

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

VICERECTORADO

DIRECCIÓN DE POSGRADO



**TESIS MAGISTRAL PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN DESARROLLO SOCIAL**

***“PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES INDIGENAS AMAZÓNICOS DEL
DEPARTAMENTO PANDO EN EL HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERÁN DE LA
CIUDAD DE COBIJA”***

Postulante: AUDREY FRANCIS OJOPI SEEGBERS

Tutora: MSc. Violeta Montellano Loredó

COBIJA-PANDO-BOLIVIA

GESTIÓN 2022

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado principalmente a quienes me dieron la vida, mis padres Luis Ojopi Uyeno y María Angélica Seeghers Vargas, quienes me inculcaron valores, principios e impulsaron a superarme, aunque al irse se llevaron una parte de mi corazón, sé que desde el cielo me cuidan y están orgullosos de mí, los pienso cada día de mi vida.

Al mayor motivo de superación, mi amado hijo Luis Ángel, quien ha sido y será siempre la más bella razón de vida.

A mi esposo y mi compañero de vida, Luis Alberto Téllez Rivero, quien me impulso y acompañó durante esta etapa, dándome fuerza y confiando plenamente en mí.

A mi hermana y hermanos, sobrinos y amigas que estuvieron presentes en este tiempo, impulsando y apoyando todos los objetivos que me he trazado.

Gracias por ser el motor que impulsa mis decisiones de superación y el apoyo para obtener mis objetivos de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios padre todo poderoso, omnipotente y omnipresente en todos los aspectos de la vida, con él sea todo honor y toda gloria.

Quiero brindar un especial agradecimiento a la MSc. Violeta Montellano, quien me apoyó plenamente en la elaboración de la presente tesis en calidad de tutora, fue un honor ser su pupila y aprender de sus conocimientos.

Agradecer de forma especial a todos los pacientes y sus familiares de origen indígena amazónico, por compartir sus experiencias y saberes.

También, al personal de salud del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán quienes brindaron apoyo y conocimientos sobre el proceso de atención a pacientes indígenas amazónicos, especialmente a las licenciadas Jackeline Mescias y Martha Salazar, trabajadoras sociales de la institución.

A la dirección de Posgrado y el excelente cuerpo docente que oriento la formación académica de la maestría en desarrollo social.

Asimismo, agradezco a mi esposo, hijo y hermanos por el apoyo brindado durante estos dos años de formación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice de Contenido.....	iii
Índice de tablas.....	iv
Índice de figuras.....	v
Lista de anexos.....	vi
Resumen Ejecutivo.....	viii
Introducción.....	
CAPÍTULO I GENERALIDADES.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1. Situación Problemática.....	3
1.1.2. Pregunta de Investigación.....	4
1.2. Objeto de Estudio.....	4
1.3. OBJETIVOS.....	5
1.3.1. Objetivo General.....	5
1.3.2. Objetivo específicos.....	5
1.4. DELIMITACIÓN.....	5
1.4.1. Delimitación Temática.....	5
1.4.2. Delimitación Temporal.....	6
1.4.3. Delimitación Espacial.....	6
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.5.1. Social.....	6
1.5.2. Académica.....	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. ESTADO DEL ARTE.....	9
2.2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.2.1. Sistemas de salud.....	14

2.2.1.1.	Sistema de auto curación.....	14
2.2.1.2.	Sistema médico tradicional.....	15
2.2.1.3.	Sistema biomédico.....	16
2.2.2.	Teoría de la interculturalidad.....	17
2.2.3.	Itinerario Terapéutico.....	19
2.2.3.1.	Los síntomas.....	20
2.2.3.2.	El diagnóstico.....	20
2.2.3.3.	La rehabilitación.....	21
2.2.4.	Hospitales culturalmente competentes.....	22
2.2.5.	Intervención social en salud.....	23
CAPÍTULO III CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....		25
3.1	Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán.....	25
3.1.1.	Aspectos Históricos.....	25
3.1.2	Características Generales de la Institución.....	25
3.1.2.1.	Ubicación.....	26
3.1.2.2.	Infraestructura y Equipamiento.....	26
3.1.2.3.	Recursos Humanos.....	28
3.1.2.4.	Políticas Institucionales.....	29
3.1.3.	Fuentes de financiamiento.....	30
3.1.4.	Misión.....	30
3.1.5.	Visión.....	31
3.1.6.	Estructura Organizacional.....	31
3.1.8.	El Servicio de Trabajo Social del HRGT.....	32
CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO		36
4.1.	Enfoque metodológico.....	36
4.2.	Tipo de investigación.....	36
4.3.	Métodos de investigación.....	36
4.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
4.4.1.	La entrevista semiestructurada.....	37
4.4.2.	Observación no participante.....	37
4.4.3.	Diario de Campo.....	38

4.4.4.	Revisión documental.....	38
4.5.	Unidad de análisis.....	38
4.6.	Población y muestra.....	39
CAPÍTULO V EL HOSPITAL EN EL ITINERARIO TERAPÉUTICO DE LOS		40
INDÍGENAS AMAZÓNICOS.....		
5.1.	Los sistemas médicos en las experiencias de las comunidades indígenas amazónicas.....	40
5.1.1.	La situación de las comunidades indígenas amazónicas.....	40
5.1.2.	Sistemas de auto curación: Los conocimientos y saberes ancestrales para tratar enfermedades en la familia.....	46
5.1.3.	Sistema médico tradicional: El/la Curandero/a.....	48
5.2.	La tipificación de las enfermedades en los pueblos indígenas amazónicos...	53
5.2.1.	La decisión de acudir al Hospital.....	56
5.2.2.	Conflictos en el traslado hasta el Hospital.....	58
5.2.3.	Los acompañantes.....	60
5.3.	La atención en el Hospital.....	63
5.3.1.	El ingreso.....	64
5.3.2.	El trato durante de internación.....	67
5.3.3.	El Egreso.....	75
5.3.4.	Reingreso de pacientes indígenas amazónicos.....	76
CAPÍTULO VI INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL E		
INTERCULTURALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES		79
INDÍGENAS AMAZÓNICOS.....		
6.1.	La valoración social.....	80
6.2.	Instrumentos y técnicas de intervención social.....	86
6.2.1.	La Ficha Social.....	86
6.2.2.	El Cuaderno de Campo.....	88
6.2.3.	Informe Social.....	88
6.3.	Las estrategias de intervención social con pacientes indígenas amazónicos..	90

6.4.	Acciones para apoyar en el restablecimiento de pacientes indígenas amazónicos.....	93
6.4.1.	Apoyo Interinstitucional.....	93
6.4.2.	Apoyo Social.....	97
6.5.	La atención con enfoque intercultural en el H.R.G.T.....	98
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		102
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		105
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Personal del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.....	30
Tabla 2: Recursos Humanos del Servicio De Trabajo Social del H.R.G.T.....	34
Tabla 3: Tipología de casos atendido por Trabajo Social del HRGT.....	83
Tabla 4: Caracterización de necesidades e instituciones de apoyo.....	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura Organizacional del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.....	33
Figura 2: Proceso de valoración social mediante las estrategias de intervención.....	95

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista dirigida a pacientes indígenas amazónicos o sus familiares

ANEXO 2: Entrevista dirigida a personal de salud del HRGT

ANEXO 3: Entrevista dirigida a Trabajadoras Sociales del HRGT

ANEXO 4: Guía de observación

ANEXO 5: Notas de campo en la atención a pacientes indígenas amazónicos

ANEXO 6: Base de datos de la atención a pacientes indígenas amazónicos

ANEXO 7: Memoria fotográfica

RESUMEN

La atención que reciben los pacientes indígenas amazónicos en el Hospital. Dr. Roberto Galindo Terán se da mediante un proceso en el cual se pasa por alto el enfoque de interculturalidad, por lo que la investigación da a conocer el itinerario médico desde la concepción indígena.

Se considera esencial partir desde la óptica de Trabajo Social y de su intervención en el proceso de atención a indígenas amazónicos ya que es mediante estas profesionales que se puede llevar a cabo un proceso aceptable pero no adecuado, ya que el nosocomio no cumple con los parámetros y condiciones adecuadas para ser considerado un hospital culturalmente competente.

La conclusión de la investigación permite apreciar que el desarrollo en el proceso de atención de los pacientes indígenas amazónicos tiene percances que van de la mano del choque cultural y de los sistemas de salud en lo que respecta a la auto atención, la medicina tradicional y la medicina biomédica, lo cual dificulta un restablecimiento de la salud adecuado al no utilizar el enfoque intercultural. Para finalizar, es necesario hacer conocer el importante papel que desarrolla Trabajo Social en el proceso de atención de pacientes indígenas amazónicos, enfrentando las dificultades que conlleva el itinerario médico de estos usuarios y cómo actúan en calidad de mediadoras entre el personal de salud y los indígenas amazónicos, por lo que se recomienda la pronta capacitación en atención con enfoque intercultural a todo el personal de salud además de comenzar a construir una visión de hospital culturalmente competente.

Palabras clave: Indígena amazónico, atención, salud, sistemas de salud, auto atención, medicina tradicional, medicina biomédica, trabajo social.

ABSTRACT

The care received by Amazonian indigenous patients at the Hospital. Dr. Roberto Galindo Terán occurs through a process in which the intercultural approach is ignored, so the research reveals the medical itinerary from the indigenous conception.

It is considered essential to start from the perspective of Social Work and its intervention in the process of care for Amazonian indigenous peoples since it is through these professionals that an acceptable but not adequate process can be carried out, since the hospital does not comply with the parameters and adequate conditions to be considered a culturally competent hospital.

The conclusion of the research allows us to appreciate that the development in the care process of Amazonian indigenous patients has setbacks that go hand in hand with culture shock and health systems with regard to self-care, traditional medicine and biomedical medicine, which makes it difficult to restore adequate health by not using the intercultural approach. Finally, it is necessary to make known the important role that Social Work plays in the process of caring for Amazonian indigenous patients, facing the difficulties that the medical itinerary of these users entails and how they act as mediators between health personnel and indigenous people. Therefore, prompt training in care with an intercultural approach is recommended for all health personnel, in addition to beginning to build a vision of a culturally competent hospital.

Keywords: Amazonian indigenous, care, health, health systems, self-care, traditional medicine, biomedical medicine, social work.

INTRODUCCIÓN

Los indígenas vienen luchando por décadas para que se reconozcan, respeten y valores sus costumbres, tradiciones y sistemas culturales, habiendo conseguido un protagonismo importante en la región desde hace más de una década.

Uno de los escenarios que en la actualidad aun no incluye un trato y atención intercultural es el sistema biomédico de salud, por lo cual, desde la experiencia propia, nace la inquietud de conocer el proceso de atención en salud dirigido a pacientes indígenas amazónicos en el único hospital de segundo nivel de la región pandina en Bolivia, haciendo hincapié en la intervención de Trabajo Social en el desarrollo de su itinerario terapéutico, partiendo de la pregunta de investigación: ¿Cómo se desarrolla el proceso de atención que reciben indígenas amazónicos de Pando en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán?.

En respuesta a la interrogante se desarrolla el presente estudio que contiene siete capítulos descritos de la siguiente manera:

El capítulo I, presenta las generalidades y el planteamiento del problema de la propuesta, objetivos, justificación, alcances, objeto de estudio y delimitación de la investigación.

En el capítulo II se establece el marco teórico que contiene el estado de arte y definiciones importantes como ser los sistemas de salud de auto cuidado, medicina tradicional y biomédico, explicando también la teoría de la interculturalidad y la perspectiva de la intervención de Trabajo Social en salud, complementado con el capítulo III, que describe el contexto institucional del Hospital Dr. Roberto Galindo Traen.

En el capítulo IV, hace referencia al marco metodológico, conformado por el enfoque cualitativo obedeciendo al tipo de investigación etnográfico, bajo un método inductivo, habiendo utilizado la entrevista semiestructurada y la observación participante como principales herramientas de recolección de datos, utilizando como muestra de estudio a pacientes indígenas amazónicos y sus familiares, médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

Ya en los capítulos V y VI, se pueden apreciar los resultados de la investigación identificando al hospital en el itinerario terapéutico de los indígenas amazónicos en el proceso de atención en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

En la parte final se puede observar el contenido del capítulo VII que trata de la intervención de Trabajo Social e interculturalidad en el proceso de atención a pacientes indígenas amazónicos, analizando el enfoque intercultural en salud.

Para culminar se pueden apreciar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Situación Problemática

La atención hacia un paciente indígena, ha sido para el sistema de salud, de las situaciones más complejas de atender, puesto que son muchos los factores que se deben tomar en cuenta en lo que respecta al itinerario médico de este sector. Uno de los principales es el enfoque de atención intercultural.

En el hospital Roberto Galindo Terán en particular, la atención a pacientes indígenas amazónicos se torna difícil ya que el personal de salud no aplica en su mayoría la atención con enfoque intercultural, provocando una acción casi inmediata en médicos y enfermeras de acudir a Trabajo Social sin intentar relacionarse con el indígena o sus familiares, pasándole la tarea a la Trabajadora Social y asumiendo además, que el indígena no entiende ni entenderá sobre diagnósticos y procedimientos clínicos además de adoptar el preconcepto de que todos los indígenas carecen de recursos económicos si es que proceden del área rural.

Los médicos, en especial lo de emergencias y de consulta externa, siempre acuden a Trabajo Social cuando de atender a un paciente indígena de la amazonia se trata. Puede que ellos sean conflictivos, pero consideramos que los médicos deberían saber manejar todo tipo de casos, sin embargo, nos llaman para poder establecer sobre todo el entendimiento y asumen además que no tienen recursos (Mescias, comunicación personal, 20 de diciembre. 2021).

Pero no solo el personal de salud complejiza este proceso, están también los indígenas amazónicos con sus familiares y la posición con la que llegan al hospital, anteponiendo la medicina natural ante la biomédica, además de rehusarse, en algunos casos, a los procedimientos clínicos y por el hecho de ser indígenas considerar la atención total y absolutamente gratuita, lo que hace que los pacientes indígenas en muchos casos se auto sugestionen en el proceso de la atención sintiéndose vulnerados por el personal de salud.

Atender a personas que vienen ya con el prejuicio de que es mejor la medicina natural que la medicina clínica siempre va a ser motivo de dificultad y tensión al momento de tratar con los pacientes. Si bien es cierto que la mayoría de las personas tienen dentro de su conocimiento que algunos mates o ciertos aceites hacen bien a algunas cosas, los indígenas van más allá de eso, ellos en muchas ocasiones empeoran su situación de salud administrándose medicina natural y ya cuando están complicados recién deciden acudir al hospital (Rodríguez, comunicación personal, 22 de diciembre. 2021).

Estas dos caras del proceso atención y la relación entre el personal de salud y los indígenas utilizando a la Trabajadora Social como bisagra en dicha relación hace que llame la atención las actitudes y posiciones en ambas partes, además de tener como resultado que la falta de un buen relacionamiento puede generar conflictos mayores que provoquen el abandono al tratamiento, malos tratos y la ruptura total en las relaciones médico-paciente indígena mellando derechos y pudiendo generar hasta acciones discriminatorias de ambas partes.

Lo mencionado puede darse desde la perspectiva de los propios indígenas en calidad de pacientes y desde la percepción del personal de salud en cuanto a la atención que brindan a los indígenas y los conflictos que les signifique atenderlos.

Es importante mencionar que la misión del hospital Dr. Roberto Galindo Terán está establecida de la siguiente manera:

“Somos un Hospital público que se caracteriza por otorgar prestaciones de salud con calidad y calidez, en busca de lograr la satisfacción del cliente cumpliendo las normas y reglamentos de atención inmediata, para contribuir en el desarrollo humano del Municipio de Cobija.”

En el párrafo anterior, claramente se establece que la atención con enfoque de interculturalidad no se enmarca en la misión planteada por la institución, siendo que este nosocomio no solamente atiende al municipio de Cobija, sino también a los usuarios procedentes de los otros 14 municipios del departamento en donde se albergan los pueblos indígenas amazónicos, puesto que sigue siendo el único de la región en brindar atención en salud de segundo nivel con algunos servicios de tercer nivel.

Todo médico, en su formación académica, cursa un taller de atención con enfoque interculturalidad, es una especie de curso de capacitación, pero creo que la gran mayoría,

se inclina más por dejar de lado las características de este tipo de atención, lo cual a criterio personal debería cambiar, ya que somos un País plurinacional con más de 30 pueblos indígenas originarios, por lo que todos los hospitales ya sean de primer, segundo o tercer nivel, deberían estar diseñados de alguna forma para poder articular la atención intercultural. (Buitrago, comunicación personal, 15 de octubre. 2021).

Cabe resaltar que no solamente el personal médico debería aplicar atención con enfoque intercultural, sino también todo el personal que atiende a usuarios, es decir, enfermeras, personal auxiliar, técnicos, cajeros, choferes, mucamas, entre otros. Esta atención, puede darse no solamente en el proceso de internación, sino también en la atención externa, de emergencias u otros.

De lo planteado previamente, se consideró oportuno desarrollar el siguiente problema de investigación: *Insuficiente aplicación del enfoque intercultural en salud en el proceso de atención a pacientes indígenas amazónicos que acuden al hospital Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija.*

1.1.2. Pregunta de Investigación

¿Cómo se desarrolla el proceso de atención que reciben indígenas amazónicos de Pando en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán?

1.2. Objeto de Estudio

En la presente investigación se define el desarrollo del itinerario terapéutico de los pacientes indígenas amazónicos, además de que se expone el nivel de aplicación de enfoque intercultural en el personal de salud al tratar con pacientes indígenas amazónicos y la importancia de la intervención de Trabajo Social en este proceso.

De igual modo se debe mencionar que se exponen experiencias de los propios indígenas amazónicos a través de sus familiares acompañantes y del personal de salud encargados de su asistencia médica.

Es importante aclarar, que se consideró necesario plantear la intervención de Trabajo Social en este proceso de atención, puesto que todo lo relacionado con indígenas amazónicos en el área de salud involucra directamente esta intervención.

En ese entendido, el objeto de estudio de la presente investigación, es el proceso de atención en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán dirigido a pacientes indígenas amazónicos, comprendiendo su itinerario terapéutico y la intervención de Trabajo Social en este proceso.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Explicar de qué manera se desarrolla el proceso de la atención a pacientes indígenas amazónicos en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir el tránsito por el hospital Dr. Roberto Galindo Terán dentro del itinerario terapéutico de los pacientes indígenas amazónicos de Pando.
- Analizar la utilización del enfoque intercultural en la atención de salud en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán
- Reflexionar sobre las experiencias de la intervención de Trabajo Social en el proceso de atención hospitalaria a pacientes indígenas amazónicos.

1.4. DELIMITACION

1.4.1. Delimitación Temática

La delimitación temática de la investigación se centra en tres ejes fundamentales:

- 1) Itinerario terapéutico de pacientes indígenas amazónicos
- 2) Enfoque intercultural de atención en salud

3) Intervención de Trabajo Social en la atención a pacientes indígenas amazónicos

1.4.2. Delimitación Temporal

El estudio inició en el periodo I-2019 y culminó en el periodo I-2020, identificando fuentes primarias de información en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

1.4.3. Delimitación Espacial

La investigación se desarrolló desde el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en la atención brindada a pacientes indígenas amazónicos. El nosocomio se ubica en el kilómetro 2, barrio Los Tajibos, avenida Manuripi en la ciudad de Cobija, capital del departamento Pando.

1.5. JUSTIFICACIÓN

1.5.1. Social

La atención en salud en instituciones públicas de Bolivia, además de seguir todas las normativas, protocolos y rutas de atención, tiene obligación de brindar calidez integral a los usuarios, pero también brindar una atención con enfoque intercultural.

Los indígenas amazónicos, son personas con rasgos culturales particulares y en su mayoría con poca habilidad de relacionamiento, sobre todo al trasladarse a áreas urbanas. Este es uno de los factores que, en ocasiones, permite que sean víctimas de malos tratos, discriminación, exclusión social, malos entendidos e incluso que atraviesen por problemas que se podrían obviar al existir un trato con enfoque intercultural en el área de la salud.

El conocer que itinerario tienen los pacientes indígenas amazónicos que llegan al hospital Dr. Roberto Galindo Terán es de gran importancia para entender desde su percepción, la serie de problemas y complejidades por las que atraviesan hasta la rehabilitación y recuperación.

Por su parte, el profesional en Trabajo Social, por sus particularidades disciplinares en la intervención en salud y al trabajar continuamente con grupos vulnerables, interviene con la atención de pacientes indígenas amazónicos, puesto que, intrínsecamente son considerados como una población débil por su procedimiento y condición económica.

En ese sentido, que uno de los motivos que conllevó al desarrollo de la presente investigación, fue que desde la experiencia de 5 años como profesional en Trabajo Social dentro del hospital Dr. Roberto Galindo Terán y a partir de un análisis de las vivencias y anécdotas en la atención a pacientes indígenas amazónicos, por lo que se consideró necesario estudiar todo lo que conlleva este proceso desde la perspectiva del itinerario terapéutico y la intervención social para identificar si esta atención tiene enfoque cultural por parte del personal de salud y cómo es percibida por los usuarios que en este caso son los indígenas amazónicos.

1.5.2. Académica y/o científica

Para el ejercicio profesional en el área de la salud, es importante establecer parámetros que orienten la atención en regiones donde existen pueblos indígenas originarios. Uno de ellos es la atención con enfoque intercultural, que “corresponde, al desarrollo de las competencias culturales que deben desarrollar los médicos y, por extensión los profesionales de la salud” (Kleinman citado en Salaverry, 2010, p. 92). Con la finalidad de lograr hegemonía en la atención con empatía y respeto a los diferentes sistemas culturales y sistemas médicos.

Al hablar de competencias culturales, el autor se refiere al entendimiento por parte de los profesionales en salud, de la diversidad de culturas que se presenta en el lugar de residencia y del respeto que deben tener en el proceso de atención en lo que respecta a su sistema tradicional de salud, su forma de expresarse e inclusive el respeto a la aceptación de procedimientos clínicos.

En Bolivia existen numerosos trabajos concernientes a la interculturalidad en salud (Ramírez, Luyizaga, Montellano, Davalos, Tapia, Royder y Cruz entre otros) realizando importantes

aportes teóricos con sus investigaciones en las cuales se reflejan diferentes escenarios con relación a los indígenas de la nación, entre los cuales se puede destacar la obra de Ramírez, *Donde el viento llega cansado*, que expone los diferentes sistemas de salud y explica las principales prácticas en salud en la región occidental del país.

De igual modo, es importante expresar y describir la valía de profesionales en Trabajo Social sobre la labor que realizan y su intervención en el campo de la salud, puesto que es mediante quienes se hace posible un puente de comunicación entre el personal de salud y los pacientes indígenas amazónicos, siendo quienes además, gestionan alimentación, vestimenta, medicamentos, tramitan referencias a tercer nivel, realizar coordinación interna y externa para poder lograr la atención integral y óptima.

Para la academia, es importante destacar que todas las profesionales que conforman el equipo de Trabajo Social del hospital Dr. Roberto Galindo Terán, son profesionales formadas y egresadas de la Universidad Amazónica de Pando. Sin embargo, ellas mismas en muchas ocasiones se han visto limitadas en cuanto a la intervención, ya que el área de la salud abarca la atención de varios grupos vulnerables, para lo cual según mencionaron, no estaban preparadas.

Por lo que es importante que se realice mayor énfasis en la asignatura de Trabajo Social en Salud, incorporando temas como, por ejemplo, la interculturalidad en la atención de salud, lo cual contribuirá en que futuros profesionales se puedan integrar a los equipos multidisciplinarios en el área de atención ya sea de primer, segundo o tercer nivel.

Para concluir, es importante mencionar, que la investigación es precursora en lo que se refiere a la atención con enfoque de interculturalidad en salud de la región, siendo el inicio de futuras investigaciones, proyectos e inclusive políticas sociales que coadyuven a la transformación de esta realidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo, se establece el estado del arte en el cual se citan trabajos de investigación, realizados previamente, que fueron de gran apoyo y sustento científicos. Además, se establece el marco teórico en el cual se explican los sistemas de salud, el itinerario terapéutico y la teoría de la interculturalidad en salud.

2.1. ESTADO DEL ARTE

El presente capítulo exhibe investigaciones generadas en otros contextos relacionados con la temática abordada; estas investigaciones aportan en lo que respecta a pueblos indígenas originarios en la amazonia, los sistemas de salud y el enfoque intercultural en la atención de salud.

Dávalos Lara, C. (2013) realizó una investigación denominada *Pueblos indígenas Yaminahua y Machineri: Proceso de reconfiguración política en Pando* para la Universidad Amazónica de Pando mediante la PIEB. La investigación trata sobre los nuevos escenarios en los cuales se ven inmersos los indígenas de los pueblos Machineri y Yaminahua enmarcada en la lucha de la autonomía plena, el reconocimiento, la aceptación y el llegar a ser conocidos a nivel local y regional sin abandonar sus costumbres, cultura y cosmovisión. Esta investigación aporta en el entendimiento de identidad cultural, usos y costumbres, participación e inclusión social, para analizar y comprender la cosmovisión de los pueblos indígenas amazónicos con el ejemplo de los Yaminahua y Machineri que son los más cercanos a la capital pandina y también los que acuden con más frecuencia al Hospital Roberto Galindo.

Otra investigación que resultó de gran valía para el estudio, fue la realizada por un grupo de investigadores del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y la Organización Marie Stopes, quienes en 2015 efectuaron un *Perfil Epidemiológico de los pueblos indígenas de Pando*. La investigación expone el contexto de salud de los 5 pueblos indígenas de Pando, mostrando datos relevantes sobre la morbilidad y el acceso de los indígenas a los servicios

de salud de la región. Establece datos sobre la salud materno infantil, embarazo precoz, principales enfermedades de los pueblos indígenas en Pando, acceso a la salud y otros como violencia sexual. Los datos estadísticos mencionan las grandes falencias que existe en las prácticas de la medicina tradicional de cada pueblo indígena reconocido en Pando lo que ayudó a comprender la visión y los procedimientos de salud que tienen de forma general mediante las practicas ancestrales.

Del Cid Lucero en 2008, realizo una investigación denominada, *Antecedentes de la situación actual y perspectiva de la salud intercultural en América Latina*. La investigación hace un compilado de países de América Latina que contempla a México, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia, Chile, Uruguay, Argentina. Se menciona la situación actual del sistema de salud de los pueblos indígenas de cada país proponiendo prácticas de aplicación intercultural para mejorar las prácticas y conectar la medicina occidental (convencional) con la medicina tradicional de cada pueblo. La descripción de la situación en Bolivia está situada en las páginas 94 – 102 en las cuales se refiere tanto a las políticas que adopto el Estado en cuanto a la salud como ser la SAFCI y también se establece la situación de salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes en donde propone alternativas de salud importantes a tomar en cuenta. Las conclusiones de la investigación en Bolivia se establecen de la siguiente manera:

Es importante Implementar un modelo de atención en salud intercultural que complemente la medicina occidental con la medicina tradicional, promoviendo una efectiva interculturalidad en el proceso de Salud y Enfermedad, donde se enfatice el enfoque sociocultural, que permita un contribución publica de la medicina tradicional, y herbolaria a la población de acuerdo al conocimiento y sabidurías de la culturas originarias de modo que trabajen de forma articulada en salud con el sistema público en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural (Del Cid, 2008:100).

Se consideró importante tomar en cuenta esta fuente bibliográfica puesto que hace una referencia consistente del sistema de salud, prácticas y la falta de relación que aún existe entre la medicina convencional con la medicina tradicional que practican los pueblos indígenas.

Por su parte Giolo dos Santos, M. en 2017 realizó un artículo científico denominado *Consideraciones Bioéticas sobre la relación médico-paciente indígena*. En colaboración con otros investigadores, hace énfasis en la relación médico – paciente indígena en el Brasil mediante la búsqueda del equilibrio en contacto entre el tradicional paternalismo médico y la especificidad cultural del paciente indígena es fundamental para el mantenimiento simétrico de esta relación. Frente a ello, es indispensable que el médico considere y admita la existencia de la diversidad social y cultural para elaborar proyectos terapéuticos que contemplen la autonomía del paciente, de la familia y de la comunidad, garantizando así una buena atención y calidad de vida. Se consideró importante para la investigación comparar la relación médica – paciente indígena de países vecinos como el Brasil con las relaciones que se dan en nuestro entorno y analizar si existen similitudes en cuanto al trato y las posiciones de médicos y pacientes indígenas como también, si se considera la interculturalidad en las relaciones el trato y el respeto a las prácticas de medicina tanto tradiciones como convencional.

La investigadora Ponz, Sejas en 2005, realizó un estudio denominado, *Medicina tradicional de las tacanas y machineris. Conocimientos prácticos de las plantas medicinales*. Para la Universidad Amazónica de Pando, la investigación expone los conocimientos, saberes y prácticas de los curanderos y herbolarios de las comunidades indígenas tacanas y machineris. Además de hacer una explicación profunda sobre lo que es la medicina tradicional, la importancia de recuperar las prácticas medicinales ancestrales de los pueblos indígenas. Una parte que atrae bastante es el énfasis de la investigación en el valor de los conocimientos ancestrales y la necesidad de rescatar y proteger dichos conocimientos para consolidar una base científica – tecnológica de estos saberes y los usos de plantas medicinales. El entender las prácticas medicinales, el cómo se orienta el enfoque de las enfermedades y de la salud en los indígenas y como utilizan las plantas medicinales para sus curaciones aportó en la comprensión de cómo está estructurado la medicina tradicional en esta región. Además de poder analizar actitudes, aptitudes, creencias, saberes y valores.

Por su parte Hernández, realizó en 2013, un estudio que establece el *Paradigma epistemológico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas en honduras*. El artículo presentado en la Revista Cubana de Salud, identifica al paradigma epistemológico prevaleciente en la atención

de salud a los pueblos indígenas en el contexto de Honduras. Menciona que la interculturalidad se traduce al contacto entre culturas, entendimiento de la diversidad, intercambio, comunicación, aprendizaje, transformación y necesidad de tender puentes entre las culturas. Algo que llama la atención es la siguiente cita:

La atención en salud, supone un trabajo intra e intersectorial encaminado al bienestar integral del individuo y la comunidad, con el fin de empoderarla para que avance en su fortalecimiento y desarrollo. La interculturalidad, con el enfoque de interpretación etnográfica, es indispensable para armonizar los derechos de los pueblos indígenas, afros y otros excluidos, involucrar planteamientos jurídicos, sociales y políticos, propiciar el acceso a la igualdad y reconocer las diferencias. En tal sentido, la interculturalidad implica establecer relaciones y alianzas con los múltiples sectores sociales que constituyen nuestras sociedades, y está presente en las demandas de los pueblos históricamente excluidos por los Estados naciones, contruidos con una perspectiva monocultural (Hernández, 2013: 158).

