



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE
CHIAPAS**

**POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA**

T E S I S

**Percepciones de la relación médico-paciente indígena
y paciente indígena-medico, en comunidades de la
zona Altos y Selva del estado de Chiapas, durante el
servicio social.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

IVÁN FRANCISCO VARGAS SOL

DIRECTOR

DR. FERNANDO RUIZ BALBUENA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, Noviembre, 2022



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 10 de enero de 2024

Oficio No. SA/DIP/0012/2024

Asunto: Autorización de Impresión de Tesis

C. Iván Francisco Vargas Sol
CVU: 1338151
Candidato al Grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública
Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública
UNICACH
P r e s e n t e

Con fundamento en la opinión favorable emitida por escrito por la Comisión Revisora que analizó el trabajo terminal presentado por usted, denominado Percepción de la relación médico-paciente indígena y paciente indígena-médico en comunidades de la zona Altos y Selva del estado de Chiapas, durante el servicio social, cuyo Director de tesis es el Dr. Fernando Ruiz Balbuena (CVU 513349) quien avala el cumplimiento de los criterios metodológicos y de contenido; esta Dirección a mi cargo autoriza la impresión del documento en cita, para la defensa oral del mismo, en el examen que habrá de sustentar para obtener el Grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública.

Es imprescindible observar las características normativas que debe guardar el documento impreso, así como realizar la entrega en esta Dirección de un ejemplar empastado.

Atentamente
“Por la Cultura de mi Raza”

Dra. Carolina Orantes García
Directora



C.c.p. Mtro. José de Jesús Ochoa Martínez, Director de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.
Dra. Rosa Margarita Durán García, Coordinadora del Posgrado, Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.
Archivo/minutario.

RJAG/COG/igp/gtr

2024 Año de Felipe Carrillo Puerto
BENEMÉRITO DEL PROLETARIADO,
REVOLUCIONARIO Y DEFENSOR DEL MAYAB.



Dirección de Investigación y Posgrado
Libramiento Norte Poniente 1550 C.P. 29039
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
Teléfono: (961) 61 70440 Ext: 4360
investigacionyposgrado@unicach.mx

Agradecimientos:

La elaboración de esta tesis de maestría ha sido posible gracias al apoyo y la confianza que me brindaron muchas personas.

En primera instancia quiero agradecer al Dr. Fernando Ruiz Balbuena por la dirección de la presente tesis, y, sobre todo, por el tiempo valioso que me dedico, por sus consejos y orientaciones científicas. Mi más sincero agradecimiento por su paciencia.

A quienes han formado parte de la comisión revisora, por el apoyo incondicional y consejos, que fueron fundamentales para mantener vigente mi esfuerzo y motivación.

A la dirección y autoridades académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, a la dirección de enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria No II de San Cristóbal de las Casas, y la dirección de enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria No. IX de Ocosingo, quienes me brindaron todas las facilidades e información para realizar el presente trabajo. Sin ellos no hubiese sido posible lograr mis objetivos planteados.

En lo institucional, todo mi agradecimiento a las autoridades académicas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, por todas las facilidades otorgadas para realizar este proyecto.

También el agradecimiento a todas aquellas personas que participaron y contribuyeron con información de manera directa o indirecta en la realización de este trabajo de tesis.

Índice.

Abreviaturas y siglas	1
Resumen	2
CAPITULO 1	4
1. Planteamiento del problema	5
CAPITULO 2	8
2. Justificación	9
CAPITULO 3	10
3. Revisión de la literatura	11
3.1 <i>Modelo hegemónico vs modelo alternativo subordinado y modelo basado en autoatención</i>	11
3.2 <i>Medicina tradicional indígena</i>	11
3.3 <i>Medicina occidental (formación del médico)</i>	12
3.4 <i>Concepción del estado de salud- enfermedad</i>	13
3.5 <i>Interculturalidad</i>	13
3.6 <i>Relación médico paciente</i>	14
3.7 <i>Choque intercultural</i>	16
3.8 <i>Servicio social</i>	17
3.9 <i>Artículos relacionados con el tema</i>	18
CAPITULO 4	19
4. Objetivos	20
4.1 <i>Objetivo general</i>	20
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	20
CAPITULO 5	21
5. Metodología	22
5.1 <i>Diseño del estudio</i>	22
5.2 <i>Descripción del área de estudio</i>	22
5.3 <i>Población y muestra</i>	23
5.4 <i>Definición de las unidades de estudio</i>	24

5.5	<i>Definición conceptual y operacional de las variables</i>	25
5.6	<i>Procedimiento de recolección y análisis de datos</i>	26
5.7	<i>Elaboración de base de datos y análisis estadístico</i>	27
5.8	<i>Aspectos bioéticos</i>	27
CAPÍTULO 6	28
6. Resultados	29
6.1	<i>Descripción de la población indígena según las variables sociodemográficas</i>	30
6.2	<i>Percepción de los pacientes indígenas para la atención de la salud, según el tipo de personal e institución</i>	32
6.3	<i>Descripción de la población de médicos según las variables sociodemográficas</i>	34
6.4	<i>Descripción de la población de médicos y el ámbito institucional según su unidad de adscripción</i>	35
6.5	<i>Características de la relación médico-paciente según la percepción de los médicos pasantes</i>	37
6.6	<i>Percepción de los médicos pasantes de acuerdo a la clasificación de la relación con los pacientes</i>	38
6.7	<i>Percepción de los pacientes indígenas sobre la información médica recibida</i>	39
6.8	<i>Percepción de los médicos pasantes de la relación con los pacientes</i>	40
6.9	<i>Percepción de la población indígena de acuerdo a la clasificación de la relación con los médicos</i>	41
6.10	<i>Percepción del paciente indígena de la calidad de atención recibida por los médicos pasantes según el tipo de institución, insumos y medicamentos</i>	42
6.11	<i>Percepción del paciente indígena con respecto a la calidad de la atención según el tipo de personal o prestador de salud</i>	43
6.12	<i>Percepción de los médicos de la relación con sus pacientes según las variables sociodemográficas propias</i>	44
6.13	<i>Percepción del médico de la relación con el paciente según los factores institucionales</i>	45

6.14 <i>Percepción del médico en la relación con el paciente de acuerdo a las variables culturales</i>	46
CAPITULO 7	48
7. Discusión	49
CAPITULO 8	52
8. Conclusiones	53
Referencias bibliográficas	54
Anexos	58
<i>Cuestionario el médico, la institución y su escuela</i>	58
<i>Cuestionario el paciente indígena y su comunidad</i>	61
<i>Consentimiento informado</i>	64
Mapa región altos.....	65
Mapa región selva.....	66

Abreviaturas

INEGI: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

CDI: Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

PRMEPA: Percepción de la Relación Médico Paciente

SSA: Secretaría de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ISECH: Instituto de Estudios Superiores del Estado de Chiapas.

IMSS: Instituto Mexicano de Seguro Social.

UNACH: Universidad Nacional Autónoma de Chiapas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

UNICEF: Fondos de las Naciones Unidas para la infancia

PI: Población Indígena

PNI: Población no Indígena

Resumen

Objetivo: describir la percepción en la relación del médico-paciente y viceversa en comunidades indígenas de la zona Altos y Selva del estado de Chiapas, durante el servicio social. **Metodología:** el estudio fue descriptivo de carácter exploratorio, en localidades de los Altos y Selva del estado de Chiapas, en instalaciones del Instituto de Salud como: hospitales básicos comunitarios, clínicas rurales de IMSS, centros de salud, de las cuales se tomaron 10 comunidades pertenecientes a las jurisdicciones II y IX. Para la obtención de la muestra, se consideró como criterio elemental aquellas comunidades donde había médicos pasantes, abordando un muestreo no probabilístico, en este caso un muestreo por conveniencia, debido a que son localidades de muy difícil acceso e inseguras por conflictos políticos. Para la recolección de información se solicitó de manera escrita a las Jefaturas de Enseñanza de las Jurisdicciones mencionadas, y a las Facultades de Medicina de la UNACH e IESCH, el listado del número de médicos pasantes y el lugar de adscripción, así también se solicitó mediante una hoja de consentimiento informado de la participación de los sujetos a estudiar, utilizando dos cuestionarios, el primero autodirigido a 91 médicos pasantes, y el segundo con la ayuda de un traductor de cada localidad dirigido a 476 personas de dichas comunidades. En ambos cuestionarios se utilizó como referencia, una encuesta PREMEPA modificada, valorados por una escala tipo Likert, evaluándose la confiabilidad por la fórmula de Kúcler-Richarson ($K=0.833$, índice de fiabilidad del 91.3%). Estos instrumentos fueron valorados y autorizados por el consejo universitario. Una vez recolectada la información, se elaboró una base de datos en el programa estadístico EPI-INFO 3.5.3. Se realizó un análisis descriptivo, para calcular: tasas, porcentajes, promedios y desviación estándar. Para establecer la relación entre variables cualitativas, se utilizó el estadígrafo chi-cuadrada (X^2); un valor $p < 0.05$, considerando un resultado significativo. **Resultados:** se entrevistó un total de 476 habitantes de origen indígena. El grupo de edad más numeroso tenía entre 21 y 32 años. Al analizar el nivel de escolaridad de los entrevistados, la mayor parte no sabía leer ni escribir, 279 (58.6%). El idioma de los diferentes habitantes, el más frecuente fue el tzeltal, 287 (60.3%), y el resto hablaba tzotzil, 189 (39.7%); La otra población abordada fue la de médicos pasantes, con un total de 91. El grupo etario más numeroso, fue el de 23 a 25 años, con 68 médicos (74.7%). En cuanto a la institución de procedencia, la mayoría procedían de la universidad La Salle de la Ciudad de México, 52 (57.1%), seguido por los que egresaron de las Universidades de Chiapas, con 31 médicos (34.0%) y el resto de otras. De los resultados más relevantes se encontró que los pacientes indígenas prefirieron recibir atención con médico particular, 322 (95.5%) y con el personal de farmacia 103 (94.5%) que cuando fueron atendidos por el médico pasante o el médico tradicional ($x^2=19.99782$; $p=0.00001$). Cuando se revisó la percepción de la mejor atención según el tipo de personal de salud, 339 (94.4%) dijeron que esta fue significativamente mayor con el médico particular ($x^2=88.24251$; $p=0.0000$). En cuanto a la preferencia del control prenatal, esta fue significativamente mayor con las parteras 399 (97.5%) $x^2=95.25306$; $p=0.0000$. Se analizó la preferencia del lugar de atención

del parto, en la cual, la mayoría de las mujeres dijeron que debería ser en el hogar, 305 (98.4%), $\chi^2=51.31276$; $p=0.0000$. El 88% de los 91 estudiantes, refirieron sentirse insatisfechos cuando se relacionaban con los pacientes indígenas. Se les preguntó a los pasantes, si habían sido capacitados en relación con usos y costumbres de poblaciones indígenas, destacando que el 97% de ellos refirieron que no, lo cual es congruente ya que el 88% dijeron estar insatisfechos. Se evidenciaron otros factores de la población indígena tales como: lengua, creencias, usos y costumbres, religión, y el sexo que se relacionaron significativamente con una relación insatisfecha. **Conclusiones:** el contexto en el que se da la relación médico-paciente y viceversa, es preocupante ya que más del 90% de médicos y pacientes indígenas, consideran la relación como no satisfactoria. Los principales factores que condicionan el porcentaje de insatisfacción en la relación entre ambas partes fueron: la procedencia del médico, dificultad para el acceso a comunidades, el idioma, los usos y costumbres, que conduce a una mala calidad de la atención médica, diagnóstico inadecuado y por ende tratamiento no pertinente, falta de apego al tratamiento, dificultad para promoción a la salud y la prevención primaria.

Palabras clave: relación médico pacientes, percepción del médico y el paciente, factores determinantes

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

El estado de Chiapas no solo cuenta con una gran variedad de recursos naturales, sino que además es rico por su diversidad cultural y étnica. En México viven 7 364 645 (6.13%) personas de 5 años y más que hablan alguna lengua indígena. Chiapas, tiene una población de 1 459 648 personas de 5 años y más que habla alguna lengua indígena lo que equivale al 28.1% de toda la población en el estado. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) clasifica como extremadamente pobres a todos aquellos municipios en que el 90% o más de la población son indígenas (INEGI, 2020). Por lo consiguiente, los grupos indígenas son una población vulnerable, en la que prevalecen enfermedades respiratorias y digestivas, la desnutrición, el predominio de las enfermedades de rezago, ligadas a la pobreza y marginación social; estas condiciones de desigualdad los llevan a tener los peores indicadores en salud (Hall, 2005).

El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena (CDI, 2010). De acuerdo al último censo poblacional del 2020, en el estado hubo 140 defunciones maternas en edades de 15 a 49 años, de la cuales 29 (20.7%) son de mujeres hablantes de alguna lengua indígena (INEGI, 2020). La mayor mortalidad indígena se registra en los primeros años de vida de 0 a 5 años, en México murieron 249 niños indígenas dentro de esas edades, de los cuales en Chiapas murieron 104 (41.76%), en Oaxaca 32 (12.85%), en Guerrero 27 (10.84%), en Puebla 13 (5.22%), y en el resto del país 73 (29.3%), (INEGI, 2020). Esto indica que la mayoría de los niños indígenas de entre 0 a 5 años que murieron en todo el país, se encuentra en el estado de Chiapas; sin tomar en cuenta la baja notificación y asistencia de los servicios de salud, lo cual nos lleva a un marcado subregistro de información.

Los aspectos culturales, económicos, sociales entre otros, determinan la prevalencia de enfermedades de estos grupos, por lo que durante décadas se han realizado acciones en salud dirigidas a comunidades indígenas y rurales;

implementando Instituciones y programas con el objetivo de llegar hacia las comunidades más alejadas, para mejorar la calidad de la atención y la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, la orientación intercultural fue parcialmente apropiada y no siempre de la mejor manera por el personal de salud (Aguirre, 1986).

A pesar de la planeación de diversas estrategias y programas, se ha logrado modificar de manera poco significativa esta problemática (CDI-PNUD, 2009), debido a una inequidad multifactorial en la relación médico paciente indígena; notorio durante el servicio social, actividad obligatoria para los estudiantes de la carrera de medicina durante un año en comunidades urbanas y rurales (CPEUM, 1998).

Tampoco hay una preparación adecuada en las escuelas y del mismo Instituto de Salud hacia los estudiantes de medicina (Millis, 1996), ya que para abatir los grandes rezagos entre la población indígena, se necesita la profesionalización del personal de salud y de los estudiantes a través de la capacitación intercultural.

“La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio” (Salaverry, 2010).

