



Asunto. Asignación de Número de Dictamen

Dr. Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo
P R E S E N T E

En atención a la solicitud presentada a este Comité Editorial, con fecha 19 de septiembre del 2024, en donde se solicita la Dictaminación para la obra a publicar titulada:

“Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno”

como producto editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, y una vez que los lectores designados han tenido a bien extender a este Comité Editorial sus atentos comentarios sobre la obra arriba citada, nos permitimos extender a usted el presente oficio de Asignación de Dictamen con el Número:

CUCS/CE/0015/24

Finalmente, nos permitimos reiterar a usted, tenga a bien registrar en la página legal de la obra, la leyenda: “La presente obra cuenta con el dictamen No.CUCS/CE/0015/24 del Comité Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud”.

A t e n t a m e n t e

“Piensa y Trabaja”

**“30 años de la Autonomía de la
Universidad de Guadalajara y de su organización en Red”**

Guadalajara, Jalisco; a 28 de octubre de 2024


Dr. José Francisco Muñoz Valle
Presidente del Comité Editorial


Dra. Edith Oregon Romero
Secretaria del Comité Editorial

Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno

RICARDO IGNACIO AUDIFFRED JARAMILLO

GEORGINA VEGA FREGOSO

RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME

(Coordinadores)



CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA



Rector General

Ricardo Villanueva Lomelí

Vicerrector Ejecutivo

Héctor Raúl Solís Gadea

Secretario General

Guillermo Arturo Gómez Mata

**Coordinadora General Académica
y de Innovación**

María Esther Avelar Álvarez



**Rector del Centro Universitario
de Ciencias de la Salud**

José Francisco Muñoz Valle

Secretaria Académica

Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Secretaria Administrativa

Saralyn López y Taylor

**Directora de la División de Disciplinas
Básicas para la Salud**

Norma Alicia Ruvalcaba Romero

Director de la División de Disciplinas Clínicas

Eduardo Gómez Sánchez

**Directora de la División de Disciplinas
para el Desarrollo, Promoción
y Preservación de la Salud**

Gabriela Macedo Ojeda

Coordinador de Innovación Educativa y Calidad

Juan Francisco Flores Bravo

COMITÉ EDITORIAL CUCS

Presidente

José Francisco Muñoz Valle

Secretaria

Edith Oregon Romero

Secretarios Técnicos

Alexis Missael Vizcaino Quirarte
Ma. de los Ángeles Villegas

**Directora de la Colección
de Publicaciones Científicas**

Juliana Marisol Godínez Rubí

Directora de la Colección de Difusión

Georgina Vega Fregoso

Directora de la Colección

de Libros de Texto
Alma Marina Sánchez Sánchez

Director de la Colección de Divulgación

Francisco Javier Turrubiates Hernández

**Directora de Comisión de Análisis,
Impacto y Relevancia Científica,
Curricular, Social e Institucional**
Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Profesor Dictaminador Invitado Externo

Iván Manuel Girón Pérez

Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno

Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

Georgina Vega Fregoso

René Cristóbal Crocker Sagastume

(Coordinadores)



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA



Primera edición: 2024

Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno

Universidad de Guadalajara

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

D. R. © 2024 Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

D. R. © 2024 Georgina Vega Fregoso

D. R. © 2024 René Cristóbal Crocker Sagastume

Calle Sierra Mojada 950, Independencia Oriente, 44340 Guadalajara, Jalisco.

La presente obra cuenta con el dictamen **No. CUCS/CE/0015/24**
del Comité Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
Con una dictaminación a doble ciego.

Obra de portada: *Hablemos nuestra lengua para que florezca / Na Ka'an Sa'an Ko Takua Tsai*

Medida: 50x60 cm. Acrílico sobre lienzo. Año 2019. Autor: Santiago Savi

Diseño de portada y diagramación de interiores: Postof

Coordinación editorial general: Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo, Georgina Vega Fregoso y
René Cristóbal Crocker Sagastume

Para una lectura óptima y un mejor funcionamiento de ligas externas y notas al pie de
página, usar el programa Acrobat Reader (acceso gratuito en:
[<https://get.adobe.com/es/reader/>](https://get.adobe.com/es/reader/)).

ISBN: 978-607-8696-90-1

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Índice

De los coordinadores y autores	9
Prólogo	15
Introducción	19

PARTE I

Educación médica en el Antropoceno. Aportes teórico-metodológicos en sociomedicina	25
---	----

Paradigmas y epistemologías de la educación médica. Propuesta para el desarrollo educativo en sociomedicina	
René Cristóbal Crocker Sagastume	27

Formas de conocer y aprender. Epistemología, ciencias sociales y salud en el Capitaloceno	
Alex Ramón Castellanos Domínguez	39

Elementos transversales y transdisciplinarios. Algunas reflexiones para la formación en Salud	
Luis Rodolfo Morán Quiroz	63

Educación Médica y Ética Ambiental	
María de la Luz Aviña Jiménez	
Rocío Preciado González	
Jorge Alejandro Sánchez Castellón	
Hilda Beatriz Orozco Anzo	73

Aporte metodológico en la investigación sociomédica para el estudio de la salud/enfermedad/atención/prevención: Intervención Territorial	
Roselia Arminda Rosales Flores	
Mayra Lilia Chávez-Courtois	93

