



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Percepciones del trato y barreras para el acceso a servicios de salud en población amuzga

Perceptions of treatment and barriers to access to health services in the Amuzga population

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a24.1.5904

María Azucena Melquiadez Cruz ¹ 

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte ² 

Sergio Meneses Navarro ³ 

Correspondencia: Blanca Estela Pelcastre Villafuerte. Av. Universidad 655.
Col. Santa María Ahuacatitlán Cuernavaca, Morelos,
México. C.P. 62100
Correo: blanca.pelcastre@insp.mx



Licencia CC-BY-NC-ND



¹ Maestra en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

² Doctora en Psicología Social. Investigadora, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

³ Doctor en Ciencias en Sistemas de Salud. Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías/Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.



Resumen

Objetivo: Analizar las percepciones del trato, así como de las barreras para el acceso a los servicios de salud que enfrenta la población amuzga de Xochistlahuaca, Guerrero.

Materiales y métodos: La investigación tiene un diseño cualitativo con una perspectiva fenomenológica, basada en entrevistas a personas usuarias, no usuarias y personal de salud del Hospital de Xochistlahuaca, Guerrero. Las técnicas de recolección de información que se utilizaron fueron la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. Se llevó a cabo un análisis cualitativo de contenido de la información recogida.

Resultados: La población amuzga de Xochistlahuaca enfrenta barreras culturales, geográficas, económicas y relacionadas con la calidad percibida de la atención. Estas se expresan particularmente en la interacción con el personal de salud, donde se identifican formas recurrentes de maltrato y discriminación.

Conclusiones: Los servicios de salud son percibidos como insuficientes e inadecuados, con prácticas discriminatorias que afectan su utilización y aceptabilidad. Se recomienda implementar intervenciones culturalmente pertinentes para mejorar la calidad del trato, eliminar toda forma de discriminación étnica y fortalecer la participación comunitaria. El marco normativo nacional establece la obligación de prevenir y erradicar la discriminación, así como de garantizar la igualdad de trato y de oportunidades.

Palabras Claves: Barreras, Acceso, Servicios de salud, Población indígena.

Abstract

Objective: To analyze the access barriers to health services faced by the amuzga population of Xochistlahuaca, Guerrero, as well as the perception of the treatment they receive.

Materials and methods: The investigation has a qualitative design with a phenomenological perspective, based on interviews to users, non-users, and health providers of the Hospital from Xochistlahuaca, Guerrero. The information collection instruments used were participant observation and semi-structured interviews. A qualitative content analysis was carried out with the data.

Results: The Amuzga population of Xochistlahuaca faces cultural, geographic and economic barriers, as well as barriers related to the perceived quality of care. These are particularly expressed in the interaction with health personnel, where recurrent forms of mistreatment and discrimination are identified.

Conclusions: Health services are perceived as insufficient and inadequate, with discriminatory practices that affect their use and acceptability. It is recommended that culturally relevant interventions be implemented to improve the quality of treatment, eliminate all forms of ethnic discrimination and strengthen community participation. The national regulatory framework establishes the obligation to prevent and eradicate discrimination, as well as to guarantee equal treatment and opportunities.

Keywords: Barriers, Access, Health services, Indigenous population.

• Fecha de recibido: 04 de abril de 2025 • Fecha de aceptado: 18 de junio de 2025
• Fecha de publicación: 20 de junio de 2025

Introducción

Garantizar el acceso a los servicios de salud para todas las personas y las comunidades, sin discriminación de ningún tipo, y que reciban atención integral, adecuada, oportuna, con calidad técnica e interpersonal, en donde se garantice el trato digno, así como medicamentos seguros, eficaces y asequibles es parte de los objetivos de la cobertura universal en salud. Al mismo tiempo, se debe asegurar que el uso de esos servicios no exponga a las personas usuarias a dificultades financieras, en particular entre los grupos en situación de vulnerabilidad, como suele ocurrir generalmente entre las personas que pertenecen a algún pueblo indígena¹.

Sin embargo, los pueblos indígenas enfrentan importantes barreras para el acceso a los servicios de salud, algunas relacionadas con la calidad de los servicios, que no dependen solamente de los recursos económicos y capacidades técnicas, sino de las relaciones interpersonales del personal de salud con la población².

Las barreras identificadas a las que se enfrentan los pueblos indígenas de la región de las Américas para el acceso a los servicios de salud son: culturales (uso en los servicios de salud de un idioma diferente a las lenguas indígenas; discrepancias en los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las cosmovisiones indígenas y el modelo biomédico), sociales (menores niveles educativos y cobertura institucional), económicas (predominio de condiciones de pobreza, excesivo costo de los servicios, gastos de bolsillo catastróficos), geográficas (largas distancias a los servicios), de percepción de la calidad (percepciones de discriminación, desconfianza, maltrato y baja calidad de la atención,) y organizativas (limitadas horas de funcionamiento y prolongados tiempos de espera)^{3,4}.