Se consideró llamativo el enfoque que el autor plantea en el artículo, ya que la importancia de incluir la interculturalidad en la atención de la salud puede llegar a generar cambios trascendentales, situación que hasta ahora no se ha incorporado, pero sin embargo analizando y profundizando se pueden realizar aportes importantes con bases en el artículo enmarcándonos en el contexto regional.

Otra importante investigación que se identificó fue la realizada por Ramírez en 2014, denominada *Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica*. Se trata de un estudio realizado en Bolivia y Argentina sobre el impacto de la globalización en los pueblos indígenas de estas regiones pero sobre todo menciona como la interculturalidad no ha pasado de un ser un discurso que en vez de contribuir a la preservación de la vida misma de las comunidades indígenas lo que han logrado es cambiarles el panorama.

Como menciona la autora:

Se revaloriza la medicina tradicional, sin proponer cambios en la mejora de las condiciones de vida de estas poblaciones. Sobre todo en aquellas zonas en las que se están expropiando las tierras o contaminándolas: con la extracción de gas, petróleo, minerales, construcción de represas, junto con la deforestación indiscriminada de la selva. La salud/enfermedad no puede separarse de las condiciones territoriales de estos

pueblos ya que la salud ambiental es fundamental para su supervivencia (Ramírez, 2014, p.1).

Se puede identificar como la autora contextualiza la interculturalidad en el área de salud desde una mirada crítica. Según lo que se puede apreciar desde los procesos globalizadores que han envuelto a las comunidades indígenas para lograr desforestar y contaminar el territorio que habitan. El estudio se consideró con el fin de explicar ciertas actitudes de la sociedad hacia los pueblos indígenas y como afecta esto en su salud.

También se tomó en cuenta el trabajo realizado por Galindo (2012) denominado *Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: Salud, higiene y protección contra la violencia*. La guía comienza con el anuncio de un promotor Yucateco que hace énfasis en la atención común y la atención con enfoque de interculturalidad ya que explica perfectamente que las personas en especial los indígenas desean ser tratados como indígenas, con palabras y mecanismos comprensibles para ellos. La guía aborda el enfoque de interculturalidad en cuanto a la salud en los pueblos indígenas asociando la salud, la higiene y la violencia en los pueblos indígenas con la interculturalidad: *Antes yo creía que tenía que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino de tratar a los demás como ellos desean que los traten a ellos*. (Riger Borges Arceo, promotor Yucateco). En la revisión que se realizó al documento, se encontraron datos importantes en lo que respecta a Salud e Interculturalidad en donde se pueden apreciar datos sobre las visiones de los pueblos indígenas en cuanto a la salud – enfermedad a través de la medicina tradicional y la medicina académica además de estar plasmadas las barreras socioeconómicas y culturales en el acceso a la salud.

Para cerrar con los antecedentes bibliográficos en los enmarcados en la investigación, no se puede dejar de mencionar el valioso trabajo realizado por Tapia, Royder y Cruz en 2006, mismo que se denominó *¿Mentisan, Paracetamol o wira wira?*, que explica las percepciones y el sistema tradicional de los jóvenes de San Cristóbal en Potosí desde una visión holista e intercultural. La investigación de tipo etnográfica culmina con la propuesta por parte de los jóvenes en políticas públicas que mejoren los servicios de salud desde su propia percepción. El reflejo del estudio arroja como principales resultados las falencias que identifican los jóvenes

en el proceso de la atención médica como ser el lenguaje e idioma que se utiliza en la atención que reciben y la falta de compromiso por parte del personal de salud, por ello nace de la propuesta de mejorar el servicio de salud.

2.2. MARCO TEÓRICO

La investigación se enmarca en dos corrientes teóricas que son la teoría de la interculturalidad, la teoría del cuidado humano y la teoría de la conducta humana, además de establecer los parámetros que delimitan el accionar de profesionales en trabajo social, mediante el enfoque de intervención social en salud y otros términos que es necesario establecer.

2.2.1. Sistemas de salud

Históricamente las personas han buscado la forma de resolver padecimientos y problemas en su salud, lo que en la actualidad puede traducirse como sistemas creados con especialidad en diferentes ámbitos para solucionar diferentes enfermedades.

Los sistemas de atención a la salud pueden ser considerados desde una construcción social que posee determinantes externos e internos con sus respectivas funciones, y es a través del sistema de cuidado de salud chino que desarrolla con detenimiento su modelo. En la estructura externa coloca a los factores económicos, políticos, a la estructura social y a la historia (Kleinman citado en Ramírez, 2010, p. 38).

Partiendo de esta definición, en el transcurso de la investigación se describen tres sistemas de salud en los cuales intervienen una serie de criterios para la rehabilitación de la salud, mismos que a continuación se desarrollan.

2.2.1.1. Sistema de auto curación

El primer sistema identificado es el que todas las personas utilizamos en una primera instancia al sentir síntomas que desequilibran nuestro bienestar, este se denomina auto curación o auto cuidado, este se denomina auto atención lo que se puede explicar desde:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, 120 aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez citado en Ramírez, 2010, p.119).

En este sistema, se explica desde una perspectiva cultural, es decir que es a partir del grupo social de referencia que se construyen los conocimientos sobre auto atención, así como las emociones en el estado de salud.

En el seno familiar, en la mayoría de los casos, se inculcan conocimientos sobre la sanación, ya sea de malestares, un raspón, dolores o métodos de prevención, mediante saberes que se heredan. Esto va en dependencia del lugar, de las costumbres y de la cultura a la cual se pertenezca.

En la región, son muchas las prácticas que se realizan en reacción ante un síntoma que desestabiliza la salud, mismas que previamente fueron aprendidas en el proceso de crianza y estas prácticas pueden ser mediante insumos farmacéuticos o naturales.

2.2.1.2.Sistema médico tradicional

En muchas regiones de Bolivia, el sistema médico tradicional sigue vigente, sobre todo en las comunidades indígenas originarias.

La medicina tradicional es fundamentalmente sagrada. La envuelve una mentalidad religiosa, una cosmovisión mítica del universo y su práctica se cristaliza con un ritual armoniosamente mítico. No sólo se ocupa del cuerpo enfermo, sino va más allá; viaja hacia un mundo lleno de misticismo. Se posesiona, lo recorre, lo hace suyo y le interesa restablecer el desorden cósmico. Atender la ruptura entre cuerpo y el universo. Sanar al espíritu y al hombre (Chifa, 2010, p. 244).

El significado que tiene la medicina tradicional, va más allá del entendimiento desde fuera de su puesta en práctica. Comprender la fe que le tienen es comprender que tiene poder sobre la salud de las personas.

La medicina tradicional es el conjunto de prácticas, creencias y conocimientos sanitarios basados en el uso de recursos naturales (plantas, animales o minerales), terapias espirituales y técnicas manuales que buscan mantener la salud individual y comunitaria (Pereyra y Fuentes, 2012, p.62).

Si bien, la medicina tradicional es crítica y en muchos casos totalmente rechazada por la parte biomédica, se debe entender que es parte del sistema cultural, sobre todo de pueblos indígenas, campesinos y originarios, en pocas palabras es con lo que cuentan en su lugar de origen para poder estar sanos, para poder trabajar y es en la medicina que confían, han crecido con ella y es prácticamente imposible que abandonen esta creencia.

Cabe resaltar, que quienes pertenecen a un pueblo originario, ya sea indígena o campesino, están conscientes del alcance de la medicina tradicional, es más, los propios curanderos son quienes conocen sus limitaciones y cuáles son las enfermedades que se pueden sanar con medicina tradicional y cuales requieren atención biomédica, sin embargo hay que poner en claro que los indígenas en su mayoría no confían en la medicina biomédica, esto no se debe solo al trato, sino también a que tienen el concepto preestablecido de que la persona que entra a un hospital sale muerta.

La sanación del espíritu, es un claro ejemplo de lo que los biomédicos no pueden hacer. Es decir, cuando el espíritu está enfermo, según los indígenas, solamente se puede sanar con rezo, limpia y con energía que el universo les otorga a los curanderos para lograr esta acción, algo que escapa al entendimiento biomédico y al entendimiento de quienes no pertenecen al sistema cultural que maneja esa teoría.

2.2.1.3.Sistema biomédico

El sistema biomédico puede entenderse desde el ámbito público o privado y por conocimiento general esta impartido por personal formado profesionalmente.

El sistema biomédico consiste en un universo de saberes y prácticas reconocido y legitimado como científico, oficial y académico, no solamente en Bolivia, sino a nivel universal. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, este sistema ha sido identificado como representativo de una específica cultura occidental y mercantilista (Citarella y Zangari, 2009, p.5)

En el sistema biomédico de salud, se pueden mencionar dos tipos de tratamiento, el primero es el medico que “se refiere al conjunto de procedimientos higiénicos, farmacológicos y de rehabilitación que se ponen en práctica, para la curación o alivio de las enfermedades” (Fajardo y Hernández, 2012, p. 30). El segundo es el tratamiento quirúrgico que se trata del “conjunto de procedimientos de cirugía que se ponen en práctica para la curación, mejoría, rehabilitación o paliación de un padecimiento específico” (Fajardo y Hernández, 2012, p. 31).

Es importante destacar que el proceso terapéutico o tratamiento médico que vendría a ser lo mismo, involucra factores importantes para alcanzar el restablecimiento de la salud, entre los cuales se pueden mencionar; la información sobre el uso correcto de medicación, el cumplimiento del tratamiento, la relación entre el personal médico y el paciente, los posibles percances del tratamiento, la orientación medica que se le da al paciente para que realice el tratamiento médico (Vidal, 1996).

Se considera que el factor que más influencia tiene sobre el tratamiento médico en el paciente es sin duda la relación que se establezca entre el médico tratante y el enfermo, puesto que la confianza que tenga el paciente en su médico tratante será una clave fundamental en el momento de realizar el tratamiento, sobre todo ambulatorio, siguiendo las indicaciones que el medico establezca y logrando el objetivo principal que como se mencionó con anterioridad es restablecer la salud.

2.2.2. Teoría de la interculturalidad

La interculturalidad puede tener muchas interpretaciones desde el ámbito que se maneje el concepto y desde el significado que se exprese, con la finalidad de comprender como se da la interacción.

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades (Salaverry, 2010, p.92).

Como menciona Salaverry, puede entenderse a la interculturalidad desde la interrelación entre culturas o entre sistemas culturales más propiamente dicho.

Sin embargo, el proceso de interculturalidad no solamente puede ser interpretada como interacción entre personas diferentes culturalmente, sino que también conlleva pautas de respeto, concertación y empatía. El principal problema que se presenta en el proceso de interacción intercultural es sin duda la comunicación acompañada de rasgos de discriminación, exclusión e indolencia. (Nomberto, 2010).

Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. Algunos hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental (Álbo, 2014, p. 65).

Entender lo que es la interculturalidad implica comenzar por reconocer diferencias culturales de unos con otros, aceptarlas, respetarlas y no intentar transformarlas, sino enriquecerse de otras culturas, rescatando siempre lo positivo que se puede aprender ya sea en el ámbito educativo, sanitario, religioso, productivo, entre otros.

Ahondando en el ámbito de la salud, la interculturalidad cobra gran relevancia, ya que en toda la región se reconocen pueblos indígenas y originarios, por lo que en casos de enfermedad acceden a los servicios de salud. Para mejor comprensión se puede destacar que:

Se debe llegar también a penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen todo el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez facilita las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas. Este es el nivel estructural de la interculturalidad. Por ejemplo, toda la organización del sistema educativo, los medios de comunicación, las iglesias, el sistema judicial, el sistema político, la policía, el ejército, el sistema de salud y otros aparatos de seguridad del Estado, etc. (Álbo, 2014, p. 68).

La interculturalidad en el ámbito de salud comienza en el proceso de la atención que reciban por ejemplo, los indígenas en los centros de salud u hospitales alejados de su sistema de

medicina tradicional y es en este proceso que se identifica la atención en salud con enfoque intercultural.

El término de interculturalidad en salud es reciente, gran parte de lo que entendemos por dicha denominación no es nuevo sino, en todo caso, es el rescate de una orientación muy antigua de la medicina occidental de incorporar una perspectiva étnica en la interpretación de la enfermedad, la que tiene sus antecedentes en la Grecia clásica y continúa en vigencia durante más de dos mil años, hasta ser abandonada debido al auge de la medicina tecnificada del siglo XIX. Así, en el proceso de cambio de paradigma que hemos mencionado, no todo es ir hacia nuevos conceptos, es en gran parte sumergirnos en nuestras raíces y encontrar bases para retomar una perspectiva centrada en las individualidades del “otro”. (Salaverry, 2010, p. 90)

Las ciencias médicas, se rehúsan a retroceder y volver a la medicina tradicional, por lo que se percibe un rechazo por parte de los médicos en especial ante el ejercicio de estos sistemas tradicionales de salud y una ausencia de la utilización de atención basados en los parámetros de la interculturalidad.

Es por ello que hablar de la interculturalidad en salud, no es otra cosa, que la atención brindada a todo tipo de personas en establecimientos de salud sin el contenido que merece esta atención y sin el enfoque de atención intercultural por parte del personal en salud, no porque no quiera, sino porque no están capacitados para ello.

2.2.3. Itinerario terapéutico

El proceso por el que atraviesa una persona enferma, desde sentir los primeros síntomas de una condición que no sea la habitual a su salud, puede denominarse como el inicio de un itinerario terapéutico, puesto que este atravesara por un proceso de atención hasta lograr el restablecimiento de su salud.

El itinerario terapéutico tiene todo que ver con el terapeuta/médico que atenderá al enfermo en este proceso, puesto que los síntomas, el diagnostico en respuesta a ellos y su tratamiento son parte del sistema que abarca el proceso terapéutico cuyo único objetivo es el restablecimiento de la salud.

Cabe resaltar que todas las personas tienen su propio itinerario terapéutico y esto depende mucho del sistema cultural al cual pertenecen, ya que, no es el mismo itinerario el de una persona del

área rural que el de una del área urbana, además del sistema de creencias que tienen; es en este momento que entran la medicina tradicional o la medicina biomédica a ser parte del itinerario terapéutico que “puede definirse como la secuencia de actividades que los individuos buscan para solucionar su problema de salud y se constituye en un importante indicador de los recursos sociales, culturales y materiales disponibles” (Alvéz et. al en Lago et. al 2010, p.5). Es decir, es la persona quien diseña su itinerario terapéutico en base a sus condiciones no solo de salud, sino también económicas y sociales.

El itinerario de una condición que afecte la salud se divide en tres etapas; los síntomas, el diagnóstico y la rehabilitación.

2.2.3.1. Los síntomas

También conocidos como signos de algo que sucede, puede entenderse desde la biomedicina como “una manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente, como el dolor, picor, visiones” (Cortes, 2008, p.1). Lo que sería explicable solamente por la persona que los padece y le da referencia al médico de lo que le sucede y como debe proceder. Cabe rescatar que el médico, no solamente se apoya en los síntomas del paciente, sino también realiza una serie de análisis para poder llegar al diagnóstico y posterior tratamiento.

Sin embargo, desde la medicina tradicional, el concepto varía un poco, puesto que no siempre los síntomas son explicados por quien los padece, sino por su entorno. Cabe recalcar que, según las creencias de la medicina tradicional:

El cuerpo y el espíritu son parte de un sistema integral y armónico, de manera que una disonancia en cualquiera de las partes cura la enfermedad. La población indígena diferencia entre la enfermedad del cuerpo y la enfermedad “espiritual”. Cada uno de estos tipos de enfermedad se trata de manera distinta; sin embargo, se cree también que la esfera espiritual puede afectar a la del cuerpo, y viceversa (Anónimo, 2002, p.2)

Para el sistema tradicional indígena, los síntomas tienen un significado, puesto que los padecimientos siempre tienen una explicación ya sea por la acción de las personas o por problemas espirituales.

Se puede comprender desde ambas visiones, que los síntomas, son las características y antecedentes de una enfermedad. En ambos sistemas, la raíz de que aparezcan tiene diferente entendimiento.

2.2.3.2.El diagnóstico

La palabra diagnóstico es utilizada en diversas áreas en las cuales una persona capacitada y con experiencia en el ámbito, interviene para poder identificar problemas y posteriormente darles solución.

Para la biomedicina:

Se llama diagnóstico médico o propedéutica clínica al procedimiento mediante el cual se identifica una enfermedad, síndrome o estado de salud en un paciente. Dicho en otras palabras, es un juicio clínico mediante el cual se dictamina el estado de salud de una persona. El diagnóstico médico es fundamental para determinar el tratamiento que recibirá el paciente y cuál será su prognosis o pronóstico (Anónimo, 2020, p.1).

La tipología del diagnóstico en la biomedicina varía de acuerdo a los síntomas que presentan las personas, cumpliendo un protocolo de atención ya establecido de acuerdo al lugar en el que se encuentra y procurando la rehabilitación oportuna para restaurar la salud del enfermo.

En la medicina tradicional indígena, el diagnostico dependerá mucho de lo que hizo la persona para contraer la enfermedad, puesto que tiene que existir un responsable. Diversa bibliografía enfatiza en que el diagnostico va en dependencia de las acciones tanto humanas como espirituales y estos serían los causales de que se produzca la enfermedad.

2.2.3.3.La rehabilitación

La rehabilitación consiste en el tratamiento y su proceso para restaurar la salud. Para la biomedicina:

Es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos,

lesiones o traumatismo. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética. (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p.1).

Cabe recalcar que el proceso de rehabilitación depende de factores muy importantes como es la condición física, la gravedad de la enfermedad, la atención oportuna, el apoyo familiar, la condición emocional y hasta la resiliencia que tenga la persona enferma.

Sin embargo, para la medicina tradicional la rehabilitación o tratamiento de la enfermedad consiste también en un conjunto de procedimientos que realiza el curandero o la persona con más saberes y conocimientos, mediante la utilización de lo que ofrece la naturaleza, además de rituales como rezos, sobadas, baños, entre otros.

2.2.4. Hospitales culturalmente competentes

En la última década ha surgido el término Hospital ***culturalmente competente***, el cual según algunos referentes teóricos hacen uso está ligado al proceso de Interculturalidad en salud, misma que puede asimilarse como un modelo de atención dirigido a diversas culturas en una sola institución de salud. "Las estructuras y el ambiente o paisaje cultural y lingüístico de los establecimientos de salud tienen mucho que ver con la aceptación o rechazo por parte de pacientes de otro origen cultural" (Albó, 2003, p. 68). Los hospitales culturalmente competentes son aquellos aptos y capaces de brindar atención a los usuarios, sea cual fuera su origen cultural, con el entendimiento preciso de su lenguaje, la comunicación adecuada para relacionarse con el paciente, además de los cuidados con la calidez que se le debe brindar sin olvidar sus usos, costumbres y creencias. Esta atención no está ligada solamente al personal de salud sino también a la infraestructura del establecimiento de salud.

Puede que sea demasiada exigencia hacia la institución de salud, tantos requisitos para atender a todos sus usuarios con la misma equidad. Lo que se debe tomar en cuenta es que en las áreas en donde se registran mayor índice de mortalidad materna e infantil son los pueblos indígenas y originarios (UNFPA, 2015). Esta problemática puede deberse a que las mujeres indígenas no confían en los establecimientos de salud además del temor que tienen a recibir malos tratos por parte del personal, situación que es real y frecuente en hospitales de primer, segundo y tercer nivel.

En Bolivia, el tema de salud pública es complicado y complejo, como menciona Michaux:

El problema de la salud en Bolivia es comparable a un “cubo mágico”: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados. Las caras de la problemática de la salud en un país multicultural son múltiples: políticas, económicas, médicas, cognitivas, simbólicas e imaginarias, psicológicas, históricas y legales. Cada tópico alude a los demás, y todos se articulan en un profundo desencuentro intercultural (2004, p.107).

La interculturalidad y su proceso positivo, no solo involucra a las personas que interactúan, también involucra el medio ambiente, el lugar.

Los hospitales, tienen una estructura similar en dependencia de su capacidad de atención y puede que sean lugares que no les inspire confianza a los pacientes indígenas. “Las estructuras y el ambiente o paisaje cultural y lingüístico de los establecimientos de salud tienen mucho que ver con la aceptación o rechazo por parte de pacientes de otro origen cultural” (Álbo, 2014, p.68). El encontrarse en un lugar ajeno a su entorno, puede afectar también en la aceptación y mucho dependerá de cómo la institución en salud acoja al paciente indígena.

La calificación lingüística y cultural del personal que atiende a los enfermos de diversos orígenes tiene también su dimensión estructural. ¿Cómo puede apoyarse el proceso de curación si el personal del hospital ni siquiera puede comunicarse con sus pacientes? Con frecuencia los únicos intérpretes a mano son personal de limpieza de las salas y otros subalternos, sin ninguna preparación específica en el campo de la salud. Debería existir una política institucional de cupos mínimos de personal médico (no sólo subalternos) idóneos en determinada lengua y cultura, de acuerdo al origen cultural de los pacientes que llegan o deberían llegar a cada establecimiento.

2.2.5. Intervención social en salud

El Trabajo Social en el área de la salud es un pilar fundamental el proceso terapéutico de los enfermos, siendo este sector quienes intervienen en situaciones especiales como ser abandono, violencia, carencias, pobreza, gestiones, prevención, información, orientación y educación social.

El Trabajo Social en salud debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot quien en 1905 creó la primera prestación social en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston. Para ello contó con la colaboración de una trabajadora social pionera en el desarrollo de su labor en el campo de la sanidad, lo que revela que estos dos profesionales deben realizar un trabajo en equipo multi e interdisciplinario, cada uno en su campo, pero a la vez con un mismo objetivo, que es el bienestar integral de las personas más vulnerables. (Cabot citado en Rodríguez, Loor y Anchundia, 2017, p.3)

El profesional en Trabajo Social, viene a colaborar con el cuerpo médico en la valoración y diagnóstico social de pacientes en situación de vulnerabilidad, desde su posición para apoyar en el área social, es decir; si llega al establecimiento de salud una mujer embarazada a punto de dar a luz, procedente del área rural, el médico procederá a la atención médica del parto y la estabilización tanto de la madre como del recién nacido, mientras que el profesional en Trabajo Social, procederá a indagar sobre su procedencia, entorno familiar, gestionar utensilios de primera necesidad, coordinar el traslado de vuelta a su lugar de origen, entre otros. Ambos profesionales trabajando en su área y apoyando en el restablecimiento de una persona en situación de vulnerabilidad.

En el campo de la salud, el trabajo social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad. Es así que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión). (Ituarte citado en Rodríguez, Loor y Anchundia, 2017, p.5)

Cabe resaltar que el área de salud es una de las más complejas para los profesionales en Trabajo Social, puesto que, por mucho tiempo estos profesionales han sido vistos y asumidos como asistencialista, situación con la que han tenido que luchar y posicionarse como profesionales en el Trabajo Social que investigan, valoran, diagnostican socialmente, gestionan, promocionan, informan y ejercen educación social en la población usuaria.

Los profesionales en Trabajo Social hacen lo que ningún otro profesional en salud haría, que es estudiar el entorno del usuario, indagar sobre su situación familiar, económica, laboral y social, además de brindarle confort y calidez humana. Son el nexo entre médicos-pacientes-familiares, activando la empatía social e intentando que las problemáticas que pueden tener los usuarios en el proceso de rehabilitación de su salud tenga una solución.

Si bien los profesionales en salud pueden intervenir en varios campos de la salud, uno de los más complicados en el campo clínico. En un hospital, el profesional en salud actúa diariamente en lo que respecta la ronda diaria, la valoración de todos los pacientes internados, la atención de pacientes ambulatorios que requieran apoyo social, la categorización de los pacientes, gestiones en casos de precariedad, orientación e información además de coordinación intra e interinstitucional de referencias y contra referencias siguiendo los pilares fundamentales de su formación profesional.

CAPITULO III

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue realizada en el hospital boliviano japonés Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija. A continuación, se presenta de manera breve el contexto de aplicación.

3.1. Hospital Boliviano-Japonés Dr. Roberto Galindo Terán

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán, es una institución de salud con resolución de segundo nivel, basándose en la Norma de Caracterización de Segundo Nivel, mismo que en 2009 fue acreditado como *Hospital de segundo nivel Acreditado en primer grado*, desde esa fecha el hospital ha incrementado servicios y por consiguiente responsabilidades-

3.1.1. Aspectos Históricos

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán dependiente del servicio departamental de Salud de Pando (SEDES-PANDO), fue refundado el 26 de junio de 1994 al ser catalogado como Hospital de Segundo nivel con los servicios de Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Cirugía General, Pediatría y Emergencias.

El nombre del nosocomio se debe a la memoria del Dr. Roberto Galindo Terán, quien nació en Cochabamba el 7 de septiembre de 1903. Fue el primer médico pionero en el departamento Pando. Llegó a trabajar en una posta sanitaria conocida como Sheraton de la Población de Cobija, el 15 de noviembre 1950 dejando sus conocimientos profesionales puso en marcha su ejemplo de perseverancia al impulsar la creación del Hospital General de Cobija. Mismo que en sus inicios se encontraba en inmediación de la Plaza Humbert Terrazas en donde actualmente se encuentra el concejo municipal.

Según comentó el Dr. Burgos, en el nosocomio, fue una ardua batalla con el Ministerio de Salud en ese entonces el implementar el hospital, ya que por la escasa población no se le daba la importancia que requería a la salud regional, sin embargo tras una serie de manifestaciones y contantes peticiones y solicitudes, lograron la implementación del Hospital Dr. Roberto Galindo

con escasos equipos y solo tres médicos generales. (Darío Burgos, comunicación personal, 21 de septiembre de 2019).

3.1.2. Características Generales de la Institución

El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, como lo establece Hurtado (2018) tiene las siguientes características según lo que veremos a continuación.

3.1.2.1. Ubicación

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo está ubicado en la avenida 9 de febrero, barrio 11 de octubre, calle Dr. Roberto Galindo Terán.

El Hospital Roberto Galindo Terán está ubicado al oeste del distrito de Cobija en el Km. 2 B/ Tajibos. A la mano derecha, el hospital se comunica C/ Cedro y a la mano izquierda se comunica Av. Lucio montero y por delante se comunica C/ Manuripi.

3.1.2.2. Infraestructura y Equipamiento

Según lo que se observó en el Hospital Dr. Roberto Galindo se detallan los servicios y dependencias en las áreas de Dirección, Administración, Internación y Consulta externa.

- **Dirección:** Se encuentra en el medio del nosocomio, cuenta con una oficina amplia en donde se reúnen los pases de guardia y comités que se conforman en el nosocomio, el director actual el Dr. Nahum Vasquez Mamani es quien dirige las decisiones y acciones conjuntamente con el Jefe Médico Dr. Ricardo Ojopi Seeghers, mediante la toma de decisiones aprobada por el Comité Técnico Administrativo conformado por los jefes y responsables de los 19 servicios del nosocomio que son; Cirugía, Traumatología, Ginecología, Neonatología, Pediatría, Medicina Interna, Oftalmología, Odontología, Emergencias, Unidad de Terapia Intermedia, Laboratorio, Enfermería, Docencia, Hemodiálisis, Farmacia, Administración, Trabajo Social, Nutrición, Imageneologia.

- **Administración:** la administración está bajo la dirección de la Lic. Silvana Melena Da Silva quien se encarga del manejo administrativo de recursos tanto económicos como humanos. Bajo su dependencia está la Jefatura de Recursos Humanos, Asesoría Legal y Contabilidad.
- **Servicios de internación:** Como se mencionó anteriormente el Hospital Dr. Roberto Galindo es un hospital de segundo nivel que cuenta con 4 servicios de tercer nivel. Esta situación se dio gracias a la demanda e incremento poblacional, además de la espera de concretizar la implementación de un tercer nivel.

En lo que respecta a los servicios de segundo nivel en internación están:

- a. **Cirugía:** El servicio de cirugía cuenta actualmente con 3 salas de internación con 20 camas repartidas en las tres salas. El servicio de Trabajo Social ingresa diariamente al servicio de cirugía para realizar el registro de paciente internados cerciorándose sobre el seguro médico de cada paciente, quien acompaña al paciente, su procedencia y las necesidades que pueda tener.
- b. **Traumatología:** Traumatología cuenta con 2 salas y 10 camas, cabe resaltar que Cirugía y Traumatología se encuentran en el mismo pabellón de internación. El servicio de Trabajo Social registra diariamente a los pacientes ingresados en Traumatología además de realizar donación de muletas, burritos, botas, apoyadores en coordinación con almacén, como la mayor parte son accidentes de tránsito Trabajo Social trata de realizar categorizaciones (rebajas) en caso de pacientes de escasos recursos.
- c. **Ginecoobstetricia:** Es el servicio con mayor demanda, cuenta con 6 salas y 34 camas, atendiendo a la población urbana y rural en partos quirúrgicos y fisiológicos, además de otras complicaciones ginecológicas como Cáncer de cuello uterino, tumores o quistes. Trabajo Social realiza el registro diario sobre todo de menores de edad que dan a luz además de estar en constante coordinación con la Defensoría de la niñez y adolescencia haciendo conocer los casos de menores de edad, cabe resaltar que la mayor parte de las pacientes tienen seguro del SUS.
- d. **Pediatría:** El servicio de Pediatría cuenta con 5 salas y 25 camas y cunas en donde se ingresan a los menores de 0 a 12 años. De ellos solo los que tiene 4 años y 362 días de edad cuentan con seguro, lo demás pacientes son institucionales es decir pagan. La mayoría de los pacientes son del área rural-urbana. De igual forma Trabajo Social realiza

la ronda diaria para visitar a los pacientes cerciorándose que los menores están acompañados de sus tutores y registrando los casos en el cuaderno de campo.

- e. **Medicina Interna:** cuenta con 6 salas y 30 camas, en donde se atienden todo tipo de padecimientos que no sean de carácter quirúrgico. Trabajo Social realiza la valoración de los pacientes previa solicitud de interconsulta por parte del personal médico.

3.1.2.3. Recursos Humanos

Los recursos humanos del Hospital Dr. Roberto Galindo son administrados por la Jefatura de Recursos Humanos a cargo del señor Erick Moriseth quien proporcionó los datos actuales que se detallan bajo la dirección de Administración. En la actualidad los recursos humanos del Hospital se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 1

Personal del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

Personal	Especificación	Cantidad/contratados
Medico	Médicos Generales	18
	Médicos Especialistas	26
Enfermería	Licenciadas	48
	Auxiliares	53
Administrativo	Profesionales	6
	Técnicos superiores	12
	Técnicos medios	23
Fisioterapia, Nutrición y Trabajo Social	Fisioterapeutas	1
	Nutricionistas	1
	Trabajadoras Sociales	3
	Técnicos en Fisioterapia	1
Servicios Manuales	Almacén:	8

	Cocina	12
	Lavandería	8
	Limpieza:	21
	Camilleros:	4
Laboratorio y Farmacia	Profesionales	5
	Técnicos	11
	Auxiliares	6

Fuente: Recursos Humanos – Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, 2018.