Por lo tanto, se pretende modificar la percepción y hábitos negativos de los prestadores de servicio, debido a que muchos de las situaciones en el binomio salud-enfermedad son de mucha intimidad y solo se involucra la familia, dejando al médico como un extraño en esta relación al que temen y del cual desconfían.

Sin un enfoque bioético, ni la vocación de servir, independientemente de las características de cada persona, en particular si pertenecen a otro contexto cultural; los médicos estigmatizan, rechazan y descalifican al paciente indígena

con actitudes que conllevan claros tintes racistas. Esta situación debilita la relación del médico-paciente de los pasantes que prestan su servicio social en estas comunidades. Estas actitudes de jerarquización de muchos estudiantes, los llevará a la falta de interés y esencia del valor del servicio social, a la entrega de información ficticia, a conflictos por la inadecuada comunicación y a la deserción del servicio. Es por ello la importancia de integrar al pasante en una movilización social con su comunidad, para juntos trabajar en equipo (Montero, 2011).

Durante el servicio social en una comunidad indígena, percibí que los usos y costumbres, junto al pensamiento mágico-religioso que caracteriza a estos pueblos, dificulta la relación de la atención médica, ya que ellos tienen un significado del estado de salud-enfermedad, distinto al de la medicina hegemónica. De alguna manera la cosmovisión de los pueblos indígenas, es completamente diferente a la forma de pensar y de actuar del estudiante que llega de una universidad en la que ha utilizado el método científico y sistematizado en comparación con la medicina tradicional empírica ancestral. En la consulta, los médicos manifiestan creencias y valores distintos a los de sus pacientes, y en la mayoría de las veces no existe coincidencia en los universos simbólicos de ambas partes, esto afecta la comprensión de la enfermedad (Bernalte et al., 2010).

Este proyecto tuvo como propósito identificar los factores que intervinieron en la relación del médico con el paciente en comunidades indígenas, y dar a conocer esta problemática a las universidades de nuestro estado y al mismo instituto de salud, y así recuperar la confianza, mejorar la comunicación y la convivencia entre ambos sujetos. La problemática no es exclusiva del estado de Chiapas, sino también de estados como: Oaxaca, Tabasco, Veracruz, etc. (Campero, 1990; Montero, 2011). Existen artículos médicos y culturales, foros y periódicos digitales con información de experiencias de médicos en el internado y el servicio, sin embargo, no se encontró ninguna investigación publicada sobre la relación de médicos pasantes y pacientes de comunidades indígenas.

CAPÍTULO 2
JUSTIFICACIÓN

2. Justificación

El no hablar el lenguaje materno de una región, el desconocimiento de los usos y costumbres que rigen una comunidad, de la medicina tradicional como modelo de atención para afrontar la enfermedad por parte del personal de salud, el desinterés de algunos grupos y comunidades indígenas en recibir la atención de los servicios de salud, la poca importancia y el mismo desinterés del médico para la atención de la población indígena por no recibir una orientación intercultural adecuada, la sobrecarga de trabajo, la carencia de un trato social y económico que dignifique su labor como pasante, son factores que nos llevan a una desconexión importante en la relación médico-paciente, haciéndola más compleja, de la que puede existir con poblaciones urbanizadas.

Es por ello, la importancia de documentar e identificar los diversos factores y el proceso de la relación médico-paciente en un contexto rural, durante la estancia en comunidades indígenas; una vez identificados estos, se pretende darles a conocer a los estudiantes de medicina, de las universidades del estado y del país, y a las mismas instituciones de salud, esta situación, para mejorar los procesos de formación y capacitación de los estudiantes en medicina hacia un enfoque intercultural para la prestación de su servicio social.

Con esto se espera renovar la situación de la calidad de la atención, haciéndola más humanizada, más fortalecida en la comunicación y confianza, interrelacionando al médico de una forma más significativa con su comunidad, ya que la relación médico-paciente es muy valiosa como parte integral de la Salud Pública. Nos enfocamos en los estudiantes que realizan el servicio social, ya que podrían formar parte en un futuro como trabajadores en diversas instituciones como el IMSS y la SSA, atendiendo a pacientes de origen indígena.

CAPÍTULO 3

REVISIÓN DE LA LITERATURA

3. Revisión de la literatura

3.1 Modelo médico hegemónico vs modelo alternativo subordinado y modelo médico basado en autoatención.

El proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. Entre ellos encontramos tres modelos básicos: el modelo hegemónico, modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico basado en autoatención. En el modelo hegemónico se incorpora la atención médica individual privada, la atención médica corporativa pública y la corporativa privada. Los tres tipos de atención tienen una profesionalización formalizada, racionalidad científica la cual conlleva a la exclusión de otros modelos y a la mercantilización del contexto de salud enfermedad, haciendo una asimetría del vínculo de la relación médico paciente. En el modelo médico alternativo subordinado se integran las prácticas reconocidas como tradicionales, la cual se basa en la racionalidad técnica y simbólica y la sociabilidad como condición de eficacia, con una tendencia a la exclusión por parte del modelo hegemónico por sus prácticas curativas. El modelo médico basado en la autoatención es el que se lleva a cabo por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal basado en la experiencia, el cual no actúa directamente un curador profesional (Menéndez E. 1983).

3.2 Medicina tradicional indígena

La medicina tradicional constituye un papel importante dentro de las tradiciones y necesidades de los pueblos indígenas de tal forma que han creado y siguen creando una medicina adecuada a su forma de vivir y pensar. En lo particular la medicina tzotzil-tzeltal es fruto de una experiencia milenaria en estrecho contacto con la naturaleza, un legado de sus antepasados, los antiguos sacerdotes mayas, los cuales eran elegidos por mandato divino por medio de sus sueños y así por generaciones hasta nuestra actualidad; ellos representan a la enfermedad como un comportamiento en el que el alma se va del cuerpo, se va muy lejos y con frecuencia se pierde en lugares sagrados e invisibles donde es hecha prisionera.(Gublerl R. 2007).

La concepción indígena de enfermedad y cura forma parte de un orden cosmológico e involucra a fuerzas invisibles de la naturaleza; el significado de la enfermedad va mucho más allá de nuestra limitada perspectiva del cuerpo físico. Este proceso no implica sólo sufrimiento físico, sino principalmente espiritual y moral (Ricardo et al., 2011).

3.3 Medicina hegemónica (formación del médico).

La formación del médico en las universidades se ve más enfocada a la medicina convencional u occidental, la cual tiene un enfoque biomédico. Este modelo ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía, en el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico. El modelo biomédico y médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos (Menéndez, 1992). Esto ha llevado a tratar al individuo sin considerar, ni respetar su entorno y cultura. También ha determinado la falta de sensibilización del personal de salud y el no reconocimiento de las especificidades en la atención de la salud de los pueblos indígenas.

Es necesario considerar que la formación universitaria de gestores, profesionales de la salud y, principalmente, del profesional médico es construida en general según el determinismo cientificista propio de la epidemiología y la biomedicina. Estas disciplinas generalmente no incluyen contenidos sólidos de antropología de la salud, administrados casi siempre en programas de posgrado. Es común que el médico vea a las actividades diagnósticas o terapéuticas de los sistemas tradicionales indígenas como elementos a ser tolerados o, como mucho, incorporados de forma accesorio, pero no articulados con su conocimiento científico (Garnelo y Sampaio, 2005).

3.4 Concepción del estado de salud – enfermedad

Los pueblos indígenas siguen practicando formas propias de autogobierno y rigiéndose por sus sistemas normativos, conocido como “usos y costumbres”; este no se refiere a un código informal de creencias religiosas, culturales y sociales sino a un sistema de normas colectivas que ha sido integrado en las comunidades indígenas tras los siglos. Esto significa que existen diferentes miradas acerca de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte que se refleja en su pensamiento mágico religioso llamado Cosmovisión (Alulema, 2020).

Los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes, no individualistas, frente al cual el sistema de salud oficial muchas veces no cuenta con los códigos necesarios para entender su etiología, ni su asociación a múltiples factores espirituales, comunitarios y ambientales. Se hace necesario, por tanto, reconocer que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las demandas de salud que presenta una población, y por tanto el modelo oficial no es el único deseable y válido para comprender ciertos fenómenos (Hasen, 2012).

3.5 Interculturalidad.

“La interculturalidad desde un enfoque integral y de derechos humanos, se refiere a la construcción de relaciones equitativas entre personas, comunidades, países y culturas. Para ello es necesario un abordaje sistémico del tema, es decir, trabajar la interculturalidad desde una perspectiva que incluya elementos históricos, sociales, culturales, políticos, económicos, educativos, antropológicos, ambientales, entre otros” (UNICEF, 2008).

Relacionado a esto, es de importancia hablar de la Interculturalidad en la salud. De lo cual entendemos por interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente,

respetuosa y sinérgica en un contexto compartido ya sea territorial, lingüístico y jurídico (MISS, 2009). El Dr. Aguirre Beltrán define a la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional) que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas indígenas. (Aguirre, 1986). Para la Organización Panamericana de la salud y la Organización Mundial de la Salud el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas de género y generacionales que se producen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa (OPS-OMS, 1998).

Siempre que fuera posible y oportuno, el médico debe acercarse a la comunidad para aprender la lengua local y conocer los hábitos de vida, el territorio y las peculiaridades de los indígenas, ampliando así su comprensión sobre el proceso salud-enfermedad. De esta forma, se establece el vínculo entre médico y paciente, y hay más respeto y confianza en la atención brindada (OPS, 1988).

La formación de los recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras no solo en la competencia técnica sino humana del personal institucional; incide en el respeto, en el trato a los usuarios, en el reconocimiento a las tradiciones culturales, el combate a la exclusión, la atención y la equidad en salud para los distintos grupos étnicos. Es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas para mejorar la relación médico-paciente (Lerín, 2004).

3.6. *Relación médico paciente*

El factor determinante para que exista un vínculo intercultural es la relación médico-paciente. Ésta se define como un conjunto de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos (Girón, 1998).

La relación médico-paciente debe ser un proceso continuo y debe involucrar cuatro componentes principales: la conciencia, el conocimiento, la habilidad y el encuentro cultural. En otras palabras, la unión del conocimiento práctico y científico y el respeto por la cultura y la autonomía del paciente (OPS, 1978).

Para que un modelo de relación médico-paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza, ha de proveer las bases para que se establezca un diálogo entre ambas y una relación mutua desinteresada. En circunstancias ordinarias, el tomar decisiones es tarea de ambos, respetando siempre la integridad de la persona. El médico toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente (Rodríguez, 2004).

Médico y pacientes no solo hablan idiomas distintos, sino que manejan versiones del mundo a menudo contrapuestas. La enfermedad es vista como una doble construcción, la elaborada por el profesional y la que se expresa a través del enfermo, ambas concepciones, aunque de manera diferente, están condicionadas por aspectos sociales, culturales y técnicos (Mendoza, 1997)

En la disciplina de la comunicación, y específicamente en el subcampo de la comunicación en salud, cuando se estudia el lenguaje y la interacción social en la relación médico-paciente (entendiéndose como *médico* todo profesional de la salud), “hablar” implica explorar todas las conductas que encierran las interacciones interpersonales. Lo que los médicos y los pacientes se dicen unos a otros, y cómo lo dicen, afecta de manera decisiva el bienestar de estos últimos (Robinson, 2008). A través de varios estudios se conoce de la insatisfacción experimentada en la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, llegando incluso a afirmar que la calidad de la comunicación afecta el cuidado de la salud, incluyendo diagnósticos, comprensión de las indicaciones, el proceso vida-muerte y comodidad al hablar de ciertos tópicos tabú como la sexualidad (Thompson, 1994).

3.7 Choque intercultural.

La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, es elemental para una mejor comprensión de su práctica clínica, por lo cual se proporciona una escasa información a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, inyecciones, extracción de sangre, exámenes de gabinete, etc. En las zonas más alejadas y rezagadas la atención gineco-obstétrica presenta barreras específicas, como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus partos en la casa ayudadas por otras mujeres. En el campo indígena la atención del enfermo y la parturienta se le lleva a cabo en el ambiente cálido del hogar, y solo en el caso de lesiones se ven obligados los indígenas a aceptar de agrado o a fuerza la atención impersonal del hospital (Aguirre, 1980).

Los médicos no establecen contacto con la población fuera de su atención en el consultorio, no participan en las actividades sociales, ni festejos. Se niegan a proporcionar atención médica domiciliaria, esta solo se realiza dentro de la unidad de salud (Mendoza, 1997). En su función como curador, el médico se manifiesta como autoridad, establece una relación de autoritarismo, discriminación y menosprecio con sus pacientes porque la considera una población peligrosa e inhóspita, donde se genera violencia, de ahí que los médicos la consideren una plaza de castigo (Alfonso P. Évora M. & Aguilera N. Yunexis T. 2012).

La falta de medicamento en las unidades médicas es la regla más que la excepción, en estos casos el médico culpa nuevamente a la comunidad, argumentando que la causa del desabasto, es la falta de organización de la población para solicitar y trasladar los medicamentos de la jurisdicción sanitaria a la comunidad.

La actitud del paciente indígena es de subordinación ante el médico, aunque en ocasiones desobedece sus indicaciones y mantiene hábitos que son desaprobados por el personal de salud. Los indígenas aceptan la autoridad del

médico como han aceptado el poder del mestizo. Al entrar al consultorio lo hacen en grupo, lo que ocasiona el disgusto del personal de salud, que les exige una consulta individual, "uno a la vez", solo con el intérprete, rompiendo la concepción y dinámica comunal de la población. Los indígenas acuden a consulta solicitando siempre una inyección "vine a, que me eches aguja buena", ellos consideran el medicamento inyectable más fuerte, más eficaz y más rápido, incluso se enojan cuando no se les inyecta y dudan de la eficacia el tratamiento oral. Consideran que la práctica médica privada es más eficaz que la institucional y en ocasiones más cálida, ya que ahí se convierten en clientes, la diferencia la basan en el tipo de medicamento (Mendoza, 1997).

El diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación al sistema de creencias del equipo de salud, representa un obstáculo para el acceso, la oportunidad de la atención y más aún para la autogestión en salud de los usuarios pertenecientes a grupos étnicos minoritarios (González et al., 1993).

Ante esta situación, México ha implementado diferentes iniciativas gubernamentales focalizadas en grupos con alta marginación, entre ellos los indígenas, cuya finalidad es reducir la vulnerabilidad y mejorar el acceso a los servicios de salud como respuesta a las condiciones de inequidad en salud. Ejemplos de ello son el Programa Oportunidades (Oportunidades) y el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), a través del Seguro Popular (Neufeld LM et.al., 2011).

