo cual pudo deberse a la implementación de diversas políticas y programas.

Respecto a la variable de la localidad donde ocurrió la defunción, se logró identificar que las brechas a nivel estatal son casi imperceptibles, en contraste con las municipales. La mayor Razón de Muerte Materna y por ende la brecha de desigualdad, se ubicó a nivel municipal en aquellas localidades rurales en el año 2015 con 220.42, por el contrario, Delgado

(2010) concluyó que existe una concentración de la mortalidad materna en municipios urbanos y de Índice de Desarrollo Humano (IDH) alto y medio, en los que se cuenta con hospitales para la atención y resolución de las posibles complicaciones obstétricas, estas evidencias, a decir de Delgado, permiten revisar y reinterpretar conceptos hasta hoy aceptados, especialmente aquel que asociaba la Muerte Materna directamente con la pobreza, bajos niveles de desarrollo social y lejanía de los centros de atención hospitalaria, lo cual reitero, contrasta con los resultados obtenidos en este estudio. Sería importante destacar en nuestro país existe una definición de lo rural en base al número de población, sin embargo, para Rodríguez y Meneses (2011) lo rural es una categoría demográfica y residual, pues primero se define lo que es urbano, se estima la población urbana en función de ese criterio y el residuo es la población rural.

La brecha absoluta de desigualdad más representativa, tanto a nivel estatal como municipal para el año 2005 correspondió a la variable porcentaje de la población sin derechohabiencia a los servicios de salud, según datos del INEGI, para el año 2005, el 67.7% de las defunciones maternas se encontraban clasificadas sin afiliación a los servicios de salud, para el año 2010 el 27.8% y para el 2015, 11.43%, lo cual representó una disminución porcentual entre el año 2005 al 2015 del 56.2%. De acuerdo con Fernández, (2018) la carencia por acceso a la seguridad social afecta a la mayor proporción de habitantes en el país. La inclusión de las mujeres en el mercado laboral remunerado presenta inequidades frente a las condiciones que presentan los hombres, situación que se refleja en el acceso diferenciado a la seguridad social como prestación del trabajo. La brecha se acentúa entre la población con condición de pobreza: en el 2016, por cada 100 hombres ocupados que contaban con seguridad social, 49 mujeres ocupadas tenían acceso.

Sin duda, las brechas laborales entre hombres y mujeres son circunstancias que son invisibilizadas y que deben ser reconocidas en la génesis de la mortalidad materna, para Romero (2020), la relación de la mujer con el sistema de salud depende, entre otras cosas, de su posición dentro de la fuerza laboral. Núñez, (2009) señala que se ha documentado que una de cada tres embarazadas trabaja en forma asalariada por lo menos tres meses. Sin embargo, la supervisión de las condiciones laborales de la mujer trabajadora se ha hecho más laxas, se ha documentado que hay empresas maquiladoras en las que las mujeres trabajan a destajo, y que son periódicamente sometidas a un examen de embarazo, y cuando lo están, pierden su trabajo.

Aunado a las situaciones laborales precarias de las mujeres, las responsabilidades del cuidado familiar recaen asimétricamente en ellas, lo que limita su acceso al mercado laboral e incluso interrumpe su historial laboral.

La participación en actividades domésticas influye en la disponibilidad de tiempo para otras actividades, como el estudio, el esparcimiento y, en especial, el trabajo remunerado. Siendo las mujeres las principales responsables de realizar el trabajo para el hogar, su desempeño en el mercado laboral es muchas veces en jornadas parciales, trabajos esporádicos o estacionales y/o trabajo a domicilio (INMUJERES, 2008)