3.1.2.4. Políticas Institucionales

En la Normativa establecida por el Ministerio de salud conjuntamente con el Servicios Departamental de Salud, enmarcada en los parámetros de caracterización de segundo nivel, el Hospital. Dr. Roberto Galindo Terán maneja las Sigüientes Políticas:

- 1) El usuario será el actor principal a quien se deberán dirigir las acciones coordinadas de esfuerzos de todos los procesos que integran el Hospital; bajo un modelo de atención integral multidisciplinaria.
- 2) La atención de la patología se realizará con el criterio de la medicina basada en evidencias; es decir, con el soporte de la mayor evidencia científica.
- 3) Se deberán fortalecer los niveles de operación y el sistema de referencia y contra referencia de pacientes.
- 4) Se promoverá el desarrollo de estudios demográficos, económicos, sociales y de salud, que permitan el desarrollo científico y técnico de la atención médica y la detección oportuna de factores de riesgo de salud pública.
- 5) Se propiciará la participación de equipos multidisciplinarios de salud, para la identificación y solución de problemas de salud pública en su ámbito de influencia.

- 6) Se deberá ejercer una dirección y control del Hospital, en forma sistemática y transparente; con base en los requisitos que marca la acreditación y con la aplicación de los principios de administración de la calidad, establecidos en las normas ISO 9000, en un ambiente que propicie la mejora continua en el desempeño.
- 7) Se propiciará la difusión de los trabajos de investigación realizados en el Hospital ante instancias públicas, privadas y sociales; así como el intercambio de información médica científica.
- 8) Se fortalecerá la formación, capacitación y el desarrollo técnico y profesional del personal para la salud; asimismo, los programas determinados deberán ser dirigidos a equipos multidisciplinarios para la atención integral y tendrán que ser congruentes con las necesidades y demandas de la población usuaria, reflejadas en los resultados del diagnóstico estratégico.

3.1.3. Fuentes de financiamiento

Según se investigó, en el área de Administración la Lic. Silvana Melena, como administradora de la institución, mencionó que el hospital percibe tres ingresos financiadores que son:

- El TGN (Tesoro General de la Nación): con Ítems a algunas personas ya sea profesionales o técnicos, este ente financiador proviene del Ministerio de Salud.
- Ley Financiera: con la dotación de Ítems a algunos funcionarios en diferentes áreas, depende de la Gobernación Departamental de Pando.
- Gobierno Autónomo Municipal: es el ente financiador que inyecta más presupuesto, mismo que según el Lic. Reque no alcanza para cubrir los gastos e insumos hospitalarios, debido al incremento de la demanda poblacional.
- Recursos Propios: la captación de recursos propios se obtiene mediante la venta de servicios en el hospital con lo cual, según el Lic. Reque en la entrevista realizada, se pagan insumos y materiales necesarios que se utilizan para la tensión de los usuarios, además de la alimentación, mantenimientos, entre otros.

3.1.4. Misión

“Somos un Hospital público que se caracteriza por otorgar prestaciones de salud con calidad y calidez, en busca de lograr la satisfacción del cliente cumpliendo las normas y reglamentos de atención inmediata, para contribuir en el desarrollo humano del Municipio de Cobija”

3.1.5. Visión

“Queremos ser un Hospital, acreditado, con infraestructura, tecnología avanzada, recursos humanos capacitados y especializados, que brinden atención con calidad y Calidez, solidarios, con equidad de género y generacionales, en vías hacia un tercer nivel”

3.1.6. Estructura Organizacional

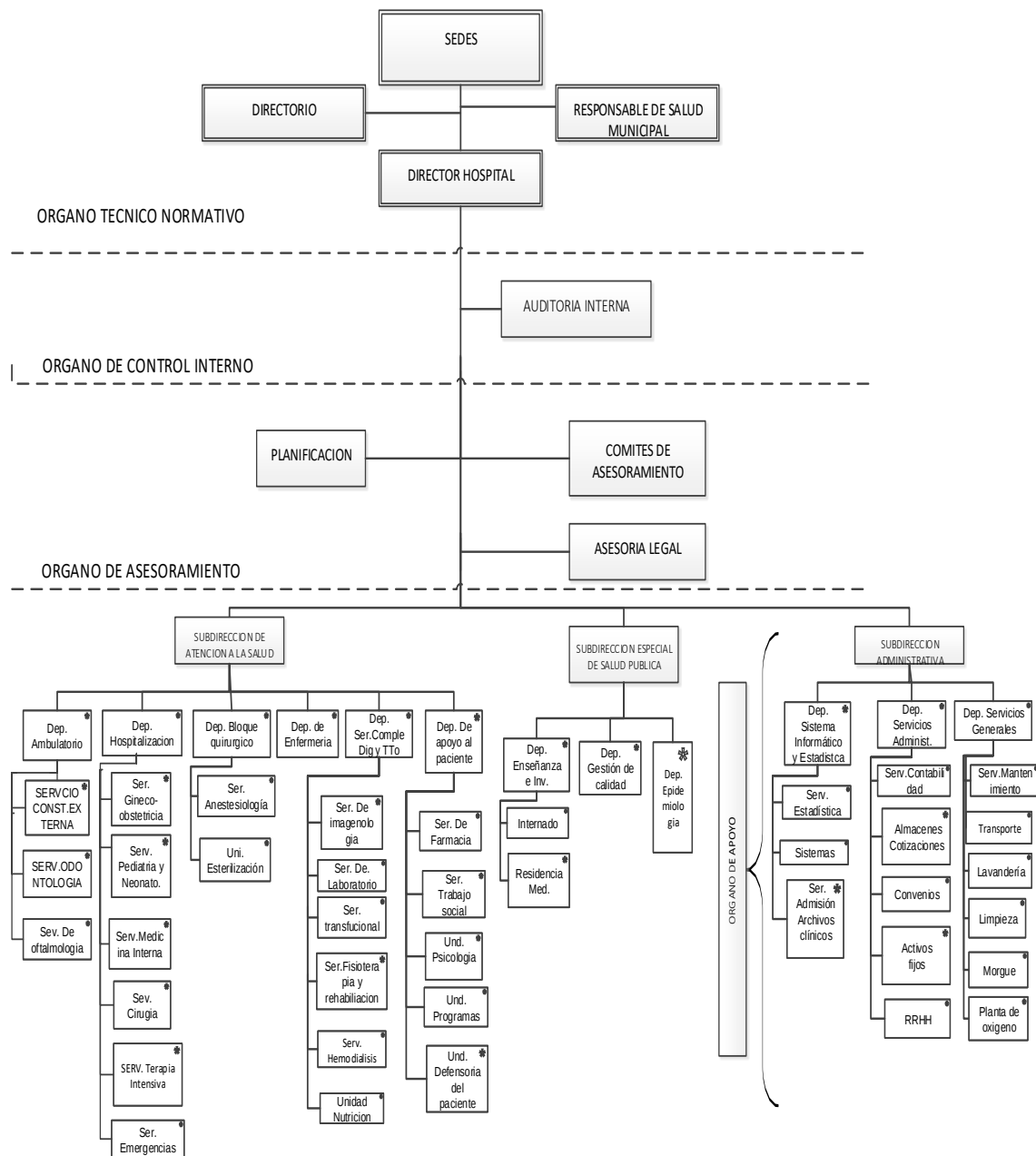


Figura 1: Estructura Organizacional del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Fuente: Propuesta de la Estructura a implementarse en la gestión 2018-2019 en la Normativa Hospitalaria, Dirección de Planificación – Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

3.1.8. El Servicio de Trabajo Social del HRGT

Según los datos recabados en el Hospital Dr. Roberto Galindo, el Servicio de Trabajo Social fue implementado aproximadamente en el año 1998 con el nombre de Unidad de Asistencia Social. La primera responsable fue la Sra. Maricruz Vaca, quien no tenía una formación profesional en el área, pero era parte de las damas voluntarias de Caritas Bolivia y las hermanas misioneras de la Iglesia Católica. Desde ese entonces, fueron pasando por el servicio varias damas que se dedicaban a realizar acciones de voluntariado, asistencia y recaudación social.

Ya en el año 2010, después de graduarse los primeros 28 profesionales en Trabajo Social de la Universidad Amazónica de Pando, asume la Responsabilidad del Servicio de Trabajo Social la Lic. Aleida Bautista quien cumplió una gestión de 2 años.

Se realizó una entrevista a la Lic. Martha Salazar quien tiene más antigüedad laboral explicó:

En sus inicios, el servicio no contaba con ningún tipo de instrumento o herramienta establecida y aprobada por el Comité Técnico del Hospital, conjuntamente con la Lic. Francis Ojopi y la Lic. Jackeline Mescias, elaboramos los instrumentos que actualmente utilizamos; la Ficha Social, Ficha de Categorización, Ficha de Visita Domiciliaria, Ficha de Valoración en Historia Clínica, el Informe Social de Referencia y el Cuaderno Diario de Registro diario, instrumentos con los cuales hasta el momento se vienen manejando para poder cumplir a cabalidad con las funciones que realizan (Salazar, comunicación personal, 20 de agosto 2019).

Actualmente el servicio de Trabajo Social funciona en los turnos de mañana y tardes. Cuenta con tres profesionales en Trabajo Social establecidas de la siguiente forma:

Tabla 2

Recursos Humanos del Servicio De Trabajo Social del H.R.G.T.

Nombre y Apellido	Año de Titulación	Cargo	Días de Trabajo y horario	INMEDIATO SUPERIOR	Dependencia Financiera
Lic. Francis Ojopi Seeghers	2010	Responsable de Servicio	Lunes a viernes 07:00 -13:00	Jefe Medico	Ley Financial
Lic. Martha Salazar Cuba	2010	Trabajadora Social	Lunes a viernes 13:00. -19:00	Jefe de Servicio T.S.	TGN
Lic. Jackeline Mescias Cruz	2018	Trabajadora Social	Lunes a viernes 07:00. -19:00	Jefe de Servicio T.S.	Gobierno Autónomo Municipal de Cobija

Fuente: Elaboración Propia, 2019.

En lo que respecta a las funciones establecidas que realizan las Trabajadora Sociales según la Normativa de Caracterización de Segundo Nivel, se pueden mencionar las siguientes:

- a) Formular el diagnóstico de los problemas sociales de los pacientes en consulta externa, hospitalización y emergencia en forma integral brindando alternativas de solución.
- b) Realizar el estudio y la evaluación técnica para hacer la calificación de la situación socio - económica del paciente en Hospitalización y emergencia en el ámbito familiar y comunitario que requiera apoyo y valoración social.
- c) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- d) Programar y evaluar el servicio social del hospital tomando en cuenta el horario establecido en consulta externa y Hospitalización, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.
- e) Registrar y Archivar las referencias y contra referencias de los pacientes

Según los testimonios de las profesionales, sus funciones van más allá de lo que establece la normativa ya que también gestionan recursos e insumos médicos, pasajes, coordinaciones interinstitucionales, atenciones personalizadas, visitas domiciliarias, atención de casos de víctimas de violencia, seguimiento de pacientes transferidos a tercer nivel, charlas y orientación familiar, entre muchas otras actividades.

- Recursos Materiales (infraestructura y equipamiento)

En lo que respecta a la infraestructura y equipamiento del servicio de Trabajo Social, el mismo cuenta con una oficina de 5mx2,5 m2 ubicado en el ingreso del Hospital, ambiente que el personal considera adecuado para poder atender a los usuarios según la necesidad que se requiera.

Su equipamiento consta de un equipo de computación, dos escritorios de madera, tres estantes, una vitrina, dos sillas giratorias, dos sillas de madera y un sillón tripe de espera.

Cuentan con un pequeño almacén de muestras médicas que obtienen de los mismos médicos del hospital y algunos medicamentos que los pacientes al abandonar el nosocomio regalan y donan para beneficio de otros pacientes. Además, cuentan con prendas de vestir para recién nacidos, niños y adultos, mismas que cada 6 meses van renovando en una colecta que ellas mismas realizan con sus conocidos.

El servicio de Trabajo Social no cuenta con ningún tipo de financiamiento externo de apoyo económico para poder colaborar a las personas con necesidades en el área de salud, por lo que

acuden a otros métodos alternativos de solución como es la búsqueda de apoyo por autoridades municipales, departamentales, instituciones entre otras.

- Establecimiento de la coordinación

Entre las principales actividades que realiza el servicio de Trabajo Social se puede mencionar que la coordinación interinstitucional, ya que este accionar les permite realizar una intervención social completa y establecer alternativas de soluciones reales y precisas sin divagar en el apoyo que se le tiene que dar a los pacientes. Lo que mencionan además es que existen dos tipos de coordinación. Una es la coordinación social solidaria y la otra es la coordinación interinstitucional.

• **Coordinación Social Solidaria:** son las instituciones que apoyan a pacientes a poder realizar sus tratamientos médicos en el caso del requerimiento de Trabajo social. Esta por ejemplo la Agencia Boliviana de Aviación Regional Cobija, quienes donan mensualmente dos pasajes completos previo trámite que debe presentar trabajo social. Esta también la flota Yungueña, quienes donan pasajes al área rural del departamento a requerimiento de Trabajo Social. Carita Parroquial es otra de las instituciones que apoya en lo que concierne a medicación y alimentación en caso de pacientes sin recursos previa solicitud de Trabajo Social. El grupo policial GACIP, apoya según requerimiento de Trabajo Social en la obtención de recursos económicos mediante campañas sociales para personas que lo requieran, estas instituciones entre otras viabilizan a la resolución de problemáticas sociales.

• **Coordinación interinstitucional:** La coordinación que realiza el servicio de Trabajo Social con otras instituciones va de acuerdo con el caso que se presente, es decir, casos de menores de edad se coordinación acciones con la Defensoría de la Niñez y Adolecías, casos de Violencia a mujeres adultas con el SLIM y FELCV, casos de presidiarios con el Régimen Penitenciario, casos de adultos mayores con el SEDEGES, casos de Transferencias con los Hospital de Referencia de Tercer Nivel.

Este tipo de accionar es lo que permite que la intervención de las Trabajadoras Sociales del servicio del Hospital se lleve a cabo de forma correcta y coordinada además de viabilizar una solución inmediata a las necesidades de los pacientes y sus familias según la valoración social que realicen.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque metodológico

La presente investigación utilizó un enfoque cualitativo, puesto que se explica el proceso de atención de los pacientes indígenas amazónicos al acudir al hospital Dr. Roberto Galindo Terán en momentos determinados mediante la observación participativa, analizando cada detalle, momento, palabra, actitud y acción emitida por el objeto de estudio.

4.2. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo Etnográfica, ya que éste método permite “el estudio directo de personas o grupos durante un cierto periodo, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social, registrando una imagen realista y fiel del grupo estudiado”. (Giddens, 2017, p: 27). A partir de este concepto puede explicarse que la investigación realizada en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán parte desde la curiosidad de estudiar el proceso de atención por el cual atraviesan los indígenas amazónicos específicamente, quienes además en la mayoría de los casos proceden del área rural, es decir de sus comunidades de origen.

4.3. Métodos de investigación

Es a partir del método de investigación inductivo que se puede explicar la transformación del dato empírico en la investigación científica realizada, puesto que:

La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales. Su base es la repetición de hechos y fenómenos de la realidad, encontrando los rasgos comunes en un grupo definido, para llegar a conclusiones de los aspectos que lo caracterizan. Las generalizaciones a que se arriban tienen una base empírica. (Jiménez, Pérez y Alipio, 2017, p.10).

Es por ello que la investigación nace a partir de la experiencia en la atención a pacientes indígenas amazónicos en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán desde la intervención social

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

De acuerdo con el criterio de Arias las técnicas de recolección de datos: “son las distintas formas o maneras de obtener la información” y los instrumentos “son los medios, materiales que permiten recoger y almacenar la información”. (1999, p. 53)

En los párrafos siguientes, se hará mención a las técnicas de recolección e instrumentos empleados en el levantamiento de los mismos, durante la ejecución de la presente investigación.

4.4.1. La entrevista semiestructurada

La entrevista semi-estructura fue una de las herramientas que apoyo en la recolección de ciertos datos y su posterior interpretación y análisis:

Es una técnica cualitativa que se la puede definir como una conversación: **a)** provocada por el entrevistador; **b)** realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; **c)** en un número considerable; **d)** que tiene una finalidad de tipo cognitivo; **e)** guiada por el entrevistador; y, **f)** con un esquema de preguntas flexibles y no estandarizado (Corbetta, 2007, p. 344).

La entrevista fue aplicada a personal de salud en diferentes áreas del hospital Dr. Roberto Galindo, a las profesionales de Trabajo Social y a familiares de pacientes indígenas amazónicos internados en el nosocomio.

4.4.2. Observación participante

Mediante una guía de entrevista realizada previamente según las categorías de análisis propuestas, se evidencio mediante la observación participante como se lleva a cabo el proceso de atención a pacientes indígenas amazónicos.

La investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu (escenario social, ambiente o contexto) de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Implica la selección del escenario social, el acceso a ese escenario, normalmente una organización o institución (por ejemplo, un hospital), la interacción con los porteros (responsables de las organizaciones que favorecen o permiten el acceso del investigador al escenario), y con los informantes, y la recolección de los datos. (Taylor y Bogdan, 1984, p.50)

Esta herramienta fue utilizada a partir del trabajo cotidiano que se efectúa desde la intervención como trabajadora social en el hospital Dr. Roberto Galindo y un caso en particular que hacen algunos años se atendió el cual despertó el interés en realizar la investigación ya que se trataba de un paciente indígena amazónico procedente de la comunidad Esse-ejja. Por la serie de conflictos suscitados en el transcurso de la rehabilitación y el desenlace del caso que se decide iniciar el proceso investigativo.

4.4.3. Diario de Campo

El diario de campo, es un instrumento muy importante y bastante utilizado en la investigación cualitativa. En este caso, el diario de campo apoyo en la toma de apuntes, frases, conceptos, lenguajes, formas de comunicación, formas de trato, relacionamiento. Cada caso de pacientes indígenas amazónicos presentado en el nosocomio fue registrado en el cuaderno de campo, tomando en cuenta datos personales, característicos, rasgos sociales, entorno familiar, condiciones económicas, entre otros.

4.4.4. Revisión documental

Esta técnica consiste en colocarse en contacto con el conocimiento acumulado acerca del tema o problema que se requiere investigar, a través de lo que otros vieron o estudiaron. Esta tarea consiste en ponerse en contacto con parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar. (Ander-Egg, 2003, p: 58)

4.5. Unidad de análisis

La investigación se llevó a cabo en base a fuentes primarias y secundarias puesto que se realizara una triangulación de datos para tener una mejor apreciación y análisis del objeto de estudio así mismo permitirá comparar por ejemplo, registro de pacientes indígenas amazónicos, historias clínicas con datos relevantes sobre la atención y la triangulación con los datos obtenidos en la actualidad, permitiendo que el análisis sea profundo y conciso.

- Fuentes primarias: personal de salud, pacientes indígenas, testimonios, expresiones, anécdotas.
- Fuentes secundarias: revisión bibliográfica, tesis, libros, investigaciones, artículos, informes, historias clínicas, estadísticas, fichas sociales, cuadernos de campo, archivos y registros.

4.6. Población y muestra

En los que respecta a la selección de la población y muestra, se inició el trabajo de campo en base a un paciente indígena amazónico y su entorno familiar a lo cual se fueron sumando más actores como ser médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y por supuesto indígenas amazónicos que acuden al hospital Dr. Roberto Galindo Terán en calidad de pacientes y sus familiares que los acompañan.

Por lo tanto, se consideró necesario trabajar con el tipo de muestreo teórico en base a la teoría fundamentada

El muestreo teórico es el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge. (Glasser y Strauss, 1969, p.1).

Se comenzó viendo el caso de un paciente que despertó el interés investigativo y de ahí es que se fueron sumando médicos, enfermeras y terminando en el reconocimiento de trabajo social como uno de los principales actores.

CAPÍTULO V

EL HOSPITAL EN EL ITINERARIO TERAPÉUTICO DE LOS INDIGENAS AMAZÓNICOS

El itinerario terapéutico es entendido en todas las etapas de lo que dura la enfermedad, desde los primeros síntomas, hasta la rehabilitación y restablecimiento total de la salud. Este culmina cuando la persona lo atraviesa totalmente y su conclusión puede ser negativa o positiva.

En el presente capítulo se explica cómo se da el itinerario terapéutico de los pacientes indígenas amazónicos que llegan al Hospital Dr. Roberto Galindo desde su propia experiencia y como es el proceso de la atención que reciben.

5.1. Los sistemas médicos en las experiencias de las comunidades indígenas amazónicas.

El *proceso de la enfermedad* explica cómo se fue dando la dolencia, los primeros síntomas, las complicaciones, las acciones tomadas en la comunidad con respecto a la enfermedad, el diagnóstico del/a curandero/a, la decisión de acudir a la institución de salud, la estadía en el hospital, culminando con el egreso del paciente.

5.1.1. La situación de las comunidades indígenas amazónicas

Cada cultura tiene su propio sistema en todos los sentidos, productividad, crianza, saberes, cosmovisión, salud y educación. En lo que respecta a los *sistemas de salud*, primero se debe analizar como adoptan los indígenas amazónicos la enfermedad, como la tipifican y como la tratan. Sin embargo, no es ajeno al conocimiento colectivo de que la salud de los pueblos indígena es precaria y puede que esta precariedad afecte de una manera indescriptible a los indígenas amazónicos. Un importante informe de la Organización Panamericana de la Salud lo explica de la siguiente manera:

Las comunidades indígenas albergan lo que se conoce como acumulación epidemiológica, en la cual persisten y se reagudizan problemas de salud relacionados con necesidades básicas insatisfechas (enfermedades transmisibles y carenciales incluyendo ITS/VIH/Sida y Tuberculosis) y a la vez se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedades cardiovasculares y cánceres) y de los problemas de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo (violencia: suicidios, homicidios y accidentes; alcoholismo y fármaco dependencias; contaminación, deterioro y destrucción del ambiente, y otros. Adolescentes y jóvenes indígenas se ven afectados además por la falta de oportunidades y de equidad. Al perfil de salud de la mujer joven indígena se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva, y se agrava ante su situación de discriminación por ser mujer, por ser indígena y en no pocos casos por ser analfabeta y monolingüe. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p. 23).

La vida de los indígenas amazónicos, está expuesta a muchos peligros todo el tiempo, pues puede que sean un poco reacios a tratamientos biomédicos poniendo, antes que nada, el tratamiento con la medicina natural, aun sabiendo que existen dolencias que esta medicina no sanará.

Se consideró importante realizar un análisis, según las referencias bibliográficas existentes sobre los cinco pueblos indígenas reconocidos en Pando y relacionarlos con lo que mencionan los indígenas amazónicos entrevistados, además de poner en conocimiento su propia percepción. A continuación, una breve descripción de los pueblos indígenas amazónicos; Yaminahuas, Tacanas, Esse-Ejjas, Araonas, Cavineños y Machineris mismos que están reconocidos por la Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonía de Pando (CIPOAP).

Yaminahuas

Según el Plan de Desarrollo Integral del Pueblo Yaminahua realizado por UNICEF en (2013), la comunidad tiene como principal actividad productiva la recolección y comercialización de castaña, practicando ocasionalmente la caza y la pesca. La falta de transporte para trasladar su producción, la presencia de comerciantes intermediarios y la

falta de asistencia técnica para mejorar los procesos productivos comunitarios y de protección de sus medios de vida, son algunos de los problemas que atraviesa el pueblo Yaminahua. Esta comunidad cuenta con una Centro de Salud, pero hasta la fecha no tiene equipamiento ni personal suficiente para las demandas, por lo cual, al tratarse de enfermedades graves son trasladados hasta la capital del departamento. En lo que concierne la medicina natural, el pueblo Yaminahua aún realiza algunas prácticas en lo que respecta a infecciones o enfermedades diagnosticadas por el curandero como quebranto, mal de ojo, entre otros. Los indígenas Yaminahuas son los que acuden con mayor frecuencia al Hospital Dr. Roberto Galindo, en la mayoría de las ocasiones son pacientes de sexo femenino con embarazos complicados. Cabe mencionar que esta población es vista en las calles de la ciudad de Cobija, muchos de ellos pidiendo limosna, comida y ropa. En otros casos comercializan ropa usada, sin embargo, la representante del pueblo indígena Yaminahua, aclaró que existe una alta migración de indígenas del lado brasilero, no siendo estos miembros reconocidos de la comunidad en Pando, explicando también, que la base social de esta comunidad son tres familias (Rodríguez, Mereliz y Duri) y sus miembros se han integrado juntándose y procreando entre sí. Otra característica particular de los Yaminahuas es que la gran mayoría habla su idioma de origen y entienden perfectamente el castellano, sin embargo, se observó que las personas adultas no han estudiado y se rehúsan a hacerlo. Para concluir, los Yaminahuas son parte fundamental en el directorio de la CIPOAP, siendo actualmente la representante de esta entidad de origen Yaminahua.

Tacanas

El pueblo indígena Tacana se encuentra en distintas partes del territorio nacional, concentrándose la mayor parte de su población en el municipio de Ixiamas – La Paz, sin embargo, son parte de Pando, al ser originarios de la región. Lo más relevante que se pudo analizar sobre esta comunidad es que debido a la lejanía, su desarrollo social, económico y productivo está estancado. En cuestiones de salud, según indica el Plan de Desarrollo Integral del pueblo Tacana elaborado por UNICEF el año 2012, el 30% de las comunidades del pueblo Tacana cuenta con postas de salud las cuales en ese momento no estaban equipadas ni contaban con medicamentos necesarios. En dos oportunidades en el Hospital

Dr. Roberto Galindo se atendieron a pacientes de origen Tacana, uno de ellos fue el capitán grande del Pueblo Indígena quien llegó de emergencia debido a una Peritonitis. Según lo indagado y la información brindada por el mismo paciente, la medicina tradicional de su comunidad prevalece y se va aprendiendo de generación en generación, acudiendo a la medicina biomédica solo en casos en que el tratamiento del curandero. También se indaga que el curandero/a es una persona bastante sabia y con muchos años, no delegando esta función a una persona joven por la falta de experiencia. Las enfermedades para los Tacana, se fundamentan en la culpabilidad ya sea de la persona que la padece, de otras personas o de la naturaleza (clima, animales, plantas). Los Tacana se casan entre familia, perteneciendo todos a una misma familia y no dejando que otras personas externas sean parte, es por ello que su población no sobrepasa de los siete mil habitantes.

Esse-Ejjas

La mayor parte del pueblo indígena Esse-Ejja se asienta en Portachuelo bajo, región Pandina. Para llegar a la comunidad se debe atravesar la ciudad de Riberalta en Beni por lo que la comunidad acude a esta ciudad cuando tienen diferentes necesidades. Un artículo elaborado por Culturas Vivas (s/f), expresa que esta comunidad es de las pocas que aún mantiene costumbres y saberes ancestrales propios de su origen, intentado no perder esta identidad con la modernización. Según explica el artículo, Esse-Ejja quiere decir gente buena, pero guerrera. Tienen un sistema productivo basado en la reciprocidad y trabajo comunitarios, teniendo un componente de comercialización en lo que respecta a la artesanía que realizan sobre todo las mujeres del lugar. Se trata también de una cultura altamente machista, viendo siempre a la mujer como la parte débil de la comunidad y la que tiene que procrear y dedicarse a los oficios de la crianza y el hogar, las mujeres no opinan ni toman decisiones. En lo que respecta a su sistema de medicina tradicional, tienen varios curanderos, hueseros, parteras y sobadores, ellos se encargan de dolencias graves, siendo que todos en la comunidad tienen saberes heredados sobre el uso de medicina natural. El artículo describe que para proteger a los niños los bañan con hojas de cososrio, pata de guanana y piñón negro, que tienen un tratamiento previo puesto que primero las machucan y las dejan reposar por un periodo de varias horas antes de utilizar. Saben cómo tratar la fiebre, las diarreas, el bajo

peso y la palidez, utilizando hojas tiernas de guayaba, de cayú y el cedrillo. Los Esse-Ejjas acuden en pocas ocasiones a la medicina biomédica, puesto que para ellos casi todas las enfermedades se deben tratar en su comunidad.

Cavineños

Los Cavineños, según lo se indago en base a fuentes bibliográficas y testimonios de algunos pacientes que han acudido al hospital Dr. Roberto Galindo Terán, son en una gran mayoría migrantes transitorios, siendo que el proceso de su evolución histórica los ha obligado de todas formas a abandonar sus raíces étnicas culturales y migrar a las ciudades, además de la pobreza, la falta de condiciones, acceso a educación y salud. Los Cavineños están repartidos en varias partes de la región pandina dentro de los municipios San Pedro y San Lorenzo. En las últimas décadas han tenido oportunidad de estudiar y culminar con el bachillerato. Manejan su idioma nativo y el castellano, siendo el idioma Cavineño la lengua indígena más conocida en Pando después del castellano, aunque no es muy practicada. Su productividad se basa primordialmente en la recolección y comercialización de la castaña, esta comercialización la realizan en el Beni por la cercanía con el lugar en el que viven. En cuanto a la salud, al igual que otras comunidades indígenas, utilizan algunas plantas para disminuir infecciones y fiebre. Sin embargo ellos están acostumbrados a acudir a la Posta de salud y si el caso amerita hasta el hospital más cercano que es la ciudad de Riberalta. Muchos Cavineños han migrado a la ciudad de Cobija y trabajan y residen en la misma. En algunas ocasiones han acudido al Hospital Dr. Roberto Galindo y solo por la cedula de identidad se los identificó como pertenecientes al Pueblo indígena Cavineño, ya que en el lugar de residencia está identificado como tal. Se sienten orgullosos de ser de origen indígena y también intentan mantener algunas tradiciones culturales

Machineris

Los Machineris son considerados el pueblo indígena con menor cantidad poblacional. Comparten el mismo territorio que los Yaminahuas y poseen un sistema cultura bastante parecido, pese a haber cierta rivalidad entre ellos. Un diagnóstico Participativo de los

Pueblos Indígenas de Pando realizado en 2013 por las Naciones Unidas, estableció que en la comunidad que habitan Los Machineris denominada San Miguel, ubicada en el municipio de Bolpebra y colindante con la ciudad de Brasil, no cuenta con un centro de salud actualmente, por lo que se tienen que trasladar en casos de emergencia mayormente al Brasil. En algunas ocasiones acuden al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán cuando la carretera se encuentra en buen estado. Practican con frecuencia la medicina tradicional y es de las pocas comunidades que tienen parteras para traer al mundo a los niños. Los Machineris tienen una lucha constante por mantener su identidad cultural y ser diferenciados de los Yaminahuas, puesto que son tomados en cuenta en ocasiones como parte sus vecinos.

Como se puede analizar, los pueblos indígenas amazónicos tienen algunas características similares y otros bastantes particulares, siendo que algunos ya están más climatizados con las costumbres citadinas y muchos otros han migrado de su lugar de origen buscando mejores condiciones de vida.