3.8. *Servicio social.*

Es una actividad que permite al estudiante poner en práctica los conocimientos que adquirió durante su vida académica en beneficio de la sociedad mexicana. En muchos países se exige a los graduados de la facultad de medicina que presten un período de servicio nacional en zonas rurales y urbanas. Así lo requieren Kenia y Tanzania en África, Yugoslavia en Europa y la mayoría de los países

latinoamericanos. El razonamiento de esos programas es muy claro: las zonas rurales están insuficientemente atendidas, y los graduados en medicina están en deuda con la sociedad por la educación que han recibido. Por eso se considera que los médicos recién graduados deberían prestar servicio a esas zonas más necesitadas durante un tiempo determinado. “Las ideas sociales de la Revolución Mexicana, con respecto al servicio social, fueron plasmadas en los artículos 4o y 5o de la Constitución Mexicana, bajo el principio de que los profesionistas deben ser útiles a la sociedad”. El servicio social se establece en nuestro país a partir del año 1936, durante el Gobierno del General Lázaro Cárdenas (Bertín, 2011).

El ambiente en el que los pasantes desarrollan su servicio social no corresponde a las expectativas que tienen sobre su futuro profesional y la adaptación al nuevo contexto, les resulta difícil debido a que se encuentran lejos de su ambiente cultural y social (Magnus, 2000). Al mismo tiempo han de prestar servicios de atención primaria para lo que posee relativamente poca formación, ya que, en su educación universitaria, mediante adiestramiento en hospitales, no se ha concedido suficiente importancia a los elementos de la atención primaria global, incluido el tratamiento de problemas psicosociales y emocionales, prevención de enfermedades y trato de los enfermos crónicos. Como en la mayoría de los demás países, la educación que se ofrece tiende a concentrarse en la atención secundaria y terciaria (Millis, 1966).

3.9 Artículos relacionados con el tema.

Dentro de los antecedentes de importancia se encontraron algunos estudios relacionados de los cuales podemos mencionar que en el 2009 se publicó un artículo de las condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social, los cuales, al ser becarios, no son estrictos trabajadores de las instituciones de salud, pero laboraron asumiendo todas las obligaciones y responsabilidades del médico general, en condiciones laborales precarias (Ramírez et al., 2009).

La Universidad Autónoma de México (UNAM), realizó un estudio en el año académico 2009-2010 con 814 médicos pasantes, cuyo objetivo fue identificar el complejo ajuste al nuevo rol de pasar de estudiante a prestador de servicio, en el cual el 75.5% de los que se encontraban en localidades urbanas mencionaron cumplir con sus expectativas. Al preguntarles como percibieron el valor de su trabajo el 93.9% sintió que aportó algo a lo que les rodeaba. El 27.7% no lo estaba disfrutando. El 22.8% había pensado en renunciar (Varela et al., 2011).

En Veracruz en el año 2011, se hizo un estudio en localidades con un índice de rezago alto, con una población menor de 2000 habitantes, con el fin de medir la percepción de estos, acerca del primer nivel de atención médica. El estudio toma en cuenta factores como las dificultades en el acceso geográfico y la irregularidad en el transporte colectivo. El desabastecimiento de medicamentos lleva a los pacientes a no completar su tratamiento. Los horarios establecidos son limitados sin que se rebase el número de consultas establecidas por día, sobre todo por los citados afiliados al Programa Oportunidades. Otro aspecto importante fue la barrera en la comunicación que existen entre la lengua indígena-español, junto a la relación jerárquica y de subordinación por parte de estos dos grupos. Una de las explicaciones que se dan a la desigualdad en salud de los pueblos indígenas es que retardan la atención como consecuencia de las creencias mágico-religiosas, con actitudes y creencias equivocadas que necesitan corregirse (Montero, 2011).

Un estudio realizado en Oaxaca en 1990, nos da a conocer acerca de la calidad de la relación pedagógica médico-paciente en la consulta externa, la cual se buscó determinar si el tipo de relación que se establece favorece a la transmisión educativa del médico al paciente. Incluyendo que el médico proporcionó un diagnóstico clínico y lo explicó, la comprensión de tratamiento por parte del paciente y el tiempo de duración de la consulta (Campero, 1990). Esta deficiencia de explicar al paciente qué debe hacer, está muy alejada de una educación con enfoque pedagógica que debe recibir el medico durante su formación en las universidades sobre todo con este grupo de población en particular.

Un artículo publicado por la Revista Española de Salud Pública en el 2002, en donde participaron 24 profesionales de la salud y 22 enfermos, dio a conocer como los médicos y pacientes perciben, interpretan, experimentan y construyen la realidad de la relación médico-paciente. En donde los médicos percibieron la pobreza de los recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), conflictos con los pacientes difíciles, influencia de factores psicosociales, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. En cuanto a la percepción de los pacientes fue de un funcionamiento de consultas masificadas y de breve duración, dificultades de comunicación, error y conflicto con el encuentro clínico (Girón et al., 2002).

En el 2012 se realizó un estudio por parte de la universidad católica de Chile sobre la relación médico-paciente, del cual se validó un instrumento de medición, que consistió en un cuestionario que agrupo 55 preguntas en tres dimensiones: una antropológica, de la relación médico-paciente, y deshumanización de la salud, aplicado en el hospital clínica de la Universidad de Chile y en el hospital Sotero de Río; a médicos especialistas, alumnos y pacientes, el instrumento fue aprobado por el Comité de ética de la escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (Rodríguez et al., 2010).

Se realizó un estudio en Tabasco (México) con el objetivo de conocer los motivos que conducen a los estudiantes de medicina a elegir el servicio social en las clínicas del primer nivel de atención médica, así como su experiencia en las mismas. Participaron 140 estudiantes que cumplieron su servicio social en el 2012-2013. Para obtener la información se usaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Los estudiantes entrevistados consideran que el servicio social en el primer nivel de atención médica es importante en su formación profesional; sin embargo, manifestaron su inconformidad por las actividades administrativas que les asigna la institución receptora. En las conclusiones, se sugiere la vinculación sociedad-universidades-instituciones de salud para recuperar los objetivos

asistencial y académico del servicio social (Mazon J. Delgado A. Sánchez G. Serret A. et al. 2015).

En la encuesta nacional de salud (ENSANUT) realizada en 2006 y en 2012 se incluye la implementación y evaluación de las iniciativas gubernamentales dirigidas a disminuir la vulnerabilidad de la población indígena y las condiciones de inequidad en salud. Este trabajo muestra que por sí solos, Oportunidades y el Seguro Popular no parecen incidir en la reducción de la inequidad en salud ni incrementan la utilización de servicios de salud. De esta forma, se considera que el conjunto de recomendaciones que se hacen en este trabajo pueden ser un apoyo para nuevas acciones o estrategias que definan una política de protección social integral que responda a las necesidades de los pueblos indígenas, basada en la atención a los determinantes socioeconómicos con respeto a su cultura y derechos (Pelcastre, B. Meneses, S. Rivera, J. 2020).

Se analizó la información al emplear los grupos etarios definidos en el diseño de la Ensanut 2018-19: población infantil (0-9 años), adolescentes (10-19 años) y adultos (20 o más años); estos grupos se diferenciaron en población indígena (hablante de lengua indígena, PI) y no indígena (PNI). La población de mujeres en edad reproductiva (20-49 años) estuvo conformada por 14 936 mujeres; las mujeres indígenas reportaron en mayor proporción haber estado embarazadas (87 vs. 77%, $p < 0.001$). La atención prenatal se lleva a cabo principalmente por personal médico, aunque con una diferencia de 14 puntos porcentuales menos entre las mujeres indígenas ($p < 0.001$). El lugar de atención del parto es principalmente las instituciones de salud para población sin seguridad social (68% para PI y 48% para PNI). Las PI que acudieron a consulta médica recibieron menos explicaciones claras sobre su enfermedad (80 vs. 87%, $p < 0.001$). El analfabetismo fue tres veces mayor entre las PI y sólo un mínimo porcentaje tuvo acceso a la educación superior. Esto determina una mayor posibilidad de que las PI se empleen en el sector de la economía sin seguridad social y continúen dependiendo de paquetes limitados de servicios de salud, pues las mayores coberturas continúan vinculadas al empleo asalariado (Rodríguez, C. 2020 y Schmelkes S. 2013).

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

4. Objetivos

4.1 *Objetivo general*

Describir la percepción en la relación del médico-paciente indígena, y paciente indígena-médico, en comunidades de la zona Altos y de la zona Selva del estado de Chiapas, durante el servicio social.

4.2 *Objetivos específicos.*

4.2.1 Describir la población indígena según las variables sociodemográficas.

4.2.2 *Describir la percepción de los pacientes indígenas para la atención de la salud, según el tipo de personal e institución.*

4.2.3 Describir la población de médicos según los factores sociodemográficos.

4.2.4 Describir la población de médicos y el ámbito institucional de acuerdo su unidad de adscripción.

4.2.5 Describir las características de la relación médico-paciente, según la percepción de los médicos pasantes.

4.2.6 Describir la percepción de la población indígena sobre la información recibida y de la relación médico-paciente.

4.2.7 *Descripción de la percepción de los médicos pasantes de acuerdo a la clasificación de la relación con los pacientes.*

4.2.8 Estimar el grado de satisfacción en relación a la calidad de la atención medica de acuerdo a la percepción del paciente indígena con la variables sociodemográficas, económicas, culturales y los factores institucionales.

4.2.9 Estimar el grado de satisfacción en relación a la calidad de la atención medica de acuerdo a la percepción del medico con la variables sociodemográficas, económicas, culturales y los factores institucionales.

CAPÍTULO 5
METODOLOGÍA

5. Metodología

5.1 Diseño del Estudio.

El presente estudio es descriptivo de carácter exploratorio.

5.2 Descripción del área de estudio.

El siguiente estudio se realizó en localidades de los Altos y Selva del estado de Chiapas, pertenecientes a las Jurisdicciones Sanitarias No. II y IX, en diferentes instalaciones del Instituto de Salud del estado: hospitales básicos comunitarios, clínicas rurales de IMSS oportunidades, centros de salud, casas de salud, que contaban con una población de un 90% de habitantes hablantes de alguna lengua indígena. De acuerdo al INEGI de los 111 municipios, las comunidades de origen indígena se encuentran en 58 de estos, de las cuales se tomaron 10 comunidades pertenecientes a estas jurisdicciones como fueron: C.S. Betania 50 encuestados (Teopisca), C.S. Revolución 46 encuestados (Aldama), C.S. Cruz Quemada 50 encuestados (Chamula), C. S. Nueva Morelia 44 encuestados (Ocosingo), U.M.R. Adolfo López Mateos 50 encuestados (Huixtan), C.S. Bachajon 50 encuestados (Chilon), C.S. Romerillo 47 encuestados (Chamula), C.S. La Libertad 42 encuestados (Chenalhó), U.M.R. Abasolo 47 encuestados (Ocosingo), C.S Oxchuc (Oxchuc) 50 encuestados, dando un total de 476 personas de estas comunidades que participaron. (ver mapas en anexos)

De los 155 estudiantes que dijeron realizar el servicio en social en zonas indígenas, únicamente se incluyeron en el estudio 91 debido a que el resto desertó del servicio e incluso varios de ellos ya no se presentaron a su zona de adscripción.

5.3 Población y muestra

Para la presente investigación se requirió de una población de personas indígenas que habitaban en la zona de los Altos y Selva del estado de Chiapas, que recibían atención médica; En una población ubicada en una zona accidentada que le da la característica de una población dispersa, la cual no permite tener una cifra determinada de sus habitantes (CDI, 2014). Se realizó un muestreo por conveniencia ya que se atendió a toda la población que acudió a las unidades.

Por otro lado para considerar la población de médicos pasantes incluidos en el estudio, se tomó en cuenta todos aquellos que eligieron realizar su servicio social en comunidades indígenas, cuyo registro se encontró del listado del número de médicos pasantes y el lugar de adscripción, sumando un total de 155, proporcionado por las jefaturas de enseñanza de las Jurisdicciones mencionadas, y a las Facultades de Medicina de la UNACH e IESCH, sin embargo únicamente fueron incluidos en el estudio 91 médicos que finalmente se quedaron laborando, ya que el resto desertó del servicio una vez que lo iniciaron y unos más ya no hicieron acto de presencia en su zona de adscripción.

5.4 Definición de las unidades de estudio

5.4.1 Criterios de inclusión

- a) Hombres y mujeres de comunidades indígenas
- b) Personas que recibieron atención médica por pasantes de medicina
- c) Pacientes que habitaban en comunidades previamente seleccionadas
- d) Médicos pasantes que cursaron el servicio social en comunidades indígenas seleccionadas.

5.4.2 Criterios de exclusión

- a) Personas que no desearon participar voluntariamente en el estudio

5.5 Definición conceptual y operacional de las variables

En la tabla 5.1, se describen cada una de las variables que se incluirán en la presente investigación, haciéndose una definición conceptual y operacional de cada una de ellas.

Tabla 5.1 Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición		Tipo de variables
	Conceptual	Operacional	
Edad	Número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista (INEGI)	La que refiere el entrevistado	Cuantitativa discreta
Grupo de edad	Edad agrupada en parámetros	Se clasificó en las siguientes categorías: Indígenas Médicos a) 16 a 20 años a) 23 a 25 años b) 21 a 32 años b) 26 años y mas c) 33 a 44 años d) 45 y mas	Cualitativa ordinal
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Se registra según lo expresado en la encuesta. a) masculino b) Femenino	Cualitativa nominal
Escolaridad	Periodo de tiempo en que un niño o joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Se clasifica según lo registrado en la encuesta. a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria	Cualitativa ordinal
Lengua materna	Lengua que una persona aprende en su entorno familiar y mediante la cual se comunica normalmente	Se clasifica según lo registrado en la encuesta. a) Tzeltal b) Tzotzil	Cualitativa nominal
Procedencia del medico	Lugar del cual procede el medico pasante que realizo el servicio	Se clasifica según lo registrado en la encuesta. a) Ciudad de México b) Estado de Chiapas c) Otros Lugares	Cualitativa nominal
Escuela de procedencia	Escuela donde cursaron la carrera de medicina	Se clasifica según resultados de la encuesta. a) La Salle (Ciudad de México) b) UNACH e IESCH (Chiapas) c) Otras Universidades (otros estados)	Cualitativa nominal
Unidad médica	Establecimiento de atención para los derechohabientes de un área geográfica de influencia ya se dé primer, segundo o tercer nivel	Se categorizo de la siguiente manera: a) Centro de salud b) Clínica rural c) Hospital d) Casa de salud	Cualitativa nominal
Motivo de atención	Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de la salud. El motivo de la consulta no solo tiene intereses clínicos	Se clasifica según lo registrado en la encuesta. a) Por enfermedad b) Por apoyo (PROGRESA) c) Por asistencia (sello) d) Por vacunación	Cualitativa nominal
Tipo de personal de preferencia	Personal que se encarga de brindar atención medica y/o recetar algún tratamiento al usuario que acude por algún problema de salud	Se registra según lo expresado en la encuesta. a) Medico institucional b) Medico Particular c) Personal de farmacia d) Medico tradicional	Cualitativa nominal
Lugar de atención	Lugar en donde se lleva a cabo la valoración y atención del paciente ya sea, en un consultorio institucional, particular o a domicilio.	Se registra según lo expresado en la encuesta. Se clasifico en: a) Centro de salud b) Hospital c) Hogar d) Clínica particular	Cualitativa nominal
Grado de satisfacción	Se refiere al grado de cumplimiento de las expectativas de un cliente (en este caso paciente y medico) al recibir u otorgar un servicio.	Se registra según lo expresado en la encuesta. Se clasifico en: a) Satisfactoria b) Insatisfactoria (según la percepción del paciente y el medico)	Cualitativa nominal

5.6 Procedimiento de recolección y análisis de datos

Para la recolección de información se solicitó de manera escrita a las Jefaturas de Enseñanza de las Jurisdicciones Sanitarias No. II y IX, y a las Facultades de Medicina de la UNACH e IESCH, las listas del número de médicos pasantes y el lugar de adscripción, seleccionando los que prestaban el servicio en comunidades indígenas, así como también los lugares en donde se encuentran su adscripción durante el ciclo 2010-2011. Asimismo, se solicitó mediante una hoja de consentimiento informado la participación de los sujetos a estudiar. Se hizo la búsqueda de información por medio de los datos que proporcionó INEGI acerca de las comunidades ubicadas en los Altos y Selva de Chiapas, y el número de habitantes de cada localidad.

