

El Sistema de Protección Social en Salud: Una Propuesta para Analizar las Desigualdades Sociales en Salud Materna

The Social Protection System in Healthcare: An Analysis Proposal of Equity in Maternal Health

Dolly Marlene Blanco-Borjas^a, Luis Antonio García-Benítez^b, Laura Cristina Vargas-López^c

Resumen

Introducción: El Sistema de Protección Social en Salud se constituye como la transformación estructural más profunda del Sistema de Salud Mexicano en las últimas décadas, y como un fuerte impulso hacia la calidad, equidad y justicia financiera. **Objetivo:** Con el presente ensayo se pretende lograr una propuesta de análisis para abordar las inequidades sociales en salud materna. **Conclusión:** El rostro de la salud materna juega un papel primordial en el progreso de los sistemas de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El acceso a una atención materna equitativa y de calidad, son indicios del éxito de un país ante las desigualdades sociales en salud. Las inequidades en la salud materna se pueden analizar a través de tres dimensiones principalmente: la atención prenatal, la atención del parto y la mortalidad materna. Aunado a estas dimensiones se pueden incluir estratificadores (riqueza, región geográfica, educación, afiliación y utilización de servicios) que abarquen los principales elementos de los determinantes sociales de la salud enfocados a la salud materna.

Palabras clave: sistemas de salud, disparidades en el estado de salud, inequidad social, salud materna e indicadores de servicios.

Abstract

Introduction: The Social Protection System in Health constitutes the deepest structural transformation of the Mexican healthcare system in decades as a driving force toward quality, equity, and financial justice.

Objective: This paper aims to achieve an analysis proposal to address social inequity in maternal health.

Conclusion: The picture of maternal health plays a key role in the improvement of healthcare systems and sustainable development goals. The access to equitable and quality maternal care is an indicator of a country's success in the face of social inequalities in healthcare. Inequity in maternal health can be analyzed through three main dimensions: pre-natal care, care during childbirth, and maternal mortality. Combining these dimensions with stratifying factors (wealth, geographical region, education, membership, and use of services) can reveal the main social determiners behind inequity in maternal health.

Keywords: health systems, health status disparities, social inequity, maternal health and indicators of health services.

^a Instituto Nacional de Salud Pública, Doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Carrera de Enfermería. Cuitláhuac No. 190, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, Tlalpan, Ciudad de México, México.

^b Universidad Nacional Autónoma de México, Doctorado en Ciencias en Gestión y Políticas en Salud, Calle Libertad No. 100, Col. Pedregal de Carrasco, C.P. 04700, Ciudad de México, México.

^c Instituto Nacional de Salud Pública, Doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud, Avenida Universidad 655, Santa María Ahuacatlán, C.P. 62100, Cuernavaca, Morelos, México.

Correspondencia: Dolly Marlene Blanco Borjas
Instituto Nacional de Salud Pública
Correo electrónico: blanco_dolly@hotmail.com

Introducción

La historia del Sistema de Salud Mexicano ha transitado cambios importantes, de la caridad a la prestación de servicios en respuesta al incremento del gasto en salud y a la búsqueda de una mejor atención a la expectativa de los usuarios de los servicios de salud¹. En el 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud como una herramienta para suministrar aseguramiento en salud a la población sin cobertura de seguridad social con su brazo operativo y financiero, el Seguro Popular de Salud, y bajo los principios de democratización de la salud^{2,3}.

El Sistema de Protección Social en Salud se constituye como la transformación estructural más profunda del Sistema de Salud Mexicano en las últimas décadas, y como un fuerte impulsor hacia la calidad, equidad y justicia financiera⁴. Si bien el Seguro Popular de Salud representa una gama de oportunidades para ampliar los efectos sobre la equidad en los sistemas de salud, existen retos con respecto a su manejo técnico que podrían limitar oportunidades para la mejora de la gestión de recursos. La equidad en salud requiere elementos aptos de monitoreo, participación y de rendición de cuentas que permitan avanzar en el equilibrio entre las necesidades de salud y la asignación de recursos por área geográfica o nivel estatal⁵.

