

**Título: LA FLIA QUE TE PARIO. LA PROBLEMÁTICA SOCIAL Y EL DESARROLLO DE LA INTERDISCIPLINA**

**Autores:** Camisay, María F.; Florencio Sánchez, Flavio F.; Florio, Paula A; García, Martín L.; Jara, Mariela S.; Rodríguez Lucas O.; Sirri, Ayelén A.

**Participantes:** Equipo de salud CAPS 16 “Rafael Calzada”.

**Lugar:** CAPS 16 “Rafael Calzada”.

**Dirección:** Av. San Martín 4900, Rafael Calzada, CP 1847, Almirante Brown, Buenos Aires, Argentina.

**Teléfono:** 4-236-8122

**Mail:** flavioflorencios@gmail.com

**Tipo de trabajo:** Relato de experiencia.

**Categoría:** Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-autocuidado (s-e-c).

**Resumen:** El trabajo en equipo es un pilar fundamental de la Atención Primaria de la Salud (APS). A través de diferentes visiones de distintas disciplinas, es posible lograr mayor variedad de aportes para el abordaje de problemáticas complejas. Trabajar con familias vulnerables obliga a considerar cada uno de los aspectos que intervienen en el desarrollo de la salud individual y comunitaria, entendiendo que la salud es el resultado de una gran variedad de factores que la afectan directamente: orgánicos, alimentarios, ambientales, educativos, vinculares, emocionales, económicos, políticos, entre otros. Debido a esta relación multifactorial de la dinámica salud-enfermedad individual y familiar, se torna imprescindible el abordaje de cada una de las aristas que conforman a la persona y a la familia. El proyecto F.L.I.A. (Familias Locales Integralmente Acompañadas) es un modelo de trabajo en equipo que permite un abordaje intersectorial, interdisciplinar y transdisciplinar de las familias vulnerables, como forma de aporte a la contención social, la resolución de problemas y la construcción de la salud comunitaria. Por su parte este modelo permite el fortalecimiento del equipo de trabajo, por medio de la puesta en práctica de las diferentes visiones y herramientas de las especialidades que lo componen. Para ello es necesario desarrollar un proceso de información fluida, multidireccional y en constante retroalimentación, así como una continua cooperación, coordinación e integración entre las partes, para la elaboración de estrategias de trabajo que apunten a la intervención integral en las problemáticas socio-sanitarias de las familias.

**Palabras clave:** Familias vulnerables, intersectorialidad,

interdisciplina, transdisciplina, trabajo en equipo
---

Soporte técnico requerido: computadora, cañón multimedia, equipo de sonido
---

## **LA FLIA QUE TE PARIO. LA PROBLEMÁTICA SOCIAL Y EL DESARROLLO DE LA INTERDISCIPLINA.**

### **Autores:**

- García, Martín L. Jefe de Residentes de Medicina General Hospital Lucio Meléndez.
- Florio, Paula A. Residente de 4° de Medicina General.
- Rodríguez, Lucas O. Residente de 3° de Medicina General.
- Sirri, Ayelén A. Residente de 2° de Medicina General.
- Florencio Sánchez, Flavio F. Residente de 2° de Medicina General.
- Jara, Mariela S. Residente de 1° de Medicina General.
- Camisay, María F. Residente de 1° de Medicina General.

**Lugar:** CAPS 16 “Rafael Calzada”. Av. San Martín 4900, Rafael Calzada, CP 1847, Almirante Brown, Buenos Aires, Argentina.

**Teléfono:** 4-236-8122

**Mail:** flavioflorencios@gmail.com

**Año:** 2019.

Trabajo no inédito.