Competencias en investigación cualitativa en el currículum de la licenciatura en Medicina de la Universidad de Guadalajara	
Claudia Azucena Palafox Sánchez	
Aarón González Palacios	107
PARTE II	
Otras epistemologías y re-configuraciones Sociomédicas	121
Medicina basada en narrativas. Un paradigma necesario para la atención centrada en el paciente	
Columba J. Navarro Romero	
Georgina Vega Fregoso	123
Prácticas de nutrición y alimentación bajo una opción decolonial	
Karla Ivette Gómez Becerra	141
Reflexiones sociomédicas sobre el Modelo Médico Hegemónico y el abordaje ético de los conceptos diagnósticos desde la salud mental	
Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo	
Yolanda Ivonne Pérez Prado	165
Abordajes epistemológicos latinoamericanos. El problema endémico de la salud-enfermedad	
Pablo Casillas Herrera	181
Estrategias de comunicación comunitaria para la salud. Un enfoque socio médico	
Georgina Vega Fregoso	199
PARTE III	
Aplicaciones de la sociomedicina a la comprensión de la Salud	219
Perspectivas sociológicas del fin del siglo XX e inicio del XXI: Comprensión de la Salud y la Enfermedad más allá de la biología	
Misael Jesús Rubio Espinosa	
Pablo Herrera Casillas	
Rosa Elizabeth Sevilla Godínez	221
Lenguaje y discurso científico y su influencia en los estereotipos de roles de género	
Adriana Martínez Cuarenta	245

Abordaje de la diversidad sexual en Americana Latina desde las ciencias de la salud; una mirada desde las ciencias sociales	
Gerardo Iván Martínez Vizcaino	257
Epistemologías Ecofeministas: retejer las interconexiones bioculturales y co-crear conocimiento terapéutico femenino	
Gisela Valdés Padilla	275
Salud y enfermedad en egresos hospitalarios de población indígena y no indígena atendida por la Secretaría de Salud durante 2023	
María Guadalupe Ramírez Rojas	301
A manera de epílogo	
René Crocker Sagastume	319

Salud y enfermedad en egresos hospitalarios de población indígena y no indígena atendida por la Secretaría de Salud durante 2023

María Guadalupe Ramírez Rojas

Resumen

Aproximadamente un 9.4% de la población en México se autoadscribe como indígena. Sin embargo, la información sobre la dinámica de los eventos de salud y enfermedad de esta población es limitada, ya que solo una institución del sector salud reporta datos específicos sobre la población indígena. Por esta razón, las estadísticas oficiales en salud privilegian el reporte de la población en general, sin detallar el estado de salud de los indígenas, a pesar de que México dispone de sistemas de información robustos en comparación con otros países a nivel mundial.

Debido a la falta de visibilidad de la información sobre la salud de la población indígena, nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de la morbilidad a partir de los egresos hospitalarios entre la población indígena durante 2023. Desarrollamos un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, consultando fuentes oficiales sobre los egresos hospitalarios de la SSA. Consideramos las siguientes variables para el análisis: hablante de alguna lengua indígena, sexo, edad según quinquenios y morbilidad según la afección o causa diagnóstica principal al momento del egreso hospitalario. Utilizamos el cálculo de tasas para el análisis.

Encontramos que el 96.4% de los egresos hospitalarios correspondieron a la población no indígena y el 3.43% a la población indígena. La naturaleza de los servicios de salud en México está principalmente orientada a brindar atención a la población hispanohablante. Aunque existen algunas unidades con traductores, aún queda un largo camino por recorrer para implementar un enfoque intercultural que resuelva las necesidades de la población indígena. Al menos el 10% de la

población en México es indígena, una cifra estadísticamente significativa que debería motivar un replanteamiento de cómo facilitar el acceso a los servicios de salud. Es fundamental establecer estrategias culturalmente pertinentes dirigidas específicamente a los pueblos originarios. La brecha de acceso observada es inaceptable, considerando la proporción de población indígena en México. Finalmente, es crucial incluir en los registros de la estadística nacional en salud las variables que reflejen la prestación de servicios de salud a la población indígena.

Palabras clave: Población indígena; accesibilidad a los servicios de salud; intercambio de información sanitaria; indicadores de morbilidad; hospitalización.

Cada vez más sistemas de salud alrededor del mundo persiguen la meta de disponer de información actualizada sobre los procesos de salud y enfermedad que ocurren dentro de las poblaciones. Contar con registros actualizados que reflejen la dinámica en la que ocurren estos eventos en tiempo real ofrece una valiosa oportunidad para la toma de decisiones informadas sobre diversos problemas de salud que afectan a los diferentes grupos poblacionales. Esto no solo permite plantear estrategias para resolver estos problemas, sino también anticipar programas de salud basados en el análisis del comportamiento epidemiológico.