La salud materna juega un papel primordial en el progreso de los sistemas de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible^{6,7}. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1946 refiere que “los más altos estándares en salud deben alcanzarse para todos sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social”⁸ no obstante, se indica que la mortalidad materna es la inequidad en salud más grande del mundo, resultando el 99% de dichas inequidades en los países en vías de desarrollo⁹.

Entre los países latinoamericanos que son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el 2015, México presenta la mayor tasa de mortalidad materna de 38 por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de Chile con 22 por cada 100 mil nacidos vivos¹⁰. La situación de la mortalidad materna en México según la Dirección General de Epidemiología, indica una razón de mortalidad materna para el 2017 de 32.3 defunciones por cada 100.000 nacimientos estimados, lo que representa una reducción de 9.3 puntos porcentuales de lo registrado a la misma fecha del año 2016¹¹. Aunque esto parezca positivo las principales brechas están relacionadas con la distribución geográfica, lo que se traduce en inequidades en salud.

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, tiene como reto principal aumentar esfuerzos para acelerar la reducción de muerte materna. Por ello, se promueven acciones para conseguir un acceso efectivo a los servicios de atención obstétrica, enfocados a garantizar la atención prenatal oportuna a toda embarazada con énfasis en los grupos vulnerables, fortaleciendo de esta forma la atención obstétrica durante el puerperio¹². En México, el riesgo de morir debido a una causa materna es el doble para una mujer que reside en una entidad con muy alto rezago social comparado con aquella que reside en una entidad con muy bajo rezago social¹³.

En la ficha de monitoreo del Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) del 2015-2016 —dentro de las recomendaciones después de la evaluación del Seguro Popular—, se propone diseñar nuevos indicadores enfocados a medir el acceso y calidad de los servicios de salud otorgados a los beneficiarios del Programa¹⁴. Algunos estudios apuntan sobre el efecto del Seguro Popular de Salud en la mejora de acceso y uso de los servicios de

salud¹⁵, pero siguen los retos en la inequidad en cuanto a diferencias geográficas en la cobertura de intervenciones en salud materna, en mujeres sin seguro de salud, con escolaridad y nivel socioeconómico menor¹⁶ y variaciones en el desempeño en la producción de servicios de atención prenatal en los estados¹⁷.

Con el presente ensayo se pretende lograr una propuesta de análisis para abordar las inequidades sociales en salud materna. Para alcanzar dicho objetivo, se iniciará con los principales abordajes y elementos conceptuales respecto al tema de equidad, y posteriormente se propondrán indicadores que permitan medir las desigualdades sociales en salud materna.

Principales abordajes y elementos conceptuales sobre el tema de equidad en salud

En este apartado se discuten los abordajes conceptuales más representativos referentes a equidad en salud. Existe un punto de partida habitual cuando se pretende estudiar la equidad, esclareciendo que la equidad no es equivalente a igualdad. La equidad es un concepto complejo de asimilar, ya que se debe considerar en él, concepciones éticas y filosóficas que comprenden valores, justicia social y derechos¹⁸. En este sentido, la equidad en salud debe ser entendida en términos de justicia social en múltiples dimensiones, porque comprende los determinantes sociales de la salud, los resultados finales en salud, el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria¹⁹.

Importantes autores han dedicado sus esfuerzos en estudiar, definir e interpretar el concepto de equidad en salud, tal es el caso de Margaret Whitehead un ícono en la temática, que en la década de 1990 plantea la equidad como “la ausencia de desigual-

dades innecesarias, injustas y evitables”²⁰⁻²¹. Quizás esta definición nos hace reflexionar en qué medida se puede considerar lo innecesario, injusto e inevitable, si bien Whitehead en colaboración con otros autores propone los siete posibles determinantes en salud, sigue siendo imprecisa la valoración de los mismos. Dicha propuesta trasciende a organizaciones internacionales como la OMS, que considera las inequidades sanitarias como “desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países”²², a su vez la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define desigualdad e inequidad como la “lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias”²³. Estas tres propuestas ubican a la equidad en términos de justicia como un valor ético, se puede decir que definen la equidad de manera más robusta.