Algo que es importante recalcar, es que, en los últimos años, los pueblos indígenas han cobrado fuerza en cuanto a su identidad autóctona, ya que se han puesto en evidencia sus demandas además de identificarse con el expresidente Evo Morales Ayma al ser indígena occidental. Esta situación no era visible hacen dos décadas atrás, como menciono una de las pacientes indígenas entrevistadas *“Antes daba miedo decir que uno es indígena, lo miraban a uno como a bicho, el trato cambiaba totalmente y no nos respetaban, ahora ya nos respetan”* (R.E.M., comunicación personal, 23 de enero de 2019). La altivez con la que la entrevistada enfatizó que ahora ya son respetados, llamo la atención por lo que ella continuó agregando que desde que un indígena es presidente, recién es que son visibles para los de la ciudad, para los que no son indígenas.

Es importante mencionar que los indígenas amazónicos al visitar la ciudad Cobijeña o al migrar para vivir en la misma no se identifican con vestimenta típica de su cultura, lo que los convierte en citadinos y se adaptan a la forma de vivir de la ciudad, consiguen empleos que estén dentro de sus capacidades y muchos de ellos inclusive ingresan a la universidad. Salvo los indígenas Yaminahuas (del lado brasilero) que deambulan por la ciudad pidiendo

comida y pidiendo ropa y dinero, generalmente andan con muchos niños, son los niños los que piden y mendigan.

5.1.2. Sistemas de auto atención: Los conocimientos y saberes ancestrales para tratar enfermedades en la familia

Si bien existen bastantes fuentes bibliográficas sobre los conocimientos y saberes ancestrales de los pueblos indígenas, a continuación, se expresarán sus propias percepciones. Los indígenas amazónicos que fueron entrevistados, acudieron al Hospital Dr. Roberto Galindo y se pudo captar testimonios tanto de pacientes como de familiares de los pacientes indígenas amazónicos. Claro está que es importante mencionar que:

Los sistemas de salud tradicionales indígenas comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explica la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p. 16-17).

Se consideró importante establecer de qué se tratan los saberes ancestrales dentro de las comunidades indígenas ya que de esta forma se podrá entender desde otro punto de vista este sistema de salud.

Al preguntar a la progenitora de una paciente de origen Esse-Ejja sobre los saberes ancestrales en su comunidad y en la familia ella mencionó:

Todos en la comunidad sabemos de tratamientos para los bichos, para la calentura, depende también lo que tenga el enfermo. A mí me enseñó mi abuela que me crio, mi madre se murió al parirme, mi abuela sabía cómo usar las plantas y me enseñó, a ella le enseñó su madre, eso es lo que nos dejás, lo que nos enseñan. Yo sé utilizar todas las plantas, para cada enfermedad hay un remedio. Pero ya cuando son enfermedades que se provocan ahí si ya no se puede y venimos al médico, cuando son enfermedades grandes es que venimos, cuando son enfermedades que nos dan en la comunidad, eso allá noma se trata” (A.CH.M., comunicación personal, 12 de febrero de 2019).

Indagando un poco más a profundidad, las enfermedades que ellos consideran poco importantes se refieren a las gripes, infecciones, fiebres, malaria, leishmaniosis, dengue, diarreas, vómitos, entre otras que para ellos son irrelevantes y de alguna manera saben que alguna vez las contraerán. Estas enfermedades forman parte del sistema de auto curación de cada comunidad indígena. Por ejemplo, la fiebre o calentura que ellos mencionan se baja rápido con hojas de guayaba y rezos. En cuanto a las enfermedades que ellos consideran grandes y son tratadas por el médico, se refiere la entrevista a las que ya no pueden ser tratadas con medicina natural, estas pueden ser, fractura, complicaciones del parto, apendicitis, infecciones graves, anemias o heridas graves. Claro que a cada diagnóstico los indígenas les ponen un nombre específico con lo que caracterizan el estado de salud.

Otro de los entrevistados, quien en ese momento se encontraba acompañando a su hijo de 7 años de origen Esse-Ejja indicó:

La mayoría de las mujeres sabe de medicina natural en la comunidad, sus madres les enseñan, de los hombres solo los que se dedican a eso, el resto difícil que sepa de medicina natural. En la comunidad las familias saben sobre hierbas y plantas, saben utilizar, pero no siempre es efectivo, cuando se trata de algo grave se viene al médico” (E.G.T., comunicación personal, 22 de marzo de 2019).

Es importante rescatar de esta entrevista que, la mujer es la delegada directa de practicar la medicina natural en el interior de su familia, siendo ella quien adquiere conocimientos y además es enseñada por su madre o abuela sobre el uso de hierbas, plantas, árboles, semillas, aceites, rezos e incluso animales. Al referirse a que solo los hombres que se dedican a la medicina natural son los que la saben aplicar, el entrevistado se refería directamente al curandero, huesero o sobador, no reconociendo ni permitiendo que las mujeres ocupen estos cargos y enfatizando que parte de sus obligaciones como madre, esposa y ama de casa es saber cómo tratar cierto tipo de enfermedades. Cabe resaltar que estas particularidades han sido identificadas solamente en los Esse Ejjas.

Una tercera entrevista realizada a un paciente de origen Yaminahua agregó

Todos sabemos curarnos lo que nos pueda dar en la comunidad, si es algo que venga de la naturaleza como el dengue, la tifoidea, la herida brava, infección, nosotros la sabemos tratar, porque eso se aprende desde pequeño. Cuando era pequeño, mis papas me enseñaron bien como bajar la calentura, como hacer que pase el dolor de

barriga, como curar el quebranto y muchas otras enfermedades más, pero algunas ya no sabemos ni que son ni cómo se curan. Por lo general todo se intenta curar en la familia, porque todos sabemos, pero esto que yo tengo no se cura en la casa ni en la comunidad y ya nomás hay que venir al hospital. (M.D.R., comunicación personal, 20 de julio de 2019).

El entrevistado tenía una fractura expuesta que le ocasionó un accidente en motocicleta al trasladarse desde Cobija a su comunidad. En ese momento ya había sido intervenido quirúrgicamente, por lo que enfatizó que lo que él tenía no podía ser tratado en su comunidad. Algo que llamó la atención en la entrevista es que se hace referencia a que los saberes son transmitidos desde que las personas son pequeñas en la comunidad Yaminahua y que la familia es el primer referente para el tratamiento de una dolencia, además de diagnosticar en el interior del seno familiar la posible enfermedad que tenga el doliente y su posible tratamiento.

El reconocimiento de los saberes ancestrales adquiridos puede llegar a tener alguna variación, en lo que respecta a las prácticas, procedimientos e inclusive a la aplicación de medicinas, entre los pueblos indígenas, esto va en dependencia de su sistema cultural y de cómo se establecen los roles para hombres y mujeres en la comunidad. Sin embargo, en la mayoría se reconoce la herencia de conocimientos sobre la medicina natural adoptándola como una práctica común al interior de su familia y comunidad, pero respetando el papel del curandero.

5.1.3. Sistema médico tradicional: El/la Curandero/a.

El/a curandero/a viene a ser el personaje fundamental en el sistema de salud tradicional de los pueblos indígenas amazónicos, ya que en esta persona recae la función de aliviar de las dolencias que recaen en los miembros de la comunidad.

En Bolivia se creó la Ley de Medicina Tradicional Ancestral N° 049 en 2013, en la cual establece que: Médicas y Médicos tradicionales ancestrales, son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales, acudiendo a las plantas,

animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el “Vivir Bien”. Por lo que incluye a hueseros, parteras y sobadores que sean reconocidos en la comunidad además de ser parte del Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - RUMETRAB, que tiene por objeto establecer mecanismos de control al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

Cabe destacar que no todos los curanderos/as de las comunidades indígenas amazónicas han sido reconocidos como médicos tradicionales, siendo que en Pando solamente existen tres médicos tradicionales reconocidos y ninguno pertenece a pueblos indígenas amazónicos. No se pudo obtener información fehaciente sobre las causas de lo mencionado, considerando que los médicos tradicionales o curanderos deberían ser reconocidos en cada pueblo indígena, pese a haber consultado a quienes fueron certificados.

Para los indígenas, el curandero tiene un papel fundamental en la salud de la comunidad, tal y como lo describe la siguiente entrevistada mencionando

El curandero es el que te dice que enfermedad tienes y qué la causó, además de que te prepara tu medicamento natural y te indica como tomarlo. A mí me salvo muchas veces de la muerte y ahora hago tratamiento con él porque me duelen mucho los huesos y él me da un tratamiento que me hace sentir mejor” (A.CH.M., comunicación personal, 12 de febrero de 2019).

La confianza depositada en el curandero puede ser la guía para un tratamiento biomédico, porque sus conocimientos los llevan a emitir, en ocasiones, diagnósticos previos en los que los médicos clínicos podrían apoyarse. Sin embargo, no en todas las comunidades indígenas tiene la importancia y confianza necesarias.

Yo siempre me hago ver con el curandero, él sabe que tengo y sabe cómo tratar, cuando se trata de enfermedades chicas, es ahí donde le hago caso, pero él también sabe lo que no tiene solución con la medicina tradicional y cuando es así es él quien dice que uno tiene que buscar cómo irse al doctor. (E.G.T., comunicación personal, 22 de marzo de 2019).

En esta última entrevista, algo que sale a relucir es que los indígenas reconocer la diferencia entre la medicina tradicional y la medicina científica, teniendo ellos un concepto claro, de

cuáles son las enfermedades que pueden ser tratadas por el curandero y las que tienen que ser tratadas por el médico.

El sanador de la comunidad es abuelito, siempre tiene que ser viejito, porque ellos saben más, tienen más experiencia y conocen arto de cómo se preparan los remedios, además que no todos pueden ser, el sanador tiene poderes para curar a la gente, con eso se nace, por eso es que no cualquiera puede ser. El sanador ya viene cuando el remedio de la casa no sirvió. (M.D.R., comunicación personal, 20 de julio de 2019).

En la mayoría de los pueblos indígenas las personas encargadas de brindar atención médica tradicional son de edad avanzada, son personas que está atravesando la tercera edad, a quienes se les agrega una actitud particular de poseer poderes de sanación, estos poderes se expresan mediante rezos, rituales, baños e inclusive en algunos casos sanaciones mediante azotes o golpes.

Lo que se pudo rescatar en la indagación realizada, en algunos pueblos indígenas aún existen parteras, sobadores, hueseros y rezadores, quienes se especializan en una sola aflicción de salud, como se describe a continuación, basando lo que se emite en los testimonios de varios indígenas amazónicos.

La Partera

Viene a ser una mujer de edad avanzada, mayor a 40 años por lo general, que ya ha tenido hijos y que ha heredado saberes y conocimientos de su madre, abuela o bisabuela sobre cómo atender un parto. Pero no solo se dedican a traer al mundo recién nacidos, la partera realiza el acompañamiento del embarazo y en muchas ocasiones realiza un diagnóstico del embarazo, es decir, por la forma del vientre, el estado de la mujer que está embarazada e incluso la energía que transmiten hablando específicamente del ánimo de la embarazada, le da a la partera indicios de decir si el niño/a que está en el vientre será sano, además de tener tratamientos para las mujeres embarazadas y muchos “secretos” para evitar que los niños/as vengan enfermos, como evitar que la embarazada este cerca de una tormenta eléctrica, evitar comer cosas picantes, evitar mirar de frente a los hombres para evitar quebranto en el niño y otros secretos que les ayudan en el embarazo. Tal fue el caso de una mujer indígena de origen Esse-Ejja que estuvo hospitalizada en ginecobstetricia quien mencioné haber acudido

al hospital por que el niño venia enfermo y fue la misma partera que la envió al centro de salud a esta mujer, mencionándole que el niño y ella morirían si no se hacían atender por el médico agregando que era un parto difícil por la forma del vientre de la mujer y su temperatura, por lo que al llegar esta paciente al Hospital Dr. Roberto Galindo, fue ingresada de emergencia con el diagnóstico de Preclamsia (presión alta en el embarazo). Las parteras juegan un papel importante dentro de la comunidad porque depende de ellas que los niños/as nazcan sanos y fuertes y que la madre se recupere en el mismo día.

Los sobadores

Los sobadores según se pudo indagar, son por lo general hombres o en su defecto mujeres grandes que se dedican a brindar masajes previamente aprendidos, para aliviar dolores en las articulaciones o músculos. Son pocos los pueblos indígenas que cuentan con los servicios de un sobador, como ser los Cavineños, quienes tienen confianza en el trabajo del sobador porque además utiliza aceites y hierbas que ayudan en el tratamiento.

Los hueseros

Ya casi no se conocen hueseros en los pueblos indígenas Yaminahuas, Machineris y Esse-Ejjas, existen hueseros que son quienes se encarga únicamente de atender aflicciones en los huesos o dislocaciones, además de ser quien define si los recién nacidos van a caminar bien o van a tener problemas. Para sus tratamientos utilizan procedimientos utilizando fuerza para colocar los huesos en su lugar y disminuir el dolor en los huesos. Un caso particular que se presentó en el Hospital Dr. Roberto Galindo, fue el de un paciente procedente de los Esse-Ejjas de tres años de edad, quien a decisión de su progenitora fue llevado a la posta de salud y posteriormente transferido al nosocomio. Este caso se trata de pies equino varo, lo que impedía que el niño pueda caminar por lo que solo se arrastraba, según indicó la madre del paciente, el huesero le habría dicho que fue porque ella era muy flaca en su embarazo, no comía bien y eso ocasionó que el niño nazca “pata chueca”, según comentó la madre. Este diagnóstico para el huesero no tenía solución por lo que el niño de tres años ya estaba condenado a arrastrarse agregando que de haberlo “molido en el tacú” en el día que nació,

no habría pasado eso con el niño. Cabe mencionar que la madre del niño aclaro que molerlo en el tacú se trata de simular que el niño es una mano de tacú y se lo debe subir y bajar dentro del tacu durante unos 20 minutos en la noche, mejor si es a las doce. Este tratamiento, se lleva adelante en la comunidad, con los recién nacidos para evitar que sus piernas se tuerzan.

Los rezadores

Por su parte los rezadores son encargados de curar cualquier tipo de enfermedad espiritual ya sea interna o externa. Según explicó Manuel Durí (Dirigente indígena de los Yaminahuas), los rezadores tienen poderes con Dios, con la tierra, con la naturaleza, lo que les permite sanar a las personas de lo que les aflige. Se procuró una persona rezadora cercana para que pudiese explicar cómo es que se dan estos tratamientos en base a rezos, entrevistando a la Sra. Purita, quien se dedica hacen más de 40 años a sanar mediante rezos y explica

El rezo solo funciona en quien confía y cree, porque en quien no cree no hace efecto. Mediante el rezo se cura lo que es el mocheo, el quebranto, el mal de ojo y muchas enfermedades que no se pueden explicar también. Depende mucho de cómo este la persona para ver cuántas veces se le tiene que rezar, los rezos también no son cualquier día de la semana, solo se puede rezar lunes y viernes, a los niños de tarde a los adultos de noche. Yo utilizo ramas de hierba buena, vara de San Jorge, Gajos de guayaba, sinini, también otras hierbas para los baños, mucho depende de lo que tenga la persona (Purita, comunicación personal, 16 de abril de 2019).

Los rezadores ocupan un lugar importante no solo en los pueblos indígenas, sino también en las comunidades del área rural y hasta en el área urbana, ya que son personas en las que se deposita fe y logran sanar a las personas, lo cual puede estar explicado desde la eficacia simbólica, que se traduce en las “creencias vinculadas a procesos a procesos sociales e representación, de legitimación, reproducción, diversificación y modificación del mundo social mediante prácticas más o menos institucionalidad entre las cuales los rituales y la lingüística tienen un lugar y un sentido precisos” (Bordieu, 2009, p. 14). Lo que explica los procesos de curación tradicional que pueden estar basados en experiencias pasadas que son reproducidas y gracias a ello logran obtener resultados positivos en la salud.

Los médicos tradicionales, curanderos, rezadores, hueseros, parteras y sobadores son parte fundamental del sistema de salud tradicional en muchos pueblos indígenas. Si bien están perdiéndose de apoco las costumbres y rituales naturistas, son reconocidos y respetados los que aún se dedican a la práctica medicinal tradicional, además de que los indígenas amazónicos confían y tienen fe de los tratamientos naturales.

5.2. La tipificación de las enfermedades en los pueblos indígenas amazónicos

Se puede citar mucha bibliografía existente sobre cómo se tipifican las enfermedades en los pueblos indígenas, sin embargo, en este apartado nos basaremos en la información emitida por los propios indígenas que estuvieron en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Una acompañante de origen Esse-Ejja emitió una explicación interesante sobre el origen de las enfermedades desde la visión de los indígenas amazónicos aludiendo

Las enfermedades vienen por dos razones, desde fuera o desde dentro del enfermo. Desde fuera es que la persona no busca la enfermedad, por ejemplo, que alguien te haga heridas, o que te pique una víbora, te muerda un lagarto o te de dengue, malaria por los bichos, eso viene desde fuera, pero mucho tiene que ver con la energía de uno, quien tiene energía negra siempre le pasa algo. Las enfermedades desde dentro son generalmente causadas por la propia persona, ya sea por renegar o por descuidarse con la comida, por todo puede ocasionarse uno mismo la enfermedad (A. CH. M., comunicación personal, 30 de agosto de 2019).

Claramente explica la entrevistada que las enfermedades son causadas por agentes externos o por quien las padece, agregando a esto se debe principalmente a la energía de cada persona e incluso a la suerte de cada quien, ya que quienes tienen menos suerte que otros siempre están enfermos. En esta interesante descripción de su visión sobre las enfermedades, la entrevistada mencionada que la energía hace una diferencia abismal en las personas, puesto que hay personas que tienen energía poderosa y no lo saben. Una enfermedad causada por la energía para ellos es el quebranto, que según explicaba la entrevistada, es cuando nace un recién nacido y una persona adulta que tenga energía fuerte negativa puede causarle este mal de solo mirarlo. El quebranto consiste en que la cabeza del recién nacido se abre y se llena

de agua por mirarlo con energía negativa. Otra enfermedad causada por la energía es el mal de ojo, esto puede darse en cualquier persona sin distinción de edad y se trata de que esta persona que lo padece ha sido mirada con mucha envidia o rabia, por lo que comienza a enfermar sin motivo ninguno y puede hasta morir.

Otra entrevista interesante con un paciente indígena del pueblo Cavineño es que tipifican la enfermedad de acuerdo a las acciones de las personas

La enfermedad es castigo, quien ha hecho mal o su padre o madre han hecho mal le llega la enfermedad, igual si uno hace algo malo o hace daño, los hijos también van a pagar, la enfermedad es como castigo a todo lo malo que uno hace, por eso hay que hacer bien, cuando la enfermedad es por accidente o caída o ataque de algo, esas enfermedades que no tienen cura también son castigo, por otra parte están las pestes, lo que tenemos en la comunidad, el dengue, la malaria, esas cosas son pestes, esos nos da a todos pero es porque vivimos allá. (E.Y.R. Comunicación personal, 19 de agosto de 2019).

En el caso de los Cavineños, según el entrevistado, la enfermedad va ligada directamente a la culpabilidad de las acciones negativas que se cometan, ya sean las personas que la están atravesando o sus antepasados. El entrevistado explicaba que su hijo estaba enfermo porque él estaba pagando algo malo que hizo y era su hijo quien pagaba. Arrepentido explicaba que ellos saben bien que al hacer algo que no esté bien, como robar, estafar, ser flojo, maltratar, pelear o ser malagradecido se paga, pues esto de seguro recaerá en su propia salud o en la salud de sus hijos.

Para concluir este apartado se puede mencionar una entrevista realizada a una acompañante de paciente de origen Yaminahua quien afirma que las enfermedades solamente atacan a los más débiles, mientras que los más fuertes difícilmente se enferman

Cuando nace el niño o la niña ahí se sabe ya si va a ser fuerte o no, si grita fuerte es que va a ser sano, si es chiquito o flaco, ese va a enfermarse siempre. Los más débiles siempre se van a enfermar, los que nacen enfermos también, siempre se van a enfermar, eso es perjuicio para su familia también y para la comunidad, porque el enfermo no puede moverse, no puede trabajar, no ayuda, solo es problema. (B.M.R. comunicación personal, 03 de septiembre de 2019).

La entrevistada se encontraba acompañando a su hija de 19 años quien estaba por entrar a cesárea de emergencia, ya que tenía preclamsia y su vida corría riesgo. Para los indígenas Yaminahuas el parto no está considerado enfermedad, puesto que, la expectativa por ver al recién nacido/a es grande, pues, de verlos y revisarlo la primera vez, ya saben si va a ser fuerte o no. En este caso nació una niña grande, de buen peso y sana. Por lo que la entrevistada menciona, va a ser buena para tener hijos y cuidar la casa, determinando ya su rol y lugar dentro de la comunidad.

Cabe resaltar que los pueblos indígenas amazónicos tienen otras formas de realizar los diagnósticos de salud, predecir y también prevenir enfermedades. Según explicaron algunos de los entrevistados, casi el total concordó que la enfermedad se confabula con la naturaleza para poder darles pautas de las enfermedades. A continuación, se hace mención a las que más llamaron la atención:

- La luna: muchas enfermedades van en dependencia de la luna, cuando hay luna llena, no es bueno salir para evitar enfermedades de la cabeza, sobre todo los varones ya que pueden trastornarse.
- El canto de las aves: esto les anuncia que algo pasará, cuando se posan en una casa o cantan los búhos quiere decir enfermedad o muerte, mientras que cuando cantan los pajaritos temprano quiere decir que pronto llegará alguien. Cuando las gallinas se empiezan a alborotar sin motivo viene mal tiempo.
- El clima: el clima es sinónimo de muchas cosas, tanto en la vida productiva como en la salud. Los indígenas en tiempo de frío no se bañan por temor a enfermarse además que su aseo es realizado generalmente en arroyos, ríos o lagos en caso de contratar con una noria en su hogar. Además de ellos, el clima anuncia buena o mala siembra y cosecha, además que en dependencia de como este el cielo, saben si la lluvia es buena para bañarse o no. Algo interesante al respecto de las tormentas eléctricas es que tienen la creencia de que toda mujer que este embarazada debe taparse en su capa mientras pasa la tormenta y sobre todos los rayos, esto para evitar que el niño/a nazca con mal formaciones o la boca abierta (labio leporino).

Estas nociones fueron detentadas en las prácticas medicinales tradicionales de todos los pueblos indígenas, con más énfasis en Machineris, Cavineños, Esse Ejjas y Araonas.

El proceso de la enfermedad para los indígenas amazónicos, tiene una cosmovisión interesante y que lleva a reflexionar que son personas que aun rescatan las creencias y culturas de cada pueblo del que originan, aun siendo migrantes.

Todavía practican muchos rituales ancestrales y tiene mucha fe en el curandero/a o en quien práctica medicina tradicional en su comunidad, además de distinguir bien cuáles son las enfermedades que si puede curar el curandero/a y cuales las tiene que ver el médico.

Para ser atendidos por el médico, los indígenas amazónicos atraviesan una serie de circunstancias que son riesgosas y difíciles para ellos por lo que a continuación se describe todo el proceso de atención en el hospital, comenzando por la decisión de pedir apoyo médico.

5.2.1. La decisión de acudir al Hospital

Para un indígena amazónico acudir al centro de salud o posta sanitaria que tenga cercanía o esté dentro de la comunidad tiende siempre a crearles conflictos internos. Como mencionaban algunos de los entrevistados anteriormente, el médico es la última instancia, esto se da cuando la medicina natural no funcionó o cuando hay accidentes que a simple vista solo los resolverá un médico. La decisión de acudir al hospital en muchos casos no depende de ellos, omitiéndolos totalmente en esta decisión y trasladando directamente desde las postas sanitarias hasta el hospital. Desde la visión del médico tratante en el área rural, lo único que importa es salvarle la vida al enfermo en ese momento, pero puede que desde la visión de los indígenas esta decisión les marque la vida para siempre.

Uno de los casos más sobresalientes al respecto fue el de un niño de 7 años, transferido desde la comunidad Portachuelo en Gonzalo Moreno, perteneciente a los Esse-Ejjas, quien llegó en una ambulancia de emergencia e ingreso directamente a la unidad de cuidados intensivos. Este caso, al igual que todos lo que se refieren a pacientes indígenas amazónicos, fue valorado y tratado por Trabajo Social.

Al entrevistar al padre del pequeño, sobre el ingreso de su hijo al hospital y la forma en la cual llegó, emitió:

Lo llevamos con sus ojos blancos, no reaccionaba, él estuvo enfermo con su barriga dura hartó tiempo, el curandero le dio hartó remedio. Yo no quería llevarlo al doctor, yo sé que me lo van a matar, el doctor lo examinó y sólo gritó que alisten la ambulancia y yo le pregunté a donde lo iban a traer y el doctor no me decía nada, era como si yo fuera invisible, solo me dijo que por mi culpa estaba así mi hijo, mi mujer corrió a la casa a traer algunas ropas yo quede ahí nomás agarrando su mano de mi hijo, nadie me decía que pasaba, el médico me miraba feo y no me decían nada. Cuando llegó la ambulancia, el doctor grito, nos vamos de una vez, y le quise decir que mi mujer no había llegado y no me escuchó, me subí como pude al lado de mi hijo, él está dormido nomas y yo preguntaba que tenía, nadie me decía nada. (E.G.T., comunicación personal, 22 de marzo de 2019).

Al igual que este caso, en muchos casos la decisión de acudir al hospital no depende del paciente indígena amazónico, sino que es el personal de salud de forma prácticamente arbitraria decide el traslado si así lo considera. Lo que llama la atención es la falta de comunicación con la familia, en este caso, con el padre del paciente que no entendía que pasaba y simplemente acompañó a su hijo sin saber que sucedía y sin ropa, recursos o al menos avisar a la madre del menor que ya se iban.

El personal sanitario se aboca netamente a reestablecer la salud de forma inmediata, obviando en ocasiones algunas cuestiones importantes, como por ejemplo la comunicación con la familia, la consulta en la decisión que tomen y las posibilidades de trasladarse de lugar. Claro está, que no en todos los lugares sucede lo mismo y si, existen médicos que establecen una buena comunicación con los pacientes y sus familias en el área rural, respetando la medicina tradicional y explicando de forma sencilla los diagnósticos y los tratamientos. Estas acciones pueden llegarse a considerar parte de una atención con enfoque intercultural.

En ocasiones, los mismos pacientes se vienen directamente al hospital, obviando el sistema de referencia de primer a segundo nivel, esto sucede cuando ven la gravedad en el estado de salud de la persona que necesita atención médica. Uno de esos casos fue el que a continuación menciona la madre de una paciente de 19 años procedente de la comunidad indígena Cavineños:

Nadie en la comunidad me decía que la traiga, me decían que aquí se iba a morir, pero yo sabía que estaba algo mal, que no se iba a solucionar así nomás ni la curandera iba a poder, ella estaba muriendo, por eso fue que la traje al hospital de la ciudad, yo sé que aquí es mejor, porque la posta de salud no hay ni médico, es una enfermera, no hay medicamentos. La decisión de traerla fue mía, porque si no mi hija se moría. (María Chio, comunicación personal, 19 de septiembre, 2019).

La paciente que se menciona en la entrevista tenía 32 semanas de embarazo y estaba complicada con preclamsia además de sufrir problemas cardiacos. Esto fue percibido por la progenitora quien decidió traerla pese a no haber recibido el apoyo para su traslado y confiando en que la vida de su hija se salvaría acudiendo al hospital.

Son diversos los casos que se pueden analizar para poder determinar que la decisión de acudir al hospital, va en dependencia del lugar de donde vienen los pacientes indígenas amazónicos, del nivel de información que tienen sobre la medicina clínica y la confianza que esta les genere y también la distancia para poder trasladarse hasta un hospital. Otro factor importante para que tomen la decisión de trasladarse al hospital es el personal de salud de la comunidad de la que proceden y de la manera en la que este personal sanitario se comunique con los pacientes indígenas amazónicos.

5.2.2. Conflictos en el traslado hasta el Hospital

Cuando nos encontramos en el mismo lugar en el cual existen instituciones que nos puedan resolver problemas de salud, no es conflictivo llegar, hacerse atender y entender el sistema de atención. Sin embargo para las personas del área rural esta situación ha sido y seguirá siendo por mucho tiempo un gran problema, ya que el acceso a la salud depende mucho de la disposición económica de las personas, la lejanía de las comunidades hasta las ciudades en las cuales hay hospitales de segundo y tercer nivel, la disponibilidad de transporte e incluso la preocupación que acarrea tener que abandonar el lugar en el cual viven, teniendo en algunos casos que dejar solos a los hijos, desatendidos los animales que crían e inclusive sabiendo que es muy probable que a su retorno les hayan hurtado sus pertenencias.

En el caso de los pacientes indígenas amazónicos, las vicisitudes por las que deben atravesar para poder llegar hasta un hospital son numerosas, como relata a continuación Flora, hermana del capitán grande de la comunidad indígena Araona.

Primero salimos de la comunidad caminando, colgando al enfermo con palo y hamaca en los hombros, como horas de camino, bajo lluvia, mientras el gritando de dolor, llegamos al río y de ahí fue en deslizador, el deslizador tardo casi horas río arriba y llegamos a Portachuelo, desde ahí hasta Riberalta otras tres horas y de ahí recién en avioneta hasta llegar a Cobija al hospital, llegamos de noche, lo trajimos su esposa que es mi hija y yo que soy su hermana, fueron más de 10 horas hasta llegar a Cobija, casi no llega el enfermo. (Flora Pupuiciri, comunicación personal, 20 de octubre de 2019).

El acceso a la comunidad indígena Araona, está a más de 800 kilómetros de Cobija, claro que existen rutas alternativas para evitar que el tiempo sea tan largo, sin embargo, en este caso en particular, el traslado fue bastante dificultoso debido a la falta de camino de ingreso hasta la comunidad, mismo que es un sendero que solo se accede caminando, teniendo que llegar a la ciudad de Riberalta en el Beni por vía acuática. En el caso del paciente que era hermano de la entrevistada, su traslado en avioneta se hizo posible debido a que era en ese momento el capitán grande de los Araonas.

En el caso del traslado y los problemas que este genere en los indígenas amazónicos que necesitan ser atendidos en el hospital, las situaciones varían en dependencia del lugar, como es el caso de los Yaminahuas que viven a menos de tres horas de viaje en cualquier tipo de transporte, además de que la Posta de Salud de la comunidad cuenta con una ambulancia que los traslada directamente en casos de emergencia.

Otro de los casos que llamo la atención en cuanto a los conflictos del traslado desde el lugar de origen hasta el hospital fue el de una paciente de 19 años de origen Cavineño, quien según el relato de su madre enunció:

Tuvimos que salir en carretón hasta la carretera, mi hija con mi marido y yo, fue como 6 horas de camino, ella estaba sudando frío, pero aguantó tanto, un vecino nos llevó en su carretón y nos dejó en la carretera para esperar quien nos pueda traer a la ciudad. No sé cuánto tiempo estuvimos en la carretera debajo de un árbol esperando, nadie quería detenerse, hasta que una camioneta de los chinos se paró para recogernos, mi hija fue en la cabina nosotros atrás. Llegamos con mucha hambre y sed por que no habíamos comido nada y el agua se me fue en mojarle su

cabeza a mi hija para la calentura. (María Chio, comunicación personal, 19 de septiembre, 2019).