Los registros de los eventos de salud, junto con los procesos de sistematización y análisis de información, deben ser, por tanto, confiables y de alta calidad, considerando fundamentalmente que dichos registros deben reflejar fielmente la realidad de la población a la cual pertenecen para asegurar una toma de decisiones oportuna y basada en la evidencia. La reciente crisis sanitaria causada por la pandemia de COVID-19 subrayó la importancia de contar con sistemas de información confiables, actualizados y que reflejasen en tiempo real la situación del día a día, como ejemplo en aquellos países que cuentan con Sistemas de Información en Salud (SIS) robustos, se implementaron reportes matutinos y vespertinos para registrar la información de manera inmediata durante la pandemia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que los SIS son esenciales para proveer datos de calidad, lo cual permite una toma de decisiones oportuna y proporciona un marco de referencia para la formulación de políticas públicas en salud (OPS, 2021). La Organización

Mundial de la Salud (OMS) evaluó los SIS de 133 países, que en su conjunto representan un 87% de la población a nivel mundial (WHO, 2021a). En la evaluación referida, se consideraron los mecanismos de gestión de eventos, que incluyen: verificación, evaluación de riesgos, investigación y análisis de los datos en salud. México fue calificado con un cumplimiento dentro del 80% a nivel país, donde como punto de referencia, el promedio por región correspondió al 70% según su nivel de ingresos, y 60% a nivel global. A partir de los datos anteriores, México posee una capacidad superior al 95% de los países del mundo respecto a la disponibilidad y manejo de datos y estadísticas relativos a los servicios de salud (WHO, 2021b).

A pesar de que los SIS en México se ubican dentro del rango de robustos y confiables, el registro de información de salud relacionada con la población indígena es limitado. Solo se disponen de dos variables que permiten caracterizar el estado de salud y enfermedad de los pueblos originarios: la variable hablante de una lengua indígena, que identifica a la población mayor de tres años que habla alguna lengua indígena, y la variable indígena, que se refiere a quienes se autoidentifican como indígenas, según la definición del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), donde basta con la autoadscripción como criterio (INEGI, 2021). Dentro de los SIS en México, únicamente la SSA integra estas variables en sus registros, siendo la única institución de la cual se puede monitorear y analizar la información referente a los distintos eventos de salud relativos a este grupo población.

El resto de las instituciones que integran el sector salud en México, no registran esta información dentro de los SIS de la SSA, lo que impide contabilizar la dinámica epidemiológica a nivel nacional. Por tanto, solo se dispone de manera parcial de la información proporcionada por la Secretaría de Salud para reconocer los eventos de morbilidad y mortalidad. Aun con esta limitación, la propia Secretaría de Salud, en sus informes y registros oficiales, no desagrega la información relativa a la población indígena en otras variables, como edad y sexo, ni emplea el resto de las variables de sus sistemas de información para un análisis más detallado, donde en las estadísticas oficiales únicamente se describe a la población en general (SSA, 2018). Es crucial remarcar, que, pese a que México fue evaluado como un país con SIS fuertes, no desagrega información según grupo poblacional. Lo anterior, resulta de interés, considerando que la

población autoadscrita como indígena representa un 9.4% respecto de la población total del país (INEGI, 2022).

Ante esta invisibilización y subregistro de la información relativa a la salud y enfermedad de los pueblos originarios en México, hemos desarrollado el presente ejercicio de análisis a partir de la información disponible proporcionada por la Secretaría de Salud, con el objetivo de analizar la prevalencia de la morbilidad a partir de los egresos hospitalarios entre población indígena durante 2023. Por ello, nos hemos propuesto visibilizar la información contenida en los registros de egresos hospitalarios correspondientes al segundo y tercer nivel de atención, comparando a la población indígena frente a sus pares no indígenas en el periodo del 2023 en el ámbito nacional.

Metodología

Desarrollamos un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. El objetivo radica en describir la morbilidad prevalente durante 2023 entre la población indígena y no indígena usuaria de los servicios hospitalarios de la Secretaría de Salud. Para ello, se consultaron fuentes oficiales, específicamente la generada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) correspondiente al 2023, reportada en el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), referente a los egresos hospitalarios de la SSA. Se consideraron las siguientes variables para su análisis:

- a) Hablante de alguna lengua indígena, para discriminar entre población indígena y no indígena.
- b) Sexo, expresado en hombres y mujeres.
- c) Edad, expresada en quinquenios.
- d) Morbilidad según afección o causa diagnóstica principal al momento del egreso hospitalario, de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10), vigente en México (véase tabla 1).

Tabla 1.
Categorías diagnósticas de la CIE-10 incluidas en el análisis

A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
C00-D49	Tumores (neoplasias)
D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
E00-E89	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
F01-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
K00-K95	Enfermedades del sistema digestivo
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario
O00-O9A	Embarazo, parto y puerperio
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
S00-T88	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

Adicionalmente, se consultaron las proyecciones poblacionales a mitad del año según entidad federativa y nacional para 2023 y 2022, del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Para el análisis de la información se estimaron diferentes medidas de frecuencia de morbilidad según fracción poblacional, para lo cual se calcularon tasas crudas y ajustadas, razón y razón de tasas, con el fin de contrastar las distintas mediciones con el objeto de explicar la distribución y magnitud de la ocurrencia de los eventos mórbidos a partir de los egresos hospitalarios de la SSA según entidad federativa y categoría diagnóstica, de acuerdo con las siguientes fórmulas:

Tasa cruda según población específica	
Egresos hospitalarios según población específica y entidad federativa en 2023	por cada 100 egresos hospitalarios
=	
Total de población específica a mitad del año según entidad federativa en 2023	
Tasa cruda según categoría diagnóstica	
Egresos hospitalarios según población específica y categoría diagnóstica a nivel nacional, 2023	por cada 100,000 egresos hospitalarios
=	
Total de población específica a mitad del año en México, 2023	
Tasa ajustada con la media de población estándar	
Tasa cruda según población específica y entidad federativa en 2023 *Media de población estándar según entidad federativa	por cada 100 egresos hospitalarios
=	
100,000	
Tasa ajustada con la población estándar afiliada a la SSA	
Tasa cruda según población específica y entidad federativa en 2023 *Población estándar afiliada a la SSA según entidad federativa	por cada 100,000 egresos hospitalarios
=	
100,000	
Razón de egresos entre no indígenas: indígenas	
Egresos hospitalarios entre no indígenas en 2023	
=	
Egresos hospitalarios entre indígenas en 2023)	
Razón de egresos entre no indígenas: indígenas	
Egresos hospitalarios entre indígenas en 2023	
=	
Egresos hospitalarios entre no indígenas en 2023)	
Razón de tasas de morbilidad	
Tasa de egresos hospitalarios en población indígena en 2023	por cada 100,000 egresos hospitalarios
=	
Tasa de egresos hospitalarios en población no indígenas en 2023	

Una vez calculadas las tasas de egresos de población indígena y no indígena, se ajustaron las tasas considerando como población estándar de referencia a la población indígena y no indígena promedio a mitad del

año, correspondiente al 2022. Dicho tratamiento de los datos nos permite por tanto realizar la comparación entre ambos grupos poblacionales, más no para realizar mediciones de la incidencia en términos absolutos (OMS, 2002).

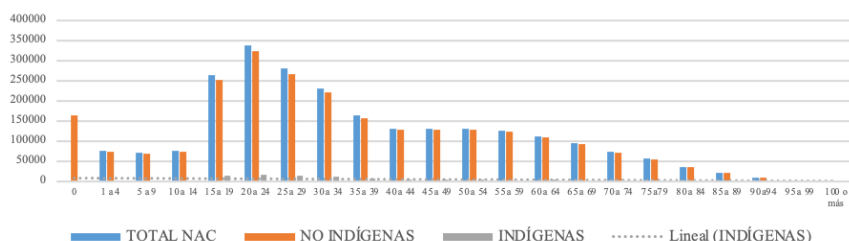
Para el cálculo de las tasas crudas se consideró el total estatal, con la finalidad de comparar los egresos ocurridos entre población indígena y no indígena. Las tasas están expresadas por cada 1000 egresos hospitalarios. Adicionalmente, estimamos razones, con propósito de medir la relación con la que ocurren cada uno de los eventos entre indígenas y no indígenas.

Discusión

En 2023, el sector hospitalario del segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud (SSA), incluyendo los Servicios de Salud Estatales (SESA), registró un total de 2,591,278 egresos hospitalarios en la República Mexicana. De este total, el 96.4% correspondió a atenciones brindadas a la población no indígena y el 3.43% a la población indígena. Del total de la población no indígena, el 33.6% correspondió a hombres y el 66.15% a mujeres. En contraste, de la población indígena egresada durante 2023, el 18.24% fueron hombres y el 81.75% mujeres. Esto indica que los hombres, tanto indígenas como no indígenas, hacen un menor uso de los servicios de salud hospitalarios. Sin embargo, en el caso de los hombres indígenas, la utilización es hasta un 15% menor en comparación con sus pares no indígenas.

A continuación, se ilustra la distribución de egresos en 2023 según quinquenios en el ámbito hospitalario registrados en la SSA, comparando la totalidad de egresos registrados versus un comparativo de población indígena y no indígena (Gráfico 1). El pico máximo de población usuaria del ámbito hospitalario se encuentra en el rango de los 20-24 años, con una meseta que inicia entre los 15 años y concluye a los 44 años, en que comienza una segunda meseta, cuyo segundo pico máximo se ubica entre los 55-59 años. En general, podemos afirmar que la mayor concentración de la población se encuentra en los grupos de edad de 20 a 24 años y 25 a 29 años, y posteriormente disminuye a medida que aumenta la edad. Esto sugiere, por tanto, una estructura poblacional joven.

Gráfico 1.
Distribución de egresos según quinquenios



Fuente: Ramírez a partir de datos de la SSA, 2023.

En la tabla 2, se describe el cálculo de distintas medidas de frecuencia que describen la distribución de la morbilidad hospitalaria entre los egresos de la SSA durante 2023. En las primeras dos columnas, se estimó la tasa cruda según población específica a mitad del año (indígenas y no indígenas), expresadas por cada 100 egresos hospitalarios. Ambas tasas revelan la dinámica de los egresos hospitalarios en cada grupo poblacional en relación con la población total en riesgo de sufrir un evento similar (en este caso una hospitalización) durante el 2023. En estas primeras dos estimaciones se observa que la Ciudad de México tiene la tasa cruda más alta entre la población indígena (113.18) versus sus pares no indígenas (2.42).

Este resultado puede explicarse en virtud de que la capital del país concentra el mayor número de atenciones hospitalarias en virtud de los establecimientos de salud disponibles, además de que otros factores juegan un rol en dicha estimación, como es el caso de la población residente en la ciudad (tanto migrante como originaria), además de que también acuden a los hospitales de la Ciudad de México, usuarios de los servicios de salud provenientes de las entidades federativas que la rodean. Ejemplos similares con el mismo comportamiento donde la tasa cruda es mayor entre la población indígena se pueden observar en Baja California y Michoacán, identificándose diferencias significativas entre ambas poblaciones. En contraparte, en entidades como es el caso de Baja California Sur y Morelos, la tasa cruda es mayor entre la población no indígena respecto con la población indígena.