En México, durante los últimos 10 años se han identificado barreras económicas, geográficas y culturales⁵. Las quejas expresadas por personas usuarias de servicios de salud aluden a la manera en la que se provee la atención médica, específicamente al trato recibido por parte del personal de los servicios de salud, que califican de insensible, falta de respeto y discriminatorio.

Para muchas personas que han enfrentado este mal trato en los servicios de salud, resulta complicado tener que ir a los servicios médicos, esto es especialmente difícil para las personas indígenas (en las que se suman otras barreras para el acceso, como el hablar un idioma distinto) y las mujeres. En muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de las personas usuarias⁵.

La Secretaría de Salud (SS) de México ha integrado el concepto de “trato digno” para referirse a la dimensión interpersonal de la calidad en la atención de la salud y mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud, señalado por la OMS⁶.

Este concepto se basa en diversas propuestas orientadas a brindar un trato respetuoso con pertinencia cultural, que logre responder a las expectativas no médicas de las personas que usan el servicio, al



mismo tiempo que este servicio logre mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud eliminando cualquier forma de violencia y discriminación^{7,8,9}.

El trato digno, tiene diferentes dimensiones, cuando algunos de los elementos que integran cada una de las dimensiones no se cumplen, pueden llegar a constituir barreras para el acceso de la población a los servicios de salud. Las dimensiones del trato digno con pertinencia cultural en la atención de la salud que reconoce la SS son ocho: cuatro relativas a los derechos humanos y cuatro que están orientadas a la satisfacción de la población en cuanto a consumidores de servicios de salud⁹.

Las dimensiones del trato digno fundamentadas en los derechos humanos son las siguientes:

Trato respetuoso. Significa tratar a toda la población usuaria de los servicios como personas iguales y con el mismo valor o dignidad.

Comunicación. Se refiere a que la población usuaria reciba información sobre su situación de salud-diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas de manera oportuna, clara, completa y veraz, en un lenguaje comprensible.

Autonomía. Hace referencia a la capacidad de la población usuaria para tomar decisiones referentes a su salud, así como procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le propongan.

Confidencialidad y privacidad. Hacen referencia al derecho de los y las usuarias a decidir quién puede tener acceso a la información relativa a su salud. Lo que implica brindar la consulta médica en un espacio de privacidad, y que puedan estar presentes únicamente las personas que el/la usuaria determine, que puedan escuchar y tener acceso a la información de su expediente¹⁰.

Las dimensiones de trato digno orientadas a la satisfacción del usuario son:

Atención pronta. Se refiere a que la atención médica se brinde de forma inmediata en caso de alguna urgencia, y cuando no haya alguna, en un tiempo razonable. Así mismo, la OMS, señala que las necesidades médicas deben ser atendidas con la rapidez suficiente para que la espera no represente una molestia adicional al problema de salud^{10,11}.

Calidad de las instalaciones y de los servicios adicionales. Contribuye a evitar riesgos añadidos para la salud, producto de condiciones insalubres de los alimentos, el agua, los sanitarios y demás instalaciones, y genera un sentimiento de seguridad y confort en las personas que asisten a estos servicios.

Acceso a las redes sociales de apoyo durante la hospitalización. Se refiere a la posibilidad de que los y las usuarias reciban apoyo de sus familiares y amistades, lo que contribuye a generar sentimientos de seguridad y confort.

Capacidad de elección del proveedor de servicios. Contempla la posibilidad de ajustar los servicios a las necesidades, las preferencias y las expectativas de la población usuaria¹⁰.

Si alguna de estas dimensiones no se cumple, puede llegar a constituirse en una barrera para el acceso a los servicios de salud.

Es importante documentar las barreras específicas en contextos concretos, toda vez que el diseño de iniciativas encaminadas a modificarlas debe partir de la comprensión de contextos focalizados. La población amuzga de Xochistlahuaca ha sido poco investigada en este sentido, por lo que se realizó este

estudio tomando como marco de referencia las dimensiones del Trato Digno, con el objetivo de analizar las percepciones del trato, así como las barreras para el acceso a los servicios de salud que enfrenta la población amuzga de Xochistlahuaca, Guerrero.

Materiales y Métodos

El estudio se llevó a cabo en la localidad de Xochistlahuaca, Guerrero, México, a través de un diseño cualitativo con una perspectiva fenomenológica, en tres grupos: personas usuarias de servicios de salud, no usuarias y trabajadores de salud del Hospital de la comunidad.