La técnica de recolección de datos se hizo mediante la aplicación de dos cuestionarios para medir los determinantes en la relación médico-paciente indígena. La primera encuesta fue autodirigido a los médicos con 53 reactivos, en el que se vincula la Institución, el médico y su escuela, dividida en tres componentes el primero que es la Ficha de Identificación del Médico, el segundo que es el Componente Institucional y por último el tercero el Componente Escolar. La segunda encuesta bajo el apoyo de un traductor de la comunidad hacia los pacientes indígenas, constó de 58 reactivos, con preguntas cerradas y semiabiertas, en el que se enlazaron al Paciente Indígena y su Comunidad, dividida en dos componentes: el primero que es la Ficha de Identificación y el segundo que es el Paciente Indígena y su Comunidad. Ambos cuestionarios utilizando como referencia, una encuesta PREMEPA modificada (percepción de la relación médico paciente), valorados por una escala tipo Likert modificado (valores de 0 a 3); se utilizó la prueba de esfericidad de Barlett y el valor Keiser Meyer Olkin (KMO) para determinar la correlación entre variables. Se aplicó una prueba piloto con un total de 70 encuestados en hospital básico comunitario de Teopisca, entre trabajadores y usuarios del hospital. Estos instrumentos fueron valorados, revisados y autorizados por el consejo universitario.

5.7 Elaboración de base de datos y análisis estadístico

Una vez elaborada la base de datos en el programa SPSS versión 25, se abordó inicialmente un análisis descriptivo univariado, para todas las variables cualitativas. Posteriormente se realizó un análisis bivariado, para medir la relación entre variables cualitativas, utilizando el estadígrafo X^2 . Un valor p menor de 0.05, se consideró un resultado estadísticamente significativo. Y en el caso de las variables cuantitativas se calcularon promedios y desviación estándar en este caso solo fue la edad.

5.8 Aspectos bioéticos

La presente investigación fue previamente sometida a revisión por el Comité Académico del Posgrado en Ciencias en Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; a cada uno de los participantes en el estudio (médicos y pacientes) se les explicó los objetivos de la presente investigación y posteriormente firmaron un formato de consentimiento informado. Cabe hacer mención que el estudio no fue sometido a evaluación con ningún comité de ética en investigación debido a que no existe ningún comité registrado que cumpla con esta función.

CAPÍTULO 6
RESULTADOS

6. Resultados

Como ya se mencionó en el apartado de la metodología, en la presente investigación, se abordaron dos poblaciones de estudio, la de los pacientes indígenas y la de los médicos pasantes.

6.1 Descripción de la población indígena según las variables sociodemográficas

La población de pacientes indígenas, estuvo conformada por un total de 476 habitantes de diversas comunidades de los Altos y Selva de Chiapas, de los cuales 335 fueron mujeres (70.2%). Con respecto al promedio de edad de los participantes, esta fue de 32.6 ± 11.1 años. El grupo de edad más numeroso estuvo representado por aquellos participantes que tenían entre 21 y 32 años, 185 (38.9%), seguido por los que refirieron tener entre 33 y 44 años, 125 (23.6%); ver tabla 6.1.

Por otro parte, al analizar el nivel de escolaridad de los entrevistados, se constató que la mayor parte no sabía leer ni escribir, 279 (58.6%), seguido por los que tenían primaria incompleta, 111 (23.3%). Asimismo, al revisar el idioma que hablaban los diferentes habitantes, se observó que el más frecuente fue el tzeltal, 287 (60.3%), y el resto hablaba tzotzil, 189 (39.7%); ver tabla 6.1.

Cabe hacer mención, que la mayoría de los habitantes eran del municipio de San Juan Chamula, 97 (20.3%), 91 eran de Ocosingo (19.1%). El resto de los habitantes incluidos en el estudio fueron de los siguientes municipios: Teopisca, Aldama, Huixtan, Chilon, Chenalo y Oxchuc. En la tabla 6.1 se relacionan las diferentes comunidades de cada municipio que fueron consideradas en el estudio con porcentajes de población muy parecidos, que varió de 8.8 a 10.5 %.

Tabla 6.1. Descripción de la población indígena según las variables sociodemográficas

Variables	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	141	29.6
Femenino	335	70.2
Grupos de edad		
16 a 20 años	88	18.5
21 a 32 años	185	38.9
33 a 44 años	125	23.6
45 y más años	78	16.4
Escolaridad		
Analfabeta	279	58.6
Primaria incompleta	111	23.3
Primaria completa	58	12.2
Secundaria	28	5.9
Lengua materna		
Tzeltal	287	60.3
Tzotzil	189	39.7
Municipio de origen		
Teopisca	50	10.5
Aldama	46	9.6
Huixtan	50	10.5
Chilon	50	10.5
San Juan Chamula	97	20.3
Chenalo	42	8.8
Ocosingo	91	19.1
Oxchuc	50	10.5
Localidad de cada municipio		
Betania (Teopisca)	50	10.5
Revolución (Aldama)	46	9.6
Nueva Morelia (Ocosingo)	44	9.2
Cruz Quemada (Chamula)	50	10.5
Adolfo López (Huixtan)	50	10.5
Bachajon (Chilon)	50	10.5
Romerillo (Chamula)	47	9.9
La libertad (Chenalo)	42	8.8
Abasolo (Ocosingo)	47	9.9
Oxchuc (Oxchuc)	50	10.5

6.2 Percepción de los pacientes indígenas para la atención de la salud, según el tipo de personal e institución. 4.2.2

Al revisar las unidades de atención médica distribuidas en la zona de estudio, 367 correspondieron a centros de salud, de la Secretaría de Salud (77.1%), y el resto, 109 eran clínicas rurales del IMSS solidaridad (22.9%). Con respecto a la pregunta realizada a los participantes, ¿la unidad de atención cuenta con el personal, equipo y medicamentos suficientes?, la mayor parte dio una respuesta negativa, 416 (87.4%). Asimismo, cuando se preguntó sobre la existencia de medicamentos, la mayor parte de los entrevistados, 420 (88.3%) respondió que era insuficiente por lo regular.

Cuando se interrogó acerca de la preferencia de los pacientes para recibir la atención sanitaria, según el personal de salud, la mayoría de los entrevistados, optó por recibir atención de un médico particular, 337 (70.8%), seguido por personal farmacia, 109 (22.9%). Cabe destacar que un porcentaje bajo de pacientes prefirió el médico institucional 10 (2.1%). De todos estos en el interrogatorio acerca de quien les brindó mejor atención, la mayoría estuvo de acuerdo de que fue el médico particular, 341 (71.6%), también seguido del personal de farmacia, 111 (23.3%). Al preguntarles cual era la razón por el cual preferían ir con el personal de salud de su confianza, dijeron, que lo hacían porque les daban buena medicina 325 (68.2%), seguida por la respuesta de que no tenían que esperar mucho tiempo, 75 (15.8%); ver tabla 6.2.

Con respecto a la atención materna, la preferencia que tenían las pacientes en el control de embarazo fue mayor con las parteras, 410 (86.2%), y la preferencia para el médico perteneciente alguna institución, 18 que correspondió al 3.8%. La misma tendencia se observó con la atención de parto, ya que las parteras fueron preferidas por 409 pacientes (85.9%), y el médico institucional, 18 (3.8%). Finalmente, la mayor parte de las pacientes, 310 (65.2%), prefirieron atender su parto en su hogar, seguido por las que decidieron ser atendidas en un hospital 133 (27.9%); ver tabla 6.2.

Tabla 6.2 Percepción de los pacientes indígenas para la atención de la salud, según el tipo de personal e institución.

Variables	Frecuencia	%
Unidad de atención médica		
Unidades de salud (SSA)	367	77.1
Clínica rural (IMSS)	109	22.9
Personal, equipo y medicinas suficientes		
SI	60	12.6
NO	416	87.4
Existencia de medicamentos en centros de salud		
Con existencia	56	11.7
Sin existencia	420	88.3
Tipo de personal de salud según la preferencia de los pacientes		
Medico institucional	10	2.1
Medico particular	337	70.8
Personal de farmacia	109	22.9
Medico tradicional	20	4.2
Personal que proporcione mejor atención		
Medico institucional	9	1.9
Medico particular	341	71.6
Personal de farmacia	111	23.3
Medico tradicional	15	3.2
Causas que motivaron la atención		
Problemas de salud	297	62.3
Por vacunación (aplicación de medicamento)	179	37.6
Motivo de la preferencia hacia personal de salud		
Me trata bien	65	13.7
Me da buena medicina	325	68.2
Le tengo confianza	11	2.3
No tengo que esperar	75	15.8
Preferencia en el control del embarazo		
Medico institucional	18	3.8
Medico particular	48	10.0
Partera	410	86.2
Preferencia en la atención del parto		
Medico institucional	18	3.8
Medico particular	49	10.3
Partera	409	85.9
Preferencia del lugar de atención del parto		
Centro de salud	11	2.3
Hospital	133	27.9
Hogar	310	65.2
Clínica particular	22	4.6

6.3 Descripción de la población de médicos según las variables sociodemográficas

La otra población abordada fue la de médicos pasantes, que sumaron un total de 91, de los cuales, 46 eran hombres (50.5%). El promedio de edad de los médicos fue de 25.2 ± 1.1 años. El grupo etario más numeroso, fue el de 23 a 25 años, con 68 médicos (74.7%), seguido por los que tenían de 26 y más años, 23 (25.2%); ver tabla 6.3

En cuanto a la institución de procedencia, la mayoría de los pasantes procedían de una universidad de la ciudad de México (Universidad La Salle), 52 (57.1%), seguido por los que egresaron de las Universidades de Chiapas (UNACH e IESCH), con 31 médicos (34.0%) y el resto, procedían de otras universidades. Con respecto al lugar de origen de los pasantes, la mayoría de los estudiantes provenían de la ciudad de México 52 (57.1), seguido de los del estado de Chiapas con 32 (35.1%) y el resto de otros estados (ver tabla 6.3).

Tabla 6.3. Descripción de la población de médicos según las variables sociodemográficas.

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	46	50.5
Femenino	45	49.4
Grupos de edad		
23 a 25 años	68	74.7
26 y más años	23	25.2
Escuela de procedencia		
Universidades de la Ciudad de México (La Salle)	52	57.1
Universidades de Chiapas (UNCAH e IESCH)	31	34.0
Otras universidades	8	8.7
Entidad de Procedencia		
Ciudad de México	52	57.1
Chiapas	32	35.1
Otros estados	7	7.6

6.4 Descripción de la población de médicos y el ámbito Institucional de acuerdo a su unidad de adscripción (centro de salud, hospital comunitario, casa de salud, clínica rural IMSS)

Las unidades de atención a las que fueron asignados los médicos para cursar el servicio social, en esta área de influencia indígena ya descrita, en su mayoría fueron centros de salud, con 63 médicos (69.2%), seguida de los hospitales básicos comunitarios, 11 (12.1%) y casas de salud 10 (11.0%) todas estas unidades pertenecientes a la Secretaría de Salud, y únicamente siete, cursaron su servicio social en clínicas rurales del IMSS oportunidades (7.7%); ver tabla 6.4

De los 91 médicos encuestados se encontró que 73 (80.2%) tuvieron dificultades para llegar a la unidad de adscripción; entre las causas más frecuentes se encontraron: bloqueo de caminos y falta de transporte, 79 (86.8%), seguido de carreteras incompletas, 9 (9.8%). Por otra parte, al revisar la forma en que se transportaban a su localidad, 86 médicos (94.5%) lo hacían en automóvil, cuatro llegaban caminando (4.4%). Es importante destacar, que 80 (87.9%) médicos pasantes, refirieron que no existían las condiciones necesarias para pernoctar en su unidad (ver tabla 6.4).

Al revisar las actividades de los médicos pasantes, se constató que la mayoría de ellos, proporcionaba, entre 15 y 25 consultas, 61 (67%), y 28 pasantes otorgaba de 26 a 35 (30.8%). La mayor parte de las consultas duraron entre 16 y 30 minutos, 72 (79.1%). La mayor parte de los médicos, consideró que no había suficiente personal, equipo y medicamentos necesarios para atender a la población, 81 (89%). De la clasificación en el abasto de medicamentos, 78 (85.7%) determino que era malo (ver tabla 6.4).

Los médicos pasantes percibieron que la mayor parte de los pacientes preferían la atención de los médicos particulares, 44 (18.6%). Asimismo, los médicos identificaron que la mayoría de las mujeres, preferían atender su parto en su hogar, 47 (51.6%). Por último, se les pregunto si habían recibido capacitación acerca de los usos y costumbres de los grupos indígenas, 88 (96.7%) contestaron que no la hubo. Así también si habían recibido alguna capacitación sobre los

aspectos sociales sobre las comunidades indígenas, 86 (94.5%) lo negaron. Debido a esto se les pregunto si eran aptos para brindar una buena atención a este tipo de comunidades, 71 (78%) respondió que no lo eran (ver tabla 6.4).