Otras definiciones que no integran el sentido de justicia, sino responden a determinantes sociales y económicos. En este argumento, Braveman define la equidad como “la ausencia de disparidades sistemáticas en la salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos sociales, que tienen diferentes niveles de ventaja / desventaja social subyacente, es decir, diferentes posiciones en una jerarquía social”²⁴. Se puede decir que el concepto de Braveman se aproxima a la medición de las desigualdades en salud para evaluar las inequidades en salud, aunque sigue siendo todo un reto medir algo tan complejo como la inequidad en salud.

Como se puede observar la equidad es un concepto ambiguo, y detallar cada una de las propuestas implica una larga discusión, sin embargo, se puede situar la equidad desde el punto de vista del que requiera ser estudiada; para este trabajo se situará en los determinantes sociales en salud.

En el marco de los determinantes sociales en salud, la Comisión de Determinantes Sociales en Salud (CDDS) los define como: "las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que reflejan sus posiciones diferentes en las jerarquías de poder, prestigio y recursos"²⁵. Para estudiar las desigualdades en salud es primordial llegar a las causas de las causas, dicho modelo conceptual y causal considera a la posición social de los individuos como la determinante principal que conduce a la distribución desigual en salud, a su vez esta división social está influenciada por el contexto socioeconómico y político. Tanto la posición social como el contexto son denominados "determinantes estructurales"²⁶.

El sistema de salud juega un papel como determinante intermedio de la salud, situándose entre la posición social y las desigualdades en salud²⁶. La atención sanitaria tiene un papel amortiguador de las desigualdades generadas por otros determinantes sociales²⁷.

Entendiendo que uno de los retos principales del Seguro Popular de Salud es mejorar el acceso en las poblaciones desfavorecidas para reducir las brechas de desigualdades en salud, en el siguiente segmento se aborda una propuesta de análisis para las desigualdades en salud materna.

Propuesta de análisis para las desigualdades en salud materna

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es imprescindible para avanzar hacia la disminución de las brechas entre las condiciones de salud de los diferentes grupos sociales, y por ende avanzar hacia una población más saludable²⁸. Por lo general para el monitoreo del estado de salud de una población se utilizan indicadores básicos de salud, como mortalidad materno-infantil, cobertura de servicio de salud, entre otros. En cambio,

para el monitoreo de las desigualdades en salud, además de los indicadores básicos se requieren estratificadores de equidad, los cuales permiten explorar las dimensiones de la desigualdad, tales como riqueza, escolaridad, zona geográfica, sexo y otros²⁹.

Los análisis de las desigualdades en salud se pueden enfocar en dos áreas: la situación de salud y los servicios de salud. Los indicadores para medir la situación de salud utilizan esencialmente datos de morbilidad y mortalidad. La medición de las desigualdades en el área de los servicios de salud utiliza datos de encuestas e incorpora conceptos como necesidad, acceso, eficacia, efectividad y otros que requieren una metodología más compleja²⁸.

Para la medición de la desigualdad en salud se cuenta con métricas simples y complejas. Las métricas simples establecen comparaciones de la salud entre dos grupos, por ejemplo, el más rico y el menos rico, estas métricas son las más utilizadas por su simplicidad. Por otro lado, las métricas complejas requieren mayor conocimiento e información para su elaboración, pero pueden establecer comparaciones entre varios grupos, tomando en cuenta el valor real que aporta cada uno de los grupos²⁹.

Las desigualdades en salud materna se pueden analizar a través de tres dimensiones: la atención prenatal, la atención del parto y la mortalidad materna. Estas tres dimensiones evidencian la mayor parte del proceso de atención que reciben las embarazadas, y a partir de ellas se pueden elaborar indicadores que permitan identificar los sectores que sufren mayor inequidad. Con base en estas tres dimensiones se seleccionaron seis estratificadores de desigualdad (región urbano-rural, grupo etario, riqueza, educación, tipo de servicio de salud o afiliación y entidad federativa) generando así seis indicadores de salud materna (Cuadro 1).