Para la recolección de información, se emplearon técnicas como entrevistas semiestructuradas y observación participante, conducidas por la investigadora principal, de profesión enfermera y hablante de amuzgo como lengua materna. Para la aplicación de estas técnicas se elaboraron guías temáticas con base en las dimensiones del trato digno:

- a) Fundamentadas en los derechos humanos: trato respetuoso, comunicación, autonomía, confidencialidad y privacidad.
- b) Orientadas a la satisfacción del usuario: atención pronta, calidad de las instalaciones y de los servicios adicionales, acceso a las redes sociales de apoyo durante la hospitalización y capacidad de elección del proveedor de servicios.

Las técnicas de recolección de información consideradas fueron las siguientes:

Observación participante: La llevó a cabo la investigadora principal -enfermera hablante de amuzgo- en el turno matutino del área de consulta externa del Hospital de la comunidad de Xochistlahuaca, Guerrero. La observación se realizó dos horas por día durante una semana. Con base en una guía de cotejo, se registró la presencia o ausencia de comportamientos y características espaciales vinculadas con las dimensiones del trato digno.

Entrevista semiestructurada: Los informantes fueron seleccionados por criterio de acuerdo con tres perfiles de interés: 1) ser una persona autoidentificada como indígena amuzga, mayor de edad, con residencia en la localidad de Xochistlahuaca durante los últimos 5 años y ser usuaria de los servicios de salud; 2) el mismo perfil pero que no haya hecho uso de los servicios de salud en el último año y 3) ser personal de salud del Hospital de la comunidad. Se diseñaron tres guías de entrevista semiestructurada, una para cada perfil. Las entrevistas fueron audio grabadas, previo consentimiento informado, con una duración promedio de 55 minutos.

Para el procesamiento y análisis de la información se definieron categorías a partir de las dimensiones del trato digno. Adicionalmente se identificó información específica sobre las barreras para el acceso a los servicios de salud.

Se realizó un análisis cualitativo de contenido¹², con el uso de códigos asociados a cada categoría, se utilizó el software Atlas-ti para la organización de la información de las entrevistas y de la observación.



Resultados

En total se realizaron 24 entrevistas de las cuales, diez son de personal de salud, siete de población usuaria y siete de personas que no son usuarias de los servicios de salud. La edad promedio del personal de salud fue de 44 años, cuatro de ellas se consideran indígenas, pero solo dos hablan la lengua amuzga además del español. El promedio de tiempo que llevan trabajando es de once años y la mayor parte de este grupo vive en la localidad de Xochistlahuaca.

En cuanto a la población amuzga, existen dos grupos de entrevistados: las personas usuarias y las personas no usuarias de los servicios de salud, con una edad promedio de 49 años. Los hombres se dedican al campo y la mayoría de las mujeres son artesanas en telar de cintura.

A continuación, se presenta la información obtenida sobre las dimensiones del trato digno (tablas 1 y 2), con la respuesta de los tres grupos de participantes ya mencionados, y las barreras identificadas para el acceso a los servicios de salud que enfrenta la población amuzga.

1. Trato respetuoso

En la dimensión de trato respetuoso, de acuerdo con los tres grupos de participantes, se identificó que las acciones que lo garantizan no se cumplen del todo. La población menciona haber tenido experiencias de discriminación, humillación y maltrato en los servicios de atención a la salud, a veces en formas de “regaño”, como se muestra en los siguientes testimonios:

Tabla 1. Dimensiones del trato digno fundamentadas en los derechos humanos

Dimensiones	Códigos asociados	Barreras identificadas
1. Trato respetuoso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción del trato ▪ Trato a otros ▪ Discriminación ▪ Humillación ▪ Maltrato 	Barreras de percepción de calidad de los servicios (discriminación y maltrato)
2. Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lenguaje ▪ Comprensión de la información 	Barreras culturales (lenguaje y conocimientos)
3. Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de decisiones ▪ Servicio de consejería 	Percepciones de dificultad para el ejercicio
4. Confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a la información ▪ Protección de información ▪ Consulta médica ▪ Exploración clínica 	No se identificaron barreras

Fuente: Elaboración propia

“Llegó una señora que no hablaba nada de español, entonces la señora [personal de archivo] estaba platicando con la usuaria, pero como ella [el personal de archivo] no lograba comprender lo que la usuaria le decía, dijo -eres una burra, por eso no entiendes”. (Persona usuaria, 34 años)

“Algunos personales de salud son muy agresivos, he escuchado que dicen que son muy regañones en el hospital”. (Persona no usuaria, 66 años)

A través de la práctica de observación, se notó que solo algunos trabajadores de salud eran amables y mostraban interés en los usuarios. En una ocasión observamos que el personal de archivo discutió con una mujer embarazada, debido a un malentendido con los expedientes; la forma de dirigirse a la usuaria fue elevando el tono de la voz con molestia, lo que suscitó que la usuaria respondiera también con enojo.