Tabla 6.4. Descripción de la población de médicos y el ámbito institucional de acuerdo a su unidad de adscripción (centro de salud, Hospital comunitario, casa de salud, clínica rural IMSS)

Variable	Frecuencia	%
Unidad de atención médica		
Centro de salud	63	69.2
Hospital comunitario	11	12.1
Casa de salud	10	11.0
Clínica rural (IMSS)	7	7.7
Dificultad en el acceso a la comunidad		
SI	73	80.2
NO	18	19.8
Causas que dificultaron el acceso		
Carretera incompleta	9	9.8
Bloqueo y falta de transporte	79	86.8
Distancia	3	3.2
Tipo de transporte		
Automóvil	86	94.5
Animal	1	1.1
Caminando	4	4.4
Condiciones adecuadas para pernoctar		
SI	11	12.1
NO	80	87.9
Promedio de consultas diarias		
15 a 25 consultas	61	67.0
26 a 35 consultas	28	30.8
36 a 40 consultas	2	2.2
Duración de la consulta		
Más de 30 minutos	5	5.5
16 a 30 minutos	72	79.1
15 minutos o menos	14	15.4
Hubo recursos necesarios para la atención a la población		
SI	10	11.0
NO	81	89.0
Clasificación en el abastecimiento de medicamentos		
Bueno	13	14.3
Malo	78	85.7
Personal de preferencia de primera intención		
Medico institucional	10	11.0
Medico particular	44	48.3
Personal de farmacia	20	22.0
Medico tradicional	17	18.7
Preferencia del lugar de atención		
Centro de salud	4	4.4
Hospital	10	11.0
Hogar	47	51.6
Clínica particular	30	33.0
Capacitación de la escuela sobre usos y costumbres indígenas		
SI	3	3.3
NO	88	96.7

6.5 Características de la relación médico paciente según la percepción de los médicos pasantes.

Se les preguntó a los médicos si el paciente acataba las indicaciones, 81 (89%) dijeron que no lo hacían. Con respecto al lenguaje, 80 de ellos (87.9%) refirieron que dificultaba en la relación con el paciente.

Asimismo, durante la atención, 80 médicos contaron con traductor (87.9%), 51 (56%) fue un acompañante y 26 más (28.6%) refirieron que el traductor era una persona de la comunidad. Por otra parte, la mayor parte de los médicos, 78 (85.7%) consideraron que el sexo del paciente fue una condición que dificultó en la relación médico –paciente (ver tabla 6.5).

Dentro de las causas que dificultaron la comprensión de las condiciones de salud, los médicos contestaron que la primera fue la lengua materna, 35 (38.5%), seguida, de su pensamiento mágico-religioso, 30 (33%), la baja escolaridad, 15 (16.5%), y, por último, que no se les da una explicación adecuada, 11 (12%), (ver tabla 6.5).

Por el tipo de población con la que se relacionó el médico, se les preguntó a los 91, si las creencias religiosas afectan la relación médico-paciente, 82 (90.1%) dijeron que sí.

Además, se les cuestionó si los usos y costumbres también afectaban esta relación, 83 (91.2%) contestaron sí. Así mismo también se les preguntó si los aspectos sociales contribuían en la relación, 82 (90.1%) afirmo que sí (ver tabla 6.5).

Tabla 6.5. Características de la relación médico-paciente según la percepción de los médicos pasantes

Cuestionamientos	Frecuencia	%
El paciente acata indicaciones médicas		
SI	10	11.0
NO	81	89.0
El lenguaje dificultó la relación médico paciente		
SI	80	87.9
NO	11	12.1
Hubo traductor		
SI	80	87.9
NO	11	12.1
Tipo de traductor		
Acompañante	51	56.0
Persona de la comunidad	26	28.6
Personal de la institución	11	12.1
Otros	3	3.3
El sexo del paciente dificultó la relación		
SI	78	85.7
NO	13	14.3
Factores que dificultaron la comprensión de las condiciones de salud		
Baja escolaridad	15	16.5
Lengua materna	35	38.5
Pensamiento mágico-religioso	30	33.0
No se brinda información adecuada	11	12.0
Las creencias religiosas afectaron la relación médico-paciente		
SI	82	90.1
NO	9	9.9
Usos y costumbres afecta la relación médico-paciente		
SI	83	91.2
NO	8	8.8
Los aspectos sociales dificultaron la relación médico-paciente		
SI	82	90.1
NO	9	9.9.

6.6 Percepción de los médicos pasantes de acuerdo a la clasificación de la relación con los pacientes.

En este sentido 11, consideraron la atención medica durante la consulta como satisfactoria (12.1%), pero la mayoría 80, como insatisfactoria (87.9%). Así también, se les pregunto, si la relación con otro prestador de salud fue de la misma manera, la mayor parte 79 respondieron que fue satisfactoria el 86.8%; ver tabla 6.6

Tabla 6.6. Percepción de los médicos pasantes de acuerdo a la clasificación de la relación con los pacientes

Variable	Frecuencia	%
Clasificación de la relación médico-paciente con el médico del servicio social		
Satisfactoria	11	12.1
Insatisfactoria	80	87.9
Clasificación de la relación médico paciente con otro prestador de salud		
Satisfactoria	79	86.8
Insatisfactoria	12	13.2

6.7 Percepción de los pacientes indígenas sobre la información médica recibida

Cuando se les preguntó a los pacientes si comprendían la información o indicaciones que el médico les daba durante la consulta, únicamente 133 pacientes de los 476 incluidos en el estudio dijeron que sí (27.9%); ver figura 6.1

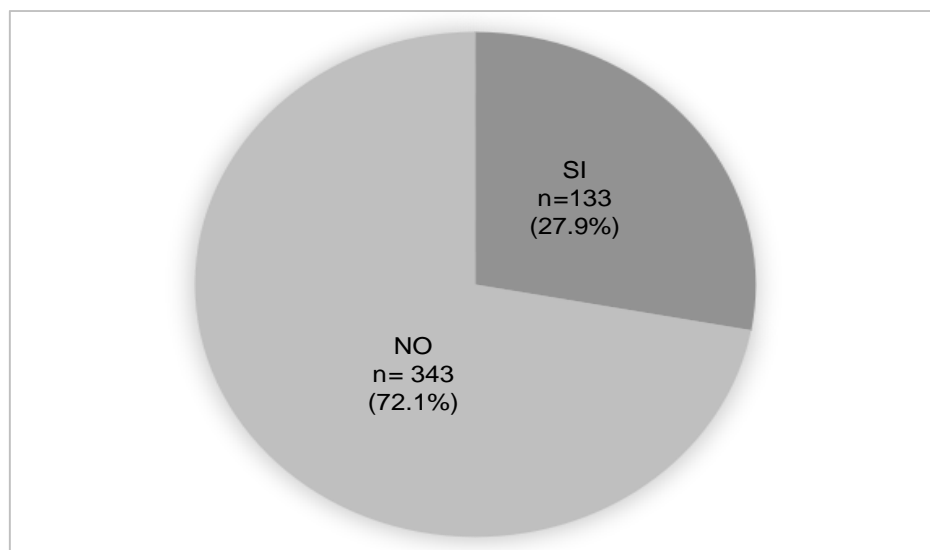


Figura 6.1 Porcentajes de pacientes que comprendieron las indicaciones médicas.

6.8 Percepción de la población indígena de acuerdo a la clasificación de la relación con los médicos

En cuanto a los pacientes de acuerdo a su percepción de la relación médico-paciente 24 (5.1%) dijeron que fue satisfactoria, y la mayoría 452 (94.9%) lo percibió como insatisfactoria. De la percepción del indígena en cuanto a la relación con otro prestador de la salud, la mayoría, 443 (93.1%) respondió que fue satisfactoria (ver tabla 6.8).

Tabla 6.8. Percepción de los pacientes indígenas de acuerdo a la clasificación de la relación con los médicos.

Variable	Frecuencia	%
Clasificación de la relación médico-paciente con el medico pasante		
Satisfactoria	24	5.1
Insatisfactoria	452	94.9
Clasificación de la relación médico-paciente con otro prestador de salud		
Satisfactoria	443	93.1
Insatisfactoria	33	6.9

6.9 Percepción de los pacientes indígenas de la calidad de atención medica recibida, según variables socio-económicas

Con respecto a la percepción de los pacientes indígenas de la calidad de atención recibida con los médicos pasantes, según diferentes variables socio-económicas, en la tabla 6.9 se observa que ninguna de las variables socio-económicas (grupos de edad, escolaridad, sexo y lenguaje) no mostraron relaciones significativas con respecto a la percepción de la calidad de atención medica recibida la cual fue clasificada en satisfactoria e insatisfactoria

Tabla 6.9. Percepción de los pacientes indígenas de la calidad de atención medica recibida, según variables socio-económicas

Variable	n	Percepción de la calidad medica recibida por los médicos pasantes	
		Satisfactoria n(%)	Insatisfactoria n(%)
Pacientes indigenas			
Grupo de edad			
16 a 20 años	88	3 (3.4)	85 (96.5)
21 a 32 años	185	8 (4.3)	177 (95.6)
33 a 44 años	125	10 (8)	115 (92)
45 y más años	78	3 (3.8)	75 (96.1)
X2; valor p		0.00680;0.93428	
Nivel de escolaridad			
Analfabeta	279	15 (5.3)	264 (94.6)
Primaria incompleta	111	6 (5.4)	105 (94.5)
Primaria completa	58	2 (3.4)	56 (96.5)
Secundaria	28	1 (3.5)	27 (96.4)
X2; valor p		0.11211;0.73775	
Masculino	141	4 (2.8)	137 (97.1)
Femenino	335	20 (5.9)	315 (94.0)
X2; valor p		2.03050;0.15417	
Tzeltal	287	10 (3.4)	277 (96.5)
Tzotzil	189	14 (7.4)	175 (92.5)
X2; valor p		3.65547;0.05589	

6.10 Percepción del paciente indígena de la calidad de atención recibida por los médicos pasantes según el tipo de institución, insumos y medicamentos.

Al analizar la percepción de la calidad de atención recibida por los pacientes según la existencia de personal y equipo; en la tabla 6.10, se puede observar que el nivel de insatisfacción de la atención médica recibida fue significativamente mayor, 404 (97.1%) que en aquellos que se sintieron satisfechos, 12 (2.9%); $\chi^2=32.01561$; $p=0.0000$.

En la misma tabla, se puede observar que al revisar que la calidad de la atención médica según la existencia de medicamentos en las instalaciones de salud, los pacientes dijeron sentirse más satisfechos con la atención brindada en los centros de salud que contaban con un abasto suficiente de medicamentos, 14 (25%) que en aquellos que acudieron en instalaciones que no contaban con la cantidad adecuada de medicamentos, 10 (2.4%); $\chi^2=52.69$; valor $p=0.0000$. cabe destacar, que el tipo de institución no se relación significativamente con la calidad de la atención.

Tabla 6.10. Percepción del paciente indígena de la calidad de atención recibida, por los médicos pasantes según el tipo de institución, insumos y medicamentos

Variable	n	calidad de la atención recibida con el medico pasante	
		Satisfecho n(%)	Insatisfecho n(%)
Institución, medicamentos e insumos			
Unidad de atención médica			
Centro de salud (SSA)	367	20 (5.5)	347 (94.5)
Clínica rural (IMSS)	109	4 (3.7)	105 (96.3)
X2; valor p		0.55490;0.45632	
Existencia de personal y equipo			
Si	60	12(20)	48 (80)
No	416	12 (2.9)	404 (97.1)
X2; valor p		32.01561;0.0000	
Existencia de medicamentos en los centros de salud			
Con existencia	56	14 (25)	42 (75)
Sin existencia	420	10 (2.4)	410 (97.6)
X2; valor p		52.69020;0.0000	
Motivo de asistencia			
Por enfermedad	297	12 (4.1)	285 (95.9)
Por vacunación (aplicación de medicamento)	179	12 (6.7)	167 (93.3)
X2; valor p		1.65143;0.19876	

6.11 Percepción del paciente indígena con respecto a la calidad de la atención según el tipo de personal o prestador de la salud

En la tabla 6.11 se muestra que los pacientes indígenas prefirieron significativamente recibir atención con medico particular, 322(95.5%) y con el personal de farmacia 103 (94.5%) que cuando fueron atendidos por el medico pasante o el medico tradicional ($\chi^2=19.99782$; $p=0.00001$). Ver tabla 6.11

Asimismo, cuando se revisó la percepción de la menor atención según el tipo de personal de salud, 339 (94.4%) dijeron que esta fue significativamente mayor con el medico particular ($\chi^2=88.24251$; $p=0.0000$). llama la atención que el porcentaje de mejor atención recibida por el medico pasante fue de tan solo 33.3%. Por otro lado, cuando se analizó el motivo de la preferencia la mayoría de los pacientes, 320 (98.5%) refirió que el medico particular da mejores medicinas ($\chi^2=47.28944$; $p=0.0000$). Ver tabla 6.11

Al analizar la preferencia de las pacientes indígenas para el control prenatal, esta fue significativamente mayor con las parteras 399 (97.5%); cabe destacar que solamente 8 pacientes prefirieron acudir con el medico pasante (44.4%); $\chi^2=105.47004$; $p=0.0000$. la misma preferencia ocurrió cuando se trató de la atención del parto con 399 mujeres (97.5%) a diferencia del médico pasante, que fueron 6 pacientes (33.3%); $\chi^2=95.25306$; $p=0.0000$. Ver tabla 6.11

Finalmente, cuando se analizó la preferencia del lugar de atención del parto, la mayoría de las mujeres dijeron que debería ser en el hogar, 305 (98.4%), seguido por el hospital, 116 (87.2%) y únicamente 2 con el medico pasante (18.2%); $\chi^2=51.31276$; $p=0.0000$. Ver tabla 6.11

Tabla 6.11. Percepción del paciente indígena con respecto a la calidad de la atención según el tipo de personal o prestador de la salud.

