

salud.gob.mx/descargas/comites/monitoreo/Bol12_2014_21122015_VER_S_T.pdf
 5. Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Casos de VIH y SIDA diagnosticados y notificados según año y vía de transmisión en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo 1983-2014. México, DF: Secretaría de Salud, 2015 [citado mayo 22, 2018]. Disponible en: http://www.sisi.org.mx/jspssi/documentos/2015/seguimiento/00012/0001200308315_065.pdf
 6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Mortalidad. Defunciones por homicidios según ciudad de registro. México, Inegi: 2017 [citado feb 2, 2018]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>
 7. Secretaría de Salud, Centro Nacional contra las Adicciones. Centros Residenciales con Reconocimiento CONADIC/CENADIC en Hermosillo, Sonora. México, DF: Secretaría de Salud, 2015 [citado febrero 12, 2017]. Disponible en: http://www.sisi.org.mx/jspssi/documentos/2015/seguimiento/00012/0001200308115_065.pdf

El análisis de las desigualdades en salud: comentarios a Julio Pisanty-Alatorre

Señor editor: Hemos leído con interés el artículo "Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal", publicado recientemente,¹ el cual destaca la importancia de analizar la mortalidad materna en México e identificar aquellas condiciones que determinan las desigualdades. Sin embargo, deseamos hacer los siguientes comentarios.

En el artículo se menciona el interés de conocer el estado que guardan los municipios respecto a la mortalidad materna. Al respecto, es importante señalar que el uso de la razón de mortalidad materna (RMM) como indicador ha sido ampliamente justificado, incluyendo la construcción del numerador/denominador elegido para tal fin y considerando además los problemas de registro subyacentes, así como la importancia de la reclasificación.^{2,3} La RMM no es un promedio de las defunciones; la construcción de

ambas mediciones difieren respecto a la relación numerador/denominador, por lo que su consideración en el artículo no es correcta.

Es importante reconocer que ningún sistema de notificación y vigilancia epidemiológica da cuenta de todos los casos, pero se pueden estimar las cifras reales a través del método de captura y recaptura o el de inventario, lo que sería de utilidad para dar respuesta al interés que se plantea en el artículo.

Se menciona que no existen antecedentes de la notificación de márgenes de error de las cifras, por lo que son poco confiables, y se plantea el uso del error estándar relativo (EER) a partir de la fórmula propuesta, donde se supone que la RMM es una proporción. A lo anterior, el cálculo del error estándar describe la desviación estándar de la distribución muestral de un estadístico, no la distribución de los valores individuales, siendo el EER la expresión del error estándar como porcentaje de la media y de utilidad cuando los datos fueron obtenidos a partir de una muestra, lo cual no ocurrió en el artículo.⁴

El autor interpreta en sus conclusiones la diferencia de la Razón de mortalidad materna (RMM) entre los espacios territoriales como una medición de riesgo o probabilidad, sin embargo, dada la naturaleza de la misma, no es adecuada dicha interpretación, ya que no expresa términos de probabilidad, como lo haría una razón de prevalencia o razón de momios.⁵

Por otra parte, el análisis del socioterritorio utilizado en el artículo se basa en el método de Jenck, entre cuyas ventajas destaca que no permite comparaciones directas y sólo se justifica cuando existen discontinuidades. Para el abordaje del socioterritorio es necesario considerar las características sociales-económicas para delimitar dichos espacios, sobre

los cuales se analizan los indicadores de salud y las brechas de desigualdad.

Es recomendable que para el análisis de desigualdades en salud se realicen mediciones absolutas y relativas específicas. El uso del Índice de Disparidad e Índice de Theil permite conocer las desigualdades entre regiones y la eventual modificación en sus valores en periodos de tiempo específicos, tomando en cuenta que la unidad de análisis por municipio o estado es de dimensión no ordenada (ordinal) y considerando el cero como valor de igualdad.

Oswaldo Sinoe Medina-Gómez, MC, D en SC,⁽¹⁾
 epired@gmail.com
 Jacqueline Espinosa-Felix, MC,⁽²⁾
 Karla Sarahi Ramos-Orenday, MC.⁽²⁾

⁽¹⁾ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

⁽²⁾ Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

<http://doi.org/10.21149/19252>

Referencias

1. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Publica Mex* 2017;59:639-649. <https://doi.org/10.21149/8788>
2. Eternod- Arámburu M. Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. *Realidad, Datos y Espacio Rev Int Estad Geog* 2012; 3(1): 24-69.
3. Torres LM, Rhenals AL, Jiménez A, Ramírez-Villalobos D, Urióstegui R, Piña M, Rocha H. Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México: el efecto en la distribución de las causas. *Salud Publica Mex* 2014; 56(4):333-347. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i4.7353>
4. Centers for Disease Control and Prevention/ National Center for Health Statistics. Reliability of estimates [sitio de internet]. Atlanta: CDC. [consultado nov 10, 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/ahcd/ahcd_estimation_reliability.htm
5. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública Mex* 2000;42(4):337-348. <https://doi.org/10.1590/S0036-3634200000400009>