2. Comunicación

Respecto a la dimensión de la comunicación, los tres grupos entrevistados coincidieron en que el personal de salud y la población usuaria experimentan dificultades de comunicación porque la mayoría de las personas de la localidad habla la lengua indígena y la mayoría del personal de salud sólo habla español, lo que reconocieron como una barrera para el acceso a los servicios de salud:

“La comunicación es una de las barreras principales que nos impiden, al menos, llevar una atención de calidad, pero con ayuda de las traductoras tratamos de compensarlo, aunque no es al cien por ciento”. (Personal de salud, 28 años)

En la observación se identificó que la persona que traducía solo iba cuando el personal de medicina le hablaba para traducir y no era atenta con las personas que llegaban. Esta observación se refuerza con el siguiente testimonio:

“La traductora, escucha y se da cuenta que está llegando una señora amuzga que no puede hablar el español. Ella le debe ayudar, pero no; la traductora está sentada donde está su mesa, tienes que ir a pedirle de favor para que traduzca, entonces se levanta. Así es la forma que trabajan”. (Persona usuaria, 34 años)

3. Autonomía

El personal de salud percibe que las decisiones que son tomadas por algunos usuarios son influenciadas por sus familiares, no son decisiones propias. También comentaron que cuando las personas no quieren someterse a algún tipo de procedimiento o intervención, estas decisiones se respetan:

“Ahora sí que es eso lo principal y si la paciente no quiere, aun así, realizarse el procedimiento, pues no le insistimos”. (Personal de salud, 28 años)

Para la toma de decisiones, el servicio de consejería es primordial. Sin embargo, cuando el personal de salud menciona un ejemplo de este servicio, se puede observar que lo que refiere no es propiamente una consejería, pues no se basa en la información médica sino más bien en la opinión:



“Se les dice -es por tu bien, es por el bien de tu mujer, de tus hijos. Te mueres ¿quién va a cuidar tus hijos?, tu marido busca a otra, y más si tiene hijos, va a cuidar a sus hijos de ella, a tus hijos los va a mandar a la fregada, uno así casi les explica, pero unas entienden, otras no entienden”. (Personal de salud, 60 años)

4. Confidencialidad y privacidad

De acuerdo con la observación y los testimonios de las personas entrevistadas, se encontró que la privacidad y la confidencialidad son prácticas que se llevan a cabo en el hospital:

“Estamos aquí en el consultorio y no entra nadie más, más que la enfermera y yo”. (Personal de salud, 58 años)

1. Atención pronta

El tiempo de espera varía desde el punto de vista de cada grupo; para el personal de salud el tiempo de espera es razonable y las urgencias se atienden de manera inmediata. Mientras que las personas amuzgas comentaron no sentirse satisfechas con el tiempo de espera, ya que consideran que es un tiempo muy largo:

“Cuando hay mucha gente a veces tengo que esperar hasta dos horas o tres horas”. (Persona usuaria, 53 años)

“Me da flojera estar sentada ahí, tengo que esperar mucho para recibir la atención, también si llegas tarde, ya hay mucha gente sentada, por eso no me siento contenta con el servicio, me enoja estar esperando tanto tiempo, a veces si llego a las ocho de la mañana, me voy hasta las once de la mañana, espero hasta por dos horas”. (Persona usuaria, 41 años)

Tabla 2. Dimensiones orientadas a la satisfacción del usuario

Dimensiones	Códigos asociados	Barreras identificadas
1. Atención pronta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo de espera ▪ Accesibilidad geográfica ▪ Accesibilidad organizativa ▪ Disponibilidad de recursos ▪ Sistema de referencia 	Barreras económicas (gasto de bolsillo)
2. Calidad de las instalaciones y de los servicios adicionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción de la calidad de las instalaciones ▪ Servicios adicionales 	Barreras sociales (nivel educativo)
3. Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante la hospitalización ▪ Durante el parto 	No se identificaron barreras
4. Capacidad de elección del proveedor de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elección del personal de salud 	Barreras culturales (conocimientos, prácticas y costumbres)

Fuente: Elaboración propia

“El tiempo de espera es muy largo, veo que a veces mis compañeras y yo nos quejamos porque como estamos enfermas de la diabetes, queremos pasar rápido porque tenemos hambre, pero qué le podemos hacer”. (Persona usuaria, 51 años)

Sin embargo, durante la observación en el área de consulta externa, constatamos que la afluencia al servicio era escasa y que el tiempo aproximado de espera era de alrededor de 10 a 15 minutos. Esta discrepancia puede señalar la existencia de un prejuicio entre la población respecto al supuesto tiempo de espera prolongado que, posiblemente, pudo ocurrir en otros momentos, por ejemplo, cuando las citas eran obligatorias para ser acreedores a los beneficios de algún programa social, como era el caso del programa Progres-a-Oportunidades-Prospera.