Las principales brechas tanto absolutas y relativas identificadas tanto a nivel estatal y municipal fueron aquellas relacionadas al Rezago Educativo; porcentaje de la población de 15 años o más analfabeta, porcentaje de 6 a 14 años que no asiste a la escuela y el porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta, es importante mencionar que ésta última variable (porcentaje de la población de 15 años y más con educación básica incompleta, fue la que tuvo en los 3 años de estudio a

nivel municipal la mayor significancia estadística) al respecto Santos, *et al*, (2010) concluyeron que el bajo nivel educativo se asocia a un mayor riesgo de muerte durante el periodo de gestación, debido a que una mujer sin preparación no comprende la importancia del control prenatal, no reconoce los signos de alarma y posiblemente lleve un embarazo sin importarle su evolución, en este mismo orden de ideas, Rodríguez y Rodríguez (2012) señalan que la clase social relacionada con aspectos como son la pobreza y la inequidad de los recursos; la exclusión social; y el bajo nivel educativo de las madres, eleva once veces el riesgo de morir, al ser este un factor relacionado con la comprensión por parte de la madre y su familia, de las implicaciones que tiene la gestación, de los signos de alerta y de los posibles riesgos que se pueden generar, lo que restringe la toma de decisión para consultar al servicio de salud. Los resultados llevados a cabo por Bauserman, *et al*, (2015) señalan que la educación no formal, (RR 3.2 [1.5, 6.9], educación primaria solamente (RR 3.4 [1.6, 7.5], educación secundaria solamente (RR 2.5 [1.1, 5.7] se asociaron con mayores riesgos de muerte materna. Otro estudio llevado a cabo por Freyermuth (2016), comparó municipios con distintos grados y encontró una Razón de Muerte Materna de 69 en municipios con 15% y más de analfabetismo en mayores de 14 años, lo que implicó un riesgo de morir de poco menos dos veces más que en aquellos con menos de 5% de analfabetismo (RMM 35.3). Es así que vivir en condiciones de analfabetismo determina menores posibilidades de sobrevivencia.

Considero importante resaltar que la brechas educativas están relacionadas con otras situaciones que hacen que la mujer no estudie o simplemente los abandone, Lechuga, *et al* (2018), al respecto, señala que aún persisten ciertos paradigmas que son una traba para cerrar la brecha de desigualdad de género de México, como es el caso del matrimonio y su relación negativa con la tasa de alfabetización; lo cual llevaría a pensar que

cuando una mujer decide casarse, su acceso a la educación se reduce porque no cuenta con el tiempo necesario para realizar ambas tareas - hogar y educación, también sugiere que el matrimonio y tener hijos, son factores que se relacionan negativamente con la inserción al mercado laboral para la población femenina.

Por otra parte, los resultados a nivel estatal en los tres años de estudio establecieron una asociación de la Razón de Muerte Materna y el porcentaje de viviendas habitadas que no cuentan con energía eléctrica, al respecto Sanhueza *et al* (2017) encontró que cinco indicadores socioeconómicos resultaron tener una asociación estadísticamente significativa con la RMM, de estos cinco, solo tres tenían desigualdades de RMM significativas: tasa de fecundidad total, producto interno bruto y porcentaje de hogares con electricidad, se identificó una asociación negativa entre la RMM y el porcentaje de hogares con electricidad (valor de $p= 0.0039$). La fuerza de asociación fue de 0.44 (IC del 95% [-0.68-0.10]).

De acuerdo con el análisis de regresión realizados, la variable con mayor significancia estadística a nivel estatal para los tres años de estudio, correspondió a viviendas habitadas sin energía eléctrica, mientras que a nivel municipal correspondió a la población con educación básica incompleta también para los tres años de estudio, ambas variables se encuentran vinculadas ya que el acceso a la energía eléctrica permite más tiempo disponible para el estudio fuera de las horas de clase así como el uso de conexión a internet para el uso de diferentes recursos tecnológicos que podrían facilitar la transmisión de conocimientos y el acceso a la educación a distancia y de acuerdo con los resultados de las mediciones de desigualdad existe una brecha en torno a las viviendas que no cuentan con energía eléctrica tanto a nivel estatal y municipal, para Martínez (2019), la energía eléctrica es una necesidad indispensable que proporciona soporte para un mejor desarrollo desde el punto de vista social, económico, cultural

y político. La importancia de ésta reside en la utilidad y beneficios proporcionados a la sociedad, en general se percibe en las comunicaciones, el transporte, el abastecimiento de alimentos y la mayor parte de los servicios de los hogares, oficinas y fábricas que dependen de un suministro de energía eléctrica.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce los derechos económicos, sociales y culturales como la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad; la educación de calidad; el acceso a los servicios de protección de la salud; un medio ambiente adecuado para el desarrollo y bienestar de las personas; la vivienda digna y decorosa; el acceso a la cultura; el acceso a la información a sus tecnologías, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones; la libertad de expresión e imprenta; la libertad de profesión, industria, comer y trabajo; entre otros. El ejercicio de estos derechos está supeditado cada vez en mayor medida al suministro de energía eléctrica (Mota, 2016)

Capítulo VII.