**Tipo de trabajo:** Relato de experiencia.

**Categoría:** Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-autocuidado (s-e-c).



RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL  
HOSPITAL LUCIO MELENDEZ

## **Momento descriptivo**

### **Objetivo general:**

- Desarrollar intervenciones interdisciplinarias y transdisciplinarias en articulación con otros sectores sociocomunitarios (intersectorialidad), como estrategia de la Atención Primaria de la Salud.
- Ponderar el aporte del modelo F.L.I.A. para el abordaje de las problemáticas sociales, que afectan la salud y la calidad de vida de individuos/ familias vulnerables.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar individuos/ familias vulnerables y cuáles son las principales problemáticas que les afectan.
- Desterrar el concepto de *riesgo* y reemplazarlo por el de *vulnerabilidad*.
- Valorar cuál es el aporte que el equipo de salud puede hacer a la comunidad y el grado de retroalimentación hacia el trabajo en equipo.
- Analizar cuáles son los desafíos y las problemáticas más comunes para el trabajo de equipo y establecer propuestas para su abordaje.

### **Introducción:**

El proyecto F.L.I.A. (Familias Locales Integralmente Acompañadas), es un modelo de trabajo en equipo basado en el acompañamiento integral del individuo y la familia vulnerable, como pilar fundamental de la Atención Primaria de la Salud (APS). Dicho modelo se lleva a cabo a través de reuniones de equipo semanales, para la construcción conjunta de una estrategia de trabajo en donde todos aporten desde su lugar y perspectiva, así como la ejecución de dicha acción a través de la asistencia, acompañamiento y fortalecimiento, destinados a lograr avances en ciertas problemáticas. Posteriormente se procede a valorar dichos avances, así como la evaluación y reevaluación con el objetivo de realizar los ajustes necesarios en cuanto a nuevas

propuestas y/o intervenciones. Tales acciones se realizan con la anuencia y participación de las familias implicadas, a fin de trabajar con ellas, por ellas y para ellas.

El objetivo primordial de la intervención no es el de modificar contextos, algunos de los cuales se encuentran por fuera de nuestro nivel de intervención, sino el de acompañar a las familias y brindar contención y/o distintos niveles de ayuda, según los alcances del equipo de trabajo, para mejorar la accesibilidad comunitaria a la salud.

De lo expuesto también se torna preciso definir a que nos referimos cuando hablamos de salud, la cual no es reducible únicamente al *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*<sup>1</sup>. El modelo F.L.I.A. interpreta al proceso salud-enfermedad como la comprensión y la lucha frente a los conflictos con los que interactúan (sociales, biológicos, ambientales, históricos, etc.), al tiempo que redefine la noción de *salud como la resolución de un problema*. Tal como afirmó el ex ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Floreal Ferrara:

*“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...”*<sup>2</sup>.

Este enfoque permite que la intervención hacia la comunidad sea realizada de manera integral, ya que por su carácter *intersectorial* permite sumar aportes de distintas instituciones barriales (escuelas, Red Socio-comunitaria, comedores, CILSA, ENVION, entre otros), mientras que la arista *interdisciplinar*, a través de distintos integrantes del equipo de salud (trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, promotoras de salud,

---

<sup>1</sup> Definición de salud. OMS.

<sup>2</sup> Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero-diciembre, 1975.

odontólogos, obstetras, estimuladoras tempranas, administrativas, médicos de diversas especialidades), asegura una amplitud de la visión del problema así como la propuesta de distintas alternativas para abordarlo.

Además quienes participan en dicho trabajo, realizan su aporte desde la óptica de la *transdisciplina*, es decir desde los saberes académicos, técnicos y humanos de cada disciplina en particular, pero traspasando los límites formales de ellas. En tal sentido cabe citar la definición propuesta en la conferencia de Alma-Ata en 1978:

*“La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”<sup>3</sup>.*

### **Marco teórico**

La historia de F.L.I.A. comienza en la década del 80' con el retorno a la democracia, cuando en el centro de salud se conforma un equipo con las dos pediatras que allí trabajaban, encabezado por la doctora Graciela Novoa. Dicho equipo comienza haciendo hincapié en lo que entonces se llamaban *familias de riesgo o familias multiproblemáticas*, a las cuales se las abordaba en un primer momento por problemas nutricionales o del neurodesarrollo, sin causal biológico. Debido a que la Dra. Novoa trabajaba también en la Escuela de Educación Especial N° 505 de Rafael Calzada, se comenzó a notar que el 50 por ciento de la matrícula de educación especial eran niños con hipoestimulo, con diferentes carencias sociales, familiares, económicas, etc.