Otra cuestión que retrasa la atención es la falta de materiales y recursos, debido a los problemas de financiamiento. En algunas ocasiones el personal de salud ha tenido que buscar estrategias para poder atender a la población a pesar de las carencias de insumos y materiales:

“No es por el hospital, al final de cuentas es por la Secretaría de Salud que no proporciona los insumos suficientes para poder dar la atención, entonces ¿qué es lo que hace el hospital?, trata de subsidiar esto de acuerdo a ingresos, porque, por ejemplo, este, jeringas de insulina que no las mandan, se venden o se trata de recuperar para poder comprar en algún caso que se llegan a requerir pues ya tener; puntas nasales pues de igual, o sea, no es material que nos mandan, entonces ahí es donde se le pide a la comunidad que haya una remuneración en ese aspecto”. (Personal de salud, 28 años)

“Antes daban todos los medicamentos, pero ahora si no hay medicamentos, te dicen que lo compres con tu dinero, ahora si no hay suero para poner, -agarra tu dinero y ve a comprarlo-”. (Persona usuaria, 45 años)

Otro elemento importante que tiene que ver con la atención pronta es la organización de los servicios, la población usuaria y no usuaria percibe que el personal de salud tiene problemas de organización para brindar una atención con mayor prontitud:

“A veces solo en vano espera la gente, dicen los médicos o las médicas que no hay medicamentos, mientras tú ya perdiste tu tiempo, hasta después dicen que no hay medicamentos, entonces solo esperaste en vano. O a veces tardan en hacer caso a la persona. Están platicando con sus compañeros, a veces están platicando asuntos personales, a veces cargan su celular y a veces solo platican”. (Persona no usuaria, 28 años)

Mientras que el personal de salud refirió que el hospital tiene carencias de recursos humanos y materiales, así como problemas de infraestructura para brindar una atención pronta y de calidad. Identificaron las siguientes carencias:

De recursos humanos

- Falta de personal para apoyar la traducción: solo cubre el turno de la mañana y áreas específicas como consulta externa y el servicio de urgencias, de lunes a viernes.

- Faltan médicos especialistas de traumatología, pediatría, medicina interna, cirugía.
- Falta personal de enfermería y medicina.
- Falta personal de nutrición.

Recursos materiales

- Desabasto de medicamentos: en la mayoría de los casos, las personas usuarias tienen que comprar sus medicamentos.
- Desabasto de insumos como: tiras reactivas para la toma de glucosa, reactivos para los estudios de laboratorios, material para canalización vía venosa, insumos del servicio de odontología, material de curación, soluciones, pruebas de embarazo, pruebas de VIH, jeringas, agujas y puntas nasales.

Infraestructura:

- Equipos dañados: ultrasonido, aparato de limpieza de odontología, nebulizador para niños.
- Falta de instrumental para cirugía.
- Falta de servicio de cirugía: el área de quirófano está inhabilitado y no está equipado.
- Falta de servicio de rayos X.
- Falta de mobiliario en el área de odontología, equipo dental dañado, asientos insuficientes en la sala de espera.
- Falta de un espacio digno para la espera nocturna de los familiares de los pacientes que se quedan internados.

De igual forma la población amuzga reconoció estas necesidades haciendo hincapié en la falta de medicamentos y médicos especialistas.

2. Calidad de las instalaciones y de los servicios adicionales

En esta dimensión, los tres grupos entrevistados calificaron como “bueno” el estado de las instalaciones. Desde su punto de vista, se cuenta con todos los servicios. Sin embargo, consideran que algunas áreas cuentan con espacios muy reducidos, como es la de atención del parto, laboratorio y urgencias.