Conclusiones.

Las dos inequidades identificadas para los tres años de estudio correspondieron a nivel estatal a las viviendas habitadas sin energía eléctrica, y a nivel municipal correspondió al porcentaje de población de 15 años y más con educación básica incompleta.

Es importante mencionar que no contar con energía eléctrica según la Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer, instituye claramente el derecho a la electricidad como un derecho humano, en ella se establece que los Estados Partes adoptaran las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer y le asegurarán el derecho a “gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad, etc. De tal manera que el acceso al servicio eléctrico no puede ser considerado como una mercancía, sino como un derecho humano y social que debe ser garantizado por el Estado. Algunos instrumentos internacionales hacen referencia de manera explícita o implícita al derecho humano al acceso a la energía eléctrica, entre ellos podemos citar; la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la citada Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer (Artículo 14).

Por otra parte, la inequidad educativa se muestra como una sinergia caracterizada por las desigualdades en el género femenino que hacen que no cuenten con un capital cultural, social y tampoco económico para una resolución óptima del proceso reproductivo. Así mismo, en las inequidades identificadas, emergieron otras categorías de análisis que pudieran

diversificar la explicación de las brechas en la mortalidad materna, entre éstas podemos mencionar, el propio género, etnia, interculturalidad, clase social, socioterritorio y que posiblemente también sean otras inequidades que subyacen a la Mortalidad Materna. Por lo tanto, en el análisis que se realizó quedaron expuestas las brechas entre las mujeres, es decir, las desigualdades intragénero que se dieron a partir de su posición entre las más y menos favorecidas a partir de la Razón de Muerte Materna y el Índice de Rezago Social.

Bajo esta perspectiva, la Mortalidad Materna va más allá de ser un problema de Salud Pública, sino de inequidades que tienen su origen en la injusticia social y por ende de la violación sistemática de los derechos humanos, es así como la Razón de la Mortalidad Materna debería instaurarse desde un carácter social y debe cuestionarse el determinismo biológico hegemónico, debido a que desde esta óptica se desvincula la dimensión social en el proceso salud enfermedad y muerte. La Mortalidad Materna no es un problema de Salud Pública ni mucho menos multifactorial, desde la mirada de la Medicina Social tiene su origen en las desigualdades sociales que se traducen en inequidades en salud y que dan como resultado los diferenciados perfiles epidemiológicos.

Los datos obtenidos de la estimación de la Razón de Muerte Materna por si sola muestra una disminución en los años de estudio, sin embargo, al incorporársele el Grado de Rezago Social del Índice de Rezago Social, se logró constatar que los valores que adquiere son mayúsculos, lo cual refuta al discurso oficial.

La Muerte Materna es una violación a las libertades tanto constitutivas como instrumentales, la primera porque en su mayoría son evitables y respecto a la segunda, porque es un reflejo de la ausencia de la protección social de las mujeres en nuestro país. Considero entonces, que la mortalidad materna

no es un indicador principal del desempeño del sistema de salud, sino de una flagrante violación de los derechos humanos, además de una constante discriminación hacia la mujer por parte del Estado.

Creo importante señalar además, que la Muerte Materna en nuestro país pasa desapercibida por las autoridades sanitarias y hasta por los mismos deudos, como una violación hacia los derechos humanos, este acontecimiento trágico y evitable ha sido normalizado y cosificado en nuestra sociedad, si la salud es un derecho humano, tenemos la obligación de denunciarlo a través de la exigibilidad para que el Estado cumpla con sus obligaciones en materia de derechos, ya sea a través de la exigibilidad política o la justiciabilidad.