En las siguientes dos columnas, se estimó la tasa ajustada, considerando como población estándar de referencia la media existente

entre ambas poblaciones a mitad del año. Este tratamiento impuesto durante el cálculo de las tasas nos permite el ajuste o control del conjunto de datos, con el objeto de lograr la comparación entre ambas poblaciones bajo el supuesto de que ambas tuvieran la misma composición. Cabe recalcar que dicha metodología no tiene significado alguno en términos absolutos, ya que como hemos mencionado, el ajuste en cierta medida es arbitrario con la única finalidad de lograr una comparación, más no una medición (OMS, 2002).

Es así, que, bajo estos supuestos, podemos observar que, si bien la distribución es similar en el resultado de las tasas crudas y ajustadas, se puede identificar que con el ajuste se eliminan las diferencias en la estructura entre ambas poblaciones, modificándose por tanto las brechas existentes al emplear la media. Cabe recordar que la población indígena en México representa poco menos del 10% de la población total, por lo que la diferencia entre ambas poblaciones influye al realizar dicho cálculo, dado que el empleo de la media no es recomendable cuando existen diferencias significativas entre ambos grupos poblacionales, ya que la media es muy sensible a valores extremos.

Por lo anterior, decidimos realizar un segundo cálculo de tasa ajustada, considerando como población estándar la población afiliada a la SSA según entidad federativa, ya que como hemos mencionado, únicamente estamos tomando los datos de los egresos hospitalarios de dicha institución. Con este segundo tratamiento a los datos, se puede observar que se preserva la distribución ya observada, pero se observa una homogeneidad en los datos adquirida artificialmente con el procedimiento, lo que favorece la comparación, evitando distractores que pudieran distorsionar su análisis.

Tabla 2.
Estimación de medidas de frecuencia de morbilidad hospitalaria
en los egresos de la SSA, 2023

Entidad Federativa	Tasa cruda según población específica		Tasa ajustada con la media de la población estándar		Tasa ajustada con población estándar afiliada a la SSA	
	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Indígenas
Aguascalientes	2.33	8.00	17.58	60.44	0.66	2.260
Baja California	1.09	44.41	21.95	891.14	0.15	6.237
Baja California Sur	3.66	1.85	15.87	8.04	2.01	1.017
Campeche	2.58	16.78	12.30	80.15	0.60	3.882
Coahuila	1.08	2.50	17.92	41.46	0.46	1.053
Colima	2.46	3.17	9.34	12.03	1.10	1.413
Chiapas	2.16	5.29	72.75	178.45	0.05	0.130
Chihuahua	1.72	37.44	34.11	743.54	0.20	4.347
Ciudad de México	2.42	113.18	111.67	5,219.61	0.15	6.820
Durango	3.02	5.43	28.98	51.99	0.54	0.965
Guanajuato	2.55	9.09	82.05	291.95	0.09	0.316
Guerrero	1.66	4.26	31.75	81.51	0.07	0.178
Hidalgo	1.61	18.85	26.46	309.61	0.10	1.144
Jalisco	1.75	5.42	76.44	237.31	0.10	0.299
Estado de México	1.16	2.45	101.73	214.78	0.02	0.046
Michoacán	2.27	80.19	56.45	1,991.99	0.10	3.488
Morelos	2.21	0.77	22.42	7.80	0.25	0.087
Nayarit	2.06	19.22	13.56	126.56	0.44	4.118
Nuevo León	0.74	1.85	22.88	57.26	0.10	0.250
Oaxaca	1.58	12.54	35.81	285.06	0.06	0.448
Puebla	1.73	12.96	60.48	452.82	0.04	0.321
Querétaro	2.90	15.99	37.13	204.64	0.36	1.995
Quintana Roo	1.60	9.58	16.26	97.44	0.28	1.687
San Luis Potosí	1.93	34.27	28.49	505.72	0.16	2.829
Sinaloa	1.98	10.36	31.13	162.87	0.25	1.282
Sonora	2.53	14.13	38.98	217.89	0.42	2.357
Tabasco	5.44	13.02	66.83	159.94	0.46	1.098
Tamaulipas	1.70	0.69	31.26	12.71	0.18	0.071
Tlaxcala	3.14	6.82	22.19	48.20	0.40	0.876
Veracruz	1.84	12.93	75.56	531.92	0.05	0.327
Yucatán	2.18	31.68	27.26	396.27	0.26	3.723
Zacatecas	2.16	75.94	18.21	639.15	0.26	9.104
Total	1.90	10.28	1,265.50	6,826.85	0.004	0.022

Fuente: Creación Propia. Realizada a partir de datos de la SSA, 2023. Tasa cruda calculada por cada 100 egresos hospitalarios, Tasas ajustadas calculadas por cada 100, 000 egresos hospitalarios.