No se encontraron registros estadísticos actuales sobre los decesos de personas que viven en comunidades indígenas amazónicas, que no pueden acceder a la atención de salud en un hospital o que llegan cuando ya es tarde para reestablecer la salud. Sin embargo se considera importante entender que si bien, las comunidades están muy alejadas, debe partir de la familia, del mismo paciente y de sobre manera del personal de salud, atender a tiempo las enfermedades que se puedan presentar y prever el traslado de los pacientes que requieran atención en segundo o tercer nivel a tiempo para evitar complicaciones, sin embargo, las dificultades en el traslado, transporte y acompañamiento es un grave problema para los indígenas amazónicos, ya que sus comunidades tienden a encontrarse aisladas de las demás comunidades campesinas.

Para concluir este apartado se puede mencionar, que son muchos los conflictos por los cuales atraviesan los pacientes indígenas amazónicos para poder trasladarse hasta el hospital Dr. Roberto Galindo Terán u otro nosocomio que les quede cerca, ya que en su mayoría no cuentan con ambulancia en sus postas de salud comunitarias, no todos tienen transporte propio y el ingreso hasta las comunidades tiende a estar alejado de la carretera principal en la cual transitan los medios de transporte. Al llegar a este punto tienen que esperar la voluntad de algún medio de transporte que los recoja y los traslade hasta la ciudad de Cobija, en algunos casos, son flotas las que les trasladan, que deben pagar por más que vayan sentados en el piso del pasillo, en otras ocasiones alguna movilidad particular. Ha habido casos en que la espera ha sido mayor a 24 horas.

5.2.3. Los Acompañantes

Por lo general, en todo nosocomio solicitan el acompañamiento de un familiar y en dependencia de la gravedad del diagnóstico del paciente se establece el tiempo de permanencia del familiar acompañante al lado del paciente. Las personas acompañantes, ya sea familiar, pareja o persona amiga, son quienes deben proporcionar ciertas atenciones al paciente, como ser el aseo, el recojo de medicamentos, la facturación de laboratorios, la

compra de lo que sea necesario y no cubra el seguro, además de velar por la atención oportuna y eficiente de su paciente por parte del personal de salud. Cabe resaltar, que son pocos los hospitales públicos de Bolivia, que están equipados con sillones de acompañamiento o habitaciones de descanso para los familiares, además de no contar con un bloque social en el cual puedan alimentarse, bañarse, lavar sus pertenencias entre otras acciones que normalmente una persona realiza. En pocas palabras, no existen condiciones para los acompañantes, pero si la exigencia de que permanezcan sin ningún tipo de condición.

En el caso de los pacientes indígenas amazónicos es lamentable percibir las necesidades por las que atraviesan sus acompañantes. Valga también enfatizar que en la mayoría de los casos los acompañantes de los pacientes indígenas amazónicos son toda la familia, ya que no se puede dejar a los niños solos, o en algunos casos, pocos comprenden bien el castellano.

Uno de los casos que tuvo mayor impacto en lo que respecta a los acompañantes fue el de un paciente de 54 años de edad procedente de los Cavineños, quien acudió al hospital traído por una ambulancia y fue ingresado a terapia intensiva, por varios diagnósticos que comprometían demasiado su salud.

El paciente llegó con su esposa y sus 6 hijos, el mayor de 12 años y el menor de 4 meses de edad, todos eran pequeños y no tenían conocidos ni familiares en la ciudad de Cobija, no tenían a dónde acudir. El servicio de Trabajo Social tomó cuenta del caso, sin embargo fue bastante difícil hacerles entender que los niños no podían permanecer en el hospital por el riesgo de contagio de otras enfermedades, la madre se rehusaba rotundamente a desapegarse de sus hijos, por lo que se incorporaron otras estrategias para que puedan permanecer en el hospital, mismas que se detallan en el siguiente capítulo, y contra todo protocolo de atención, rompiendo con muchas normativas, la familia permaneció en el hospital. Sin embargo, las necesidades por las que atravesaron fueron extenuantes, como narra a continuación, Ana de 34 años también de origen Cavineño:

No trajimos plata, somos gente pobre, solo vivimos de la castaña cuando es tiempo y no iba a dejar a mis hijos solitos, son chicos, si les pasa algo, no hay que confiar en nadie. Ahora no tenemos con que comprar remedio, comida, no hay donde lavar ropa. Las doctoras y las sociales nos están ayudando arto, pero no alcanza, los niños se enfermaron y me los querían quitar y llevarlos a otra parte, no voy a permitir que los lleven a ningún lado, yo tengo que estar aquí, mientras mi marido se sana y ellos van a quedar conmigo, soy su madre (Ana Chupinavi, comunicación personal, 20 de julio. 2019).

El personal de Trabajo Social viabilizó un espacio y obtuvo el permiso para que la entrevistada pueda quedarse junto a su esposo, pero sus hijos fueron llevados al hogar de niños del Servicio Departamental de Gestión Social, debido a que no podían quedarse en el hospital.

Consto mucho hacerle entender a la señora Chipunavi que los niños no podían quedarse en el hospital por que pueden enfermarse y que los llevaríamos a un lugar seguro para que estén durante el tiempo que su papá este internado, luego llamamos a defensoría para que lleve los niños explicando el caso. El paciente fue dado de alta médica a los 6 o 7 días después y durante su estadía se le apoyo en medicamentos y alimentación. Cuando llegó la hora de retornar a su comunidad se acompañó a la señora a recoger a sus hijos y se viabilizo con su municipio el transporte de retorno a su comunidad. (Mescias, comunicación personal, 12 de agosto. 2019)

En el caso de que los acompañantes son toda la familia y que proceden del área rural y además pertenecen a una comunidad indígena, los conflictos y necesidades se acentúan en el proceso de rehabilitación y tratamiento hospitalario del paciente, puesto que además de las necesidades de los pacientes se debe atender las necesidades de su entorno familiar.

Muy importante es establecer la comunicación adecuada con los acompañantes, para lograr que comprendan protocolos de atención, procedimientos médicos, restricciones hospitalarias y otra serie de normativas que exigen los nosocomios. Esto dependerá en gran medida del médico tratante y personal de salud que atienda a los pacientes indígenas amazónicos además del enfoque intercultural existente en esta atención.

Al momento de entrevistar a algunos familiares indígenas, se concibió que para ellos es una obligación moral estar al lado de la persona enferma hasta su recuperación, no por imposición, sino porque para ellos la enfermedad no le pertenece solamente a la persona, sino es una responsabilidad de la familia. Un caso particular de internación en el hospital Dr. Roberto Galindo fue el del paciente Yoamona, quien llegó acompañado de su esposa, tres hijas y su hermana desde la comunidad Araona por peritonitis. Al consultarle a la hermana sobre el objetivo del acompañamiento de tantas personas de la familia, enunció:

Nosotros venimos para que él se sane rápido y para que el doctor no le haga nada malo. En la comunidad la familia es encargada de que la persona se sane, es obligación de la familia acompañar al enfermo para darle ánimo y valor de sanarse, por eso venimos, para que no sienta miedo ni se sienta solo y para que el doctor sepa que estamos pendientes de todo. (Flora Yoamona, comunicación personal, 21 de julio. 2021).

En la bibliografía consultada, no se encontraron datos específicos sobre el papel de la familia en el proceso de recuperación, pero si se la menciona como uno de los pilares fundamentales de la cosmovisión holística del sistema médico tradicional.

5.3. La atención en el Hospital

El proceso de atención hospitalaria en instituciones públicas está basado en normativas previamente establecidas por el Ministerio de Salud, además de protocolos y rutas de atención según el requerimiento del usuario.

En Bolivia el sistema de salud está conformado por el público y el privado. El sistema Público se maneja en tres niveles de atención en dependencia de la complejidad del diagnóstico del usuario mismo que es referido de un nivel al siguiente.

El sistema biomédico consiste en un universo de saberes y prácticas reconocido y legitimado como científico, oficial y académico, no solamente en Bolivia, sino a nivel universal. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, este sistema ha sido

identificado como representativo de una específica cultura occidental y mercantilista (Citarela y Zangari, 2009, p.5)

Desde finales de agosto del 2019, el gobierno de Bolivia pone en marcha el Sistema Único de Salud (SUS), mismo al cual se adscriben todos los ciudadanos bolivianos, del cual solo pueden gozar todos aquellos que no cuenten con un seguro de salud privado. Esta política fue adoptada debido a las necesidades sociales en salud de la población en general. Sin embargo, al lanzar el SUS, el gobierno no equipó ni dotó a los establecimientos de salud con los insumos necesarios y esto generó en la población usuaria y el personal de salud una conmoción social negativa con medidas sociales que llevaron a los galenos y trabajadores en salud a realizar huelgas, protestas, paros y marchas pidiendo se administre de forma adecuada la nueva política social.

Esta situación repercute e impacta con más énfasis a la población con escasos recursos y necesidades económicas y más aún en los pueblos campesinos, indígenas originarios, que en la mayoría son de escasos recursos.

Cabe aclarar, que una de los factores que evita que los indígenas accedan a la salud biomédica es la economía, puesto que, ya tienen el preconceito de que en los establecimientos de salud sin dinero no se accede al servicio, además de no tener la confianza suficiente en el personal de salud y los medicamentos biomédicos, por lo que anteponen la medicina natural, antes que nada.

Cuando los pacientes indígenas amazónicos se ven en la extrema necesidad de acudir al único nosocomio de segundo nivel de atención que es el Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán, la atención puede tornarse un tanto compleja debido al posible enfrentamiento cultural, por lo cual a continuación se exponen algunas vivencias de pacientes originarios en todo el proceso de atención en esta institución.

5.3.1. El ingreso

Los pacientes indígenas amazónicos en su mayoría ingresan por la sala de emergencias, puesto que su referencia desde el primer nivel así lo requiere. Algunos de ellos no traen

referencia, otros no cuentan con documentos, además de estar con familiares que los acompañan y muchos de ellos no portan documentos y no traen recursos económicos.

Al ingresar a la sala de emergencias son atendidos por médicos y personal de enfermería que los tratan como al común de la población. Uno de los casos más sobresalientes, se extrae a continuación del cuaderno de campo de Trabajo Social, el cual es solo una muestra de cómo ingresa un paciente indígena amazónico.

El 12 de febrero de 2019 llega al hospital la señora A. Chao Mamio, 32 años de edad, procedente de la comunidad indígena Machineri, referida de primer nivel de la comunidad Nareuda ubicada en el municipio de Bolpebra, acompañada por su esposo y su madre. Del servicio de emergencia se acerca la enfermera a Trabajo Social (TS) y menciona que el médico de turno requiere presencia en sala para valorar un caso. Al llegar a emergencias el médico de turno menciona en tono bastante enfático: *“Licenciada, ahí hay un casito para usted, son indígenas y ese brazo está un desastre”* al ser la primera vez que la TS escucha a un médico expresarse así y por la poca experiencia en la intervención en salud, se dirigieron directamente a la paciente que aún no había sido atendida. Se trataba de una mujer indígena, acompañada de su madre y su esposo, madre de 6 niños, quien se dedicaba a las labores de casa, la agricultura y la recolección de castaña en época de zafra, tenía una herida en el antebrazo derecho, de 15 centímetros. Al entrevistar a la paciente quien no hablaba mucho ya que su madre y su pareja eran quienes se comunicaban por ella, TS percibió que tenía alguna deficiencia intelectual. A la entrevista la madre menciona *“es que ella nació en día de luna”*, pedimos que nos explique ese término y la madre comenta *“en día de luna negra no tienen que nacer los chicos por que nace aleshados y después mueren, pero ella vivió nomas así”*. Dejamos el tema para proceder a preguntarle sobre sus datos, actividades, recursos, entre otros. El marido de la paciente un hombre algo mayor y bastante dominante (ya que la paciente para cualquier movimiento lo miraba primero buscando su aprobación) mencionó no tener recursos, pero si querer afiliarse al seguro SESA, argumentando *“El gobernador fue allá y nos dijo que el SESA era seguro para los indígenas, así que no pagan nada, todo es gratis, así nos dijo el”* evidentemente el seguro SESA apoya bastante sobre todo personas del área rural y más aun a indígenas. Sin embargo, la paciente no contaba con cedula de identidad, trámite que se realizó de inicio para seguidamente afiliarla al seguro SESA. En el transcurso de las siguientes horas, se logró obtener el seguro SESA sin cedula de identidad por la emergencia del caso y recién después de casi una jornada, los médicos de emergencia procedieron a atender a la paciente.

En este caso se pueden analizar varios puntos, comenzando por la falta de atención oportuna si es que se trataba de una emergencia para la paciente indígena amazónica, por lo cual, decidieron trasladarse a pesar de las dificultades que conllevo dicho traslado.

Si bien los protocolos establecen que los pacientes tienen que llegar con su referencia de primer nivel, además de sus documentos de identidad y la boleta del seguro, la atención en salud debería primar ante cualquier protocolo y posteriormente la regularización, para lo cual ya entraría Trabajo Social. Sin embargo, sucedió absolutamente lo contrario. Lo que lleva a la conclusión de que el protocolo está por sobre la atención en emergencias. Cuando se interrogó sobre la atención suscitada al médico de turno el mismo argumentó:

Esto es emergencias, la mujer no se está muriendo, solo tiene una herida, que puede ser leishmaniosis o alguna infección, pero sin su ficha y sin documentos no la voy a atender porque no quiero problemas después, se les mal acostumbra y después van a hacer lo mismo siempre” (P.M.Q. comunicación personas, 12 de febrero, 2019).

Al igual que el entrevistado, el personal de enfermería realiza exactamente el mismo procedimiento cargado de antipatía y de forma bastante indolente.

Aclaremos que el ingreso a una institución de salud, puede ser la pieza fundamental del tratamiento y rehabilitación de un paciente, ya que depende mucho la comunicación que se establezca, el trato que se les brinde y la confianza que les genere el personal de salud en el paciente. Cuando sucede todo lo contrario, la reacción del paciente va a ser salir del lugar en el cual sienten que le dan poca importancia o le brindan un trato inadecuado.

Otra parte que llama la atención, es el caso expuesto, es que el médico se refiere a que son pacientes indígenas y por ende son para Trabajo Social, por lo que se entiende que adoptan el concepto de que esta población son en su totalidad vulnerables y antes de atenderlos ellos primero deberán ser valorados por Trabajo Social, situación que esta desglosada más adelante.

Similar al caso expuesto, son muchos los casos en los cuales, los pacientes indígenas amazónicos carecen de importancia para el personal médico de emergencias en su ingreso, puesto que, por una parte, el personal de salud se basa en las características hospitalarias de

una emergencia y por otra parte el paciente indígena siente que su problema de salud es una emergencia.

Es en este primer encuentro se puso en evidencia de que en el hospital Dr. Roberto Galindo, la atención carece de enfoque intercultural.

5.3.2. El trato durante de internación

En este apartado se analizarán algunos casos en los cuales se pudo observar el proceso de la atención y la internación de pacientes indígenas amazónicos. Cabe resaltar, que no en todos los casos se dan las mismas circunstancias, ya que el personal de salud rota y el trato puede variar.

Caso 1 (A. Chao Mamio, 32 años de edad, procedente de la comunidad indígena Machineris): La paciente en una primera instancia, fue derivada a tercer nivel con el diagnóstico de necrosis. Mediante TS la paciente logró viajar a la ciudad de La Paz, pero 4 meses después retorna al hospital, más delgada, más decaída y con la herida más grande e infectada. En esta ocasión fue internada en medicina interna ya que el problema que tenía pasó de ser quirúrgico a cardiovascular, es decir ahora estaba comprometido el sistema circulatorio, el sistema cardiaco y la infección ocasionada estaba ya en todo su cuerpo. En esta ocasión la paciente se encontraba solo acompañada de su madre quien no se separaba para nada de ella. Sobre su estadía en La Paz y revisando juntamente con la médica encargada del caso, en la epicrisis que trajeron desde el Hospital Arco Iris se pudo observar que la paciente fue sometida a dos cirugías en donde le retiraron toda la materia del brazo además de un tratamiento con antibióticos de tercera generación, sin embargo, algo que llamó mucho la atención fue que solicitaron su retiro voluntario. Luego de una reunión con la madre de la paciente, explicó que la gente de allá no la trataba bien y que su hija era quien quería irse, estaba desesperada por sus hijos y no le gustaba el lugar. La médica encargada del caso en medicina interna procedió a analizar bien el estado de la herida de la paciente en lo que concluyen que evidentemente le aplicaban miel a la herida. Al reunirnos con la madre e intentar explicarle que lo que estaba haciendo dañó al brazo de la paciente era la aplicación de la herida ella mencionó: *“Todo herida se debe poner miel, todo sana la miel, allá ponía miel, voy a seguir poniendo miel porque eso hace bien”* A esta declaración la médica de turno reaccionó bastante sorprendida y molesta, le dijo a la madre de la paciente *“No es bueno que hagas eso, le hace más daño, acá no te vamos a permitir que le hagas eso a tu hija y si tenemos que prohibirte la entrada vamos a ver la forma pero no vas a ponerle más miel por que la estas matando”*. La médica en ningún momento perdió la compostura sin embargo se molestó por lo que sucedía y pidió a Trabajo Social llamar a la Defensoría del Paciente para precautelar la vida

de la pacte. Además de ello TS dio parte a la CIPOAP explicando esta situación, quienes apoyaron el accionar puesto que según mencionaron, el poder curativo de la miel superaba cualquier medicamento.

En este caso, se evidenció la falta de comunicación entre personal de salud y pacientes o acompañantes indígenas amazónicos. La madre de la paciente hizo prevalecer prácticas de su sistema tradicional de salud estando dentro del establecimiento de salud, además de que se pudo constatar que los médicos tratantes no ven más allá de lo que sucede a simple vista. La desesperación de la madre de la pacte al no ver mejoría en su hija procedió a realizar curaciones con miel, lo cual a su percepción la sanaría, ya que, que en ningún momento le explicaron que se trataba de una infección muy severa y que comprometía su vida. No fue sino la indagación de Trabajo Social en el caso para poder determinar lo que sucedía y de esta manera intentar conciliar un tratamiento adecuado.

Se entrevistó a la progenitora de la paciente, quien realizó la aplicación de remedios naturales estando en el nosocomio, para saber su perspectiva con respecto a la atención a lo cual dio a conocer:

Yo nunca quería venir, yo sé que aquí la gente muere o empeora, además el doctor no le mira a gente como nosotros, nos miran como a animal, como si no entiéramos nada. Sus palabras que usan son difíciles de entender, cuando pido que me digan que más hacer, no me dicen nada, pasa de largo, no dicen nada, solo miran y miran. Hasta eso mi hija peor de cuando entró aquí. Yo no creo en hospital, mi hija quería venir, su marido quería venir y para después abandonarla como ahora que ya se fue. Me dan papel para comprar remedio, no tengo plata, no hay para ese remedio que piden, encima me tratan y gritan cuando digo que no hay para remedio, me dicen que soy atrevida y que para que he venido aquí. (Ana Chupinavi, comunicación personal, 29 de julio de 2019).

La entrevistada se sintió agredida en toda la estadía hospitalaria de su hija ya que expresó sentirse todo el tiempo incómoda y juzgada por el personal de salud, sin entender lo que le pedían o explicaban con respecto a la salud de su hija, ya que las palabras técnicas que generalmente utilizan médicos y enfermeras son difícilmente entendidas por los indígenas amazónicos, lo que demuestra que no se tiene en el nosocomio una atención con enfoque

intercultural. Valga recalcar, que la entrevistada dormía en el suelo, sobre una sábana, ya que no quería desprenderse de su hija y tampoco le otorgaron comodidades para que permaneciera como acompañante.

Otro caso que se va a analizar es el del paciente Gualua, quien llegó al hospital acompañado de sus padres y permanecieron en el hospital durante varios días, en lo cual se dio el proceso de relacionamiento, sobre todo con los padres, que eran con quienes trataban directamente los médicos, enfermeras y personal administrativo.

Caso 2 (E. Gualua Chao, 7 años, procedente de la comunidad indígena Cavineños): El Pacte ingresó por emergencias directo a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y posteriormente a cirugía, en la cual le extraen alrededor de 300 lombrices de los intestinos. El médico de turno del UTI hace un llamado a TS y menciona ***“Es un caso para TS ya que estos inconscientes nunca desparasitaron a este niño y ahora no quieren ni comprar las recetas, además de que están con tres niños más y no entienden nada de lo que les explicó”***. Al entrevistar al padre del pacto, dio a entender que el niño que no quería comer, que se cansaba y que empezó a “arrojar” (vomitar). En ese momento se identificó como indígena Cavineño y que en su comunidad le habían dado toda la medicina que había, cuando dijo medicina se le pide que describa cuales eran esas medicinas a lo que el mencionó medio molesto y con un tono elevado... *“Medicina del curandero, le ha dau jarabe para el bicho, él come tierra, tierra con bicho, él se porta mal, le da bicho”*. En los días consiguientes fue intervenido en tres oportunidades, se realizaron una serie de gestiones para cubrir sus medicamentos, ya que si bien accedieron al seguro SESA (seguro departamental de salud), este no cubría todos los insumos requeridos, hasta se realizó la gestión con el Ministerio de Salud a través de Gestión Social, quienes accedieron a cubrir los gastos hospitalarios que no cubría el Seguro. En la estadía del pacto, los padres realizaban oraciones en su dialecto, mismas que perturbaban en cierta forma al personal médico de UTI, quienes exigían que sean retirados del nosocomio. El personal médico brindó a la familia del paciente todo lo contrario a calidez humana, culpándolos todo el tiempo por el estado del menor además de exigirles de forma torpe que compren las recetas, que hagan la cola para los laboratorios y exámenes y no les dieron en ningún momento una explicación de lo que sucedía y tampoco por qué no podían entrar a ver a su hijo. Esta situación sucedía con todos los médicos que ingresaban al turno, pesé a las intervenciones de TS y el cuidado que se estaba teniendo con la familia indígena. Al consultarle a uno de los médicos sobre el trato brindado y la falta de información hacia la familia este mencionó *“Para qué explicarles, si de todas formas ni van a entender, lo único que van a hacer es echarnos la culpa cuando muera ese niño, porque pareciera que para eso los traen, siendo ellos los descuidados, es imposible que no sepan de desparasitación a estas alturas de la vida, eso lo sabe todo el mundo”* (A.M.R. comunicación personal, 4 de marzo. 2019). Sin embargo, los padres del pacto no lo sabían, por lo que no habían desparasitado a sus hijos

con medicamentos antes, siendo las hierbas y los mates de ciertas hojas los únicos desparasitantes que conocían.

En el caso expuesto, el personal actuó de manera tosca, intransigente y con falta de empatía total con los padres del paciente. Lo cual solo demuestra que los pacientes indígenas amazónicos tienen un justificativo importante al no querer asistir a instituciones de salud, siendo que el personal de salud en algunos casos ni siquiera establece comunicación con ellos antecediendo que no los entenderán al momento de explicarles procedimientos, además de la forma de mirarlos y dirigirse a ellos de forma despectiva se puede percibir claramente, especialmente del personal de enfermería que son quienes más tienen contacto con los pacientes. Cabe destacar que los internos en medicina juegan un papel importante en el proceso de atención ya que se observó que los pacientes indígenas amazónicos entablan una relación de confianza en todos los casos. Una paciente de origen Yaminahua de 19 años mencionó:

Es solo con los jóvenes chocos que hablo, ellos son buenos, están atentos siempre y me hablan, me avisan que va a pasar y como va a pasar, además que nos hablan bien, como la gente, no como las otras que lo tratan mal a uno. A mí me hizo llorar una enfermera porque yo me queje de los dolores de mi barriga antes de parir y ella encima me gritó, diciendo que para qué me preñaba, que me aguante, esas mujeres no deberían trabajar aquí. (L.R.M., comunicación personal, 13 de octubre, 2021).

Lo que más llama la atención, es que aun habiendo una oficina de “Defensa del Paciente” dentro del nosocomio, los pacientes no realizan su denuncia sobre el mal trato recibido, eso debido al temor que les genera el mismo trato y el que este empeore si se llegan a quejar.

Siendo pacientes indígenas esta situación se agrava, ya que se vuelven invisibles para el personal de enfermería, sin opción a quejarse por miedo, vergüenza e incluso temor a represarías. Las propias enfermeras se refieren a los pacientes indígenas con formas despectivas y dando a entender su molestia por la estadía de ellos en el hospital. Al consultarle a una de las enfermeras, quien previamente ingresaría a la sala de pediatría en donde se encontraba una paciente indígena amazónica de 3 años con su progenitora y trataría

a la madre de este paciente de una forma tosca y con mucha falta de calidez, el motivo de este proceder, ella enunció:

*Y como más se los puede tratar pues, si son unas cochinas, ni los bañan a sus hijos, nunca tienen nada y ni entienden si uno les quiere explicar algo, yo si no paso trabajo con esta gente, uno sale siendo la mala con ellos se los trate como se los trate. Esta de acá no entiende nada de lo que uno le explica y de toda llora, ella debería saber que su hijo esta acá por su **culpa** y lo peor que siempre están regresando porque son inconscientes de como criar a sus hijos, esta gente es demasiado irresponsable”* (O.R.T., comunicación personal, 17 de octubre, 2019).

Al momento de la breve entrevista, la enfermera se encontraba bastante molesta y enfatizaba mucho los términos “esta gente”, como si se tratara de personas que no están dentro del margen de atención en el hospital. Además de ello, se pudo apreciar que la entrevistada, tuvo otro tipo de trato con los demás pacientes y las demás madres acompañantes, lo que llamó aún más la atención fue que al momento de atender a la paciente indígena amazónica y su madre, la posición y comportamiento de la enfermera cambió rotundamente. La falta de empatía, relacionamiento y calidez en la atención se pudo denotar de forma clara en el caso mencionado, dejando con bastante angustia a la madre de la paciente y su deseo de quererse ir antes de terminar el tratamiento.

La atención hospitalaria en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán, la distinguen los médicos que reciben por primera vez a los pacientes o en su defecto el personal de enfermería quienes, bajo su propio criterio, establecen si los pacientes necesitan de valoración de Trabajo Social, ya que al tratarse de casos de **indigencia, abandono, violencia e indígenas amazónicos el personal de salud inmediatamente realiza el llamado a Trabajo Social** para que sean quienes establezcan la relación de los pacientes con el personal de salud en calidad de mediadoras.

Uno de los médicos de emergencias entrevistado mencionó al respecto:

Aquí se atiende a la persona en cuestión de la emergencia, por eso el nombre del servicio, no nos estamos fijando si es indígena, pobre o rico, todos son tratados de la misma forma, pero si nos damos cuenta que son del área rural por su forma de

hablar, la condición en la que vienen y también a la hora de realizar la ruta de internación y en esos casos, directamente se llama a trabajo social porque esos pacientes siempre generan problemas (J.T.B., comunicación personal, 4 de octubre de 2019)

El médico, argumentó que las personas del área rural, son personas de escasos recursos en todas las oportunidades y es por ello que a la par de llamar al servicio que requieran una vez registrada su internación, se llama también a Trabajo Social y este servicio ya deberá encargarse del caso y de todo lo que los pacientes requieran, explicó el entrevistado. Es decir, el médico de emergencia no establece comunicación con los pacientes del área rural en la mayoría de los casos, mucho menos de pueblos indígenas amazónicos, siendo el personal de enfermería quienes se encargan de realizar algunas interrogantes de las casusas de su ingreso.

Es importante no solo resaltar que no todos los casos se dan de la misma forma y que mucho varía el trato de persona en persona, puesto que puede que algunos médicos y enfermeras sean más indolentes que otros, sino también que las personas indígenas al llegar al hospital, vienen con la noción de que los van a tratar de mala forma por lo cual se encuentran susceptibles y a la defensiva, pues en los casos entrevistados, todos concordaban de que en sus comunidades se maneja ese pensamiento, *“los indígenas se los maltrata en las instituciones de salud y no les permiten incorporar prácticas de su sistema medicinal”*, lo cual de alguna forma llega a ser cierto, por lo que se pudo evidenciar.

También se pueden mencionar algunos conflictos observados en el proceso de la investigación que se generan cuando ingresan indígenas amazónicos al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán. De acuerdo a lo observado se estableció que se dan en las siguientes situaciones:

- 1) Por el idioma y lenguaje:** en los casos identificados, el entendimiento entre el personal de salud y los pacientes indígenas ha sido uno de los problemas más sobresalientes, ya que poco o nada se entienden a la hora de establecer contacto, además de que se observó que no existe paciencia de ambas partes, ni el tiempo necesario para entenderse y mucho menos estrategias de relacionamiento. Los indígenas amazónicos difícilmente entienden los términos médicos, pero ascienden

con gestos que estas explicaciones son entendidas, se percibió que puede ser por temor a preguntar. Los médicos y enfermeras por su parte, no comprenden en algunos casos, prácticas de medicina tradicional desvalorizándola totalmente y prohibiendo su uso dentro del hospital en lo que dura el tratamiento, pese a que los indígenas intentan explicar las razones de las prácticas medicinales, el personal de salud, rechaza de forma contundente, lo que ocasiona un conflicto en la comunicación, puesto que se bloquea todo entendimiento para los pacientes indígenas al sentir el rechazo de sus prácticas medicinales por parte del personal de salud. Es importante destacar que los indígenas amazónicos que acuden al nosocomio, en su mayoría, hablan en castellano además de su lengua originaria, sin embargo, se han dado casos de adultos mayores indígenas amazónicos que solo se expresaban en su lengua originaria y en algún momento esto generó dificultad a la hora de evaluación y evolución médica, pese a tener familiares intérpretes.

- 2) **Por el comportamiento:** En el comportamiento de los pacientes indígenas suele ser bastante reacio y falta de cordialidad, esto puede deberse al origen, las costumbres, la cultura propia, el miedo de estar en un lugar diferente, vergüenza o simplemente sea características del carácter de cada uno. Esto es tomado de forma negativa por parte del personal de salud, quienes esperan recibir el mejor trato por parte de pacientes y acompañantes, tal y como es con los usuarios del área urbana. Sin embargo, al tratarse de pacientes indígenas amazónicos, el personal de salud adquiere una posición y comportamiento de indolencia y apatía, no es todos los casos claro, pero si en los que se observó y fueron objetos de estudio. Una de las enfermeras, de las que se pudo observar un trato indignante y alejado de la calidez hacia una paciente indígena, al consultarle el motivo de esta forma de actuar, aludió:

Sinceramente estas chicas que vienen del campo son malcriadas, no saludan, no agradecen, no piden por favor, realmente ellas se hacen tratar mal, porque piensan que una es su empleada, peor es que con su madre o sus familiares, no mueven un dedo para atenderlas y encima vienen a quejarse, yo ya estoy vieja para estar aguantando a la gente que viene a tratar mal y espera que uno los trate bien, esto es un hospital

y aquí se ve solamente el tema de salud. (E.R.T., comunicación personal, 20 de diciembre. 2019).