A partir de esta problemática, se planifica la descentralización del equipo de atención (lo que ahora se conoce como estimulación temprana) y se lleva a cabo un proyecto que se llamó *Llegar antes que el daño*, el cual fundamentalmente se centraba en la atención entre pediatría, obstetricia y estimulación temprana. Dicho proyecto se

---

<sup>3</sup> DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

plasmaba en reuniones los días viernes, que abordaban a estas familias afectadas con trastornos nutricionales o retrasos madurativos. Posteriormente la Dra. Novoa es nombrada como Subsecretaria de Atención de la Salud de Almirante Brown en el año 2007, y desde allí comienza a aplicar políticas interdisciplinarias y de trabajo de promoción de la salud, que se intentan llevar a la práctica en el resto de los centros de salud. Así se descentraliza la atención temprana en casi todos los centros del municipio, se arman equipos interdisciplinarios con trabajadores sociales, psicólogos, promotoras de salud y otros profesionales, que enriquecieron considerablemente el trabajo que se venía realizando.

En el año 2000, en el CAPS 16 “Rafael Calzada”, con la Residencia de Medicina General allí trabajando, se aporta un nuevo perfil a este tipo de trabajo. Entonces se comenzó a hablar de *familia*, de *vulnerabilidad*, de *vulneración de derechos*, de *acompañamiento* y se empieza a forjar este proyecto, que no es más que la continuidad de lo que se venía haciendo desde hacía dos décadas.

### **Familias de riesgo, familias vulnerables, familias vulneradas**

Uno de los pilares fundamentales del proyecto F.L.I.A. parte de la definición de conceptos de trabajo y su posterior resignificación, con el fin de desterrar subjetividades y nociones positivistas, deterministas y hegemónicas, y trabajar a partir de conceptos sociales y objetivos. Se parte de la base de que trabajar con familias vulnerables es trabajar con personas que deben ser abordadas de manera integral y holística, y no como si se tratara de compartimentos estancos en donde es posible dividir lo social de lo vivencial, abstraer el entorno comunitario del contexto familiar, o escindir lo corporal de lo emocional.

Para ello se torna preciso definir cuál es la perspectiva de trabajo sobre la cual se apoya la labor del equipo de salud. En este sentido uno de los avances significativos del modelo F.L.I.A., es desterrar el concepto de *individuo/familia de riesgo* para reemplazarlo por el de *individuo/familia vulnerable*. Dicha diferenciación no es arbitraria, sino que nos interpela con un cambio de paradigma obligado en la atención comunitaria.

Hablar de *riesgo*, entendido como la posibilidad de la existencia de un daño, perjuicio, contratiempo o desgracia, reviste necesariamente una implicación fortuita, en la cual un individuo se encuentra sujeto a la probabilística, volviendo a la integridad física, emocional y social, una cuestión de azar. En un sentido más específico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que *“un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene”*<sup>4</sup>. De esta manera, bien podríamos decir que todos nosotros, independientemente de nuestra situación individual, del nivel de recursos personales o comunitarios de los que dispongamos, o de las intervenciones que pueda realizar por y hacia nosotros el sistema de salud, somos individuos de riesgo en algún punto. Sin embargo, esta lógica determinista es pasible de fallas, porque generalizar sobre las problemáticas humanas es no comprender su dinámica, así como los alcances y limitaciones del trabajo en salud, y revestir a los miembros de la sociedad de una condición *irreversible*, independientemente de las acciones que se pudieran desarrollar para modificarla.