Adicionalmente, se calcularon razones y razones de tasas (véase tabla 3). En la primera columna se calculó la razón entre indígenas y no indígenas y en la segunda columna se invirtió el calcula de la misma razón con el afán de representar con mayor claridad la diferencia entre la ocurrencia de egresos entre una y otra población. Es así, que en la primera columna se observa que todos los resultados se ubican por debajo de la unidad, lo que representa una menor probabilidad de ocurrencia entre los indígenas respecto a sus pares no indígenas. Ocurre lo contrario, en el cálculo de la segunda columna, donde se observa que en la población no indígena hay una mayor ocurrencia de egresos hospitalarios en términos absolutos. Esta medición representa el numero en que ocurre un evento determinado respecto dos poblaciones en específico. Al cálculo de la razón de tasas, se puede observar que el resultado es el mismo en las tres estimaciones realizadas, ya que como habíamos descrito, guardan una distribución similar, únicamente se utilizó una población de referencia con el afán de comparar ambas poblaciones, para favorecer su comparación y observar por tanto las diferencias existentes entre ambas.

Tabla 3.
Estimación de medidas de razón en los egresos de la SSA, 2023

Entidad Federativa	Razón		Razón de tasas		
	Indígenas/ No Indígenas	No Indígenas/ Indígenas	Según tasas crudas	Según tasas ajustadas con la media de la población estándar	Según tasas ajustadas con la población estándar afiliada a la SSA
Aguascalientes	0.00	17,582.50	3.44	3.44	3.44
Baja California	0.01	74.61	40.60	40.60	40.60
Baja California Sur	0.00	10,575.00	0.51	0.51	0.51
Campeche	0.02	58.82	6.52	6.52	6.52
Coahuila	0.00	35,842.00	2.31	2.31	2.31
Colima	0.00	3,111.00	1.29	1.29	1.29
Chiapas	0.14	6.10	2.45	2.45	2.45
Chihuahua	0.06	15.33	21.80	21.80	21.80
Ciudad de México	0.01	191.17	46.74	46.74	46.74
Durango	0.01	124.34	1.79	1.79	1.79
Guanajuato	0.00	7,813.81	3.56	3.56	3.56
Guerrero	0.07	12.61	2.57	2.57	2.57
Hidalgo	0.09	9.68	11.70	11.70	11.70
Jalisco	0.00	421.70	3.10	3.10	3.10

Entidad Federativa	Razón		Razón de tasas		
	Indígenas/ No Indígenas	No Indígenas/ Indígenas	Según tasas crudas	Según tasas ajustadas con la media de la población estándar	Según tasas ajustadas con la población estándar afiliada a la SSA
Estado de México	0.00	1,528.88	2.11	2.11	2.11
Michoacán	0.06	15.80	35.29	35.29	35.29
Morelos	0.00	6,399.14	0.35	0.35	0.35
Nayarit	0.08	12.09	9.33	9.33	9.33
Nuevo León	0.00	7,625.17	2.50	2.50	2.50
Oaxaca	0.20	4.01	7.96	7.96	7.96
Puebla	0.04	22.57	7.49	7.49	7.49
Querétaro	0.00	781.26	5.51	5.51	5.51
Quintana Roo	0.02	46.14	5.99	5.99	5.99
San Luis Potosí	0.06	16.52	17.75	17.75	17.75
Sinaloa	0.00	598.37	5.23	5.23	5.23
Sonora	0.00	499.35	5.59	5.59	5.59
Tabasco	0.00	1,068.49	2.39	2.39	2.39
Tamaulipas	0.00	62,509.00	0.41	0.41	0.41
Tlaxcala	0.00	1,478.20	2.17	2.17	2.17
Veracruz	0.04	24.03	7.04	7.04	7.04
Yucatán	0.13	6.85	14.54	14.54	14.54
Zacatecas	0.00	256.37	35.11	35.11	35.11
Total	0.03	28.07	5.39	5.39	5.39

Fuente: Creación propia. Creada a partir de datos de la SSA, 2023. Razón de tasas de morbilidad por cada 100, 000 egresos hospitalarios.

Considerando las distintas categorías diagnósticas que integran la CIE-10, se calcularon las tasas según cada grupo poblacional (véase Tabla 4). Las enfermedades correspondientes a ciertas afecciones originadas en el período perinatal integran la tasa más alta a nivel nacional, seguido del embarazo, parto y puerperio. En tercer sitio a nivel nacional, se ubican las enfermedades del sistema digestivo, que integran los padecimientos de úlcera en distintas partes del tracto digestivo, enteritis, colitis, así como cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, según egresos hospitalarios. La razón de tasas permite ver con una mayor claridad, las diferencias entre ambos grupos poblacionales, donde la categoría diagnóstica de ciertas afecciones originadas en el período perinatal ocurre 116.54 veces con mayor frecuencia entre la población no indígena respecto a sus pares indígenas. El segundo sitio considerando la razón de tasas lo ocupan

las enfermedades digestivas, y en el tercer sitio se ubican los trastornos mentales y del comportamiento.

La utilidad del empleo de la razón de tasas nos permite identificar las diferencias entre una y otra población (Moreno-Altamirano, López-Moreno & Corcho-Berdugo, 2000), y entre mayor sea la brecha de la tasa cruda existente entre ambas poblaciones respecto a la unidad, será entonces el número de veces la diferencia entre la población no indígena e indígena. Específicamente en el caso de los trastornos mentales (así como en otros padecimientos), estas diferencias se explican por un mayor uso de los servicios de salud por la población no indígena, aunque también se explicaría por el acceso que tienen a estos. Si bien el presente estudio no brinda mayores detalles al respecto, ya que únicamente analizamos los registros de los egresos, si brinda una aproximación a una posible explicación sobre las diferencias en la utilización y acceso de los servicios de salud hospitalarios por ambas poblaciones.