En cuanto a los servicios adicionales, se mencionó que el hospital cuenta con un buzón de quejas. Sin embargo, no todas las personas que acuden a los servicios de salud hacen uso de él:

“No todas las personas participan, por ejemplo, si ese buzón tuviera todas las quejas de las personas que lo necesitan [estaría lleno]”. (Personal de salud, 37 años)

3. Acceso a redes sociales de apoyo

De acuerdo con el testimonio de la población amuzga y personal de salud que participaron en la entrevista, se permite que una persona acompañe en todo momento a la usuaria, ya sea durante la hospitalización, la consulta o el parto:

“Sí, de hecho, siempre se les recomienda venir con un acompañante cuando vengán a urgencia, incluso están adentro de la hospitalización”. (Personal de salud, 31 años)

4. Capacidad de elección del proveedor de servicio

Las personas entrevistadas en los grupos de personas usuarias y no usuarias, mencionaron desconocer el derecho de poder elegir al personal de salud por el cual desean ser atendidas, por lo que algunas personas se adaptan a las indicaciones del hospital:

“No, allá [en el hospital] no podemos elegir al personal de salud, porque ya está el [personal] asignado. el personal que nos toca”. (Persona no usuaria, 52 años)

Un tema emergente que estuvo presente en las entrevistas fue el COVID-19. Los informantes reconocieron a la pandemia como una barrera importante para acudir a los servicios de salud debido al ajuste en los horarios de atención y las medidas de contingencia como el uso de cubrebocas y la sana distancia. Estas medidas no fueron de fácil incorporación y seguimiento para las personas de la localidad de Xochistlahuaca, por lo que dejaron de acudir al hospital durante el tiempo más álgido de la pandemia. De igual forma, las creencias que se generaron durante la pandemia, sobre la peligrosidad y/o alto riesgo de contagio en los hospitales, constituyeron una razón lo suficientemente importante para que las personas dejaran de ir.

Otro tema emergente fue la percepción sobre los medicamentos, la mayoría de las personas que no son usuarias, percibieron que los medicamentos que les dan en el hospital no son eficaces y, lejos de curarlas, afectaban su salud.

Discusión

Después de analizar la información desde las dimensiones del trato digno, se lograron identificar barreras para el acceso a los servicios de salud que enfrenta la población amuzga de Xochistlahuaca. Estas barreras se encuentran relacionadas principalmente con el trato que reciben en los servicios de salud.

Respecto a las dimensiones del trato digno fundamentadas en los derechos humanos, se identificó que las personas perciben discriminación en los servicios del Hospital de la Comunidad. Lo anterior puede ser reflejo de una práctica social extendida que se vive también en otros espacios de la vida cotidiana. Sin embargo, también puede estar vinculada a la falta de políticas para promover una atención de calidad, basadas en la promoción del trato digno, con enfoque intercultural y, particularmente, libre de cualquier forma de discriminación y maltrato^{8,13,14,15}.

Las dimensiones del trato digno orientadas a la satisfacción del usuario son de los servicios de salud sin seguridad social, se identificaron principalmente problemas que tienen que ver con la carencia de recursos humanos, materiales y de infraestructura, para satisfacer las necesidades de la pobla-

ción. Estos problemas generan tanto barreras económicas como barreras geográficas, las primeras debido a que se trata de una población de escasos recursos, lo que dificulta el acceso a los servicios que tienen que ser pagados por las propias personas usuarias, y las barreras geográficas son debidas a que, en situaciones graves, las personas deben trasladarse a otro hospital porque el local no cuenta con los servicios básicos. Este tipo de barreras han sido documentadas en otros estudios^{16,17,18}.

El buen trato tiene que ver con la calidad de los servicios de manera integral, es decir, no solo depende de una relación interpersonal adecuada sino también de que los recursos estén disponibles para la atención¹⁹.

Las personas no usuarias del hospital de la comunidad, tienen más testimonios sobre el maltrato, semejantes a los recogidos en otros estudios¹⁵. Son personas que dejaron de ir al hospital precisamente por las malas experiencias y la insatisfacción con los servicios de salud, debido a la carencia de recursos y servicios en el hospital; además, en comparación con la población usuaria, las personas no usuarias tienen la percepción de que los medicamentos son de baja calidad y no funcionan para el tratamiento de su condición de salud. Un punto relevante es que las personas que no acuden a los servicios de salud son personas monolingües y aunque no reconocieron el idioma como una barrera, el no ir puede estar asociado a esta situación, el idioma es una de las principales barreras para el acceso a los servicios de salud para la población indígena^{18,19}. Este grupo opina que el hospital no es capaz de responder a sus necesidades por lo que prefiere no ir.

En cuanto a las personas que acuden a los servicios de salud, reconocen experiencias positivas y negativas que experimentan en el hospital, también conocen algunos de sus derechos como personas usuarias de los servicios de salud. Además, al contar con la ventaja de hablar un poco el español les genera seguridad y confianza para asistir a los servicios de salud, aunque se quejan mayormente por la falta de medicamentos y de insumos.

A pesar de algunas diferencias que hay en estos dos grupos, ambos perciben que el trato que reciben tiene que ver con el personal de salud que los recibe, pues en algunas ocasiones han sido tratados con amabilidad y en otras ocasiones sufrieron de maltrato.