Es importante recalcar que el Programa de Acción Especifico -Salud Materna y Perinatal- menciona que la Salud es un derecho social cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los Estados deben cumplir en conformidad con las convenciones, protocolos y declaraciones por ellos suscritos, por lo tanto, la muerte materna es una violación a los derechos humanos porque es prevenible en la gran mayoría de los casos. Son muertes innecesarias, por lo que, al ocurrir, se viola el derecho a la vida de las mujeres. Nacer mujer en un sistema capitalista es sinónimo de desventaja, vulnerabilidad, y discriminación.

Limitaciones del Estudio

El Índice de Rezago Social como estratificador puede tener limitaciones para expresar las desigualdades en cuanto a que no se consideran otras variables como es la condición étnica, la remuneración económica, clase social.

Otro aspecto a considerar y que puede representar un sesgo en los resultados corresponde a que todas las variables que integran el IRS incluye a ambos sexos y no permite clasificar a las mujeres y tampoco el rango de la edad reproductiva.

Bibliografía

- ALAMES (2008). Taller latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. México
- Almeida-Filho N. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2751. doi: 10.18294/sc.2020.2751.
- Arcaya, Mariana C. Arcaya Akysa L. Subramanian, S.V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 38 (4); 261-271. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/261-271/es>
- Arias, Valencia S. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 35(2): 186-196.
- Bauserman, M. Lokangaka, A. Thorsten, V. *et al.* (2015). Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low-and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort análisis. *Reproductive Health*. 12:2-9
- Benach, J. Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon" Maracay, Venezuela.
- Blanco, G.J. Sáenz, Z.O. (1994). *Espacio Urbano y Salud*. México, Universidad de Guadalajara.
- Borde, E. Torres, Tovar M. (2017). El Territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Salud Debate*. 41; 264-275. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe2/264-275/es>
- Breilh, J. (2010a). Las tres "S" de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *Determinación Social de Salud y Reforma Sanitaria*.
- Cáceres, M. F. (2014). Justicia global, pobreza y mortalidad materna. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 32: 250-255.
- Calderón, Villareal C. Peláez, Herreros O. (2018). Condiciones de vida en áreas de alto rezago social y factores sociodemográficos de la pobreza multidimensional en Baja California. *Nóesis*. 27 (54). Disponible

en:<https://www.redalyc.org/jatsRepo/859/85951006005/html/index.html>

Cano, Isaza T.A. (2020). Salud de los migrantes: una reflexión desde la justicia social. *Migraciones internacionales*. 11 (8); 1-20

Casallas, M. A.L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev. Cienc. Salud*. 15 (3): 397-408

Castro, R. (2011). Sociología de la salud en México. *Política y sociedad*. 48 (2), 295-312. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/36637/35478>

CONEVAL (2010). Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud.

Delgado, L.A. Núñez, U.R M. Schiavon, E.R. (2013). Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010. *Género y Salud en cifras*, 11, (3), 3-15. Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/RevistaGySenC/SepDic13.pdf>

Drane, J.F.(1990). Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. *Bol of santi panam*. 108; 586-598

Eslava, Schmalbach J. Guarnizo, Herreño C.C. (2010). Medición de las Inequidades en Salud. *Desigualdad Social y Equidad en Salud. Perspectivas Internacionales*. Universidad de Guadalajara. Purpura. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/DESIGUALDAD_SOCIAL_Y_EQUIDAD_EN_SALUD.pdf

Fernández, Cantón S. B. (2018). Pobreza e inequidades en México. Un acercamiento a la inequidad social y a la desigualdad de género en salud. *Boletín CONAMED*. 4(21): 1-19

Freyermuth, Enciso G. (2010). Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. *CIESAS, CONEVAL, CNDH.*, 1-57.

Freyermuth, Enciso G. (2016). Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *Revista de CONAMED*, 21(1), 25-32. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161e.pdf>

Fuentes, M. (2014). México Social: mortalidad materna, signo de inequidad. Excélsior. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/03/11/948031>

García, Rodríguez J.F. (2002). Justicia Social y salud pública. Salud Tabasco. 8(1): 33-38.

Goli, S. Nawal, D. Rammohan, A. Sekher, Tv. Singh, D. (2017). Decomposing the socioeconomic inequality in utilization of maternal health care services in selected countries of south Asia and sub-saharan Africa. J. Biosoc. Sci page, 30:1-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0021932017000530> .