Los primeros cuatro indicadores son métricas simples que buscan explorar la situación en la que se encuentra la atención a la salud materna, al permitir la identificación de los grupos menos favorecidos y la descripción del panorama general. Estos indicadores tienen la ventaja de contar con varias fuentes de datos para su cálculo y por lo general, son fáciles de interpretar, sin embargo, no proporcionan información completa de todos los grupos o sectores de la sociedad. Por ejemplo, se sabe que las mujeres con educación superior tienen cinco veces menos riesgo de morir por causas maternas que aquellas que no tienen educación³⁰, pero se desconoce si contar solo con tres años de educación modifique dicho riesgo, o si las mujeres que se encuentran en una región del país tengan más riesgo sin importar la educación.

Con el objetivo de superar estas limitaciones se incorporan a los indicadores previos las métricas complejas, que incluye primeramente la frecuencia de consulta en la atención prenatal (al menos cuatro consultas) por tipo de afiliación o aseguramiento. Existen evidencias de que las mujeres con algún tipo de aseguramiento tienen mayor posibilidad (96%) de recibir la cantidad de consultas requeridas durante el embarazo, que aquellas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social (89.4%). En este último grupo se incluye a las mujeres afiliadas al Seguro Popular de Salud³¹.

En el caso anterior, parecería que la brecha no está muy marcada entre las mujeres con seguridad social y las que no, y se podría concluir que el Seguro Popular de Salud ha disminuido la desigualdad en salud materna entre el año 2003 y 2011³¹, pero hasta este punto el indicador no proporciona información de las brechas que pueden existir entre las diferentes regiones del país. Por tal motivo en este ensayo se propone la utilización de un segundo estratificador (entidad federativa) para las tres dimensiones: Atención prenatal (con al menos cuatro consultas),

Atención del parto por personal de salud capacitado y Tasa de mortalidad materna (Cuadro 1). De esta manera se facilita la identificación de los grupos más desfavorecidos.

Este trabajo también propone utilizar como indicador la atención del parto por personal de salud capacitado según nivel de riqueza. Para este caso sería importante primero definir qué constituye un personal calificado, lo ideal serían profesionales que hayan recibido capacitación para atender el parto y no solo considerar indiscriminadamente médicos, obstetras, parteras o enfermeras, suponiendo que deberían de tener dicha competencia³².

Esta métrica es uno de los indicadores principales que toma en cuenta la OMS para monitorizar las inequidades en salud en cada país; desafortunadamente México no cuenta con estos datos según lo reportado en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014³³. En la evaluación de diseño del programa de salud materna de la Secretaría de Salud se contempla dicho indicador³⁴, pero no existen las herramientas suficientes, ni los datos completos, para monitorizar de forma periódica esta métrica, y para esta propuesta de análisis sería de gran utilidad contar con ella, ya que la mayoría de las mujeres afiliadas al Seguro Popular de Salud se encuentran en los estratos de riqueza más bajos.

Por último, se propone incluir dentro de las métricas complejas la mortalidad materna, no solo por entidad federativa, sino por tipo de afiliación. Este indicador puede servir como base para analizar si la cantidad de recursos asignados a cada sector (Seguro Popular de Salud, IMSS, ISSSTE, y otros) ha sido un factor determinante para disminuir las desigualdades en salud materna. El Observatorio de Mortalidad Materna en México, reporta que el 53.7% de las mujeres que sufrieron muerte materna estaban afiliadas al Seguro Popular de Salud, contra el 24.4% que contaban con seguridad social³⁵. Estos resultados pueden

estar influenciados por las variables que se registran en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), como la menor cantidad de consultas prenatales que reciben los que no cuentan con seguridad social, así como acceso tardío o menor proporción de atención de parto por personal de salud capacitado³⁶.