Como podemos observar, los pueblos indígenas experimentan barreras importantes para el acceso a los servicios de salud que requieren ser atendidas a través de intervenciones estratégicas, sistémicas y colaborativas, cuyo fin sea mejorar la atención en los servicios de salud y eliminar la inequidad en la salud en los pueblos indígenas. Así mismo se propone una solución con base a una atención integrada que incluya acciones explícitas contra la discriminación étnica y el maltrato. Al respecto, el marco normativo nacional establece la obligación de prevenir y erradicar la discriminación, así como de garantizar la igualdad de trato y de oportunidades^{20,21}. Estas intervenciones pueden disminuir las barreras para el acceso a los servicios de salud y se deben de llevar a cabo en colaboración con las comunidades^{22,23,24}.

Esto también requiere que las autoridades participen en conjunto con la comunidad para la adopción de medidas apropiadas que ayuden a eliminar las barreras a los servicios de salud para grupos desfavorecidos y marginados como los pueblos indígenas^{23,24}.

Conclusión

La población amuzga de Xochistlahuaca enfrenta diferentes barreras para el acceso a los servicios de salud. Estas barreras son culturales, geográficas, económicas y de calidad percibida y están relacionados con las dimensiones del trato digno.

Este resultado confirma un trato inadecuado hacia la población amuzga, pues al no contar con los servicios que cubran la necesidad de atención, no se cumple el derecho a la salud que corresponde, puesto que, las barreras para el acceso a los servicios de salud están constantemente presentes y el trato inadecuado prevalece dentro de ellas.

Estas barreras provienen de la propia organización del sistema de salud, pero también por la falta de estudios de investigación que documenten las necesidades específicas de salud que tienen las poblaciones indígenas y las barreras que enfrentan para la atención de estas. Por otra parte, aún no se cuenta con políticas y programas con perspectiva intercultural en los servicios de salud para eliminar las brechas de inequidad en la atención de salud.

Por lo anterior, es indispensable diseñar e implementar intervenciones multisectoriales que involucren activamente a las comunidades indígenas, en coordinación con autoridades municipales, estatales y federales, así como con el personal directivo de los servicios de salud. Estas estrategias deben orientarse a resolver los obstáculos estructurales que limitan el acceso efectivo a la atención médica y, de manera prioritaria a prevenir y erradicar prácticas de discriminación étnica en los espacios de atención. Como lo establece la normatividad nacional en materia de derechos humanos y no discriminación^{20,21}, el Estado mexicano tiene la obligación de garantizar condiciones de igualdad sustantiva y trato digno para todas las personas, sin distinción de origen étnico.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la revisión de la normatividad internacional de las consideraciones éticas en investigaciones con seres humanos, se retomaron los principios de la declaración de Helsinki y el informe Belmont. Cada persona recibió información acerca del propósito de la investigación, así como información completa sobre su participación. Todas aceptaron participar de forma voluntaria. El proyecto fue aprobado por la Comisión de Ética de la investigación del Instituto Nacional de Salud Pública con el número CI:625. El director del Hospital autorizó el acceso a las instalaciones para llevar a cabo el estudio. Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes para realizar y audio grabar las



entrevistas. En el caso del personal de salud se les solicitó firma del consentimiento, mientras que en el caso de la población usuaria y no usuaria de los servicios de salud se les solicitó su autorización verbal, con el fin de mantener la confianza y evitar inseguridad sobre el uso de su firma; en virtud de que la mayoría de las personas eran hablantes monolingües de la lengua amuzga, la explicación de la carta de consentimiento y la aplicación de la entrevista semiestructurada fue en idioma amuzgo, ya que la primera autora es hablante de dicha lengua, por lo que se aseguró siempre de que las personas comprendieran toda la información para llevar a cabo el estudio.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño: M.A.M.C., B.E.P.V., S.M.N.; Curación de datos: M.A.M.C.; Análisis formal: M.A.M.C.; Adquisición de financiamiento: M.A.M.C.; Investigación: M.A.M.C.; Metodología: B.E.P.V., S.M.N.; Administración de proyecto: M.A.M.C., B.E.P.V.; Recursos: M.A.M.C.; Software: M.A.M.C.; Supervisión: B.E.P.V., S.M.N.; Validación: B.E.P.V., S.M.N.; Análisis e interpretación de datos: M.A.M.C., B.E.P.V., S.M.N.; Escritura-Borrador Original: M.A.M.C., B.E.P.V.; Escritura-Revisión y Edición del manuscrito: M.A.M.C., B.E.P.V., S.M.N.