Tabla 4.
Tasas nacionales según categoría diagnóstica, desglose entre población indígena y no indígena

CIE-10	Población	Total	Razón de tasas	CIE-10	Población	Total	Razón de tasas
A00-B99	Nacional	0.185	14.18	I00-199	Nacional	0.262	35.18
	No indígenas	0.177			No indígenas	0.255	
	Indígenas	0.012			Indígenas	0.007	
C00-D49	Nacional	0.821	59.05	K00-K93	Nacional	0.840	35.92
	No indígenas	0.807			No indígenas	0.817	
	Indígenas	0.014			Nacional	0.023	
D50-D89	Nacional	0.059	36.60	O00-O99	Nacional	3.204	15.098
	No indígenas	0.057			No indígenas	0.948	
	Indígenas	0.002			Indígenas	0.063	
E00-E90	Nacional	0.250	28.87	P00-P96	Nacional	40.869	116.54
	No indígenas	0.242			No indígenas	0.319	
	Indígenas	0.008			Indígenas	0.003	
J00-J99	Nacional	0.309	38.53	Q00-Q99	Nacional	0.084	104.146
	No indígenas	0.301			No indígenas	0.083	
	Indígenas	0.008			Indígenas	0.001	

CIE-10	Población	Total	Razón de tasas	CIE-10	Población	Total	Razón de tasas
F00-F99	Nacional	0.090	80.81	R00-R99	Nacional	0.121	26.72
	No indígenas	0.089			No indígenas	0.117	
	Indígenas	0.001			Indígenas	0.004	
G00-G99	Nacional	0.071	36.77	S00-T98	Nacional	0.121	26.72
	No indígenas	0.070			No indígenas	0.117	
	Indígenas	0.002			Indígenas	0.004	
H00-H59	Nacional	0.082	245.71	U00-U99	Nacional	0.009	90.030
	No indígenas	0.081			No indígenas	0.009	
	Indígenas	0.0003			Indígenas	0.0001	
H60-H95	Nacional	0.006	68.65	Z00-Z99	Nacional	0.366	60.23
	No indígenas	0.006			No indígenas	0.360	
	Indígenas	0.0001			Indígenas	0.005	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SSA, 2023. Tasas calculadas por cada 100 egresos hospitalarios, Razón de tasas por cada egreso hospitalario, expresa la relación entre la población no indígena versus la población indígena.

Conclusiones

El empleo de tasas en la salud pública permite evaluar la ocurrencia de un evento determinado de salud en una población específica para un periodo de tiempo particular. La medición de tasas permite no solo monitorear el panorama epidemiológico, sino también proporciona información relativa en torno a políticas y estrategias en salud.

Su medición nos proporciona datos cuantitativos en torno a la prevalencia del estado de salud y enfermedad existente dentro de una población específica con relación a un determinado periodo de tiempo. Dicha información permite no solo la comparabilidad entre distintas poblaciones, sino también, según sexo, edad, regiones, periodos de tiempo, etc. Con dicha información es posible una toma de decisiones basados en evidencia, considerando la planificación de programas enfocados a las necesidades reales de las poblaciones.

El ajuste de tasas proporciona el beneficio de poder comparar de manera precisa distintas poblaciones, y por tanto tener una mayor comprensión de la dinámica en que ocurren los eventos de salud en cada

una de ellas. Su monitoreo nos ofrece una oportunidad para identificar de manera indirecta, como es el caso de la calidad de la atención, donde en nuestro caso particular, es evidente el nulo o limitado acceso a los servicios hospitalarios por parte de la población indígena. Esta información permite, por tanto, identificar prioridades para la asignación de recursos en políticas dirigidas a incentivar el acceso y utilización de los servicios de salud por parte de los pueblos originarios, ya que resulta esencial el diseño de estrategias adaptadas específicamente a sus necesidades, y, por tanto, que permitan remontar las desigualdades existentes en materia de salud.

El reconocer la dinámica de los eventos de salud y su ocurrencia no se reduce únicamente al análisis desde la perspectiva de la salud pública, sino también ofrece la convergencia de distintas áreas del conocimiento, entre ellas la antropología médica y otras ciencias sociales, en investigaciones que profundicen en enfoques que permitan identificar los contextos culturales específicos que influyen en determinados patrones de salud y enfermedad. Como ya hemos comentado, la información del resto del sector salud disponible en los registros oficiales de la SSA no da cuenta de alguna variable que permita la identificación de la población indígena, por lo cual, dentro de las estadísticas oficiales del ámbito nacional, no se desglosa a detalle.

La información presentada en el presente análisis brinda, por tanto, una panorámica más amplia de las necesidades en materia de salud de los pueblos originarios, evidenciando el escaso o nulo acceso y a la par utilización de los servicios de salud. Si bien, a partir de la información presentada, no es posible dilucidar los factores relacionados con esta diferencia en uso de los servicios de salud, podemos mencionar diversos estudios que documentan las variables asociadas al acceso oportuno (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015), y que por tanto funcionan como barreras que limitan u obstaculizan el tránsito de la población usuaria.