Variable	n	Preferencia para recibir la atención	
		si n (%)	no n (%)
Preferencia de los pacientes según el tipo de personal de salud			
Medico institucional (medico pasante)	10	4 (40)	6 (60)
Medico particular	337	322 (95.5)	15 (4.5)
Personal de farmacia	109	103 (94.5)	6 (5.5)
Medico tradicional	20	14 (70)	6 (30)
X2; valor p		19.99782;0.00001	
Mejor atención según el tipo de personal de salud			
Medico institucional (medico pasante)	9	3 (33.3)	6 (66.7)
Medico particular	341	339 (99.4)	2 (0.6)
Personal de farmacia	111	91 (81.9)	20 (18.1)
Medico tradicional	15	10 (66.7)	5 (33.3)
X2; valor p		88.24251;0.0000	
Motivos que fundamentaron la preferencia del paciente según el tipo de personal de salud			
Me trata bien	65	52 (80)	13 (20)
Me da buena medicina	325	320 (98.5)	5 (1.5)
Le tengo confianza	11	8 (72.7)	3 (27.3)
No tengo que esperar	75	63 (84)	12 (16)
X2; Valor p		47.28944;0.0000	
Preferencia en el control del embarazo			
Medico institucional (medico pasante)	18	8 (44.4)	10 (55.6)
Medico particular	48	34 (70.8)	14 (29.2)
Partera	410	401 (97.8)	9 (2.2)
X2; valor p		105.47004;0.0000	
Preferencia en la atención del parto			
Medico institucional (medico pasante)	18	6 (33.3)	12 (66.7)
Medico particular	49	38 (77.6)	11 (22.4)
Partera	409	399 (97.5)	10 (2.5)
X2; valor p		95.25306;0.0000	
Preferencia del lugar de atención del parto			
Centro de salud	11	2 (18.2)	9 (81.8)
Hospital	133	116 (87.2)	17 (12.8)
Hogar	310	305 (98.4)	5 (1.6)
Clínica particular	22	20 (91.0)	2 (9.0)
X2; valor p		51.31276;0.0000	

6.12 *Percepción de los médicos de la relación con sus pacientes según variables sociodemográficas propias.*

Cuando se analizó el sexo de los médicos pasantes y la percepción de la relación con los pacientes se encontró que ambos sexos percibían una condición de insatisfacción ($\chi^2=8.3478$; $p=0.0038$); Y con respecto al grupo de edad no hubo percepciones diferentes de la relación con el paciente Ver tabla 6.12; Misma situación se observó según la universidad y entidad de procedencia. Ver tabla 6.12.

Tabla 6.12. Percepción de los médicos de la relación con sus pacientes según variables sociodemográficas propias.

Variable	n	Clasificación de la relación médico-paciente del médico en servicio social	
		Satisfactoria n(%)	Insatisfactoria n(%)
Sexo			
Masculino	46	6 (13)	40 (87)
Femenino	45	5 (11.1)	40 (88.9)
X ² ; valor p		8.34783;0.00386	
Grupos de edad			
23 a 25 años	68	8 (11.8)	60 (88.2)
26 y más años	23	3 (13)	20 (87)
X ² ; valor p		0.02616;0.87152	
Escuela de Procedencia			
Universidades de Ciudad de México	52	4 (7.7)	48 (92.3)
Universidades de Chiapas	31	6 (19.3)	25 (80.7)
Otras universidades	8	1 (12.5)	7 (87.5)
X ² ; valor p		1.22215;0.26894	
Entidad de Procedencia			
Ciudad de México	52	4 (7.7)	48 (92.3)
Chiapas	32	6 (18.7)	26 (81.3)
Otros estados	7	1 (14.3)	6 (85.7)
X ² ; valor p		1.34844;0.24555	

6.13 Percepción del médico de la relación con el paciente según los factores institucionales

Al explorar la percepción de los médicos de la relación con sus pacientes según el tipo de unidad de unidad, se observó que hubo más insatisfacción en aquellos que daban su servicio social en centro de salud, 57 (90.5%), aunque esto no represento significancia estadística debido que en el resto de unidades médicas la asignación de médicos fue escasa. Cuando se les pregunto si la dificultad en el acceso en la comunidad influía en la relación con sus pacientes, 71 (97.3%) dijeron sentirse insatisfechos ($x^2=30.0156$; $p=0.0000$); Ver tabla 6.13.

Al abordar la percepción del médico sobre la relación con sus pacientes se constató que al menor número de consultas decían sentirse más insatisfechos, 57 (93.4%) $x^2=4.02365$; $p=0.04487$. Ver tabla 6.13

Por otro lado, cuando se analizó la duración de la consulta se observó mayor insatisfacción con la relación con su paciente cuando esta tardaba entre 16 a 30 minutos, aunque no se observó diferencia significativa sobre todo cuando se habla de insatisfacción diferencio significativamente el grado de insatisfacción. En cuanto a la duración del tiempo de la consulta la mayoría lo hizo entre 16 a 30 minutos, del cual 65 (90.3%) médicos estuvieron insatisfechos ($x^2=2.09494$; 0.14779); Ver tabla 6.13.

Al abordar el análisis de la relación médico-paciente según el abasto de medicamentos en la unidad médica hubo una diferencia estadísticamente significativa, cuando el abasto fue malo, 74 (94.9%) de insatisfacción ($x^2=24.6136$; $p=0.0000$); Ver tabla 6.13

Tabla 6.13. Percepción del médico de la relación con el paciente según los factores institucionales

Variables	n	Clasificación de la relación médico-paciente con el médico del servicio social	
		Satisfecho n(%)	Insatisfecho n(%)
Tipo de unidad			
Centro de salud	63	6 (9.5)	57 (90.5)
Hospital comunitario	11	2 (18.1)	9 (81.9)
Casa de salud	10	1 (10.0)	9 (90.0)
Clínica rural (IMSS)	7	2 (28.6)	5 (71.4)
X2; valor p		1.31636;0.25125	
Dificultad en el acceso a la comunidad			
Si	73	2 (2.7)	71 (97.3)
No	18	9 (50.0)	9 (50.0)
X2; valor p		30.01564;0.0000	
Promedio de consultas diarias			
15 a 25 consultas	61	4 (6.6)	57 (93.4)
26 a 35 consultas	28	7 (25.0)	21 (75.0)
36 a 40 consultas	2	0 (0.0)	2 (100.0)
X2; valor p		4.02365;0.04487	
Duración de la consulta			
15 minutos a menos	5	2 (40.0)	3 (60.0)
16 a 30 minutos	72	7 (9.7)	65 (90.3)
Más de 30 minutos	14	2 (14.3)	12 (85.7)
X2; valor p		2.09494;0.14779	
Abasto de medicamentos			
Bueno	13	7 (53.8)	6 (46.2)
Malo	78	4 (5.1)	74 (94.9)
X2; valor p		24.61364;0.0000	

6.14 Percepción del médico en la relación con el paciente, de acuerdo a las variables culturales

Cuando se analizó la lengua de la comunidad y su relación con el médico con el paciente, 80 (87.9%) de los médicos dijo sentirse satisfecho (87.9%); $\chi^2=104.6374$; $p=0.0000$; así mismo el médico también se sentía significativamente más satisfecho cuando contaba con el apoyo de traductor, 80 (87.9%) $\chi^2=104.6374$; $p=0.0000$. Ver tabla 6.14

Por otra parte, el médico sentía más insatisfacción cuando el traductor era un acompañante, 49 (96%); seguidos por personas de la comunidad, 21 (80.8%); $\chi^2=8.92937$; $p=0.0028$. Así mismo cuando se revisó el sexo del o la paciente se constató que la mayoría de los medios dijeron sentirse satisfechos con la relación médico paciente, 78 (85.7%), $\chi^2=92.8571$; $p=0.0000$. También se constató que influyo significativamente las creencias religiosas de los pacientes, debido a que 82 (90.1%) dijeron sentirse satisfechos con la relación con sus pacientes.

Tabla 6.14. Percepción del médico sobre la relación con el paciente, de acuerdo al a las variables culturales

Variables culturales	Total	Contexto de la relación médico paciente		x ² ; valor p
		SI n (%)	NO n (%)	
El lenguaje dificulto la relación	91	80 (87.9)	11 (12.1)	104.6374;0.0000
Se contaba con apoyo de traductor	91	80 (87.9)	11 (12.1)	104.6374;0.0000
Entendió las indicaciones según el tipo de traductor				
Acompañante	51	2 (4.0)	49 (96.0)	8.92937;0.00281
Persona de la comunidad	26	5 (19.2)	21 (80.8)	
Personal de la unidad	11	2 (18.2)	9 (81.8)	
Otros	3	2 (66.7)	1 (33.3)	
El sexo del paciente dificulto relación	91	78 (85.7)	13 (14.3)	92.8571;0.0000
Las creencias religiosas afectan la relación	91	82 (90.1)	9 (9.9)	117.1209;0.0000
Los usos y costumbres afectan la relación	91	83 (91.2)	8 (8.8)	123.6264;0.0000
Los aspectos sociales dificultad la relación	91	82 (90.1)	9 (9.9)	117.1209;0.0000

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

7. Discusión

Este estudio proporciona información, acerca de la relación que existe entre los médicos pasantes y los pacientes en comunidades indígenas, durante el desarrollo del servicio social, así como la percepción de esa misma relación.

Es importante destacar que casi el 88% de los 91 estudiantes entrevistados, refirieron sentirse insatisfechos cuando se relacionaban con los pacientes indígenas.

Algunos estudios mencionaban los diferentes factores que condicionan la atención médica y de la inconformidad de algunos estudiantes durante la prestación de su servicio, pero ninguno relacionado con médicos pasantes en comunidades con población indígena. En este sentido investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (2009-2010), realizaron un estudio con 814 médicos pasantes, para conocer la percepción que tenían sobre el servicio social, constatándose que el 27.7% no se sentía satisfecho, incluso el 22.8% había pensado en renunciar. Observándose entonces que casi un 50% manifestó estar no satisfecho con sus actividades como pasantes, sin referirnos específicamente a comunidades indígenas. Si lo comparamos con los resultados aquí observados (el 97%), la diferencia podría explicarse que en el presente estudio únicamente se incluyó población indígena. Había que destacar que algunos factores coincidieron para que los pasantes de Veracruz y los de Chiapas se sintieran no satisfechos en un porcentaje importante; factores como: la dificultad para ingresar a la comunidad, tales como la distancia, tipo de carreteras, bloqueos, falta de transporte y la inseguridad.

Es importante señalar que el 97% de los médicos pasantes, no habían sido capacitados en sus escuelas o facultades, en relación con usos y costumbres de poblaciones indígenas, lo cual es congruente con el 88% que mencionó estar insatisfechos. Además, los pasantes desconocían las lenguas de las diferentes comunidades donde estaban adscritos. Lo anterior deja claro que en las escuelas

y facultades de medicina deben incluir en la currícula de la carrera de médico general, temas relacionados con usos y costumbres de poblaciones indígenas, y sobre todo cuando hablamos de un estado como Chiapas en donde el 28.1% de su población es indígena, (INEGI, 2020).

Al revisar la procedencia de los médicos pasantes, se constató que el 92.3% de aquellos que eran originarios o residentes de la ciudad de México, refirieron sentirse insatisfechos de la relación que tenían con los pacientes indígenas, porcentaje que varió aproximadamente un 10% a la baja, con respecto a los médicos pasantes procedentes del mismo estado de Chiapas, 80.7%. Esta diferencia, puede explicarse, ya que en el centro de la república (Ciudad de México) la población indígena es reducida comparándola con la del estado de Chiapas, lo cual hace que la percepción en la relación del médico con pacientes indígenas sea consideradas más complejas. Cabe destacar que los resultados aquí obtenidos no se pudieron contrastar ya que no existen estudios que se hayan ocupado de ese tema según la bibliografía revisada.

Otro dato importante a destacar fue el lenguaje de las diferentes poblaciones indígenas, indiscutiblemente es un factor que incide en las relaciones entre el médico y el paciente indígena y viceversa, ya que es un factor que influyó para que la insatisfacción de la relación del médico con el paciente fuera casi del 88%, a pesar de contar en su mayoría con algún traductor de la misma comunidad.

Asimismo, se evidenciaron otros factores de la población indígena tales como: creencias, usos y costumbres, religión, y el sexo que se relacionaron significativamente con una relación insatisfecha del médico con los pacientes indígenas (80%). Con respecto al sexo, cuando este era opuesto al del médico la relación médico paciente se tornaba más complicada sobre todo cuando se procedía al interrogatorio y a la exploración física (nivel de insatisfacción del 85.7%).

Por otro lado, cuando hablamos de la percepción de los 476 pacientes indígenas entrevistados con los médicos pasantes, casi el 95% de los indígenas, manifestaron no llevar una relación satisfactoria con ellos; todo lo contrario, ocurrió cuando se les preguntó cómo percibían su relación con otros prestadores del servicio de salud (parteras, médico tradicional, médico particular, personal de farmacia) el 93.1% respondió que su relación lo consideraban satisfactoria. Tomando en cuenta que no existe información para contrastar estos resultados; cabe enfatizar que esta diferencia en cuanto a la percepción de la relación de los pacientes indígenas con el médico pasante y con otros prestadores del servicio de salud, se puede explicar que con estos últimos los indígenas se identifican con mucho más facilidad porque incluso son personas que están en la comunidad o cerca de ellas y que entienden y aceptan sus costumbres, además de que muchos hablan el mismo idioma. Con respecto a la escolaridad debemos destacar que representó un factor determinante en la percepción que tenía el paciente indígena de la relación con el médico pasante, ya que más del 58% de los entrevistados eran analfabetas, considerando como uno de los factores más importantes que determinaron el contexto de la población tanto del médico-paciente como del paciente-médico, en este último binomio 94.6% percibían la relación insatisfecha con el pasante.

A pesar de mencionar anteriormente que se realizaron programas como Oportunidades y Seguro Popular para la inclusión del paciente indígena a los servicios de salud en cuanto a vacunación, atención del menor de 5 años, mujeres en edad fértil, embarazo parto puerperio, atención de enfermedades cronicodegenerativas, no se ha logrado hacer un cambio que beneficie las condiciones de salud en estas comunidades, por una parte debido a que estos programas benefician a las familias con un aporte monetario como ayuda por cada miembro de la familia, dejando atrás el verdadero propósito de concientizar a la población realmente por el beneficio de su salud inclinándose más por el aporte económico, por otro lado al recibir más beneficios se incrementa el número de miembros de la familia propiciando el poco uso de métodos de planificación familiar, el riesgo de embarazos de alto riesgo, el mismo riesgo de muerte

materno-fetal, estados de desnutrición en los niños, lo cual dificulta aún más el control y la calidad de la atención en estas comunidades que lleva a los servidores de la salud a no sobrellevar un relación médico paciente de calidad.

Entre las recomendaciones, que según los resultados se pueden aportar son las siguientes:

1. Que las escuelas y facultades de medicina capaciten previamente a todos aquellos médicos pasantes que son asignados en comunidades indígenas
2. Buscar estrategias por parte del sector salud, para conscientizar a las comunidades indígenas de la importancia que representa la atención prestada por los médicos pasante, con la intención de mejorar el contexto de la relación entre el medico pasante-paciente indígena y viceversa.
3. Que las facultades de medicina conjuntamente con el sector salud, supervisen previamente las unidades de salud de asignación de pasantes, para verificar si estas cumplen con las condiciones para realizar el servicio social (considerando acceso, transporte, seguridad, etc.)