Se pudo evidenciar mediante la observación del procedimiento del personal de salud en todos los casos de atención a pacientes indígenas amazónicos que no realizan una explicación de los medicamentos que les colocan o al momento de colocarles una vía para los sueros, al momento de revisarlos o al momento de extraer sangre para análisis, mucho menos en casos de cirugía. Como en algún momento mencionaba una de las entrevistadas, que se encontraba en calidad de paciente al consultarle sobre el comportamiento del personal de salud a la hora de la visita médica matutina:

Ellos entran, uno de ellos habla sobre mi creo, a veces escucho que él dice lo que me duele y lo que siento y es mentira, porque no me preguntaron nada, los médicos solo pasan en la mañana son artos y no vuelven más, ni por casualidad, no me preguntan que siento o que necesito y con las enfermeras es peor ellas vienen le sunchan con aguja a uno, no dicen porque, ni nada, hay una agua que me ponen que me duele mucho, me quema el brazo, le pregunté a la enfermera que era y no mi miro, ni me respondió nada, como si yo no estuviera ahí, por eso es que no nos gusta venir aquí. (Adela Mapo, comunicación personal, 11 de noviembre. 2020).

Si algo se evidenció mediante la observación, los pacientes indígenas, son casi invisibles para médicos y enfermeras, claro que saben perfectamente las patologías, tratamientos y demás acciones que se supone deberían tener a la hora de atender a los pacientes, pero el comportamiento con ellos no hace que los pacientes indígenas amazónicos se sientan tranquilos y cómodos para su rehabilitación.

- 3) Por el uso de medicina tradicional/natural:** La gran mayoría del personal de salud rechaza la medicina tradicional para el tratamiento de enfermedades graves, no dejando de lado que algunos mates e infusiones de hierbas pueden funcionar en ocasiones alejadas a un diagnóstico real. Esta sería la raíz del conflicto que puedan tener pacientes indígenas amazónicos y personal de salud, ya que prácticamente todos los pacientes de origen autóctono han realizado prácticas medicinales tradicionales en sus lugares de origen antes de llegar al hospital, salvo los accidentados, por lo cual el personal de salud desmerece el valor de estas prácticas

y **culpabiliza** a los pacientes indígenas de su estado de salud, por lo que se denota un divorcio marcado entre el sistema médico tradicional y el sistema biomédico, con particularidad en la medicina clínica, siendo que los médicos no creen ni confían en las prácticas de salud ancestrales.

- 4) Por los recursos económicos:** En los casos de pacientes indígenas, los recursos económicos siempre serán un conflicto para el personal de salud, ya que llegan sin condiciones, sin conocidos en la ciudad y sin posibilidades de costear los gastos que conlleve el tratamiento clínico. Por lo tanto, los casos los maneja en todas las oportunidades el servicio de Trabajo Social, para poder darle soluciones factibles y viabilizar la gestión de un tratamiento, una referencia a tercer nivel o lo que los pacientes necesiten.

Se considera que el trato que se les da a los pacientes indígenas amazónicos, determina en gran medida el proceso de recuperación y rehabilitación de su salud, además del tratamiento claro está. Sin embargo, se considera que el trato debe contener calidez, empatía y cierto grado de conocimiento de la atención con enfoque intercultural, debiendo realizar una atención que sea afectiva y comprendiendo el sistema cultural de salud por parte del personal.

5.3.3. El Egreso

Parte del itinerario terapéutico de los pacientes es el egreso del nosocomio, según mencionó el Jefe Médico del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, este puede darse de cuatro maneras;

- 1) Alta Médica que es cuando la salud del paciente ya no corre peligro y puede continuar un tratamiento ambulatorio en su domicilio
- 2) Retiro Voluntario: Cuando el paciente desea retirarse de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión por los motivos que vea conveniente, en estos casos interviene asesoría legal y Trabajo Social para firmar un acta de consentimiento.

- 3) Fuga hospitalaria: Cuando el paciente se retira del hospital sin decir nada, ni ser visto por el personal de salud.
- 4) Deceso: Cuando el paciente fallece.

Se consultó a algunos miembros del personal de salud, en este caso a dos médicos y dos enfermeras, cuales son las principales formas de egreso de los pacientes indígenas amazónicos, a lo cual uno de los entrevistados, relató:

Los pacientes indígenas o campesinos en la mayoría de los casos se fugan, es decir se escapan de la institución, no están acostumbrados a un hospital, a los procedimientos médicos, mucho menos a ciertas actividades que son de rutina como es la toma de muestras para análisis diariamente, imagino que esto los aturde y por eso se van. Ha habido casos en que llegan ya demasiado tarde y poco o nada se puede hacer, pero también hay casos en que se reestablecen y vuelven a su comunidad, de esos son pocos, en el servicio de medicina interna al menos, la mayoría de los indígenas que ingresan se dan a la fuga a los pocos días. (O.M.T. comunicación personal, 12 de agosto. 2019).

El entrevistado detallo que al llegar los pacientes indígenas amazónicos con sus familiares y atravesar necesidades, impulsa a los pacientes a retirarse y volver a su comunidad. Algo muy importante a tomar en cuenta, es que menciona que la mayoría de estos pacientes se da a la fuga, es decir, la mayor parte de los indígenas amazónicos que ingresan a medicina interna no se adaptan y por ello deciden irse del nosocomio.

5.3.4. Reingreso de pacientes indígenas amazónicos

Tal como se entiende, el reingreso se trata de que el paciente vuelva al hospital, ya sea por el mismo diagnóstico, por haber empeorado o por otro padecimiento, que según la normativa de referencia y contra referencia debería venir con un formulario de referencia emitido por el médico del centro de salud o posta sanitaria del lugar de origen.

En el transcurso de la investigación de campo, se conocieron dos casos de pacientes indígenas que reingresaron al hospital Dr. Roberto Galindo. El primer caso trataba de una paciente de 23 años de edad y de origen Cavineño, quien vuelve al nosocomio por

complicaciones de Leishmaniosis en las mucosas y faringe. Al consultarle al médico tratante sobre el caso, mencionó:

Está paciente llegó por primera vez hace un año atrás, se le diagnosticó Leishmaniosis y estuvo internada menos de una semana, a los 4 días de ingresada solicitó su retiro voluntario, ya que la familia no quería que se le iniciara tratamiento con Glucantime que consiste en 30 ampollas que deben ser colocadas diariamente, ella decía haber estado internada durante el tratamiento ya que estaba avanzando la enfermedad, pero tanto su esposo como sus demás familiares decidieron convencerla para llevarla a su comunidad y administrarle remedios naturales. Ahora nuevamente ingresa y no hay nada que podamos hacer, tendrá que irse a un tercer nivel, falta ver si la familia acepta, porque ya sabemos que son muy especiales, claro que esta vez se les advirtió que la consecuencia de la salud de la paciente corresponde a ellos. (N.V.T. comunicación personal, 30 de agosto. 2021)

La enfermedad efectivamente había avanzado bastante y la paciente ya no podía hablar, ni tragar, su condición había empeorado bastante, lo cual era bastante notorio. El caso fue derivado a Trabajo Social, con el propósito de dar a conocer las condiciones de estadía de la paciente además de solicitar una reunión conjuntamente con asesoría legal para firmar un acta de compromiso en la cual se estipule que la familia brindaría las garantías de permanencia. Se consultó a Trabajo Social sobre el caso, a lo cual la trabajadora social aludió:

Lamentablemente no tenemos las condiciones para dar seguimiento a los casos que se retiran voluntariamente o tienen alta médica y vuelven a su comunidad. El caso fue remitido a Trabajo Social porque se trata de una paciente indígena con reingreso en estado grave y al no tener garantías de permanencia por parte de la familia es que procedimos a tener una reunión en la cual la familia comprendió que por la condición de la paciente debía irse a tercer nivel, en el momento se les llamó la atención porque gracias a su insistencia en llevársela sin hacer tratamiento es que ella está como esta. (Mescias, comunicación personal, 30 de agosto. 2020).

Además de considerar las garantías de permanencia, Trabajo Social gestiona el tratamiento y el traslado a tercer nivel, gestionando también pasajes y apoyo social en la ciudad de La Paz. Al realizar la entrevista a la madre que estaba como acompañante de la paciente, para

indagar por menores de la situación y las causas de haberla retirado del nosocomio un año atrás, contestó:

Nosotros sabemos curar esto con sangre de grada y raíz de piñón, pero parece que ella no acepto, su cuerpo no acepto el remedio. La primera vez que la llevamos ella no quiso quedarse, ella era que quería irse por sus hijos, tenía pena de dejarlos solos, pero al verla ya tan mal yo misma la lleve al doctor de la comunidad, hacía días que ella no tragaba. (Ana Chupinagua. comunicación personal, 30 de agosto. 2020).

En esta oportunidad ya no la acompañaban ni el esposo, ni los hermanos, solo estaba su madre quien muy angustiada paso los días junto a su hija. Lamentablemente cuando ya estaba todo listo para su referencia a tercer nivel, la paciente falleció y Trabajo Social se encargó de gestionar su traslado hasta su comunidad incluyendo la dotación de un féretro.

Cabe mencionar, que no todos los casos son tan complejos o fatídicos, según indagaciones en algunos de los servicios de internación y en Trabajo Social, por lo que se puede mencionar que no es muy frecuente el reingreso de pacientes indígenas amazónicos. Estos casos solo reingresan por accidentes o por haberse retirado voluntariamente y complicado en su lugar de origen.

CAPITULO VI

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL E INTERCULTURALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES INDÍGENAS AMAZÓNICOS

En el presente capítulo se describe el acompañamiento social que realizan desde la intervención de Trabajo Social las profesionales del servicio en el proceso de atención de los pacientes indígenas amazónicos.

Antes se ha mencionado que, en lo que respecta a la atención de pacientes indígenas amazónicos, generalmente, el personal médico acude a Trabajo Social para su respectiva valoración, acompañamiento, gestión e inclusive establecimiento de comunicación.

Para entrar en contexto, es necesario mencionar que el servicio de Trabajo Social dentro la Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel, publicado en 2014 por el Ministerio de Salud tiene el objetivo principal de enfocarse en la atención de los factores económicos y sociales que influyan o hayan incluido en el proceso de salud y enfermedad, con la finalidad de un abordaje integral aplicando una metodología basada en herramientas propias del área. (Ministerio de Salud, 2014).

Las funciones que se establecen en esta normativa se basan en el diagnóstico social de los usuarios en todas sus áreas, el estudio y evaluación de la situación socioeconómica y ser parte de comités de investigación. Sin embargo, las entrevistas realizadas a las profesionales de Trabajo Social demuestran que su trabajo y el accionar que realizan, va más allá de lo que establece la norma.

Es por ello, que, en este acápite, se expondrán las rutas de atención y los protocolos que han ido implementado las profesionales de acuerdo al requerimiento y la demanda de los casos.

A continuación, se describen cinco categorías de análisis en las cuales se explica la forma de intervención y el alcance de Trabajo Social.

6.1. La valoración social

Una de las principales acciones que cumplen los profesionales en Trabajo Social del área de salud es la valoración social. Acción que para otros ámbitos de intervención profesional viene a ser el diagnóstico social.

Sin embargo, la valoración social, tiene características peculiares en el ámbito de la salud.

En definitiva, trata de explorar diferentes elementos relativos a la persona, la familia y el entorno, a la vivencia individual y familiar respecto a la situación de salud y a las características de la provisión de cuidados efectivos y potenciales desde los sistemas de apoyo formal e informal. (Gomáriz, 2014, p.1).

Al realizar la valoración social, se está realizando un diagnóstico del paciente, pero en el ámbito social relativo a la condición de salud que presenta. Son distintas las formas de intervención para poder realizar esta acción y mucho depende de los casos que llegan al nosocomio.

Una de las profesionales en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán realizó una importante descripción acerca de la valoración social:

Es para nosotras la parte más importante del caso, ya que solamente al definir qué tipo de necesidades, problemas o percances atraviesa el paciente y su entorno familiar se puede comenzar a realizar acciones de carácter social para poder brindarle el apoyo necesario. (Salazar, comunicación personal, 10 de agosto de 2020).

Tanto para el paciente y su entorno familiar como para el profesional en Trabajo Social resulta igual de importante la valoración social, misma que puede darse en la primera entrevista o en el primer encuentro con el paciente, como también en el proceso del restablecimiento de su salud.

Las profesionales del área social en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, realizan a diario valoraciones sociales mediante interconsultas enviadas por los médicos de turno en los servicios que ofrece la institución, siendo este el primer paso para la valoración social de caso.

La valoración social, la realizamos cuando nos llega la interconsulta desde los servicios, pero también realizamos la atención de casos en atención en consultas externas. En realidad, en el servicio de Trabajo Social se atienden todos los casos de carácter social, me refiero a todos aquellos usuarios que necesitan ayuda de cualquier índole para poder sanarse, además de ver también las condiciones económicas, las características familiares y los recursos con los que cuentan los pacientes, puesto que el seguro de salud no cubre todos los medicamentos que los médicos piden. (Salazar, comunicación personal, 10 de agosto de 2019).

Se consideró importante realizar un detalle de los casos que son atendidos por Trabajo Social, por lo cual, conjuntamente con las profesionales del servicio, se realizó la siguiente descripción y tipología de los casos sociales basando la misma en los que son atendidos diariamente.

Tabla 3

Tipología de casos atendido por Trabajo Social del HRGT

Usuarios que requieren Atención Social	Situación social frecuente a requerimiento de valoración social
Menores de edad	- Desnutrición - Anemia - Retiros voluntario autoritario (tutores) - Ausencia de progenitores - Transferencias a tercer nivel - Evidencias visuales de violencia - Violencia sexual - Embarazos adolescentes - Abortos en adolescentes - Abandono de recién nacidos - Abandono de menores de edad en internación - Evidente maltrato físico - Falta de documentación - Sin recurso económicos
Mujeres	- Adicciones de cualquier tipo - Violencia física o sexual - Falta de documentación - Abandono/sin familiares - Sin recursos económicos

Personas con discapacidad	- Violencia Sexual / física - Atención prioritaria - Transferencia a tercer nivel - Embarazo - Enfermedades de base - Abandono/sin familiares - Sin recursos económicos - Falta de documentación
Ancianos	- Enfermedades terminales - Síndrome del anciano abandonado - Sin familiares - Sin recursos económicos
Indígenas amazónicos y occidentales	- Sin documentación - Sin seguro SUS - Con presencia del entorno familiar - Sin recursos - Quejas del personal medico - Falencias en la comunicación - Para transferencia a tercer nivel - Para contra-referir al lugar de origen - Sin entorno familiar
Hombres	- Sin documentos - Sin seguro SUS - Transferencia tercer nivel - Accidente de tránsito (no estado en estado de ebriedad)
Extranjeros	- Sin documentos - Para Categorizaciones
Indigentes	- Para tramitar la gratuidad en la atención

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Al realizar una revisión de los cuadernos de registro de las profesionales en Trabajo Social e ir identificando conjuntamente los casos que requieren valoración social, se pudieron identificar que son diversas las situaciones por las cuales se acude al servicio, brindado atención a todos los casos iniciando con una entrevista personal tanto con los pacientes como con los familiares presentes, comenzando las acciones para resolución desde el momento que toman el caso.

Al consultarle a otra de las profesionales del servicio de Trabajo Social sobre su accionar con los pacientes indígenas amazónicos, la misma aludió:

Los pacientes indígenas de la región son para atención social, y esta situación no la hemos determinado nosotras. Son los médicos tratantes quienes nos envían la interconsulta o nos llaman de forma verbal hasta emergencia, cuando identifican un paciente indígena amazónico. Desde que ingresan son atendidos por Trabajo Social, ya que nosotras les explicamos en un vocabulario entendible, los procedimientos y los diagnósticos. (Mescias, comunicación personal, 02 de septiembre. 2019).

Cuando la entrevistada menciona que no son ellas quienes determinan que los pacientes indígenas amazónicos son para valoración social, se refiere a que, en las interconsultas, los mismos, médicos son quienes identifican la identidad étnica de los pacientes e inmediatamente, asumen que al ser indígenas amazónicos no tendrán recursos o en otros casos asumen que ocasionaran problemas, como se pudo apreciar en el capítulo anterior.

Algo que llamó la atención, fue el tema de la comunicación. En las entrevistas realizadas a familiares y pacientes indígenas, se percibió que prácticamente todos hablan el castellano y solo utilizan su lengua de origen para comunicarse entre ellos. Cabe recalcar que algunos, se les comprende con más claridad que a otros, pero en su gran mayoría hablan y comprenden el idioma. Es importante aclarar, que el personal médico, explica y comunica los procedimientos o diagnósticos con lenguaje muy técnico, por lo tanto, es de difícil comprensión para los indígenas amazónicos y sus familiares. Estas acciones se pudieron percibir mediante la observación participante realizada a los casos identificados.

Es en este momento que las trabajadoras sociales, utilizan técnicas de lenguaje entendibles, con palabras más comprensibles para ellos y de esta manera puedan comprender su padecimiento y también los procedimientos que les realizan a lo largo de todo el tratamiento. Al ser parte observante de un proceso comunicativo en el que la trabajadora social explicaba a los familiares de un paciente sobre su diagnóstico y las técnicas utilizó, se llegó a comprender que los indígenas amazónicos comprenden perfectamente, si se les habla en sus términos.

La licenciada ingresó a sala a solicitud del personal médico, ya que el paciente indígena de origen Tacana, no permitía que le realicen ningún procedimiento, portándose agresivo con las enfermeras. Se acercó al paciente y le dijo apoyándose con gestos de las manos “que es con vos, que pasa, tienes miedo”, el paciente le respondió bastante alterado “me quieren sunchar mi brazo”, la licenciada respondió “eso es pa que te cures, pa que ya no te duela la panza, adentro de tu

pansa, tienes una bola, así como un puchichi¹ y si no te dejas sunchar ese puchichi va a reventar y te van a abrir tu pansa con cuchillo, quieres eso?”, el paciente medio incrédulo menciona “ese pincho me va a quitar el dolor?”, a lo que la licenciada le mencionó “no solo eso, va a hacer que el puchichi ya na haya y no te duela más”, agregó “nadie quiere tu mal, el medico amigo, la enfermera amiga, yo amiga”. (Observación realizada, 03 de noviembre.2019).

De esta manera el paciente, accedió a que la enfermera proceda a colocarle una la canalización para introducir medicamentos por vía endovenosa, sin embargo, el paciente en ningún momento soltó la mano de la trabajadora social, quien se quedó con el hasta que el procedimiento terminó y luego le dijo que le explicaría a su pareja lo que él tenía y que estaría pendiente de él hasta que se vaya. Lo que llamó más la atención, es la confianza depositada en la trabajadora social, por parte del paciente indígena amazónico y la forma en la que ella se ganó esa confianza, utilizando un tono de vos similar al del paciente, los gestos que ayudaban a la explicación y palabras de su entendimiento para que él pueda saber la gravedad de su condición.

Otro caso identificado mediante la observación no participante, se describe a continuación:

En ginecobstetricia llaman a la trabajadora social al atender una paciente de 17 años de edad procedente de la comunidad indígena Yaminahua, quien se encontraba en labor de parto y no permitía que nadie la examine y menos que se le acerquen. La licenciada, se acercó a ella y le tomo la mano, le dijo que este tranquila y le pregunto: ¿Qué pasa, porque no quieres que la doctora te examine?, la paciente le contesto muy alterada: me grita, me quiere sacar a mi hijo, me mira mal. La trabajadora social la tranquilizó diciéndole que nadie le va a hacer daño ni a ella ni al bebé que había adentro, le pregunto sobre su familia, el padre de su hijo y de esta manera estableció un nexo de comunicación, la paciente, se fue relajando y ella le fue explicando que en el hospital tenían que revisarla para que tanto ella como su bebé estén bien. Una vez calmada la paciente, la trabajadora social le pidió al médico de turno sí podrían hablar afuera. Al retirarse de la sala la médico empezó a brindarle sus quejas de lo difícil que fue atenderla y que la paciente no se dejaba hacer nada, la trabajadora social corto el dialogo y le pregunto si ella sabía que era una paciente indígena y además menor de edad, no pidió que esté presente la defensoría, también le pregunto si le habían explicado a la paciente sobre cada procedimiento que le estaban por realizar, la médico se quedó callada y la trabajadora social bastante molesta le dijo que estaba generando violencia obstétrica con esa paciente y que eso podría hacer que se la procese por negligencia, además de ser menor de edad y pertenecer a una comunidad indígena. La medico

¹ Puchichi: palabra que utilizan personas del área rural en el oriente amazónico para llamar a los forúnculos o abscesos.

argumento que precisamente por esa condición la habían llamado, para que ella sea quien lidie con la paciente, la trabajadora social le dijo que cualquier persona puede lidiar con los pacientes, con la diferencia que a las trabajadoras sociales les caracteriza la empatía y calidez que le brindan a los pacientes. Seguidamente la trabajadora social estableció contacto con la pareja de la paciente y sus familiares, de igual forma les indico que la paciente entraría a quirófano para ser intervenida y que pronto conocerían al bebé. (Observación realizada, 04 de noviembre, 2019).

La valoración social, puede hacer la diferencia en la atención de los pacientes indígenas amazónicos, y no solamente de ellos, si no de los pacientes más vulnerables ante el sistema de salud biomédico, ya que las mismas trabajadoras sociales son quienes afirman que los casos sociales en la mayoría, son de personas que pertenecen a un grupo vulnerable, que no siempre están en situación de pobreza, sino en situación de vulnerabilidad social como es el caso de los indígenas amazónicos cuya principal causa de esta vulnerabilidad es la diferencia en el sistema cultural de procedencia y es mediante la valoración que puede llegar a modificarse inclusive el trato que les brinden dentro del nosocomio, ya que al conocer el caso la trabajadora social, establece un lazo comunicativo entre el personal médico y el paciente con la finalidad de brindar un mejor entendimiento en lo que duré el proceso de recuperación.

Es importante mencionar que la relación médico paciente es esencial en el proceso de atención, puesto que genera la confianza necesaria y la fluidez en la comunicación que el paciente necesita para crear la confianza en su galeno tratante.

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. (Langdon citado en Giolo Marconi, Boni, Ribeiro y Francisco, 2017, p.666).

En el caso de pacientes indígenas, el inicio de una buena relación debe comenzar en la comunicación de los profesionales en salud, pero sobre todo de los médicos y enfermeras quienes están a cargo de la atención clínica permanente con el fin de establecer atención apropiada y también diferenciada que garantice un mejor trato y concluya en una óptima rehabilitación.

Se espera que la atención cuente con un equipo multiprofesional y que abra espacio al diálogo entre el paciente y el equipo, fortaleciendo principalmente los lazos de confianza entre médicos y pacientes indígenas. Para una atención satisfactoria y de calidad es necesaria una buena preparación de los profesionales, que deben ir más allá de la mera relación médico-paciente, contemplando el contexto sociocultural y las diferentes concepciones sobre salud, enfermedad, tratamiento y del propio individuo. Se buscan, de esta forma, medios para acercar culturalmente y contribuir mutuamente con la decisión del tratamiento, valorando y respetando la autonomía del paciente de manera tal de garantizar una atención integral, resolutive y responsable. (Pereira citado en Giolo Marconi, Boni, Ribeiro y Francisco, 2017, p.666).

Esta atención con enfoque intercultural debería establecerse en hospitales de lugares en los cuales existen pueblos indígenas amazónicos. Pero la realidad se aleja mucho de lo que se espera y en contexto se está muy aún más lejos de considerar a las instituciones de atención en salud culturalmente competentes para respetar a los pacientes indígenas y brindarles un trato respetuoso y digno.

6.2. Instrumentos y técnicas de intervención social

Además de la valoración social de pacientes indígenas amazónicos, en la primera entrevista las trabajadoras sociales realizan un análisis de la situación social y económica de los pacientes, categorizando a los mismos y planificando las gestiones a realizar para ayudar a su proceso de recuperación.

Los instrumentos que se utilizan en el servicio de Trabajo social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán son: La ficha social, el cuaderno diario, la hoja de intervención social en historia clínica, la ficha de categorización, la ficha de visita domiciliaria, la ficha de alimentación y por último el informe social. A continuación, se describen las más utilizadas de las herramientas y sus técnicas de aplicación respectivas.

6.2.1. La Ficha Social

En todas las intervenciones sociales que se realizan en los diferentes escenarios de desempeño laboral de los trabajadores sociales, la ficha social es el instrumento principal,

ya que en él se encuentran los datos y características socioeconómicas primordiales que apoyan a la valoración social.

La ficha social es un instrumento utilizado por los trabajadores sociales con el fin de tener, en forma sistematizada la información inicial de una persona, el grupo familiar al que pertenecer, su relación con otros familiares, una breve historia social (antecedentes) la tenencia de su vivienda, servicios básicos, situación económica en cuanto a ingresos y egresos y por último la categoría según estos ingresos. (Olivares, 2018, p.81).

En este instrumento, se pueden expresar los datos más importantes del usuario y su entorno familiar además de saber quién es, a que se dedica, con quienes vive, cómo vive y con qué fuentes de ingresos cuenta. Para el área de salud, “primero se conocen los antecedentes y luego estado físico emocional y social que confronta la persona y su familia. En el espacio de situación actual mediante un breve diagnostico con visión holística” (Olivares, 2018, p.82). Cabe recalcar, que, en el área de salud, la ficha social, se enfoca en la situación de salud del usuario y a partir de ello

En entrevista con una de las trabajadoras sociales aseveró:

La ficha social, ha sido diseñada para el Hospital Dr. Roberto Galindo en conjunto con las demás profesionales del servicio, hemos tenido otros diseños de ficha social, pero este último modelo se asemeja más a lo que se necesita saber de los pacientes, además de ser fácil de llenar y por la afluencia de pacientes no tenemos mucho tiempo. (Mescias, comunicación personal, 02 de septiembre. 2019).

Como se puede apreciar en el Anexo 4, los datos que se expresan en la ficha social, según explicó la entrevistada, en el encabezado se establecen la categoría social designada a los pacientes, el tipo de seguro de salud que tiene, el número de historia clínica, el servicio en el que se encuentra, la sala y la cama en la que está internado.

La primera parte detalla los datos personales del paciente además del nombre de la persona acompañante o persona de contacto. En la segunda parte establece los datos clínicos y la tercera parte se detalla la valoración social donde se explica la situación social del paciente, es decir; donde vive, como vive, cuanto percibe, quienes sustentan el hogar y qué situación

se encuentra en el momento de estar en la hospitalización. En la última parte se incluye las actividades gestión o el tipo de intervención que realizan.

La técnica que se utiliza para el llenado de la Ficha Social usualmente es la entrevista, ya sea con el usuario/a o su entorno familiar y se realiza en el lugar en que se encuentra el/la paciente internado/a o en su defecto en el servicio de Trabajo Social si el caso amerita. Una vez llenada la ficha social y firmada por la trabajadora social, se la deja en la historia clínica del/a paciente.

6.2.2. El Cuaderno de Campo

El cuaderno de campo es un instrumento en el cual se apoyan y respaldan profesionales del servicio de Trabajo Social en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, siendo esta herramienta su soporte, además de una base de datos en la cual se establecen características que son perceptibles al momento de realizar la valoración social de los casos y observaciones basadas en evidencias sociales.

Como se puede apreciar en la figura que refleja los apuntes realizados por la trabajadora social, los datos que se establecen permiten a la profesional tener una idea clara del caso para posteriormente emitir informes o cualquier tipo de información sobre ese paciente y su familia.

En el caso de la atención a pacientes indígenas amazónicos, “ellos expresan en la mayoría de los casos que proceden de una comunidad indígena y en caso de no expresarlo, se les pregunta, basándonos en los apellidos y el lugar de donde proceden” (Mescias, comunicación personal, 02 de agosto. 2019). Como se puede denotar en la imagen, se detalla que es el paciente es quien menciona pertenecer a la comunidad indígena Machineris.

6.2.3. Informe Social

El informe para cualquier profesión, se entiende como un compilado documental que contiene datos importantes a quien los requiere. Por su parte:

El informe social es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional en trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional. (Gómez, Pas, Pérez y Russo, 2002, p.2).

Para Trabajo Social, es un documento en el cual se reportan todos los aspectos relevantes de un caso en particular y está estructurado de acuerdo a lo que se requiere informar.

Para el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán se presenta este instrumento de acuerdo al requerimiento, como menciono una de las funcionarias:

Realizamos varios tipos de informe; el informe mensual dirigido al director en el cual se están establecidos los datos de todos los pacientes atendidos a lo largo del mes, las coordinaciones con los demás servicios y también interinstitucionales, realizadas y otras que catalogadas para referencias: El informe de personas en situación de violencia de cualquier tipo, el informe de adultos mayores abandonados, el informe de personas en situación de indigencia, entre otros. (Salazar, comunicación personal, 10 de agosto de 2019).

La estructura del informe social en el servicio de Trabajo Social va en concordancia con lo que requieren informar, como se puede apreciar en el anexo 5, el informe social, está constituido por las características personales de un paciente, su historia social, el entorno familiar, la situación económica y la valoración social, en las conclusiones las trabajadoras sociales ubican las posibles soluciones para la problemática o necesidades identificadas en el proceso de recuperación del paciente.

Este instrumento generalmente deriva de apuntes indagados en el diario de campo o la ficha social y se realiza una vez valorado el caso y realizadas las gestiones que correspondan. Sin embargo, puede haber informes sociales de requerimiento para apoyo, un ejemplo es el informe social que envían al servicio departamental de gestión social para el ingreso de un adulto mayor en estado de abandono. Otro ejemplo sería el informe que presentan para categorizar en estado de indigencia a pacientes que llegan al hospital y que viven en situación de calle, este informe lo envían a la administración solicitando que se libere gratuidad para este tipo de pacientes, ya que en su mayoría son indocumentados.

El informe social suele ser una herramienta de indagación, respaldo, evidencia o requerimiento para poder identificar la situación social de un paciente y su entorno familiar, además de exponer las gestiones que se realizaron en el caso.

6.3. Las estrategias de intervención social con pacientes indígenas amazónicos

Las Trabajadoras Sociales del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, no tienen estrategias diseñadas o parámetros estratégicos establecidos para atención de pacientes indígenas específicamente, pero a medida que se presentan los casos, van implementando ciertas estrategias según el requerimiento del caso.

Lo primero es identificar a los pacientes indígenas amazónicos y para ello, se debe realizar la entrevista según manifestó Salazar:

Es en la entrevista que nos damos cuenta si ellos pertenecen a una comunidad indígena de la región, mediante en su forma de hablar, su comportamiento, las condiciones que llegan, en los acompañantes, en su comprensión de lo que el médico les indica y posteriormente procedemos a preguntar. Hasta ahora no se han dado casos en que los pacientes oculten su procedencia o rechacen, más al contrario, sienten orgullo y cierto respaldo al decir que son de comunidades indígenas (Comunicación personal, 10 de agosto de 2019).

