

RELATO DE EXPERIENCIAS  
AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL ING. JUAREZ  
FORMOSA

Para reseñar el trabajo del área programática de Ing. Juárez, es necesario mencionar algunas características geográficas y socioculturales de la zona.

Características geográficas: nuestra zona es de monte bajo espinoso con clima cálido y muy seco. La única vía de comunicación de la zona al exterior, es la Ruta Nacional 81. Hacia el interior del área hay sendas que paulatinamente están siendo reemplazadas por caminos provinciales, todos de tierra, sin excepción.

Los únicos hospitales en la provincia, con complejidad mayor que Juárez, están en Formosa capital, por lo tanto son nuestros centros de Derivación. Para llegar a ellos, hay que recorrer los 470 km de la ruta 81, de los cuales 230 km son de tierra.

Esto hace que la vía terrestre no sea la más adecuada para las urgencias. La ~~VIA~~ vía aérea solo es operable durante las horas de luz del día e inoperable en los días lluviosos. Debido a las dificultades económicas de la provincia, hemos pasado largos períodos de tiempo sin poder contar con esta vía de derivación.

Características socio-culturales: la población pertenece a tres etnias diferentes, criollos, aborígenes Wichí, aborígenes Tobas, con culturas e idiomas diferentes. Todos comparten la pobreza y marginalidad consecuencia de la falta de oportunidades laborales y de educación secundaria o superior. La fuente de trabajo más común en la zona es el obraje y la changa.

Estas características socio-culturales dificultan la derivación de nuestros pacientes a centros de mayor complejidad.

Estas características de nuestra zona influyen profundamente en la programación de actividades del hospital, cabecera del área programática, y en la definición de los perfiles de los agentes de atención primaria que trabajan en la misma.

Es evidente que la planificación de un área programática, tiene que estar en función de la población a la cual debe atender, especialmente aquella que tiene mayor riesgo de enfermar y morir. Esta es para nosotros la población marginal, muy especialmente la indígena, que no solo padece la marginalidad surgida de lo socio-económico, sino que padece la segregación racial, muy marcada en nuestro medio.

Todas estas cosas han hecho que desde un comienzo pongamos mucha atención y dedicación a la capacitación del recurso humano en el área, ya sea del existente como del que se fue incorporando con el tiempo.

Es sobre este punto y el tema de la participación sobre los cuales voy a hablar en este relato, ya que no se puede hablar de todo en corto tiempo.

Dada la breve reseña presentada, no les sorprenderá que la patología prevalente sea la infecto-contagiosa y la atención de la madre y el niño, las principales causas de consulta.

Tampoco les llamará la atención que no tengamos el número necesario de profesionales y que la permanencia de los mismos sea difícil en la zona.

Es por esto que nos dimos cuenta que si no capacitábamos al recurso humano local, la calidad de la atención iba a ser deficiente, y mejorar el acceso de la población al hospital una utopía, porque en Juárez, el trabajo lo hace el recurso humano local o no lo hace nadie, ya que los profesionales no dan a basto.

En la capacitación atravesamos diferentes etapas. En la primera ('78-'82) sentimos el peso de la dictadura militar en nuestro trabajo, por lo cual el acento se hizo principalmente en lo técnico.

Allí dimos énfasis a la capacitación del personal de enfermería en servicio (empíricas y auxiliares de enfermería), únicos niveles de capacitación en el área, pero que a través de estos años creemos que han superado largamente el mismo, adquiriendo criterios muy importantes. Pero todavía no hemos logrado la estabilidad de un profesional de enfermería en el área.

En esta etapa también hemos elaborado el perfil del Auxiliar Tisiológico, que se desempeña en todas las actividades de diagnóstico, tratamiento y control de la TBC, lo cual nos permitió establecer una red de laboratorios que abarca la zona sanitaria donde estamos insertos, la descentralización del programa y en este momento estamos en la etapa de transferencia total del programa al recurso humano local.

En esta etapa también se capacitaron Agentes Sanitarios nuevos, pero la formación estuvo a cargo del nivel central de Formosa,

A nivel profesional, no se pudo concretar capacitación en servicio más allá que la que los profesionales de mayor experiencia transmitieron a los nuevos, y los esfuerzos personales para realizar cursos.

En una segunda etapa (a partir del '83), fuimos incorporando el análisis crítico de la realidad, a todas nuestras instancias de capacitación, y desde el '86 hacemos dos encuentros anuales para Agentes Sanitarios, analizando la realidad de la zona, tratando de favorecer la toma de conciencia sobre los factores sociales, políticos, económicos y culturales que la afectan.

En el año '85 reformulamos el perfil del Agente Sanitario de nuestra zona y comenzamos con cursos locales de capacitación. En estos cursos se ven tanto los aspectos técnicos del trabajo, como el análisis crítico de las causas que generan enfermedad en nuestra zona.

También en el '85 elaboramos el perfil de la Partera Tradicional, y comenzamos la capacitación de las mismas.

En una tercera etapa, a partir del año '87, estamos tratando de consolidar la transferencia de responsabilidades al recurso humano local, tanto de los servicios como de la capacitación. Esperamos que al finalizar el año '88, el programa TBC, el de Parteras Tradicionales, el Centro de Control Materno Infantil, y gran parte del programa con Agentes Sanitarios, estén a cargo de las personas del lugar, tanto criollas como indígenas.