El modelo F.L.I.A. propone el reemplazo del término *individuos/familias de riesgo* por el de *individuos/ familias vulnerables*, bajo la óptica de que dicho concepto define mejor nuestra realidad vivencial y de trabajo. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja define la *vulnerabilidad como “la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. Es un concepto relativo y dinámico. La vulnerabilidad casi siempre se asocia con la pobreza, pero también son vulnerables las personas que viven en aislamiento,*

---

<sup>4</sup>Temas de salud. Factores de riesgo. OMS.



*inseguridad e indefensión ante riesgos, traumas o presiones*<sup>5</sup>. Creemos que este concepto describe mejor la realidad de familias e individuos que viven inmersos en una sociedad desigual, donde los mismos microorganismos, factores ambientales y/o demás procesos patológicos no operan ni se desarrollan igual en los distintos contextos sociales, políticos y económicos que nos atraviesan como comunidad. En tal sentido cabe destacar la célebre idea expresada por el Dr. Ramón Carrillo (1906-1956), primer ministro de salud pública argentino:

*“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.*

Siguiendo esta perspectiva comunitaria, la *vulnerabilidad* implica un dinamismo en donde el individuo y/o la familia se encuentran en una situación donde el contexto puede resultar más adverso, ya sea por una menor disponibilidad de recursos para afrontarlo, ya sea que existan barreras que dificulten el acceso a la salud, la educación, el empleo, etc., pero que a su vez dicho contexto adverso puede verse disminuido o ser afrontado a través de intervenciones a distintos niveles que eleven la fortaleza, la disponibilidad de recursos o igualen las posibilidades de los miembros de la comunidad. Con ello el determinismo o el azar que hacen del riesgo un factor inmodificable se deja de lado, para reemplazarlo por una concepción integral del trabajo en salud que permite articular y tender puentes de igualdad, equidad y justicia hacia la comunidad. La clave reside en la *reversibilidad de la vulnerabilidad* una vez intervenida la causante de tal situación.

En un sentido más amplio, desde el enfoque jurídico se habla de *grupos en situación de vulnerabilidad*, a fin de evitar cargas peyorativas e identidades devaluadas del grupo al que se califica. Tal enfoque se desprende de la perspectiva de los derechos humanos, para designar a *“aquellos grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos*

---

<sup>5</sup>¿Qué es la vulnerabilidad? Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

*del Estado, se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas”<sup>6</sup>.*

De tal lectura se desprende otra cuestión fundamental que es preciso definir, y es el concepto de *vulneración*. Mientras que el *riesgo* hace referencia a la *probabilidad de un daño* y la *vulnerabilidad* implica un *contexto desfavorable*, la *vulneración* está dada por la restricción del cumplimiento de un derecho humano hacia un individuo y/o familia, ya sea que hablemos del derecho al trabajo, a la vivienda o a la salud, entre otros derechos fundamentales. Aquí entra en función un concepto derivado de la sociología que es el de las *posibilidades y las potencialidades sociales*, es decir de las capacidades que un individuo o grupo social posee, y de la posibilidad real que tal individuo/ grupo tiene para explotar o desarrollar esa capacidad.

En otras palabras, es necesario comprender que solo es posible hablar de salud, sin caer en conceptos académicos y filosóficos repetidos reflejamente, cuando las familias de la comunidad disponen o desarrollan los recursos propios necesarios para acceder a la salud como derecho, al tiempo que gozan de las garantías sociales para garantizar dicho acceso.

### **¿Qué define a una familia como vulnerable?**

Una de las cuestiones centrales a desarrollar es cuál es el criterio para decir que una *familia es vulnerable*. Los conceptos son amplios y por el propio dinamismo de las familias, el contexto y los fenómenos sociales, el atribuir a una familia el calificativo de *vulnerable* no es algo que permanecerá indefinidamente perpetuado en el tiempo. No se trata de aplicar una etiqueta que catalogue a una familia de tal o cual manera, sino más bien de la puesta en práctica de una serie de criterios para priorizar cual es la familia que necesita un mayor nivel de intervención, mayor complejidad de trabajo o una urgencia más inmediata en la atención.