Una característica importante en los indígenas amazónicos es que ellos se identifican con su comunidad, su etnia y su cultura. Esto se observó en más de una oportunidad y según lo mencionado por la entrevistada, son los propios indígenas amazónicos quienes mencionan su pertenencia, lo que de alguna manera facilita el trabajo de intervención y valoración social, ya que, a partir de ello, las trabajadoras sociales comienzan con las estrategias de intervención según el caso.

Mucho depende del caso y de su gravedad, pero las gestiones sociales para los pacientes indígenas, la mayoría de las veces comienza por la secretaria de asuntos indígenas, organizaciones sociales, autoridades indígenas de la CIPOAP e inclusive las campañas de apoyo económico son más rápidas. Le comento el caso del niño Moisés Yoamona de los Machineris que llegó con su papá y tenía el ojo perforado por un accidente con un machete. Las mismas empresas, instituciones y la gente apoyan de manera inmediata, no solo por ser un niño, sino también por ser indígena, porque la población concibe que, si procede del área rural y es indígena amazónico, no tiene recursos, por lo que la ayuda llega casi inmediatamente. (Mesías, comunicación personal, 03 de marzo. 2020).

Si la resolución la tiene el nosocomio, las gestiones sociales no entran en contexto, puesto que el caso se resuelve en el nosocomio, sin embargo, algo que llamo la atención, es que en el caso de los indígenas amazónicos, casi en todas las oportunidades, según lo que se evidencio mediante la observación realizada, es que siempre necesitan algo, puede no ser insumos médicos, pasajes o apoyo económico, pero precisan alimentación para sus acompañantes, albergue, ropa e inclusive utensilios de primera necesidad y aseo, los cuales son gestionados por Trabajo Social.

Mediante la observación realizada y las entrevistas aplicadas a las trabajadoras sociales se puede mencionar que entre las principales estrategias de intervención social que emplean las profesionales del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán que se identificó se puede hacer énfasis en las siguientes:

- 1) Priorización en la atención: Consiste en la búsqueda de brindar prioridad a los pacientes indígenas amazónicos en laboratorios, cirugías, atención médica, entre otros. Las trabajadoras sociales procuran que se realicen estas acciones con la finalidad de evitar que los pacientes permanezcan mucho tiempo ya que esta permanencia implica sacrificios para su entorno familiar que en la mayoría de los casos los acompañan, además de que evita posibles conflictos entre el personal de salud y los pacientes. En la mayoría de los casos, según se pudo observar, lo consiguen y se brinda prioridad a los pacientes indígenas que están internados.
- 2) Posicionamiento empático: ya se mencionó anteriormente que las trabajadoras sociales tienen mucha empatía con los pacientes indígenas, motivo por el cual establecen una relación comunicativa desde la primera entrevista lo cual permite que los pacientes indígenas amazónicos tengan confianza con alguien que les explica de forma sencilla y en su entendimiento lo que les pasa.
- 3) Enlace comunicacional médico-paciente indígena: aunque no son precisamente las trabajadoras sociales las que han creado este enlace, a medida que ha transcurrido el tiempo, el personal de salud, sobre todo el personal médico, asumen automáticamente que la comunicación que se establezca con indígenas amazónicos debe ser a través de Trabajo Social. Esta suposición puede estar relacionada con la caracterización de los indígenas amazónicos como grupo en situación de

vulnerabilidad, ya que de esta forma los manejan en el nosocomio y todo paciente considerado *vulnerable* es derivado a Trabajo Social.

- 4) Establecimiento y priorización de necesidades: esta última estrategia identificada, está relacionada al análisis que realizan las trabajadoras sociales en cuando las necesidades de los pacientes indígenas, no solamente en su padecimiento de salud, sino también en el área familiar y económica. Es en este momento que priorizan las necesidades más sobresalientes, como, por ejemplo, el entorno familiar del paciente indígena que llega con él desde el área rural y no tienen albergue, alimentación ni recursos económicos para su estadía. Entonces, el paciente además de estar con un padecimiento que le obliga a permanecer en el nosocomio debe preocuparse por su familia que lo acompaña, puesto que en la mayoría de los casos pasa, por lo tanto, mientras que el personal médico se encarga de rehabilitar al paciente, trabajo social se encarga de que a su entorno familiar no le falte alimentación y albergue.

Se conoce que las estrategias de intervención para Trabajo Social en el área de salud pueden llegar a ser más complejas que otros escenarios profesionales. Sin embargo, se generalizan para todos los casos que se van presentando sin establecer parámetros o protocolos de intervención social específicos para cada tipología de caso o en su defecto para los grupos de atención identificados en la tabla 1, por lo cual se establecieron las estrategias arriba mencionadas y se considera que intrínsecamente las profesionales del área social realizan protocolos de atención sin estar establecidos, teniendo en cuenta la valoración social como tal.



Figura 2: Proceso de valoración social mediante las estrategias de intervención

Fuente: Elaboración Propia, 2020.

Toda intervención social es importante al momento de atender a pacientes que lo requieran, sin embargo, atender a pacientes indígenas amazónicos implica intervenir en el ámbito familiar, económico e inclusive en la atención que reciba en el nosocomio. Por lo tanto, las estrategias mencionadas, se emplean con la única finalidad de brindar protección y apoyo para lograr un proceso de restablecimiento óptimo.

6.4. Acciones para apoyar en el restablecimiento de pacientes indígenas amazónicos

Se consideró tomar en cuenta las acciones de apoyo para el restablecimiento de los pacientes indígenas amazónicos, a partir de las entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales, mismas que dieron a entender que los medios de apoyo se dan en dos formas: mediante el apoyo institucional y mediante el apoyo social.

6.4.1. Apoyo Interinstitucional

El apoyo interinstitucional, tiene características que explica Salazar:

Lo primero que hacemos en caso de solicitar apoyo interinstitucional es analizar a que comunidad pertenece el paciente, en que municipio esta esa comunidad y también averiguamos quienes son las autoridades que los representan, es decir asambleístas, diputados o senadores si el caso amerita. También depende mucho de lo que requiere el paciente, según la magnitud de las necesidades que tenga en su restablecimiento de salud. (Comunicación personal, 05 de marzo. 2020).

En base a la entrevista y a lo observado en el transcurso de la investigación se identificaron instituciones a las cuales acude Trabajo Social de acuerdo a las necesidades de los pacientes como se describe a continuación.

Tabla 4

Caracterización de necesidades e instituciones de apoyo

Descripción del tipo de necesidad	Institución de apoyo	Requisitos para solicitar apoyo	Respuesta
Alimenticias	- Servicio de Nutrición – HRGT	Boleta de solicitud de apoyo alimenticio	Inmediata
	- Restaurant “Sabores de Casa”	Solicitud escrita detallando cantidad de personas y días de alimentación	Inmediata
	- Restaurant “La Pascana”	Solicitud escrita detallando cantidad de personas y días de alimentación	Inmediata
	- Casa hogar del adulto mayor – SEDEGES	- Solicitud escrita dirigida a la dirección - Copia de ficha social - Copia de cedula de identidad	Tardía (Se debe enviar la solicitud 48 horas antes).
Albergue	- Refugio transitorio para mujeres del municipio de Cobija	- Solicitud escrita al SLIM - Copia de cedula de identidad de las personas que se quedaran en el albergue - Copia de ficha Social	Semi – tardía (Se debe enviar la solicitud 24 horas antes y esperar la confirmación)
	- Centro integral de la mujer en situación de violencia	- Solicitud escrita - Copia de cedula de identidad de las personas que se quedaran en el albergue - Copia de ficha Social	Semi – tardía (Se debe enviar la solicitud 24 horas antes y esperar la confirmación)
	- Casa hogar de niños, niñas y adolescentes - SEDEGES	- Solicitud escrita al SEDEGES	Semi – tardía

		- Copia de cedula de los menores de edad que se quedaran en el albergue - Informe Social	(Se debe enviar la solicitud 24 horas antes y esperar la confirmación)
	- Residencial “Bolívar”	- Solicitud escrita - Copia de cedula de identidad	Inmediata
Medicamentos	- SESA - Caritas Bolivia	- Solicitud Escrita - Informe social	Inmediata
Laboratorios	- Clínica Integramédica	- Carta de solicitud de apoyo - Orden de atención del médico tratante - Copia de cedula del paciente	Semi – Tardia (se debe enviar la solicitud 24 hrs antes y esperar confirmación)
	- Clínica UNEDI	- Carta de solicitud de apoyo - Orden de atención del médico tratante - Copia de cedula del paciente	Semi – Tardia (se debe enviar la solicitud 24 hrs antes y esperar confirmación)
	- Clínica Copacabana	- Carta de solicitud de apoyo - Orden de atención del médico tratante - Copia de cedula del paciente	Semi – Tardia (se debe enviar la solicitud 24 horas antes y esperar confirmación)
	- Laboratorios Yojan	- Carta de solicitud de apoyo - Orden de atención del médico tratante - Copia de cedula del paciente	Inmediata
Transferencia a III nivel	- Secretaria de asuntos indígenas – Gobierno Autónomo Dptal.	- Carta de Solicitud de apoyo - Copia de informe médico - Copia de Cedula de identidad - Informe Social y Requerimiento de apoyo	Tardía (una vez ingresados los requisitos el requerimiento tiene respuesta en 5 a 10 días)
	- CIPOAP	- Carta de Solicitud de apoyo - Copia de Cedula de identidad - Informe Social y Requerimiento de apoyo	Inmediata
	- Hospital de Clínicas – La Paz - Hospital del Niño – La Paz - Materno infantil – La Paz	- Carta de solicitud dirigida a Trabajo Social - Informe Social completo anexando fotografías, informe médico, copia de transferencia y copia de cedula del paciente y su acompañante.	Inmediata (Previamente se establece contacto vía telefónica para dar a conocer la transferencia y se envía el informe con el/la paciente)

Transporte aéreo	- Boliviana de Aviación	- Carta de solicitud dirigida a BOA - Informe Social completo anexando fotografías, copia de transferencia y copia de cedula del paciente y su acompañante. - Certificado Medico	Tardía (una vez ingresada la solicitud el tramite puede tardar entre 10 a 15 días)
Transporte terrestre	- Flota Vaca diez - Flota Unificado - Flota Yungueña	- Solicitud Escrita detallando nombre de la persona que viajará - Copia de cedula de identidad	Inmediata

Fuente: Elaboración propia, 2020.

A medida que han identificado las necesidades de los pacientes indígenas amazónicos, las trabajadoras sociales establecieron vínculos de apoyo con las instituciones que se mencionan en la tabla 2, sin necesidad de realizar convenios interinstitucionales, simplemente exponiendo los casos y sus necesidades como menciona Mescias:

En estos últimos años se ha logrado establecer contacto con diferentes instituciones que brindan su colaboración en dependencia del caso. Hay casos que presentan múltiples necesidades como alimento, ropa, transporte, albergue y si son transferidos a tercer nivel precisan pasajes y la coordinación con la institución de tercer nivel que los admite, por lo que nosotras lo que hacemos es primero valorar y coordinar con los médicos tratantes desde el inicio. Nuestra misión no se limita solamente a ver por el restablecimiento de la salud del paciente indígena amazónico, sino también vemos por su familia, sus necesidades básicas y lo que requieran, ya que entendemos que no tienen familiares en la ciudad, ni recursos y mucho menos las condiciones de auto-gestionar esas necesidades y puede ser que este apoyo se confunda con asistencialismo, pero en el caso de estos pacientes solamente es gestión social que beneficie a su recuperación y retorno a su comunidad. (Comunicación personal, 03 de marzo. 2020)

El apoyo de las instituciones mencionadas se constituye en la solución de muchas de las necesidades que tienen los indígenas amazónicos al llegar al hospital Roberto Galindo. Este apoyo se hace realidad en base a las gestiones realizadas desde Trabajo Social mediante solicitudes y requisitos que las funcionarias conocen.

Es en estas acciones que se puede identificar la intervención social mediante la resolución de conflictos y la gestión social como método de esta acción.

6.4.2. Apoyo Social

Entiéndase que el apoyo social está considerado para las profesionales de Trabajo Social en el Hospital Roberto Galindo como la ayuda que viene directamente de personas que quieran colaborar de forma inmediata en algunas necesidades que tengan los pacientes indígenas amazónicos, como explica a continuación Salazar:

Hoy en día nos apoyamos mucho en la red social, claro que tenemos una base de datos establecida de las personas que nos colaboran continuamente, estas personas piden mantenerse en el anonimato por lo general. Este tipo de apoyo se solicita cuando se trata de una emergencia, por decir, una cirugía de emergencia o un parto, una receta que sea necesitada de inmediato. Se pide autorización para tomar una fotografía a la persona que necesita y mediante la unidad de Comunicación se publica en Facebook, Instagram y WhatsApp, esto se viraliza y se obtienen respuestas casi inmediatas. Claro que este tipo de apoyo se da solamente si el caso es de emergencia y lo amerita. (Comunicación personal, 05 de marzo. 2020).

Como menciono la entrevistada, los casos que ameritan apoyo social son aquellos que requieren resolución de inmediato, por lo que las trabajadoras sociales luego de valorar el caso, identifican que tipo de apoyo van a procurar.

En el transcurso de la investigación se pudo observar, que, al momento de lanzar campañas solidarias, existe respuesta favorable y logran obtener apoyo inmediatamente, claro que este recurso lo utilizan solo en casos muy especiales, cuando ya no se puede gestionar apoyo por otros medios. Esto lo realizan para evitar malos entendidos o susceptibilidad.

En el caso de campañas solidarias, puede decirse que son nuestra carta bajo la manga, solamente las realizamos cuando el caso es complejo, es decir, cuando el paciente necesitar urgentemente una receta o algo que requiera inmediatamente y no se pueda obtener por otras vías. Claro que tenemos formas de hacerlo y personas claves que nos apoyas, sabemos cómo iniciar una pequeña campaña y también sabemos cómo emplearla. (Mescias, comunicación personal, 03 de marzo. 2020).

La forma en la cual activan las trabajadoras sociales este apoyo es mediante redes sociales, notándose que tiene mayor impacto mediante la red social WhatsApp, ya que pertenecen a grupos sociales vinculados al área además de sus contactos conocidos. Estas solicitudes de apoyo se realizan con la debida autorización de los pacientes que necesitan ayuda y se envía

un mensaje con la imagen mencionando brevemente de que se trata el caso y la urgencia del apoyo.

Para concluir este apartado, se puede mencionar que las profesionales del área social, tienen una base de datos, de aquellas personas o grupos sociales que están constantemente apoyando cuando la causa social amerita y previamente justificada para recepción de dicho apoyo, que en la mayoría de los casos es directamente entregado a quienes necesitan.

6.5. La atención con enfoque intercultural en el H.R.G.T.

Como se expresó anteriormente, la atención con enfoque intercultural en el área de salud, es de gran importancia para evitar posibles controversias en el proceso de rehabilitación de pacientes que proceden de una comunidad indígena. “Propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección” (Almaguer y García, 2009, p.4). Por lo tanto, se considera que es significativo analizar el papel que juegan los diversos actores hospitalarios en la atención con enfoque intercultural, partiendo por el accionar en la atención y el entendimiento del mismo.

Se realizó un sondeo en el nosocomio emitiendo preguntas con respecto a la atención con enfoque intercultural y su ejercicio en el proceso de atención a algunos galenos, personal de enfermería y trabajadoras sociales, a lo cual se obtuvieron interesantes testimonios.

Todos recibimos antes de concluir con la formación académica un seminario sobre atención con enfoque intercultural, al menos en mi caso se llevó a cabo, claro que no asistieron todos los compañeros y no era obligatorio, sin embargo, la interculturalidad la ejercemos diariamente al atender personas de distintas culturas, aunque a veces se torne bastante difícil el entendimiento. (A.B.T., comunicación personal, 02 de febrero, 2020).

El testimonio es emitido por una médica que ejerce funciones en el área administrativa del nosocomio, quien alude que si bien es de gran importancia que quienes trabajan en el área de la salud tengan conocimiento sobre la atención con enfoque intercultural, esto debería ejercerse con mayor énfasis en el primer nivel de salud y en las brigadas móviles que pasan por las distintas comunidades.

Se consultó también a un especialista del área de ginecobstetricia sobre su concepto sobre la atención con enfoque intercultural a lo cual refirió:

Me parece que es sumamente importante que como médicos entendamos que las pacientes indígenas respetan sus tradiciones y sus formas de dar a luz, claro que debe entenderse que cuando el caso amerita, como médicos debemos precautelar la vida de la madre y el niño, pero sin ejercer violencia obstétrica, que lamentablemente se ha visto mucho en nuestro nosocomio y que me apena profundamente ver el proceder de otros colegas. (C.C.V., comunicación personal, 04 de febrero. 2020).

Lo que mencionó el entrevistado pone en evidencia que no se ejerce atención con enfoque intercultural en este servicio, siendo que, no se consulta a las pacientes indígenas amazónicas de qué forma prefieren su alumbramiento además de no contar con las condiciones de infraestructura para ello.

Por lo que se pudo observar en el transcurso de la investigación, tanto médicos especialistas como residentes y sobre todo enfermeras, ejercen violencia obstétrica en las pacientes en general, incrementándose con especial particularidad en pacientes indígenas amazónicas, al no explicarles sobre los procedimientos, no tener contacto verbal, realizar el tacto ginecológico sin previa información, no acudir cuando se quejan de dolor excesivo, en algunas ocasiones levantarles la voz y fomentando el temor por parte de las pacientes en cualquier situación.

La intervención de Trabajo Social ha salido a relucir en varias ocasiones cuando se trata de vulneración de derechos, además de solicitar apoyo a la *Defensora del Paciente* e incentivar a las pacientes a denunciar cualquier tipo de abuso o mal trato.

En cuanto al servicio de Medicina Interna, se consultó al Jefe de Servicio sobre el entendimiento de la atención con enfoque intercultural a lo cual mencionó:

Tengo entendido que la atención bajo este enfoque se trata más en el área rural, pero también nosotros ejercemos atención intercultural al atender personas de diferentes regiones étnicas que vienen en su gran mayoría del área rural y en muy malas condiciones de salud, claro que es necesario agregar que en este sentido nos apoya bastante trabajo social, sobre todo lidiando con las familias que los acompañan, ya que esa es una de las más grandes dificultades cuando de pacientes indígenas se trata. (N.V.R., comunicación personal, 07 de febrero. 2020).

Por lo que se pudo denotar, la entrevistada tiene una vaga noción de lo que conlleva la atención intercultural en salud, además de resaltar que, para los miembros del servicio, el hecho de brindar atención a personas procedentes del área rural es en sí ejercer interculturalidad en la atención, además de aludir que el entorno familiar de los pacientes indígenas son un problema. Se continuó la entrevista explicando a la médica sobre las características de la atención y lo que representa para los pacientes indígenas, sin embargo no se obtuvo una respuesta favorable ya que la entrevistada cerró la entrevista mencionando que en el servicio no se hace ningún tipo de distinción y se atiende a todos por igual sin importar mucho su procedencia.

Lamentablemente no se pudo realizar entrevistas a galenos del área de cirugía, pediatría, emergencias y terapia intermedia, debido al tiempo que implica la entrevista, además de que al mencionar que se trataba de información sobre interculturalidad en la atención, se negaron rotundamente a responder, puesto que la mayoría mencionaron que no tenían conocimiento sobre la situación y en el caso del personal de enfermería lo propio. Cabe resaltar que no se consultó al total del personal puesto que se son tres turnos los que se cubren y el personal varía cada ocho, doce y veinticuatro horas.

Por su parte una de las profesionales en Trabajo Social emitió de forma elocuente:

Nuestra formación académica tiene contenido de trabajo e intervención con grupos en riesgo y grupos vulnerables, considerándose a la población indígena parte de estos grupos, ya que como se puede observar desde cualquier ámbito siguen siendo sujetos de malos tratos, abusos y vejaciones. Por lo tanto, intervenimos de forma inmediata cuando se trata de pacientes indígenas y con más ahínco si estos proceden del área rural. (Salazar, comunicación personal, 03 de marzo. 2020).

Sin embargo, es importante dar a conocer que las profesionales del área social no han sido capacitadas específicamente en la atención con enfoque intercultural. Pese a ello, admiten a los pacientes indígenas amazónicos como parte de los casos sociales que se presentan al tener el antecedente de las necesidades de anteriores casos, resaltando que muchos de estos son similares.

Se realizó además una revisión documental de los libros y cuadernos de campo de las profesionales en trabajo social conjuntamente con ellas, desde el año 2018 hasta la fecha,

sobre los casos atendidos de pacientes indígenas amazónicos, teniendo un resultado de más de 150 registrados de diferentes comunidades, edades y patologías. (Ver anexo 6).

Se puede concluir este apartando mencionando que el hospital Dr. Roberto Galindo Terán, la atención con enfoque intercultural no está siendo efectuada y mucho menos reflexionada para su inclusión por médicos y enfermeras.

Quienes desde su experiencia y vocación de servicio actúan de alguna manera en brindar calidez en la atención a pacientes indígenas amazónicos, son las trabajadoras sociales de la institución mediante una actuación como mediadoras, sin embargo, no han recibido capacitaciones sobre interculturalidad.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Para concluir la investigación, se puede mencionar que se dio respuesta al objetivo general planteado en un inicio puesto que mediante los objetivos específicos se logra describir de qué manera se desarrolla el proceso de la atención a pacientes indígenas amazónicos en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija-

En lo que concierne al tránsito por el hospital Dr. Roberto Galindo Terán dentro del itinerario terapéutico de los pacientes indígenas amazónicos de Pando, se puede mencionar que:

- Se categorizó el itinerario terapéutico de los pacientes indígenas amazónicos explicado en los sistemas de salud de auto atención, tradicional y biomédico.
- Es importante entender que la situación de las comunidades indígenas amazónica es muy diferente del occidente, por lo que se evidencio que cada comunidad indígena tiene su propio sistema cultural y por ende sus creencias, saberes, costumbres y cosmovisión de la salud desde su perspectiva.
- En Pando se reconocen seis pueblos indígenas amazónicos que son; Yaminahuas, Tacanas, Esse-Ejjas, Araonas, Cavineños y Machineris los cuales integran la CIPOAP. Cada uno con particularidades en su sistema de salud que los diferencian, pero que a su vez reconocen la auto atención y la biomedicina como parte de su itinerario terapéutico.
- En cuanto al sistema de auto atención mediante los conocimientos y saberes ancestrales para tratar enfermedades en la familia, los indígenas amazónicos diferencian entre padecimientos que pueden ser tratados por ellos mismos y de los cuales tienen conocimientos previos ya que estos fueron heredados de sus antepasados y utilizan medicinas naturales, aceites, hojas, infusiones, rezos, entre otros claro que es importante recalcar la función que cumple el entorno familiar, ya que la energía y los cuidados son una fuente de restauración de la salud formando parte de la cosmovisión que tienen.

- Cabe resaltar que pueden llegar a haber variaciones de un pueblo indígena amazónico a otros mediante las practicas, procederes y aplicación de medicamentos naturales, viniendo esto de la cultura y de sus saberes, además de los roles que desempeñan hombres y mujeres.
- En el sistema medico tradicional, los indígenas amazónicos reconocen al/a curandero/a como actor principal del proceso de sanación puesto que su función viene acompañada de muchas experiencias, saberes y procedimientos que solo este personaje puede realizar en la comunidad siendo alguien muy importante que tiene como misión restaurar la salud, sobre todo de enfermedades que no tienen explicación o fundamentación científica como ser el mal de ojo, el quebranto, el mocheo, entre otros. Cabe destacar que se corrobora el reconocimiento de otros personajes importantes en el sistema tradicional de salud como es el caso de parteras, sobadores, hueseros y rezadores, que vendrían a ser personas que se especializan mediante los conocimientos empíricos en un tipo de padecimiento, dándole el lugar al curandero de tener conocimientos generalizados.
- Por otra parte, se concluye en que la decisión de acudir al hospital, en la mayoría de los casos no es decisión del enfermo, siendo la familia o el personal de salud de la comunidad, los encargados de decidir esta acción en base al padecimiento. En muchas ocasiones los indígenas amazónicos no comprenden como llegaron hasta el hospital puesto que no se evidencia una comunicación fluida y explicativa entre la familia y el personal de salud del lugar en el que viven, motivo por el cual en muchas ocasiones llegan con lo que traen puesto e inclusive sin ningún tipo de documentación. Cabe destacar que existen casos en los cuales son los mismos indígenas amazónicos quienes deciden acudir al hospital en busca de ayuda al restablecimiento de su salud o de la de algún familiar, teniendo una serie de conflictos en el traslado, siendo el principal la falta de transporte, de recursos económicos e inclusive la distancia y el mal estado de las carreteras.
- En lo que concierne al proceso de atención hospitalaria, la mayoría de los indígenas amazónicos cuentan con el Seguro Único de Salud establecido en el País desde el 2019, mismo que cubre una serie de enfermedades, pero no es completo ya que muchos medicamentos no entran dentro de esta prestación de servicios, lo cual llega a ser un problema para estos pacientes que en su mayoría vienen sin recursos económicos.
- El proceso de atención inicia en el ingreso de los pacientes que frecuentemente se da por sala de emergencias y que muchas veces vienen sin la respectiva referencia desde el primer

nivel de atención motivo por el cual suelen ser rechazados al no comprender que una emergencia de salud es diferente para la biomedicina que para la medicina tradicional, por lo que se considera indispensable que la atención en salud a pacientes indígenas amazónicos debería sobre pasar los protocolos de atención al tratarse de otra cultura.

- Esto no va a ser entendido hasta que no se aplique el enfoque intercultural en la atención de salud ya que los pacientes indígenas amazónicos carecen de importancia para el personal médico de emergencias en su ingreso, puesto que, por una parte, el personal de salud se basa en las características hospitalarias de una emergencia y por otra parte el paciente indígena siente que su problema de salud es una emergencia. Desde ahí comienza el choque cultural en lo que respecta a la importancia de la salud.
- En cuanto al proceso de internación, se puede concluir mencionando que el trato que se les brinda a los pacientes indígenas amazónicos y sus familiares, carece de empatía, calidez y calidad humana, ya que tanto médicos como enfermeras no aplican un enfoque de interculturalidad y en ocasiones no entienden la comprensión que tienen estos pacientes, por lo que en cuanto a atención de pacientes indígenas amazónicos se trata, la intervención de Trabajo Social es indispensable y fundamental para garantizar un proceso de rehabilitación digno, evitando abandono, fuga o reingresos.
- Son las profesionales en Trabajo Social quienes se encargan de casos de indigencia, violencia, vulnerabilidad e indígenas amazónicos bajo la perspectiva del personal de salud, siendo el personal médico tratante quienes según su perspectiva establecen esta intervención al no poder lidiar o establecer comunicación fluida.
- Los principales conflictos identificados en el proceso de intención vienen por; el idioma y lenguaje, ya que pese a que la mayor parte de los indígenas amazónicos hablan castellano, puede que no comprendan términos médicos, tratamientos o procedimientos; el comportamiento tanto de indígenas amazónicos como del personal de salud puede generar conflicto en el establecimiento de la relación médico-paciente, puesto que de ambos lados ciertas acciones, actitudes o palabras llegan a ser mal entendidas; por el uso de la medicina tradicional, a la cual el personal médico culpabiliza al ser concebida por ellos como origen de muchas enfermedades y por ultimo por los recursos económicos, con los cuales los pacientes indígenas no cuentan y el personal de salud no está interesado en comprender.

- En lo que respecta al egreso de los pacientes indígenas amazónicos, puede deberse a alta médica, retiro voluntario, fuga hospitalaria y deceso, dándose casos de fuga o retiro voluntario de estos pacientes dependiendo mucho del proceso de internación, el trato humano, los recursos económicos y el sistema de apoyo que se les brinde para reestablecer su salud. Cabe destacar que se han dado casos de reingreso de estos pacientes, ya sea por agravar la condición inicial o por padecer otras enfermedades, siendo que en algunas oportunidades el mismo paciente se había retirado voluntariamente.

En lo que respecta al análisis de la utilización del enfoque intercultural en la atención de salud en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán se puede destacar que:

- El hospital Dr. Roberto Galindo no aplica el enfoque de interculturalidad en la atención hacia pacientes indígenas en general, mucho menos a pacientes indígenas amazónicos, además de no reflexionar en esta acción notándose un rechazo a la medicina tradicional y culpabilizándola de enfermedades que padecen este grupo.
- Además de ello, no se puede considerar un hospital culturalmente competente en cuanto al trato, el ambiente y el respeto a ciertas prácticas que podrían utilizarse a la hora de atender a pacientes indígenas amazónicos.
- No se evidenció la realización de talleres o cursos de interculturalidad en salud para todo el personal que atiende pacientes, sean médicos, enfermeras o administrativos, lo cual impide que se conozcan estas prácticas.
- Se puede concluir que las profesionales en Trabajo Social, son quienes de forma empírica y basadas en su experiencia, aplican ciertos métodos de interculturalidad intentado que el tránsito de los pacientes por el hospital concluya satisfactoriamente y actuando en muchas ocasiones como intermediarias entre los pacientes indígenas amazónicos y el personal de salud, sobre todo médicos y enfermeras.

Sobre lo concerniente a reflexionar sobre las experiencias de la intervención de Trabajo Social en el proceso de atención hospitalaria a pacientes indígenas amazónicos, se concluye en que:

- Las trabajadoras sociales han creado estrategias de intervención social basándose en la identificación de casos, la priorización en la atención, el posicionamiento empático, el establecimiento de enlace comunicación, establecimiento y priorización de necesidades.
- Para dar respuesta a las necesidades identificadas, las Trabajadoras Sociales han establecido acciones para apoyar en el restablecimiento de pacientes indígenas amazónicos mediante el apoyo interinstitucional y el apoyo social. Este apoyo va acorde a las necesidades que pueden establecerse desde alimenticias, de albergue, de laboratorios, de transporte aéreo o terrestre y en las transferencias a tercer nivel.

A modo de conclusión general se puede mencionar, que el proceso de atención a pacientes indígenas amazónicas atraviesa por una serie de vicisitudes y percances tanto clínicos como sociales, siendo que son considerados un grupo vulnerable y carecen de recursos económicos, además de no haber evidenciado que exista un enfoque de atención basado en la interculturalidad pese a ser el único nosocomio de una región en la cual residen pueblos indígenas, siendo que ni siquiera se puede llegar a reflexionar sobre la posibilidad de incorporar este enfoque por un desconocimiento en la práctica diaria, sobre todo de médicos y enfermeras.

Cabe resaltar que la intervención de Trabajo Social, ayuda en gran manera a paliar los posibles conflictos que se pueden suscitar en el proceso de atención a pacientes indígenas estableciendo lazos comunicacionales empáticos y haciendo prevalecer las estrategias de intervención y apoyo social para lograr la rehabilitación de la salud, encargándose además del entorno familiar que acompaña a estos pacientes y de contra referencia a su lugar de origen.