Esto no excluye al profesional (que siempre viene de afuera), sino que implica un cambio en su ubicación como parte del equipo, ya no es el eje del mismo, sino que se reconoce como parte de él, y reconoce también que hay elementos de la realidad que otros manejan mejor que él. Es por eso que la hegemonía del profesional tiene que ser reemplazada por la hegemonía del equipo.

Estamos convencidos que esta etapa va a ser la más importante de todas, pero no se puede llegar a ella sino se la tiene presente desde el comienzo. Es decir si desde el vamos no nos proponemos capacitar para la autogestión, nunca vamos a llegar a ella.

Todo este camino recorrido, hizo que a lo largo de él nos fuéramos despojando de muchos prejuicios y esquemas, uno de ellos es que el saber más importante se encuentra en las aulas, y otro que el analfabeto no puede aprender nada, o que es alguien que sabe poco.

Esto es muy importante tenerlo en cuenta en el tema de la participación, porque influye más de lo que quisiéramos reconocer.

Personalmente creo que es muy difícil hablar y más aún llevar a la práctica la participación comunitaria, si no somos participativos en la institución a nuestro cargo.

Si la mucama, el chofer, la cocinera, la enfermera del hospital no tienen ninguna posibilidad de participar en la gestión del mismo, no hablemos de participación de las comunidades marginales en la gestión de salud, porque hay una incoherencia o un vaciamiento de conceptos.

Entonces la pregunta es ¿cómo lograrlo?, en esto las instituciones chicas como la nuestra, nos dan mas posibilidades, pero también generan más resistencia, muchas veces a nivel del personal, porque hay miedos por el pasado reciente y el persistente autoritarismo en que vivimos y el temor al cambio.

Hemos tratado en estos años de impulsar la autogestión de los diferentes sectores del hospital, fundamentalmente para que logren una organización que les sirva tanto a la gente que trabaja, como a la gente que usa los servicios.

Aquí nos enfrentamos, con el esquema tradicional de organizar el hospital según el Nivel de Complejidad. Yo creo que este concepto debe cambiar por el del PERFIL DEL HOSPITAL QUE NECESITA LA COMUNIDAD, y organizar la atención en base a esto.

Sí organizamos el hospital en función del perfil, no importa tanto quiénes son los jefes, sino cómo brindamos el servicio, y en esto la participación del personal es fundamental.

Creo además que la capacitación en servicio del médico generalista, debe adecuarse al perfil del hospital donde actúa.

Con los representantes de los diferentes sectores, hemos formado un consejo de dirección, en el cual se comparte la información sobre la marcha del hospital en todos sus aspectos, económico, del personal, proyectos de trabajo, novedades del nivel central, etc, y donde se vuelca la problemática de los diferentes sectores, así juntos, buscamos una solución a los mismos.

Cada sector a través de su delegado, puede proponer al consejo todo lo que quiera. Al mismo tiempo, realizamos asambleas generales, cuando hay algo sumamente urgente o muy preocupante y que el personal quiera un debate abierto.

Esto no es fácil, porque el delegado al estar más cerca del nivel de dirección sufre muchas críticas de sus pares. De todos modos el nivel de participación no es parejo en todos los sectores y hay algunos donde todavía subyace el "en algo están", tan trágico de la dictadura militar.

Es claro que como sociedad tenemos todos que aprender a participar y dar participación, recreando y profundizando los espacios que tenemos.

En cuanto a la participación de las comunidades marginales, podemos hablar de comunidad sólo en el caso de los indígenas, porque los criollos viven muy desarticulados entre sí.

Los indígenas participan en el pedido y elección de candidatos para Agentes Sanitarios y Parteras Tradicionales de sus comunidades. También han participado en campañas de fumigación, de vacunación, prevención de diarreas, asambleas de salud.

Este año, vamos a hacer una experiencia de transferencia de tecnología con 7 comunidades Tobas y 3 Wichí, sobre el tema de diarreas, con el objetivo de que la gente prepare sus propios materiales de comunicación. Con esto queremos también cuestionar el prejuicio de que el nivel de escolaridad favorece la mejor atención de salud. Si buscamos los medios para que el pueblo marginado maneje la información necesaria para el cuidado de la salud, seguramente habrá una respuesta positiva.

Es indudable que el camino de la participación es un camino por hacer y cada grupo tiene que ver por donde puede abrir espacios.

Creo que es importante recalcar que la participación popular no se aprende en los libros, no hay recetas, no hay modelos, es imposible lograrla sin un conocimiento previo de la situación en que vive el pueblo, su cultura, sus preocupaciones mayoritarias. Por otro lado tiene una complejidad que no podemos ignorar, y por eso es tan importante el intercambio de experiencias que podemos hacer acá.

También es claro que la mayoría del equipo "tradicional" de salud, no tiene la formación o capacitación suficiente y necesaria para abordar esta problemática, es por eso que en nuestra área programática, desde hace 3 años estamos haciendo una capacitación en Ciencias Sociales, tratando de salvar esta carencia. En el área rural, es una utopía pensar en un equipo multidisciplinario, pues no llegan otros profesionales más que los clásicos.

Es muy probable que con esta corta exposición no haya satisfecho las expectativas de todos, es por eso que con gusto trataré de contestar todas las preguntas que quieran hacer.