Dos posibles beneficiarios de una nueva propuesta de indicadores específicos para el análisis de las desigualdades en salud materna son el Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS) y el Observatorio de Mortalidad Materna en México. Una de las principales funciones de estos observatorios es la de generar evidencia para que los tomadores de decisiones puedan reorientar las políticas de salud. Es necesario que desde la academia se presenten y discutan propuestas de indicadores para medir las inequidades en salud en salud materna.

Por todas las situaciones mencionadas anteriormente, el conjunto de indicadores que se propone en este trabajo (Cuadro 1) puede ayudar a identificar de forma más ordenada, a los grupos que sufren mayor desigualdad en la atención materna, y a partir de dicha información diseñar programas o redireccionar las políticas públicas hacia los grupos más desfavorecidos.

Conclusiones

Se concluye que la equidad es un concepto complejo que se ha estudiado desde diferentes posturas. Desafortunadamente, la comparabilidad de los datos sobre inequidad en salud entre países es todavía imperfecta, y es más aún dentro de una región geográfica específica. Contar con un indicador global de salud o de inequidad en salud facilitaría el diseño de programas y la toma de decisiones en salud, pero ante la complejidad del tema resulta prácticamente improbable

contar con uno. Los múltiples factores que intervienen en la salud de una población obligan a analizar el problema desde diferentes dimensiones para obtener la mayor información posible. Por tal razón en este ensayo se trató de abarcar los principales determinantes sociales de la salud enfocados a la salud materna (estratificadores).

Al analizar la salud materna en México, a través de los indicadores seleccionados para este trabajo, no hay duda de que el Seguro Popular de Salud ha contribuido desde sus inicios, a disminuir las desigualdades en la atención materna pero existen grupos que continúan en la marginación y sobre todo sin un acceso efectivo a los servicios de salud, dimensión que ha sido el estandarte del Sistema de Protección Social de Salud. También al analizar los indicadores mencionados, se hace evidente la inmensa necesidad de contar con más y mejores datos a nivel nacional para discernir de forma más exacta las contribuciones de los diferentes sectores que brindan atención a las mujeres embarazadas.

La importancia de generar y analizar los indicadores de medición de la desigualdad materna en México es evidente. Tanto los observatorios ciudadanos como los pertenecientes a la Secretaría de Salud deben prestar importancia a la generación de evidencia en inequidades en salud, con la finalidad última de que ésta se traduzca en cambios en las políticas públicas de salud.

El desafío para alcanzar la inclusión de la justicia social en la agenda 2030 se vuelve cada vez más difícil, no solo para los actores involucrados en la mejora de la salud materna sino también para la comunidad científica. Por lo que es necesario tomar acciones concretas para modificar los factores que impiden la distribución equitativa de los servicios básicos entre las mujeres mexicanas, y de esta forma conseguir el objetivo último que es "no dejar a nadie atrás".

Cuadro 1. Indicadores para el análisis de las desigualdades en salud materna.

Mediciones simples de desigualdad en atención materna						
Indicador de salud materna	Estratificador de desigualdad	Forma de medirlo	Posibles fuentes de datos	Limitaciones	Bondades	
Atención prenatal	Por región urbano-rural	Diferencia entre las proporciones de atención prenatal	ENSANUT GIS (Cubo dinámico) SINAC INEGI. ENADID	No se especifican regiones del país Datos incompletos en las fuentes	Fácil de calcular e interpretar Mayor probabilidad de encontrar los datos en una misma fuente	
	Por grupo etario, adolescente-adulto					
Tasa de mortalidad materna	Por nivel de riqueza	Diferencia absoluta entre más favorecido y menos favorecido	DGIS (Cubo dinámico) INEGI. Catálogo Nacional de Indicadores OECD. Health Status OMS. UNICEF	Ignora los grupos no extremos No toman en cuenta el tamaño de cada grupo	Fácil de calcular e interpretar	
	Por nivel de educación					
Mediciones complejas de desigualdad en atención materna						
Indicador de salud materna	Estratificador de desigualdad I	Estratificador de desigualdad II	Forma de medirlo	Posibles fuentes de datos	Limitaciones	Bondades
Atención prenatal, con al menos cuatro consultas	Por afiliación	Por nivel de riqueza	Diferencia promedio absoluta del promedio general	ENSANUT DGIS (Cubo dinámico) INEGI. ENADID	Por lo general se requiere de programa estadístico	En la mayoría se puede producir un número único Se pueden utilizar datos ponderados
			Por medio de índice de concentración	DGIS (Cubo dinámico) INEGI. CONAPO		
Tasa de mortalidad materna	Por afiliación	Por entidad federativa	Diferencia promedio absoluta del promedio general	DGIS (Cubo dinámico) INEGI. CONAPO	Requiere de conocimiento específico para la interpretación	El resultado se puede expresar en la misma unidad de medida que el indicador de salud Fácil comparación entre grupos