CAPÍTULO 8
CONCLUSIONES

8. Conclusiones

En la presente investigación se ha constatado que el contexto en el que se da la relación médico-paciente y viceversa, es preocupante ya que más del 90% de médicos y pacientes indígenas, consideran la relación como no satisfactoria. Debido a esto y a los principales factores que condicionan este elevado porcentaje de insatisfacción en la relación entre ambas partes se debe a diversos factores tales como: procedencia del médico, dificultad para el acceso, el idioma, los usos y costumbres, la formación hegemónica del médico, racismo, discriminación, la no inclusión de las universidades y el mismo sector salud para la capacitación y preparación de los médicos en comunidades indígenas y los programas con un sentido paternalista encubiertos como apoyos al beneficio de la salud.

Decimos que es preocupante el contexto en que se da esta relación porque una relación en estas condiciones se traduce en una mala calidad de la atención médica, diagnóstico inadecuado y por ende tratamiento no pertinente, que conlleva a la falta de apego al tratamiento, dificultad para promoción y la prevención primaria.

La necesidad del estado por brindar atención a comunidades alejadas de escasos recursos asigna médicos que han concluido sus estudios como parte de un servicio de utilidad para la sociedad, debería proporcionar al pasante y la comunidad asignada las herramientas adecuadas al conjuntar estos dos. El sector salud en las instituciones como el Seguro Social y el mismo Instituto de salud del estado de Chiapas en colaboración con las jurisdicciones sanitarias y las universidades de medicina del estado, deberían incluir en la curricula de la formación del médico en su servicio social en centros de salud, clínicas rurales u hospitales comunitarios en zonas con personas hablantes de alguna lengua indígena, un programa que capacite y brinde información del tipo de idioma, costumbres, religión, la demografía y aspectos sociales, culturas, políticos y demográficos específicos al lugar donde los pasantes llegaran a prestar su servicio social, además de brindarles la seguridad, insumos, medicamentos y las condiciones adecuadas en sus instalaciones, con supervisiones que resuelvan las necesidades de la relación del médico con su comunidad.

9. Referencias bibliográficas

1. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas (2011). Nuevas regiones de Chiapas. México, Chiapas. <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/nuevas-regiones-de-chiapas>.
2. Censo de Población y Vivienda (2020). Panorama sociodemográfico de México / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c2021. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/chis/Panorama_Chis.pdf.
3. Censo de Población y Vivienda (2020). Panorama sociodemográfico de Chiapas / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c2021. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/cpv2010_panorama.pdf.
4. Hall, G., & Patrinos, H. (2012). Latin America, In G. Hall & H. Patrinos (Eds.), *Indigenous Peoples, Poverty, and Development* (pp. 344-358). Cambridge University Press: doi:10.1017/CBO9781139105729.009.
5. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2010). *La mortalidad materna indígena y su prevención*. Ciudad de México: CDI/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010. 5 p. <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=3346>
6. Censo de Población y Vivienda (2020). Perfil sociodemográfico de la población que habla lengua indígena/Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c2021. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/poblacion_indigena/leng_indi/PHLI.pdf.
7. Censo de Población y Vivienda (marzo de 2020). Mortalidad. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=11144, https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.aspx?c=11144
8. Aguirre, Beltrán, G. (1986). "Status y rol en la relación médico paciente", en: *Antropología Médica*. México, CESAS, pp. 207-232.
9. Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica. (2003) *Glosario de términos utilizados en el Sistema Nacional de Acreditación COMAEM*. México: COMAEM. <https://www.comaem.org.mx/wp-content/uploads/2019/08/3.-Glosario-de-T%C3%A9rminos-2018.pdf>

10. Millis. J. S. (1966). The Graduate Education of Physicians. American Medical Association.
11. Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú. med. exp. salud publica* [online]. 2010, vol.27, n.1, pp.80-93. ISSN 1726-4634.
12. Montero, E. (2011), Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México *Salud Colectiva*, vol. 7, núm. 1, enero-abril, 2011, pp. 73-86, Universidad Nacional de Lanús Argentina.
13. Bernalte A, Nogueroles P, Dávila J, Lupiani M, Miret M, Costa M. (2010). La interacción médico-paciente y sus productos. *Cultura de los Cuidados*; 27: 83 - 89.
14. Campero, L. (1990). Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 2, pp. 192-204, Instituto Nacional de Salud Pública México.
15. Girón, M. Manjón, P. Puerto, J. Sánchez, E. Gómez, M. (1998) Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *AmJ Psychiatry*, 1998; 155: 530-535.
16. Organización Panamericana da Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Opas; 1978 [acceso 18 jul 2016]. Disponible: <http://bit.ly/2wwmiRH>.
17. Rodríguez, E. (2004). Relación médico-paciente y práctica médica. En: Diálogo y cooperación en salud, diez años de bioética en la OPS. Fernando Lolas Stepke, ed. Serie Publicaciones Unidad de Bioética IKM OPS/OMS. Santiago de Chile: Andros Impresores; 2004, p. 61-73.
18. Mendoza B. (1994). De lo biomédico a lo popular: el proceso salud enfermedad atención en San Juan Cópala, Oaxaca. Tesis de Maestría, ENAH
19. Robinson J. (2008). Doctor-patient talk. *International Encyclopedia Communication*.
20. Thompson T. (1994). Interpersonal Communication and Health Care. In: Knapp ML, Miller GR, editors. *Handbook of Interpersonal Communication*. Beverly Hills: Sage; 1994. pp. 696-725.
21. Neufeld LM, Steta C, Rivera J, Valle AM, Grados R, Uriega S et al. Evaluation for program decision making: a case study of the Oportunidades program in

- Mexico. *J Nutr* 2011;141(11):2076-2083. 14. González ST, Eibenschutz C. El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública* 2008;10 sup (1):133-145.
22. Alulema Pichasaca, R. (2020). Concepción de la salud-enfermedad desde la cosmovisión cañari. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(spe), 83-98. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9215>
23. Hasen, N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias de la salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*. 17--24, 2012. https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_03.pdf
24. Menéndez EL. Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México DF: Secretaría de Educación Pública, CIESAS; 1983
25. UNICEF 2008. Interculturalidad: reflexiones desde la práctica. <https://www.unicef.org/lac/media/32696/file/interculturalidad.pdf>
26. Ricardo B, Ricardo F, Klein T (2011). Povos indígenas no Brasil 2006/2010. São Paulo: Instituto Socioambiental.
27. Menéndez, E. (1988) "Modelo médico hegemónico y atención primaria", en Segundas jornadas de atención primaria de la salud, pp. 451-64.
28. Gubler, R. (2007). Terapeutas mayas: desde el ritual de los Bacabes hasta el presente. *Península*, 2(1), 47-83. Recuperado en 13 de diciembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662007000100002&lng=es&tlng=es.
29. Garnelo L, Sampaio S. (2005). Organizaciones indígenas e distritalização sanitaria: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 21(4):1217-23.
30. Bertín G. (2011). El servicio social en México. [en línea] Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [Fecha de acceso 12 de julio de 2011]. URL disponible en: http://www.anuies.mx/servicios/d_estrategicos/libros/lib50/43.htm
31. Magnus, Stephen A. y Stephen S. (2000), "Medical Schools, Affirmative Action, and the Neglected Role of Social Class", *American Journal of Public Health*, vol. 90, núm. 8, pp. 1197-1201.

32. Modelo intercultural para la implantación en los servicios de salud (2009). Interculturalidad en salud (marco conceptual y operativo). http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf
33. Aguirre, Beltrán, G. (1986). "Status y rol en la relación médico paciente", en: *Antropología Médica*. México, CESAS, pp. 207-232.
34. Afonso Presilla, Évora Mercedes, & Nabalbo Aguilera, Yunexis Teresa. (2012). Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. *Humanidades Médicas*, 12(2), 252-261. Recuperado en 13 de diciembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200008&lng=es&tlng=es.
35. Rodríguez, E. (2004). Relación médico-paciente y práctica médica. En: *Diálogo y cooperación en salud, diez años de bioética en la OPS*. Fernando Lolas Stepke, ed. Serie Publicaciones Unidad de Bioética IKM OPS/OMS. Santiago de Chile: Andros Impresores; 2004, p. 61-73.
36. Rodríguez-Garcés CR, Padilla-Fuentes G, Suazo-Ruiz C. Etnia mapuche y vulnerabilidad: una mirada desde los indicadores de carencialidad socioeducativa. *Encuentros*. 2020;18(1):84-92. <https://doi.org/10.15665/encuent.v18i01.2232>
37. Schmelkes S. Educación y pueblos indígenas: problemas de medición. *Rev Int Estad Geogr*. 2013;4(1):5-13 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: http://poblacion-indigena.iniciativa2025alc.org/wp-content/uploads/2017/04/112RDE_08_Art1.pdf
38. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018. México: CDI, 2014 [citado marzo 29, 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
39. Organización Panamericana da Salud (1988). Declaración de Adelaida. Opas; 1988 [acceso 18 jul 2016]. Disponible: <http://bit.ly/2gvigPV>.
40. Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125. de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es.

41. Mendoza B. (1994). De lo biomédico a lo popular: el proceso salud enfermedad atención en San Juan Cópala, Oaxaca. Tesis de Maestría, ENAH.
42. Ramírez, O. Hamui, A. Reynaga, J. Varela, M. Ponce de León, m. Díaz, A. y Valverde, I. (2009). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes. Perfiles Educativos XXXIV no. 138,2012. ISUE- UNAM.
43. Varela, M. Hamui, A. Reynaga, J. Valverde, I. Ponce de León, M. Ramírez, O. Díaz, A. (2011). Expectativas y motivación en la transición de rol en el servicio social de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México Investigación en Educación Médica, 2011;1:2,27
44. Mazón Ramírez J. Delgado Fernández A. Sánchez Romano G. Serret González A. (2015). *El Servicio social Médico*. Universidad nacional autónoma de México. http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/El%20Servicio%20Social%20Medico.pdf

10. Anexos



Universidad de Ciencias
y Artes de Chiapas

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública



La relación médico-paciente en comunidades indígenas de los altos de Chiapas. 2015

ENCUESTA I

Encuesta No. _____

A. LA INSTITUCION Y EL MÉDICO Y SU ESCUELA

I. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

1. Edad: _____
2. Sexo: a) Masculino b) Femenino
3. Lugar de procedencia: _____
4. Escuela de Medicina _____
5. Lugar de origen (municipio y estado) _____
6. Unidad en la que presta su servicio:
a) Centro de salud b) Hospital comunitario c) Casa de salud d) Clínica rural (IMSS)
7. Nombre de la localidad: _____
8. Municipio: _____

II.- COMPONENTE INSTITUCIONAL.

- 9.- ¿Cuál es el personal de salud que prefiere de primera intención el paciente indígena?
a) Medico institucional b) Medico particular c) Persona Farmacia d) Medico tradicional
- 10.- ¿dónde prefiere ser atendido el paciente indígena?
a) Centro de salud b) Hospital c) Hogar d) Clínica particular
- 11.- De acuerdo a tus observaciones ¿El paciente indígena se adapta a las condiciones físicas del consultorio?
a) Si b) No
- 12.- ¿Durante el servicio hubo los recursos necesarios como material y personal médico para atender al paciente?
a) Si b) No
- 13.- ¿Cómo calificarías el abasto de medicamento, material y equipo médico de tu unidad?
a) Bueno b) Malo
- 14.- Si hubo desabasto ¿Generó conflicto con tus pacientes?
a) Si b) No
- 15.- ¿Consideras que los recursos humanos de tu centro de salud, son suficientes para brindar la atención del primer nivel?
a) Si b) No
- 16.- ¿Tuviste dificultades con el acceso a tu centro de trabajo?
a) Si b) No
- 17.- de las siguientes opciones ¿Cuál fue la causa más común por la que tuviste dificultad para ingresar a tu unidad de adscripción?
a) Carretera en construcción b) Bloqueo o falta de transporte c) Larga distancia
- 18.- ¿Qué tipo de transporte utilizas para trasladarte a tu localidad?
a) Automóvil b) Animal de carga c) Caminando

- 19.- ¿Cuál es el tiempo de traslado del lugar en donde actualmente vives a tu comunidad?
a) Menos 30min. b) 30min a 2hr c) Más de 2hrs
- 20.- ¿Cuál es tu jornada laboral? (Horario y días de la semana)
-
- 21.- ¿Cuál es el tiempo promedio de duración de tus consultas?
a) 15min o menos b) 16min a 30min c) Más de 30min
- 22.- ¿Cuántas consultas en promedio das al día? _____
- 23.- ¿Las condiciones de seguridad de tu centro de salud son aptas para pernoctar en tu localidad?
a) Si b) No
- 24.- ¿El personal de tu unidad está capacitado para brindar la atención al paciente indígena?
a) Si b) No
- 25.- ¿Has recibido alguna capacitación por parte de la Institución, para la atención de la población indígena?
a) Si b) No
- 26.- ¿Cómo calificarías la relación médico-paciente en tu localidad del servicio?
a) Satisfactoria b) Insatisfactoria
- 27.- ¿En conclusión, consideras que el médico pasante está capacitado para la atención del paciente indígena?
a) Si b) No
- 28.- ¿La lengua materna de la comunidad donde prestas tus servicios ¿Dificulta la relación médico-paciente?
a) Si b) No
- 29.- ¿Durante la consulta, utilizaste la ayuda de un traductor?
a) Si b) No
- 30.- ¿Quién fue el traductor?
a) Acompañante b) Personas de la comunidad c) Personal de la institución
d) Otro (Especifique) _____
- 31.- ¿Las creencias religiosas de los pacientes indígenas afectan la relación médico paciente?
a) Si b) No
- 32.- ¿Los usos y costumbres del indígena son factores que afectan la relación médico paciente?
a) Si b) No
- 33.- ¿El paciente indígena obedece las indicaciones medicas en cuanto a dosis y tiempos adecuados?
a) Si b) No
- 34.- Cuando el paciente abandona el tratamiento ¿Cuál es la principal causa?
a) Costo b) Desabasto c) Falta de apego d) Reacciones adversas
e) Otras (Especifique) _____
- 35.- Independientemente del motivo de la consulta ¿Consideras importante el apoyo psicológico en la atención medica del indígena?
a) Si b) No
- 36.- ¿Consideras que los aspectos sociales, son factores que determinan las causas de las enfermedades que tratas en la población indígena?
a) Si b) No
- 37.- En tu opinión ¿La medicina tradicional es de utilidad?
a) Si b) No
- 38.- ¿Cuál consideras que es el principal factor que dificulto la comprensión del paciente indígena sobre su enfermedad?
a) Baja escolaridad b) Lengua materna c) Pensamiento mágico y religioso
d) Que no se le da la explicación adecuada
- 39.- ¿Los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes?
a) Si b) No

- 40.- ¿Consideras que el personal de salud, ve al indígena culturalmente inferior?
a) Si b) No
- 41.- Por lo general ¿Cómo es el trato que la institución de salud le da al paciente indígena?
a) Satisfactorio b) Insatisfactorio
- 42.- Durante la prestación de tu servicio ¿Has observado estigmatización hacia el indígena por parte del personal médico o paramédico?
a) Si b) No
- 43.- ¿El nivel socioeconómico del paciente indígena influye en la relación-médico paciente?
a) Si b) No
- 44.- Describe ¿Con frecuencia, a que le atribuyes la enfermedad del paciente indígena?
-
- 45.- ¿Informas al paciente sobre su estado de salud o enfermedad?
a) Siempre b) Con frecuencia c) En ocasiones d) Nunca
- 46.- ¿Conoces el caso de algún médico que haya sido demandado por un paciente indígena debido a su mala praxis?
a) Si b) No
- 47.- ¿El sexo dificultó la relación médico-paciente durante la atención médica?
a) Si b) No
- 48.- ¿Cómo calificarías tu relación con los pacientes indígenas?
a) Satisfactoria b) Insatisfactoria
- 49.- ¿Cómo calificarías la relación del paciente indígena con otro prestador de salud?
a) Satisfactoria b) Insatisfactoria
-

III.- COMPONENTE ESCOLAR

- 50.- ¿Recibiste alguna capacitación por parte de tu escuela, acerca de los usos y costumbres de los pueblos indígenas?
a) Si b) No
- 51.- Durante tu servicio social y de acuerdo a tu experiencia ¿Consideras que la atención de los servicios de salud debería estar más enfocado a la prevención y promoción de la salud que a la curación?
a) Si b) No
- 52.- ¿La escuela de la que egresaste, te capacitó sobre los aspectos sociales y la problemática de las regiones indígenas?
a) Si b) No
- 53.- ¿Consideras que el estudio de la antropología es importante para la comprensión de la relación médico-paciente?
a) Si b) No

GRACIAS.