Referencias

1. Grépin KA, Irwin BR, Sas Trakinsky B. On the Measurement of Financial Protection: An Assessment of the Usefulness of the Catastrophic Health Expenditure Indicator to Monitor Progress Towards Universal Health Coverage. *Health Syst Reform* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 Jun 7];6(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/23288604.2020.1744988?scroll=top&needAccess=true>
2. Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 Sep 30 [cited 2025 Jun 7];15(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12939-016-0450-5>
3. Nguyen NH, Subhan FB, Williams K, Chan CB. Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review. *Healthcare* 2020, Vol 8, Page 112 [Internet]. 2020 Apr 26 [cited 2025 Jun 7];8(2):112. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/112/htm>

4. Horrill T, McMillan DE, Schultz ASH, Thompson G. Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nurs Inq* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2025 Jun 7];25(3):e12237. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nin.12237>
5. Saldaña-Télez M, Meneses-Navarro S, Cano-Garduño L, Unger-Saldaña K. Barriers and facilitators for breast cancer early diagnosis in an indigenous community in Mexico: voices of otomí women. *BMC Womens Health* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Jun 7];24(1):1–15. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12905-023-02875-2>
6. Aranda Z, Caamal V, Montañón M, Bernal D, Meneses S. Exploring how non-clinical factors in childbirth care shape users' experiences in public health facilities in rural Chiapas, Mexico: a qualitative study using the WHO health systems responsiveness framework. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Jun 7];24(1):1–14. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12884-024-06357-7>
7. Khan G, Kagwanja N, Whyte E, Gilson L, Molyneux S, Schaay N, et al. Health system responsiveness: a systematic evidence mapping review of the global literature. *Int J Equity Health* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Jun 7];20(1):1–24. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12939-021-01447-w>
8. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Propuesta Metodológica para la Construcción de un Índice de Trato [Internet]. [cited 2025 Jun 7]. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf
9. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2017 Oct 31 [cited 2025 Jun 7];2(4). Available from: <https://gh.bmj.com/content/2/4/e000486>
10. Meneses S, Pelcastre BE, Bautista ÓA, Toledo RJ, De la Rosa SA, Alcalde J, et al. Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud Pública México* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 7];51–9. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11362/12028>
11. Atun R, Jaffar S, Nishtar S, Knaul FM, Barreto ML, Nyirenda M, et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *The Lancet* [Internet]. 2013 Feb 23 [cited 2025 Jun 7];381(9867):690–7. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S014067361360063X>
12. Lindgren BM, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2025 Jun 7];108:103632. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920301164>



13. Castro AR. Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. *Andamios* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Jun 7];18(45):535–52. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632021000100535&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Aguilar-Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2023 Feb 3 [cited 2025 Jun 7];22(4):463–7. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87320/85444>
15. Chauhan A, Walton M, Manias E, Walpola RL, Seale H, Latanik M, et al. The safety of health care for ethnic minority patients: A systematic review. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 Jul 8 [cited 2025 Jun 7];19(1):1–25. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-020-01223-2#citeas>
16. Matin BK, Williamson HJ, Karyani AK, Rezaei S, Soofi M, Soltani S. Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Womens Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Jun 7];21(1):1–23. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12905-021-01189-5>
17. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 Jul 31 [cited 2025 Jun 7];19(1):1–14. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01171-x>
18. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Vilcarromero NLC, Gonzalez HR, Albrecht D, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. *Rural Remote Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 7];23(1). Available from: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.995218592813635>
19. Kerrigan V, McGrath SY, Majoni SW, Walker M, Ahmat M, Lee B, et al. “The talking bit of medicine, that’s the most important bit”: doctors and Aboriginal interpreters collaborate to transform culturally competent hospital care. *Int J Equity Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Jun 7];20(1):1–15. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-021-01507-1>
20. Cámara de Diputados de H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS* [Internet]. Apr 15, 2025. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
21. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. *LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN* [Internet]. Apr 1, 2024. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED.pdf>

22. Hendrickx D, Amgarth-Duff I, Bowen AC, Carapetis JR, Chibawe R, Samson M, et al. Barriers and Enablers of Health Service Utilisation for Childhood Skin Infections in Remote Aboriginal Communities of Western Australia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2025 Jun 7];17(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32012972/>
23. Ellen Mary, Turpel-Lafond. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care - Baseline Project [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 7]. p. 7–17. Available from: <https://baseline.bchumanrights.ca/report/in-plain-sight-addressing-indigenous-specific-racism-and-discrimination-in-b-c-health-care/>
24. Durojaye E. Human rights and access to healthcare services for indigenous peoples in Africa. *Glob Public Health* [Internet]. 2018 Oct 3 [cited 2025 Jun 7];13(10):1399–408. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28931349/>