Gómez, Córdoba A.I. Pinto, Bustamante B.J. (2016). Justicia y equidad en salud: un reto para la formación de los profesionales de la salud. Eä Journal.8 (1): 93-117.

González, Guzmán R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina Social. 4(2); 135-143

González, Guzmán, R. (2018). Inequidades en salud en México 2015-2016. Salud Problema, 12(23); 46-55

Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Upload database edition. Version 1.0. Geneva, World Health Organization, 2017. Disponible en: https://www.who.int/gho/health_equity/heat_plus_technical_notes.pdf?ua=1

Hernández, M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. Ponencia presentada en Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES.

Hernández, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev. Salud Pública. 10(1); 72-82

Informe Sobre Equidad En Salud 2016: Un Análisis De Las Inequidades En Salud Reproductiva, Materna, Neonatal, De La Niñez Y De La Adolescencia En América Latina Y El Caribe Para Guiar La Formulación

De Políticas. Consultado el 4 abril de 2019. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf

Krieger, N. Teorías de la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *Revista internacional de Epidemiología*. 30(4): 668-667.

Lechuga, Montenegro J. Ramírez, Argumosa G. Guerrero, Tostado M. (2018). Educación y género. El largo trayecto de la mujer hacia la modernidad en México. *Economía UNAM*. 15(43): 110-139

Linares, P. N. López, A.O. (2012). Inequidades en salud en México. *Gaceta Médica de México*. 148:591-7. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_591-597.pdf

Lobato, H. S. (2009). Inequidades y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia*, 48, 52–55.
Ruiz, Ji. Nuhu, K. Mcdaniel, Jt. Popoff. F. Izcovich, A. Criniti, Jm. Inequality as a Powerful Predictor of Infant and Maternal Mortality around the World. *PLoS ONE*. 2015;10(10): e0140796. Disponible en: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0140796>

López, Arrellano O. Blanco, Gil J. (2004). Desigualdad social e inequidades en salud. *Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema*. 8 (14): 8-16

López, S. Álvarez J.A. Benítez, D. (2016). Ética y servicio universitario. En Binnqüist, Calvillo y Vera (comp). *Universidad y servicio. Aportaciones y desafíos del servicio comunitario en la UAM-X*

Maldonado, B. Gómez, M.F. Vinicio, M. (2013). El rezago social en áreas metropolitanas de México. *Estudios Económicos*, 28, (2), 265-297. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59728813004>

Martínez, Jasso I. Treviño, Cantú J.A. Gómez, Meza M.V. (2009). *Mapas de Pobreza y Rezago Social. Área metropolitana de Monterrey*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Consejo de Desarrollo social. Grafoprint Editores.

Martínez, Simón Mayuli. (2019). Proyecto de decreto que reforma y adiciona los artículos 4, 25 y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del derecho a la energía eléctrica. *Gaceta del Senado Núm. 1SPO-77. Sesión 2PSO-1AE-02*

- Mino, León D. Gutiérrez, Robledo L.M. Rosas, Carrasco O. (2018). Mortalidad del adulto mayor: análisis espacial basado en el grado de rezago social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 56 (5) 447-455. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im185d.pdf>
- Molina, Jaramillo A.N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en Salud Pública. *Cuadernos de Salud Pública*. 34 (1); 1-12. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n1/e00075117/es>
- Molina, R. E. Carbajal. C. (2008). Brechas regionales en salud. El caso de México. *Asociación Latina para el análisis de los Sistemas de Salud*.
- Monken, M. Peitee, P, Barcellos C. Rojas, Ll. Navarro, M. Gondim, G. *et al.* (2008). O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Barcellos C, editor. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.p. 23-41.
- Mota, Cienfuegos V.F. (2016). Acceso a la energía eléctrica. Debe reconocerse como derecho humano por ser un presupuesto indispensable para el goce de múltiples derechos fundamentales. Amparo en revisión 74/2016. Tercer tribunal colegiado en Materia civil del primer circuito.
- Mújica, Oscar J. Moreno, M. Claudia. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana Salud Pública*. 43; 1-8. Disponible en: <https://www.paho.org/journal/es/articulos/retorica-accion-medir-desigualdades-salud-para-no-dejar-nadie-atras>
- Núñez, Urquiza. R.M. 2009. ¿Cómo puede la CNDH contribuir a disminuir la tragedia de las muertes maternas? Memoria del Foro Internacional. La desigualdad entre mujeres y hombres. Un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud.
- ODM (2015). Informe 2015. Naciones Unidas. Disponible en: https://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- OMS. (2016). Mortalidad Materna, Nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