Fuente: Elaboración propia basada en Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Dirección General de Información en Salud (DGIS), Subsistema de Información Sobre Nacimientos (SINAC), Instituto Nacional de Estadística Y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Dinámica Geográfica (ENADID), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), Organización Mundial de Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Referencias

- [1] Frenk J, Gómez O. Para entender el sistema de salud de México. México: Nostra ediciones, 2015: 30.
- [2] Secretaría de Salud. Páginas de Salud Pública. Salud Pública Méx [Serie en Internet] 2007 [Consultado 8 enero 2018]; 49 (supl. 1): S126. Disponible en: <http://bit.ly/2rgjR4P>
- [3] Frenk J, Gómez O. Ideas and ideals: ethical basis of health reform in Mexico. *Lancet* [Sitio en Internet] 2009 [Consultado 9 enero 2018]; 373 (9673): 1406-08. Disponible en: <http://bit.ly/2B67RCV>
- [4] Nigenda G. Informe Final: Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009. México: INSP, 2009: 4-230. [Consultado 8 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2mCi1pB>
- [5] Arredondo A, Orozco E, Luna G, Aldaz V. Equidad e inequidades en Salud en México: niveles, tendencias y evidencias en el contexto de la reforma. *Salud Tab* [Serie en Internet] 2006 [Consultado 9 enero 2018]; 12 (2): 415-424. Disponible en: <http://bit.ly/2Dkwtxt>
- [6] Lucas A. La reducción de la mortalidad materna medirá el progreso de los sistemas de salud y el logro de los objetivos de desarrollo sostenible. *El país* 2017 marzo 8; Agenda 2020, desigualdad y salud.
- [7] ONU. Objetivos de desarrollo sostenible. [Sitio en Internet]. [Consultado 10 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1Z2Fdcq>
- [8] WHO. Constitution of the World Health Organization. [Serie en Internet] 2006 [Consultado 8 enero 2018]; 45 ed. Supplement (October): 1-18. Disponible en: <http://bit.ly/VFrPAj>
- [9] UNFPA. Maternal Health Thematic Fund. Annual Report 2008. [Sitio en Internet] Ginebra: UNFPA, 2009:1-44 [Consultado 10 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2mN7mcm>
- [10] Grupo Banco Mundial. Gasto en Salud. [Sitio en Internet]. [Consultado 11 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2D9wss1>
- [11] Secretaría de Salud. Información relevante muertes maternas. [Sitio en Internet]. [Consultado 12 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2mCQqo4>
- [12] Secretaría de Salud. Programa de acción específico: Salud materna y perinatal 2013-2018. México: SS, 2014: 11-100. [Consultado 11 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2ENgxA7>
- [13] Secretaría de Salud. Salud materna. [Monografía en internet]. México: SPPS/CNEGSR, 2015. [Consultado 13 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DdcqKF>
- [14] DGED. Marco conceptual de la DEPPES. [Sitio de Internet]. [Consultado 12 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DqqaJ0>
- [15] King G, et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* [Sitio en Internet] 2009 [Consultado 12 enero 2018]; 373 (9673): 1447-1454. Disponible en: <http://bit.ly/2DmbwOy>
- [16] Heredia I, et al. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud pública Méx* [Sitio e Internet] 2013 [Consultado 10 enero 2018]; 55 (supl.2): S249-58. Disponible en: <http://bit.ly/2rm6vnD>
- [17] Servan E, Avila L, Nigenda G, Lozano R. A performance analysis of public expenditure on maternal health in Mexico. *PLOS ONE* [Sitio en Internet] 2016 [Consultado 12 enero 2018]; 11 (4). Disponible en: <http://bit.ly/2mS5YEB>
- [18] Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social* [Sitio en Internet] 2008 [Consultado 11 enero 2018]; 3 (3): 247-259. Disponible en: <http://bit.ly/2mMeO7v>
- [19] Linares N, López O. Inequidades en la salud en México. *Gac. Méd. Méx.* [Sitio en Internet] 2010 [Consultado 9 enero 2018]; 148: 591-7. Disponible en: <http://bit.ly/2B96lQc>
- [20] Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv* [Sitio en Internet]