Recomendaciones

Por lo expuesto con anterioridad se pueden mencionar las siguientes recomendaciones:

A las autoridades del Servicio Departamental de Salud de Pando, establecer capacitaciones obligatorias como requisito para el ejercicio de los profesionales en salud sobre el enfoque de atención intercultural.

A las autoridades del hospital Dr. Roberto Galindo Terán, establecer obligatoriedad en la atención con enfoque intercultural en todo el personal, viendo la posibilidad de incorporar personal de salud de origen indígena amazónico que a su vez actúe como interprete y sea conocer de procedimientos del sistema de medicina tradicional en convenio con la CIPOAP, además de establecer continuamente talleres sobre el Trato Humanizado, que se debe brindar a los paciente, evitando de esta manera percances y posibles conflictos en la relación con los usuarios y sus familiares.

A las profesionales en Trabajo Social del hospital Dr. Roberto Galindo Terán, establecer como herramienta de aplicación, una ruta de atención específica para pacientes indígenas amazónicos avalada por el comité técnico administrativo del nosocomio a fin de establecer acciones que orienten el proceder en cuanto a la atención mediante la intervención social.

A la Central Indígenas de Pueblos Originarios de Pando, gestionar medios de apoyo dirigidos exclusivamente a pacientes indígenas amazónicos, para apoyar en el restablecimiento de su salud.

A la Secretaria de Asuntos Indígenas de Pando, fortalecer el transporte de referencia y contra referencia de pacientes indígenas amazónicos.

A la carrera de Trabajo Social de la Universidad Amazónica de Pando, incorporar dentro de su formación académica en lo que concierne al área de la salud, el enfoque intercultural para la atención de pacientes indígenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anónimo (2002). Sistema integral. Recuperado de: <https://www.significados.com/diagnostico/>

Anónimo (2020) Diagnóstico médico o propedéutica. Recuperado de: <https://www.significados.com/diagnostico/>

Albó, X. (2014). *Bolivia. Plurinacional e Intercultural*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/141557136/Interculturalidad-Xavier-Albo>

Almaguer, G. y Garcia R. (2009) *Interculturalidad en salud*. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968759>

Arias, J. (1999). *Técnicas e instrumentos de investigación*. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/AriasGonzales_TecnicasEInstrumentosDeInvestigacion_libro.pdf

Bourdieu, P. (2009). *La eficacia simbólica*. Recuperado de <http://www.redmovimientos.mx/2016/wp-content/uploads/2016/10/Bourdieu-P.-2009.-La-eficacia-simb%C3%B3lica.-Religi%C3%B3n-y-pol%C3%ADtica.-Editorial-Biblos.compressed.pdf>

Citarella, L y Zangari, A. (2009). *Educación intercultural en salud*. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-651416>

Cortes, F. (2008) Significado de Síntomas. Recuperado de: <https://dicciomed.usal.es/palabra/sintoma>

Corbetta, P. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/metodolog3ada-y-tc3a9cnicas-de-investigac3b3n-social-piergiorgio-corbetta.pdf>

Chifa, C. (2010). *La perspectiva social de la medicina tradicional*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/856/85615195001.pdf>

Dávalos, C. (2013). *Pueblos indígenas Yaminahua y Machineri*. Recuperado de <https://isbn.cloud/9789995457594/pueblos-indigenas-yaminahua-y-machineri/>

Del Cid, V. (2008). *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina*. Recuperado de https://www.bivica.org/files/salud-intercultural_america_latina.pdf

Estado Plurinacional de Bolivia. Ley

Fajardo, G. y López, E. (2012) *La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>

Gomariz, J. (2014). *Valoración Social del enfermo*. Recuperado de <https://knowalzheimer.com/valoracion-social-del-enfermo/>

Galindo, T. (2012) *Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: Salud, higiene y protección contra la violencia*. <https://www.bivica.org/files/transversalizacion-interculturalidad.pdf>

Giolo, A., Marconi, A., Boni, J., Ribeiro, A. y Francisco, C. (2017). *Consideraciones bioéticas sobre la relación médico-paciente indígena*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/tfNHwcVFNmQqCKcyMDWxXhP/?lang=es>

Giddens, G. (2017). *El momento etnográfico*. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElMomentoEtnografico-767082.pdf>

Glasser, B. y Strauss, A. (1969). *El muestreo teórico*. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Anexo%2017%20-%20Glasser%20-%20The%20discovery%20of%20%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Anexo%2017%20-%20Glasser%20-%20The%20discovery%20of%20%20(3).pdf)

Gómez, M., Mas, P., Pérez, S. y Russo, S. (2002). *Informe Social, análisis y perspectiva*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000443.pdf>

Hernández, A. (2013). Paradigma epistemológico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas en Honduras. *Revista Cubana de Salud Pública*. (39). 2-9. Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/157>

Hurtado, S. (2018). Plan de Desarrollo Institucional 2018 – 2020. Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, Cobija.

Jiménez, A., Perez, O. y Alipio, E. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318730360_Metodos_cientificos_de_indagacion_y_de_construccion_del_conocimiento

Michaux, J. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=559818>

Ministerio de Salud y Deportes (2014). *Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de segundo Nivel*. Recuperado de https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/normanacional85.pdf

Nomberto, V. (2010). *Teoría de la interculturalidad*. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/blog/victornomberto/2010/02/18/teor-a-de-la-interculturalidad/>

Lago, L., Martins, J., Ghizoni, D., Carvalho, D. y Pereira, E., Albuquerque, G. y Erdmann, A. (2010). *Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalaria*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/nRRNs7vkw7jRYT6tGT6NgRH/abstract/?lang=es>

Olivares, R. (2018). *Elaboración de una estrategia de participación de las mujeres en programa de desarrollo social, en el área forestal en el Cantón Nueva Esperanza Municipio de Jutiapa*. (Tesis de grado). Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/04/06/Olivares-Ruth.pdf>

Organización Panamericana de Salud (2018). La rehabilitación. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13919:rehabilitacion&Itemid=41651&lang=es

Ponz, E. (2005). *La medicina tradicional de los Tacanas y Machineri*. Recuperado de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006481/la-medicina-tradicional-de-los-tacana-y-machineri-conocimiento_00Gur02.pdf

Pereyra, R. y Fuentes, D. (2012). Medicina Tradicional versus Medicina Científica ¿En verdad somos tan diferentes en lo esencial?. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000200002

Ramírez, S. (2014) *Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/DC4RqBmCjTHnYnhHqHnHYjB/abstract/?lang=es>

Ramírez, S. (2010). Donde el viento llega cansado. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/342666097_Donde_el_viento_llega_cansado_Sistemas_y_practicas_de_salud_en_la_ciudad_de_Potosi

Rodríguez, L., Loo, L. y Anchundia, V. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. (27) 80-93. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342010000100013

Tapia, I., Royder, R. y Cruz, T. (2006). *¿Mentisan, Paracetamol o wira wira?*. Recuperado de http://www.pieb.com.bo/2016/BPIEB/BPIEB_22_78_Mentisan.pdf

Taylor, J. y Bogdan, R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

UNFPA (2015). Perfil epidemiológico de los Pueblos los Indígenas de Pando – 2015. Recuperado de <https://bolivia.unfpa.org/es/publicaciones/perfil-epidemiol%C3%B3gico-de-los-pueblos-ind%C3%ADgenas-de-pando-2015>

Vidal, A. (1996). *Tratamiento médico*. Recuperado de <https://www.quironsalud.es/hospital-laluz/es/cuadro-medico/alfonso-vidal-marcos>

ANEXOS

ANEXO N° 1

Entrevista Dirigida a pacientes Indígenas Amazónicos o familiares

Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

1. ¿Es la primera vez que acude al Hospital?
2. ¿Llego por voluntad propia al Hospital? (si menciona en negativa, preguntar cómo llego y porque)
3. ¿Entiende por qué esta en el hospital?
4. ¿Cree usted en la medicina biomédica/clínica? (si responde en negativa, argumentar porque está en el hospital)
5. ¿Cómo le han tratado las enfermeras, los médicos, el personal manual?
6. ¿Qué es lo más difícil de estar en el hospital?
7. ¿A tenido conflictos al entender lo que le dicen en el hospital?
8. ¿Usted entiende lo que es la atención en un hospital público?
9. ¿Sabe usted como se accede al seguro de salud SUS?

ANEXO N° 2

Entrevista Dirigida al Personal de Salud (Médicos y Enfermeras/os)

Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

1. ¿Los pacientes indígenas amazónicos son fácilmente reconocidos en el nosocomio?
2. ¿Sabe lo que es atención con enfoque intercultural?
3. ¿Fue instruido/a en lo que es intercultural?
4. ¿Aluna vez han reflexionado sobre la atención intercultural en el hospital?
5. ¿Ha tenido conflictos alguna vez con usuarios indígenas amazónicos (pacientes o acompañantes)?
6. ¿Qué conflictos?
7. ¿Cree que Trabajo Social debe intervenir cuando se atiendan pacientes indígenas?
8. ¿Por qué debe intervenir?

ANEXO N° 3

Entrevista Dirigida a profesionales Trabajo Social

Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

1. ¿Qué antigüedad tiene en el cargo?
2. ¿Sabe lo que es atención con enfoque intercultural?
3. ¿Qué tipo de casos atiende el servicio?
4. ¿Ha tenido oportunidad de tratar pacientes indígenas amazónicos?
5. ¿Qué opinión tiene sobre las interconsultas de este grupo?
6. ¿Qué funciones desempeña en la atención a pacientes indígenas amazónicos?
7. ¿Cree que Trabajo Social debe intervenir cuando se atiendan pacientes indígenas?
8. ¿Por qué debe intervenir?
9. ¿Qué tipo de herramientas utilizan para esta intervención?
10. ¿Qué estrategias adoptan para la valoración social?
11. ¿Qué tipo de necesidades han identificado?
12. ¿Qué tipo de gestiones realizan en cuando a las necesidades de los pacientes indígenas amazónicos?

ANEXO 4

Guía de Observación

Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INDIGENAS AMAZÓNICOS

1) Actitudes

- *Personal de Salud (médicos, enfermeras/os, internas/os, residentes)*
 - Lenguaje que utilizan
 - Expresión al hablar
 - Tono de la voz al hablar con los pacientes
 - Procedimientos que realizan (informan o no al paciente, informan o no a los acompañantes)
 - Contacto Visual (antes, durante la interacción)
 - Información brindada
 - Explicaciones
 - Calidez en la forma de expresarse
- *Pacientes indígenas amazónicos*
 - Comprensión de los procedimientos
 - Posición ante los procedimientos
 - Formas de expresarse
 - Interrogantes que realizan
 - Forma en la que realizan las interrogantes
 - Con quienes tienen más confianza

2) Interculturalidad en la atención

- El personal médico realiza las interrogantes necesarias a los pacientes indígenas sobre su comprensión de la medicina clínica

- Busca alternativas en caso de no establecer un vínculo comunicativo con el paciente
- Con que lenguaje se expresa hacia el paciente
- Mantiene la calma y paciencias
- A quien acude en busca de apoyo
- Entiende cómo tratar a pacientes indígenas
- Respeta la medicina tradicional
- Le explica al paciente si ese tipo de medicina va a ser negativa o positiva en su recuperación.
- Habla con los acompañantes del paciente
- Permite que tanto el paciente como su familia establezcan confianza con el
- Explica de forma comprensible sobre las normas y reglas del hospital
- Ayuda al paciente o a su familia.

ANEXO N° 5

Datos de Pacientes Indígenas Amazónicos procedentes del Área Rural que fueron atendidos en el Hospital Dr. Roberto Galindo Teran de la ciudad de Cobija en las gestiones 2015, 2016, 2017, 2018, 2019

Nombre y Apellidos	Genero	Edad	Lugar de nacimiento (Comunidad)	Lugar de procedencia		Fecha de ingreso	N° de HC	Diagnostico (causa basica de internación)	Servicio	Observaciones	Intervención Social Realizada	Forma de Retiro	Fecha de Egreso
				Pueblo Indígena	Municipio								
Mario Chao Tupa	Maculino	55	Portachuelo Bajo	TACANA	Vaca Diez - Biri	06/01/15	17228	Apandicitis	Orugía	Sin identificación	Trámite de Carnet de Identidad	Alta Hospitalaria	13/01/2015
Carlos Rodríguez Mireles	Maculino	14	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	11/01/15	44243	Fx. Clavícula	Traumatología	Sin familia	Búsqueda de familiares	Alta Hospitalaria	21/01/2015
Rubi Maniguary Chao	Femenino	16	Galilea	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	13/02/15	12308	Aborto incompleto	Ginecología	Aborto inducido	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	19/02/2015
Rosa Manu Tapequeri	Femenino	14	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	29/02/15	6561	Politraumatismo	UTI	Accidente de Tránsito	Categorización	Alta Hospitalaria	25/03/2015
Esmeralda Rubi Rodríguez	Femenino	15	Portachuelo Medio	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	09/02/15	17865	Embarazo 39 semanas	Ginecología	Acompañado de su pareja	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	15/02/2015
Rora Ahiguana	Femenino	22	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	11/02/15	21223	Pancreatitis	Med. Interna	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	21/02/2015
Alberto Rodríguez	Maculino	33	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	24/03/15	42002	Fx. Clavícula	Traumatología	Caida del arbol	Categorización	Alta Hospitalaria	30/03/2015
Blanca Meneliz Yapobenda	Femenino	16	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	30/04/15	76851	Amenaza de aborto	Ginecología	Caida de moto	Apoyo en medicamentos	Fuga	05/05/15
Luis Asencio Tibili Chao	Maculino	5	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	02/06/15	41233	Anemia Severa	Pediatría	Acompañado de su abuela	Apoyo en alimentación y Medicamentos	Retiro Voluntario	18/06/2015
Pedro Tibili Roca	Maculino	7m	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	09/09/15	77654	Desnutrición Aguda Severa	Pediatría	Acompañado de su madre	Parte a DNNa y Orientación	Fuga	28/09/2015
Margarita Sunbi Peco	Femenino	8	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	11/09/15	44543	Leishmaniasis	Pediatría	Reingreso	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	22/09/2015
Miguelito Mazumbita Paqui	Maculino	11	Portachuelo Bajo	ARAONA	Ixiamas - La Paz	13/10/15	432135	Sepsis en la Angina	Pediatría	Por extracción de muela en su casa	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	19/10/2015
Andre Suarez Rodriguez	Maculino	18	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	16/10/15	142265	Meningitis	UTI	Sin referencia de I Nivel	Trámite de Carnet de Identidad	Obito	20/10/2015
Paola Siripi Tola	Femenino	22	Napashé	TACANA	Vaca Diez - Biri	29/12/15	22341	Oleosisitis Aguda	Orugía	Acompañado de su pareja y 6 hijos	Apoyo en alimentación y refugio	Alta Hospitalaria	12/04/16
Corazon Maniguary	Femenino	14	Napashé	TACANA	Vaca Diez - Biri	16/01/16	430023	Embarazo a termino	Ginecología	Sin familia	Orientación Social	Alta Hospitalaria	21/04/2016
Mirety Tanaca Chao	Femenino	13	Candelaria	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	22/02/16	76541	Amenaza de aborto	Ginecología	Violación	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	23/02/16
Hermosilla Mirelis	Femenino	11	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	25/04/16	324477	Obstrucción Abdominal	Med. Interna	Pcte con discapacidad	Apoyo en medicamentos	Fuga	25/04/16
Katiuska Mireles	Femenino	16	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	03/06/16	423398	Peritonitis-Perforación Intestinal	Orugía	Tomo durante 8 meses sangre de grada y agrión	Parte a DNNa y Orientación	Obito	03/06/16
Patricia Manio Puri	Femenino	21	Puerto Arawa	ARAONA	Ixiamas - La Paz	13/06/16	32276	Anemia Severa	Med. Interna	Tuvo una pérdida	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	13/06/16
Hedades Rodriguez Suarez	Femenino	3	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	15/07/16	17254	Sepsis generalizada	Pediatría	Descuido materno	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	15/07/16
Rosalba beyuna Paxi	Femenino	1	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	21/07/16	412346	Fx. De Pierna	Pediatría	Le cayo una madera	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	21/07/16
Yola Amutari Paqui	Femenino	16	Galilea	CAMINENO	Gonz. Moreno-Pando	30/08/16	321456	Embarazo de 22 semanas	Ginecología	Acompañado de su pareja de 49 años	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	30/08/16
Fernanda Mirelis	Femenino	22	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	22/09/16	61223	Pre eclampsia	UTI	Acompañado de su familia	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	22/09/16
Adolfo Rodriguez Peco	Maculino	17	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	31/09/16	8763	TAC Severo	UTI	Accidente de Tránsito	Coordinación en III Nivel	Fuga	31/09/16
Franc Maniguary Yaca	Maculino	44	Napashé	TACANA	Vaca Diez - Biri	24/11/16	14809	AVC Isquemico	UTI	Sin familia	Búsqueda de familiares	Alta Hospitalaria	24/11/16
Constantino Balcarcel Paca	Maculino	17	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	06/02/17	124007	Tumor en pierna derecha	Traumatología	hacen 3 años	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	06/02/17
Inglaterra Guadriana	Femenino	22	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	15/03/17	412230	CA en el brazo a confirmar	Med. Interna	Su madre le hechaba miel	Fallecio	Alta Hospitalaria	15/03/17
Sirley Qopi Singuer	Maculino	19	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	21/03/17	412234	Fx. De Brazo	Traumatología	Accidente de Tránsito	Apoyo en medicamentos	Fuga	21/03/17
Britany Manio Pachuri	Femenino	33	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	27/05/17	176543	Trauma de Torax	Orugía	Pelea	Categorización	Retiro Voluntario	27/05/17
Simon Borobobo	Maculino	42	Portachuelo Alto	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	05/07/17	213955	Diabetes Mellitus II	Med. Interna	Sin familia	Búsqueda de familiares	Alta Hospitalaria	05/07/17
Asencion Borobobo Manu	Femenino	21	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	07/08/17	17546	Oleodo obstruido	Orugía	Transferencia II nivel	Coordinación en III Nivel	Caso Referido	07/08/17
Aldo Chupinagua Cruz	Maculino	6	Candelaria	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	13/09/17	412900	Anemia Severa	Pediatría	Acompañado de su vecina	Parte a DNNa y Orientación	Retiro Voluntario	13/09/17
Carlos Nay Apuri	Maculino	78	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	03/11/17	111234	Ple Diabético	Med. Interna	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Retiro Voluntario	03/11/17
Lucas Manu Chau	Maculino	15	Portachuelo Alto	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	12/11/17	421222	Ulcera Plorica Sangrante	Med. Interna	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Fuga	12/11/17
Victor Mayna Manio	Maculino	7	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	27/11/17	46312	IRA+Neumonia	Pediatría	Acompañado de su madre	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	27/11/17
Dabbie Yuvamera Tabo	Femenino	31	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	04/11/17	215644	Dangue Hemorragico	UTI	Sin identificación	Trámite de Carnet de Identidad	Alta Hospitalaria	04/11/17
Manolo Achipa Cruz	Maculino	22	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	21/02/18	17654	Oleosisitis Aguda	Orugía	Sin familia	Búsqueda de familiares	Alta Hospitalaria	21/02/18
Perla Guabirana Sri	Femenino	14	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	26/03/18	214432	Fx. De Tobillo	Traumatología	Jugando en la escuela	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	26/03/18
Petronila Borobobo	Femenino	55	Galilea	CAMINENO	Gonz. Moreno-Pando	28/03/18	1222345	Necrosis en el dedo	Traumatología	Producto de un machetazo	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	28/03/18
Merlin Aginaye Ruiz	Maculino	5	Bolivar	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	05/05/18	98711	Calulitis escrotada	Pediatría	Descuido materno	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	05/05/18
Marco Queteguary	Maculino	8	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	13/05/18	98122	Picadura de Vivora	Pediatría	Sin identificación	Trámite de Carnet de Identidad	Alta Hospitalaria	13/05/18
Jakelin Queteguary Manu	Femenino	12	Portachuelo Alto	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	24/06/18	12343	Malaria grave	Pediatría	Acompañado de su tia	Trámite de SJS	Obito	24/06/18
Mirha Pachuri Chao	Femenino	15	Galilea	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	26/07/18	543300	Embarazo gremial 33 semanas	Ginecología	Sin familia	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	26/07/18
Zelenia Yapobenda	Femenino	2	Napashé	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	13/09/18	312554	Desnutrición Aguda Severa	Ginecología	No permiten q se proceda	Parte a DNNa y Orientación	Fuga	13/09/18
Orthia Taboada Sri	Femenino	17	Portachuelo Alto	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	21/10/18	21876	Síndrome Nefrítico	Med. Interna	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	21/10/18
Juan Carlos Tibubay	Maculino	26	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	29/11/18	12779	Apandicitis	Orugía	Acompañado de 3 hijos	Apoyo en albergue y alimentación	Alta Hospitalaria	29/11/18
Rosa Sebene	Femenino	33	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	03/11/18	21463	Insuficiencia Renal	Med. Interna	Para Hemodialisis	Apoyo en medicamentos	Fuga	03/11/18
Roy Chupinagua	Maculino	65	Portachuelo Medio	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	09/11/18	10982	Fx. De Clavícula	Traumatología	Sin familia	Búsqueda de familiares	Fuga	09/11/18
Genia Villacorta Sibi	Femenino	1	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	12/11/18	90986	Cardiopatía congénita	Pediatría	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	12/11/18
Maria Paniagua Manio	Femenino	23	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	29/12/18	123354	Gastroenteritis grave	Med. Interna	Sin identificación	Trámite de Carnet de Identidad	Alta Hospitalaria	29/12/18
Esteven Mami Pachuri	Maculino	4	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	05/01/19	23123	Cardiopatía congénita	Pediatría	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	05/01/19
Adonai Pasuma Ayaviri	Maculino	22	Napashé	TACANA	Vaca Diez - Biri	13/01/19	108988	Lesión Exponida	Orugía	Sin familia	Búsqueda de familiares	Retiro Voluntario	13/01/19
Vanessa Cartagena Nay	Femenino	15	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	22/01/19	77865	Embarazo de 12 semanas + amenaza de AB	Ginecología	Tomo un mate en su comunidad	Parte a DNNa y Orientación	Retiro Voluntario	22/01/19
Margarito Borobobo	Maculino	23	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	13/01/19	15443	Discapacidad	Med. Interna	Sin seguro de Discapacidad	Trámite de Seguro de Disc.	Alta Hospitalaria	13/01/19
Silvestre Pacania Acosta	Maculino	19	Bolivar	CAMINENO	Gonz. Moreno-Pando	16/01/19	31244	Abuso en los testiculos	Orugía	Sin identificación	Trámite de Carnet de Identidad	Alta Hospitalaria	16/01/19
Fernando Chupinagua Peco	Maculino	45	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	21/02/19	177654	Artrosis deformante	Med. Interna	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	21/02/19
Javier Sosa Achipa	Maculino	16	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	29/02/19	214456	Dangue Hemorragico	Med. Interna	Signo de Alarma	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	29/02/19
Martha Duri Qantay	Femenino	21	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	13/03/19	21446	TAC Uve	Emergencias	Sin identificación	Trámite de Cadula de Identidad	Alta Hospitalaria	13/03/19
Mathias Tabo Nay	Maculino	22	Portachuelo Bajo	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	15/03/19	423567	Fx. De craneo	UTI	Por un palazo	Parte a Dif. del Paciente	Alta Hospitalaria	15/03/19
Keyler Ais Pachuri	Maculino	19	Portachuelo Bajo	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	17/03/19	34322	Meningitis	Med. Interna	Lo traen despues de 3 dias	Parte a Dif. del Paciente	Alta Hospitalaria	17/03/19
Sharlote Cartagena Manio	Femenino	11	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	21/04/19	122343	Embarazo por Violacion	Ginecología	Aborto Legal	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	21/04/19
Eddy Cruz Apuri	Maculino	33	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	23/04/19	43567	Abuso en la pierna	Orugía	Sin familia	Búsqueda de familiares	Alta Hospitalaria	23/04/19
Maira Bayuma	Maculino	21	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	22/04/19	234543	Dangue con signos de alarma	Med. Interna	Con dos hijos	Apoyo en albergue y alimentación	Alta Hospitalaria	22/04/19
Mayra Amutari Bayuma	Femenino	33	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	11/05/19	21332	Lupus	Med. Interna	No colabora para realizar procedimientos	Parte a Asesoría Legal	Alta Hospitalaria	11/05/19
Patricia Achipa Cortez	Femenino	44	Candelaria	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	18/03/19	89776	Diabetes Mellitus II	Med. Interna	No colabora con el tratamiento	Parte a Asesoría Legal	Alta Hospitalaria	18/03/19
Yanely Mirachio Chuqui	Femenino	23	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	21/03/19	17665	Picadura de Vivora	Med. Interna	Sin acompañantes	Apoyo en medicamentos	Fuga	21/03/19
Lucimer Carvallo Tabare	Femenino	9	Bolivar	CAMINENO	Sta. Rosa - Pando	29/03/19	321243	Violencia Sexual	Pediatría	Acompañado de su madre	Parte a DNNa y Orientación	Retiro Voluntario	29/03/19
Silvestre Losano	Maculino	6	Napashé	TACANA	Vaca Diez - Biri	03/04/19	198777	Fx. De Pierna	Pediatría	Accidente de Tránsito	Categorización	Alta Hospitalaria	03/04/19
Lissy Rodriguez Uguia	Femenino	3	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	03/04/19	21346	Desnutrición Aguda Severa	Pediatría	Descuido materno	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	03/04/19
Victor Humaday	Maculino	4	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	12/04/19	420001	IRA+Neumonia	Pediatría	Reingreso	Parte a DNNa y Orientación	Retiro Voluntario	12/04/19
Maira Bayuma	Femenino	11	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	22/04/19	234543	Infección Urinaria	Pediatría	Descuido materno	Parte a DNNa y Orientación	Retiro Voluntario	22/04/19
Palma Bayuma Cartagena	Femenino	23	Portachuelo Alto	ESSE EJA	Gonz. Moreno-Pando	27/04/19	213322	Embarazo 33 semanas por violacion + amenaza de parto pretermo	UTI	Síndrome de Down	Parte a DNNa y Orientación	Alta Hospitalaria	27/04/19
Celeste Endara Pachuri	Femenino	21	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	30/04/19	165543	Puerperio + Sepsis	Ginecología	Parto Domiciliario	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	30/04/19
Tania Quata Mesa	Femenino	15	Naya	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	05/05/19	321123	Oleosisitis	Orugía	Reingreso	Apoyo en medicamentos	Retiro Voluntario	05/05/19
Justino Qoya Chuqui	Maculino	14	San Miguel	MACHINER	Bolpebra - Pando	08/05/18	88765	Gastroenteritis grave	Med. Interna	Acompañado de su tia	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	08/05/18
Marcel Pacania Tabo	Femenino	2	Napashé	TACANA	Vaca Diez - Biri	11/05/19	121133	Síndrome Convulsivo Fibril	Pediatría	Transferencia III nivel	Coordinación en III Nivel	Alta Hospitalaria	11/05/19
Magdalena Navi Palomequi	Femenino	12	Caypones	TACANA	Vaca Diez - Biri	13/05/19	12332	Dangue Grave	Pediatría	Acompañado de su madre	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	13/05/19
Jhoner Mercado Rodriguez	Maculino	18	Puerto Yaminahua	YAMINAHUA	Bolpebra - Pando	15/04/19	4211234	Fx. De brazo	Traumatología	Accidente con moto sierra	Apoyo en medicamentos	Alta Hospitalaria	15/04/19

ANEXO N° 6



SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL BOLIVIANO JAPONÉS
DR. ROBERTO GALINDO TERÁN
Cobija - Pando – Bolivia



HOSPITAL
DR. ROBERTO GALINDO TERÁN
UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL Y COMUNITARIO

FICHA SOCIAL

CATEGORIA:

SEGURO:

H.C.:

Servicio:

Sala: Cama:

I. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: Edad: Sexo: F M

Fecha y Lugar de Nacimiento:/...../..... N° C.I.:

Estado civil: Grado de Instrucción:

Contacto: Ocupación: Lugar:

Domicilio:

Nombre: Parentesco: Contacto:

II. DATOS CLÍNICOS

Fecha de Ingreso:/...../..... Procedencia:

Diagnostico: Medico Responsable:

III. VALORACION SOCIAL

- Situación Social

IV. INTERVENCIÓN Y/O GESTION SOCIAL

FECHA	ACTIVIDAD/GESTION REALIZADA	RESULTADOS

.....

TRABAJADORA SOCIAL
H.T.G.T.

Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán *Calle Manuripi Esq. Dr. Roberto Galindo Terán E/ 11 de octubre.
Telf./Fax: (591)-3-342-1523 Interno 103

ANEXO N° 7

CUADERNO DE CAMPO

Materia: 120 Fecha: 16/2/2019

Cinigua - Hed. Int.

Pcte. Carlos Noa Chao Huanco 21a HC 812171

Dx. Penhoritis Apoda p/ Cinigua.

Procedente de Ixiamas - La Paz (Cap. Grande Com. Indígena Anasayas) Acompañado de su hermano, Flano Chao y su esposa Virginia Chao.

- Gestión: Dar a conocer el caso a la Secretaría de Asuntos Indígenas y CIPDAP.
- Gestión Interna: Alimentación p/ los acompañados y albergue.

Pcte. Takana Ayala 41a 60B

Dx. Tumor en el estómago. 54-021

Necesita donador de Sangre / Hablar con el Dr. Benitez.

Hija: Daniela Paredes

Pcte. Ricardo Pereira Vena 24a UTI

Accidente de Tránsito. Dx. TEC. Severo + Fx Cráneo

Madre Shirley Vena. 68122592 / Acid. Tránsito.

Fugoso el 25/12/20.

Var ptes de Traumatología en Cinigua. Vado el Tuma con quinapao.

Pcte. Jeanine Cortez Vargas FN 23/08/1950 30a

Dx. CA de Cuello Uterino. CI: 10810073 BU

Procedente del Beni / Vivia en Filadelfia.

Tiene 4 hijos → los 3 mayores viven en Riberalta con su abuela → la menor vive con ella y su segundo marido. El marido es Motosiense.

La pcte. vive en viajera a Sta Cruz.

Pcte. Uvald Lopez Oliver 31a

Dx. Quemaduras en el cuerpo.

Procedente del B / Talmamam / Se quemó al consumir de bebidas alcohólicas. y se durmió alcohol y luego prendió la cigarrillo.

ANEXO N° 8

Pacientes indígenas amazónicos atendidos por el servicio de Trabajo Social





Se necesita apoyo para Moises de 5 años quien se encuentra en el hospital Roberto Galindo Teran con trauma ocular derecho y tiene que ser transferido a La Paz urgentemente, la familia es de origen Tacana de San Lorenzo y la mamá de los niños murió hacen 9 meses...NOS NECESITAN!!!!🙏 Comunicarse al 74770408 Trabajo Social

Estrategias de gestión de recursos para traslado a tercer nivel.



Equipo de Profesionales en el servicio de Trabajo Social

Hospital Dr. Roberto Galindo Terán