- OMS. (2018). Mortalidad Materna, Nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OPS. Cerrar las brechas de salud en la población menos protegida. Informe anual de la directora 2006. OMS.
- Picazzo Palencia, E. Gutiérrez, Garza E. Infante, Bonfiglio J.M. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estud. soc., México* 19 (37).
- Rodríguez, A. Meneses, J. (2011). Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural. Reunión de Expertos sobre: "Población Territorio y desarrollo sostenible. CEPAL
- Rodríguez, Rojas Y.L. Rodríguez, Hernández A. (2012) Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Mov. Cient.* 6(1): 132-143
- Romero, Pérez I. Sánchez, Miranda G. Chávez, Courtois M. (2010) Muerte Materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatol Reprod Hum.* 24(1): 42-50
- Romero, Suárez F. (2020). La brecha en salud: Acceso de la mujer a servicios médicos. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. CISS. Seguridad Social para el Bienestar.
- Salinas, Mulder S. (2016). Mortalidad materna y desigualdades encubiertas. Una mirada en profundidad desde el ISOMontevideo. *Articulación feminista Marcosur.*
- Sanhuenza, A. Roldán, J.C. Ríos, Quituzaca P. Acuña, M.C. Espinosa, I. (2007). Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*, 41, 1-7. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100234&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Santiago, Oropeza T. (2018). Repensar la injusticia. Una aproximación filosófica. *ISONOMÍA. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho.*
- Santos, Rebaza L.K. Luna, Victoria M. González, Reyes M. (2010). Mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad. *UCV Scientia.* 2(1):22-33

Schneider, M.C. Castillo, Salgado C. Bacallao, J. Et Al. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 12 (6): 398-415. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26379011_Metodos_de_medicion_de_las_desigualdades_de_salud/citation/download

Segura Del Pozo, J. (2014). Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas pública. Disponible en: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/desigualdades_salud_politicas_publicas.pdf

Sistema de Información de los Objetivos Del Desarrollo Del Milenio. Informe 2015. México. Disponible en: https://backend.aprende.sep.gob.mx/media/uploads/proedit/resources/los_objetivos_de_des_01e5566b.pdf

SSA (2019). Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México. García-Saiso S., Gutiérrez JP, et al., Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2019.

SSA (2020) Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología.

Tullo, Edgar. Lerea, María J. González, R. et al.(2020). Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. Rev Panam Salud Pública. 44: 1-7.

UNICEF. (2019). Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas.

Urquijo A.M. (2014). La Teoría de las capacidades en Amartya sen. EDETANIA.46: 63-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5010857.pdf>

Anexos

Anexo 1. Medidas de Desigualdad.

Mediciones absolutas y relativas de desigualdad en Salud			
Tipo de medición	Medida	Definición	Interpretación
Absolutas	Diferencia media con respecto al subgrupo de mejor desempeño (MDB)	Es una medida ponderada y compleja de la desigualdad que muestra la diferencia entre cada subgrupo y un subgrupo de referencia, en promedio	MDB toma solo valores positivos. Con valores más altos indican niveles más altos de desigualdad. Si MDB es cero, no hay desigualdad.
	Diferencia media de la media (MDM)	Es una medida ponderada y compleja de la desigualdad que muestra la diferencia entre cada subgrupo y un subgrupo de referencia, en promedio.	MDM solo toma valores positivos. Con valores más altos indican niveles más altos de desigualdad. MDM es cero, si no hay desigualdad.
	Diferencia (D)	Es una medida simple, no ponderada, de desigualdad que muestra la desigualdad absoluta entre dos subgrupos.	Si no hay desigualdad D, toma valor de cero. Para los indicadores adversos, los valores positivos indican una mayor concentración entre los subgrupos desfavorecidos y los valores negativos indican una mayor concentración entre los favorecidos
	Índice de concentración absoluta	El índice de concentración absoluta (ACI) es una medida compleja y ponderada de desigualdad que muestra la gradiente en varios subgrupos con un orden natural, en una escala absoluta. Indica el medida en que un indicador se concentra entre los desfavorecidos o los favorecidos.	Si no hay desigualdad, ACI toma el valor cero. Los valores positivos indican una concentración del indicador entre los favorecidos, mientras que los valores negativos indican una concentración del indicador entre los desfavorecidos. Cuanto mayor sea el valor absoluto de ACI, mayor será el nivel de desigualdad.
Relativo	Índice de concentración relativo (RCI)	Es una medida ponderada y compleja de la desigualdad que muestra el gradiente en múltiples subgrupos con orden natural, en una escala relativa.	RCI toma el valor de cero si no hay desigualdad. Los valores positivos indican una concentración del indicador entre los favorecidos, mientras que los valores negativos indican una concentración del