- 1992 [Consultado 12 enero 2018]; 22 (3): 429-445. Disponible en: <http://bit.ly/2DjLtuT>
- [21] Barry B. Political Argument. Berkeley: University of California Press, 1990.
- [22] WHO. Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud. Conceptos clave: ¿Qué son las inequidades sanitarias? [Sitio en Internet]. [Consultado 9 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1QhEK2p>
- [23] WHO. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. [Sitio en Internet]. [Consultado 10 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2mD2hT4>
- [24] Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epid Com Health [Sitio en Internet] 2003 [Consultado 11 enero 2018]; 57: 254-258. Disponible en: <http://bit.ly/2FMFjBJ>
- [25] WHO. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: WHO, 2008: 3-28. [Consultado 9 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2mTR54v>
- [26] Otero A, Zunzunegui MV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. México: UNAM, 2016: 88-99. [Consultado 9 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EXh3M8>
- [27] Bacigalupe A, et al. Desigualdades sociales en la atención a la diabetes tipo 2 en la Comarca Araba. Vasco: Departamento de salud, servicio de estudios e investigación sanitaria, 2017: 5-54. [Consultado 12 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DqScnx>
- [28] Schneider MC, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Pública [Sitio en Internet] 2002 [Consultado 12 enero 2018]; 12 (6): 398-414. Disponible en: <http://bit.ly/2BhGR3k>
- [29] OPS. Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, DC: OPS/OMS, 2016: 1-99. [Consultado 13 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2iHt5Q2>
- [30] Secretaría de Salud. Salud materna. [Monografía en internet]. México: SPPS/CNEGSR, 2015. [Consultado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DocqKF>
- [31] Servan E, Avila L, Nigenda G, Lozano R. A performance analysis of public expenditure on maternal health in Mexico. PLOS ONE [Sitio en Internet] 2016 [Consultado 12 enero 2018]; 11 (4). Disponible en: <http://bit.ly/2mS5YEB>
- [32] UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal. New York: UNICEF, 2008: 7-154. [Consultado 13 enero 2018]. Disponible en: <http://uni.cf/2DxpCA7>
- [33] WHO. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra: WHO, 2014: 8-165. [Consultado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2d6woNA>
- [34] INSAD. Evaluación de diseño del programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva. México: CNEGSR, 2016: 2-38. [Consultado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DvwbQv>
- [35] Luna M, Muños JA, Freyermuth G. Numeralia 2015: Mortalidad materna en México. México: OMM/ CIESAS, 2017:13-81. [Consultado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2BRY6Jh>
- [36] INSP. Evaluación externa del sistema de protección social en salud 2012. México: INSP, 2012: 9-176. [Consultado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DugaxB>

Recibido: 20 julio de 2018

Corregido: 24 de noviembre de 2018

Aceptado: 26 de noviembre de 2018

Conflicto de interés: No existe conflicto de interés