Podemos citar por ejemplo cuestiones de índole económica, cultural, según afiliación institucional de la población usuaria, que podría facilitar o limitar el acceso a los servicios, esto sin incluir las propias redes de apoyo familiares o bien la información en materia de salud con la que disponen las personas para tomar las decisiones correspondientes respecto a su atención, incluyéndose desde medidas preventivas, diagnósticas, tratamiento y control.

Un análisis similar, desarrollado a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019, evidenció la brecha entre la utilización de servicios de salud entre población indígena y no indígena, y donde por ejemplo, incluyeron información respecto a la percepción de la población usuaria respecto a la calidad de los servicios de salud, mostrando diferencias significativas entre el trato recibido entre ambas poblaciones, evidenciando un trato diferencial (Pelcastre, et al, 2020).

La naturaleza de los servicios de salud en México está principalmente orientada a brindar atención a la población hispanohablante. Aunque existen algunas unidades con traductores, aún queda un largo camino por recorrer para implementar un enfoque intercultural en los servicios de salud que resuelva las necesidades de la población indígena. Como hemos mencionado, al menos el 10% de la población en México es indígena. Esta cifra es estadísticamente significativa y debería motivar un replanteamiento de cómo facilitar el acceso a los servicios de salud. Es fundamental establecer estrategias culturalmente pertinentes dirigidas específicamente a los pueblos originarios. La brecha de acceso observada es totalmente inaceptable, considerando la proporción de población indígena en México. Además, es posible que esta cifra sea aún mayor, ya que la información disponible se basa en la autoadscripción, y por diversas razones, las personas pueden optar por no identificarse como parte de un grupo indígena.

Finalmente, es trascendental incluir dentro de los registros de la estadística nacional en salud, las variables que den cuenta de la prestación de los servicios de salud otorgados a la población indígena con el objeto de reconocer las necesidades específicas de este importante grupo poblacional con el afán de proveer un seguimiento puntual a los padecimientos de mayor ocurrencia. La información provista en el presente análisis resulta de gran utilidad no solo para las disciplinas de las ciencias de la salud, sino también a los antropólogos enfocados a la antropología médica, ya que estos datos permiten identificar las disparidades de salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas, lo cual incluye las diferencias entre las tasas de enfermedad, así como una mirada respecto al acceso a los servicios de salud y por tanto un reflejo de lo que constituye en sí los resultados de salud.

Esta información permite al antropólogo social contextualizar cómo los factores culturales, sociales, económicos influyen en la salud de las

poblaciones indígenas. Esto brinda sustento para futuras exploraciones entre poblaciones específicas en torno a prácticas y creencias culturales que afectan por tanto la percepción individual y colectiva de los distintos padecimientos y redunda en el uso de los servicios de salud. Consideramos que la presente información da pie para ser utilizada en estudios de naturaleza comparativa entre diferentes poblaciones indígenas y no indígenas, lo cual ayudara a profundizar en la comprensión de las distintas condiciones estructurales que afectan la salud de los pueblos originarios.

Referencias bibliográficas

- Dirección General de Información en Salud. (2015). *Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios*. Plataforma 2023. Disponible en: http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubosaeh2023_plataforma.html
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de México*, 57, 180-186.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Censo de población y Vivienda 2020. Diccionario de Datos*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/632/data-dictionary>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Comunicado de prensa número 430/22, 8 de agosto de 2022*. Disponible en: EAP_PueblosInd22.pdf
- Moreno-Altamirano, A., López-Moreno, S., & Corcho-Berdugo, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud pública de México*, 42, 337-348. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedad y Problemas Relacionados con la Salud*. EUA: Washington. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *8 principios rectores de la transformación digital del sector de la salud. Un llamado a la acción panamericana*. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53730/OPSEIHIS210004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud (2002). Un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas. *Boletín epidemiológico*, 23(3). Disponible en: https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n3-estandariz.htm
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez- Navarro, D., & Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810-819.
- Secretaría de Salud (2018). *Breviario de Estadísticas de Salud en México, 2018*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. México: Ciudad de México.
- World Health Organization. (2021a). *Score for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020*. Geneve, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2021b). *Score for Health Data Technical Package. Assessment Summary of Mexico, Data from 2013-2018*. Geneve, Switzerland: WHO

Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno

Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

Georgina Vega Fregoso

René Cristóbal Crocker Sagastume

(Coordinadores)

Se terminó de imprimir en noviembre de 2024,
en Grafisma editores.

Jaime Nunó 670 colonia Santa Teresita. 44600
Guadalajara, Jalisco.
grafismaeditores@gmail.com

La presente edición consta de
100 ejemplares.

El presente libro *Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno*, es el resultado de un trabajo colaborativo entre diversas investigadoras y académicos de la Universidad de Guadalajara y otras instituciones, que da cuenta de la actualidad disciplinar y epistémica que se realiza en torno a las disciplinas de la salud, bajo un objeto de reflexión basado en los seres humanos, su cultura y sus prácticas de atención a las enfermedades en el marco de una gran crisis planetaria, a la que algunos autores han denominado Antropoceno. Los ensayos aquí compilados abordan diversas reflexiones sobre la práctica de la enseñanza de la salud, los enfoques epistémicos utilizados en la investigación sociomédica y médica antropológica prioritariamente en el contexto mexicano y de América Latina en el siglo XXI.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