		Indica la medida en que un indicador se concentra entre los desfavorecidos o los favorecidos.	indicador entre los desfavorecidos. Cuanto mayor sea el valor absoluto de RCI, mayor será el nivel de desigualdad.
	Razón (R)	La razón (R) es una medida de desigualdad simple y no ponderada que muestra la desigualdad relativa entre dos subgrupos.	Si no hay desigualdad, R toma el valor uno. Solo toma valores positivos (mayores o menores que 1).Cuanto más lejos esté el valor de R de 1, mayor será el nivel de desigualdad.
	Índice de Theil (TI)	Es una medida compleja y ponderada de la desigualdad.	Si no hay desigualdad, TI toma el valor de cero. Los valores absolutos mayores indican niveles más altos de desigualdad.
	Índice de disparidad ponderado (IDISW)	Es una medida compleja y ponderada de desigualdad que muestra la diferencia proporcional entre cada subgrupo y el promedio de configuración, en promedio.	IDISW solo toma valores positivos. Con valores más altos indican niveles más altos de desigualdad. IDISW es cero, si no hay desigualdad.

Fuente: Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Upload database edition. Version 1.0. Geneva, World Health Organization.

Anexo 2. Definición conceptual, operativa y escala de medición de las variables

Definición conceptual, operativa y escala de medición de las variables.			
Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de Medición
Razón de Muerte Materna	Número de defunciones maternas / Número de recién nacidos vivos x 100, 000		Cuantitativa discreta
Variables Independientes.	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de Medición
Población de 15 años o más analfabeta	Población de 15 años y más analfabeta / Población de 15 años y más x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela / Población de 6 a 14 años x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Población de 15 años y más con educación básica incompleta	Población de 15 años y más sin escolaridad + Población de 15 años y más con educación básica incompleta / Población de 15 años y más sin escolaridad + Población de 15 años y más con educación básica incompleta + Población de 15 años y más con educación básica completa + Población de 15 años y más con educación posbásica x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Población sin derechohabencia a los servicios de salud	Población sin derechohabencia a servicios de salud / Población total x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Viviendas con piso de tierra	Viviendas particulares habitadas con piso de tierra / Viviendas particulares habitadas X 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Viviendas que no disponen de excusado o sanitario	Viviendas particulares habitadas que disponen de excusado o Sanitario / Viviendas particulares habitadas x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública	Viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública /	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal

	Viviendas particulares habitadas x 100		
Viviendas que no disponen de drenaje	Viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje / Viviendas particulares habitadas x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Viviendas que no disponen de energía eléctrica	Viviendas particulares habitadas que disponen de energía Eléctrica / Viviendas particulares habitadas X 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Viviendas que no disponen de lavadora	Viviendas particulares habitadas que disponen de lavadora / Viviendas particulares habitadas x 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Viviendas que no disponen de refrigerador	Viviendas particulares habitadas que disponen de refrigerador / Viviendas particulares habitadas X 100	Q1= Desfavorecidos Q5= Favorecidos	Cualitativa Ordinal
Grado de Rezago Social	Estratos en que se distribuyen las unidades de observación (Entidades federativas y municipios), de acuerdo con su Índice de Rezago Social	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto	Cualitativa Ordinal