Universidad de Ciencias
y Artes de Chiapas

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública



La relación médico-paciente en comunidades indígenas de los altos de Chiapas. 2015

ENCUESTA II

Encuesta No. _____

B. EL PACIENTE INDIGENA Y SU COMUNIDAD

I. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: _____

1. Edad: _____ 2. Sexo: a) Masculino b) Femenino

3. Grado de escolaridad:

a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa
d) Secundaria e) Preparatoria o técnica f) Licenciatura

4. Tipo de unidad de atención:

a) Centro de salud b) Hospital comunitario c) Casa de salud d) Clínica rural (IMSS)

5. Nombre de la localidad: _____ 6. Municipio: _____

7. Lengua materna: a) Tzeltal b) Tzotzil c) Otro (Especifique) _____

II.- COMPONENTE EL PACIENTE INDIGENA Y SU COMUNIDAD

8.- ¿Conoces al médico de tu unidad o centro de salud?

a) Si b) No

9.- Si el médico de tu centro de salud no se sintiera a gusto con las condiciones de vivienda, alimentación y estilo de vida; de tu comunidad ¿Lo ayudarías?

a) Si b) No

10.- ¿Crees que el indígena se enferma más de infecciones respiratorias y diarreicas que otras personas?

a) Si b) No

11.- ¿Cuál es el principal motivo por el que asistes con frecuencia a tu unidad médica?

a) Por enfermedad b) Por asistencia y apoyo monetario (Progresá)
c) Por vacunación o aplicación de medicamento

12.- ¿Tu centro de salud tiene el personal, el equipo y medicinas para darte la atención médica adecuada?

a) Si b) No

13.- ¿Cuándo se enferma alguien de comunidad, con quién acudes primero a consulta?

a) Médico institucional b) Médico particular
c) Persona de farmacia d) Médico tradicional

14.- ¿Quién te atendió mejor?

a) Médico institucional b) Médico particular c) Personal de farmacia
d) Médico tradicional

15.- ¿Por qué te atendió mejor?

a) Me trata bien b) Me da buena medicina c) Le tengo confianza
d) No lo tengo que esperar e) Otra (Especifique) _____

16.- ¿Dónde preferirías ser atendido?

a) Unidad médica b) Mi vivienda

- 42.- ¿El Jefe de familia es quien debe tomar las decisiones acerca de la salud de sus demás familiares?
a) Si b) No
- 43.- ¿Crees que por no saber leer ni escribir, las personas en tu comunidad, no entienden lo que les indica el médico?
a) Si b) No
- 44.- ¿Le Confiarías al médico información íntima y personal, que se relacione con tu enfermedad?
a) Si b) No
- 45.- ¿Por qué? _____
- 46.- ¿El medico visita a los enfermos a sus casas?
a) Siempre b) En ocasiones c) Nunca
- 47.- ¿Consideras que, por pertenecer a una comunidad indígena, deberías recibir una mejor atención por parte del médico que otras comunidades?
a) Si b) No
- 48.- ¿Invitas al médico a participar en los festejos o reuniones con tu comunidad?
a) Siempre b) En ocasiones c) Nunca
- 49.- ¿Durante la última consulta, quedaste satisfecho/a con la atención recibida?
a) Si b) No
- 50.- ¿Con que frecuencia hay medicamentos en tu centro de salud?
a) Siempre b) En ocasiones c) Nunca
- 51.- ¿Qué haces cuándo no hay medicamentos en tu centro de salud?
a) Compro en farmacia b) No tomo el tratamiento
c) Espero que llegue el medicamento d) Busco en otra comunidad
- 52.- ¿Qué días atiende o da consulta el medico de tu centro de salud?

- 53.- ¿En qué horario atiende o da consulta el medico de tu centro de salud?

- 54.- ¿Con que frecuencia se ausenta el medico de tu centro de salud?
a) Siempre b) En ocasiones c) Nunca
- 55.- ¿Qué es lo que más necesita tu comunidad para que no se enfermen?

- 56.- ¿En qué horario te gustaría que te atendiera el medico?
a) Por la mañana b) Por la tarde c) Fin de semana
- 57.- ¿Cómo calificarías tu relación con el medico de tu comunidad?
a) Satisfactoria b) Insatisfactoria
- 58.- ¿Cómo calificarías tu relación con otro prestador de la salud (medico particular, farmacia, medico tradicional)?
a) Satisfactoria b) Insatisfactoria

GRACIAS

Consentimiento informado para registro y encuesta

TITULO

Identificar las determinantes de la percepción en la relación del médico pasante durante el servicio social y de los pacientes de comunidades indígenas de la zona altos del estado de Chiapas, México (2016).

ENCUESTADOR

Iván Francisco Vargas Sol

Este estudio nos permitirá conocer aquellas determinantes en la relación médico-paciente, en poblaciones de rubro indígena y médicos pasantes que cursan el servicio social. Por lo que se le aplicara una encuesta que nos permita recolectar datos sobre usted y las condiciones en las que se desarrolla la atención medica en su localidad.

SU PARTICIPACIÓN ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA, SI NO DESEA HACERLO, NO HABRÁ NINGUNA INCONVENIENTE NI REPRESALIA EN SU CONTRA. LOS DATOS QUE SE REGISTREN SERÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y ANÓNIMOS, CUMPLIENDO CON LA ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

FECHA: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

FIRMA

Mapa región altos.

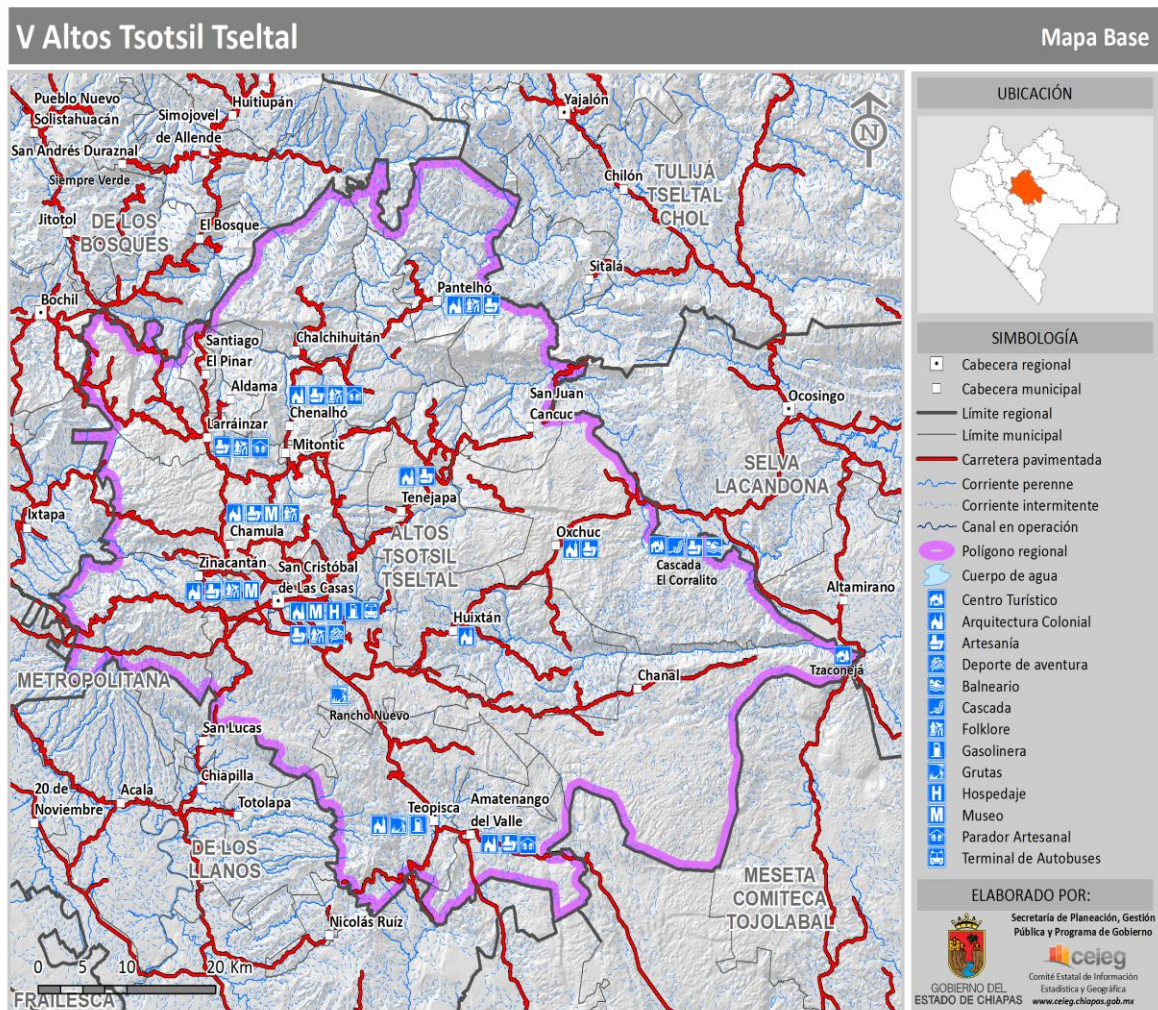


Figura 6.2 Mapa de distribución de la región socioeconómica altos tzotzil-tzeltal.

Mapa región selva.

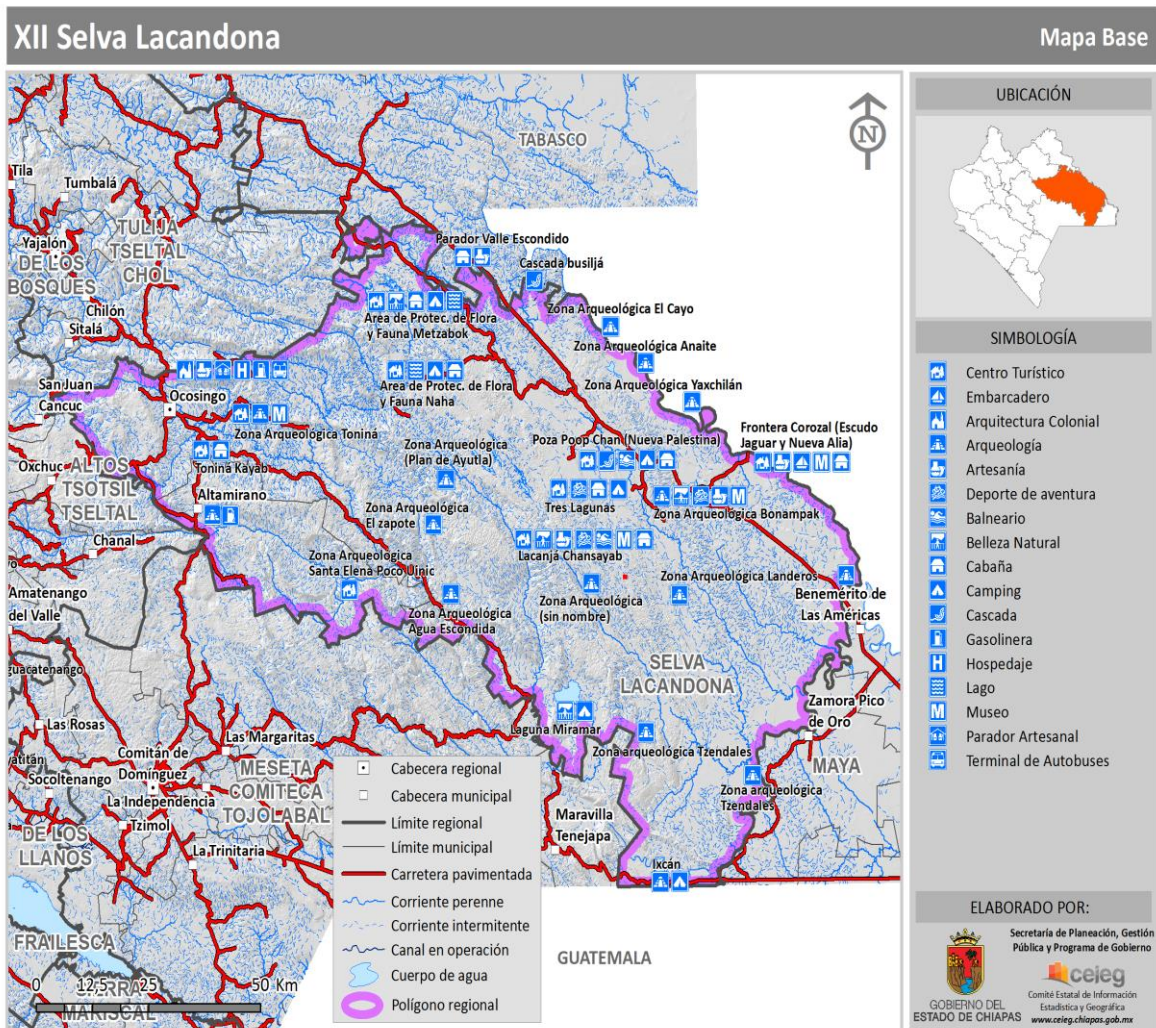


Figura 6.3 Mapa de distribución de la región socioeconómica selva lacandona.