---

<sup>6</sup>*Grupos en situación de vulnerabilidad y de derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales.* Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Subsecretaría de Protección de Derechos Humanos de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 2011.

Ello se logra a través de una serie de criterios ordenadores que permiten jerarquizar donde hay más necesidad de acción, sin descuidar al resto de la familia con las que se puede diferir la intervención. Por su parte esta suerte de *triage* de la familia parte de la base de tres criterios fundamentales (sociales, biológicos, psicológicos), que pueden verse amenazados de manera independiente o en simultáneo. La lógica del trabajo se basa en *llegar antes que el daño*, o bien colaborar con la familia para disminuir su intensidad o su tiempo de duración. Tales criterios se describen a continuación:

**Criterios sociales:**

- Vínculo comunicacional fracturado (palabras, canto, juegos).
- Analfabetismo materno/ paterno.
- Madres solas desocupadas.
- Adultos mayores de 65 años sin controles de salud y/o enfermedades crónicas.
- Pobreza extrema.
- Hacinamiento.
- Hipoestimulo.
- Familia judicializada.
- Discapacidad mental.
- Organización y dinámica familiar disfuncional (evaluar grados).
- Abandono escolar.
- Falta de escolaridad.
- Discapacidades sin control y/o atención.
- Falta de acceso a los recursos.
- Violencia en todas sus formas (institucional, social, familia).

- Derechos vulnerados.
- Aislamiento (ausencia de red social).
- Familias con historia de fallecimientos violentos o dudosos.
- Falta de pertenencia de la familia a redes sociales comunitarias sin contención familiar ni social.
- Trabajo infantil.

**Criterios biológicos:**

- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades congénitas.
- Embarazo no controlado.
- Embarazo en adolescentes menores de 16 años.
- Tuberculosis.
- Enfermedades agudas recurrentes en niños menores de 1 año de edad.
- Trastornos nutricionales (desnutrición, obesidad en la familia).
- Hipoacusia.
- Enfermedad por VIH, enfermedad de transmisión sexual sin seguimiento o tratamiento.
- Falta de vacunas.
- Bajo peso al nacer.
- Menor de un año con tres o menos controles médicos.
- Sintomatología psiquiátrica (sin tratamiento).
- Enfermedades recurrentes.

- Internaciones reiteradas.

**Criterios psicológicos:**

- Hipoestimulo.

- Persona con enfermedad psiquiátrica (desubicada en tiempo y espacio).

- Falta de vínculos comunitarios.

- Adicciones.

- Violencia.

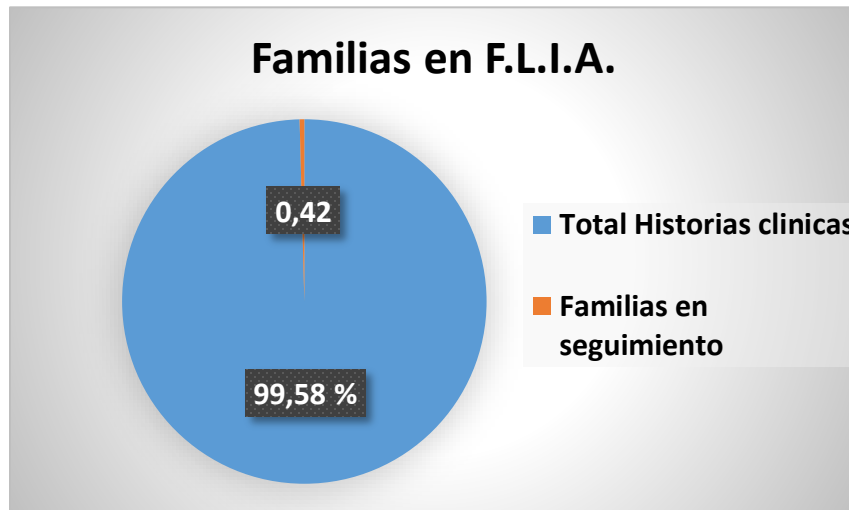
- Abuso sexual.

- Intento de suicidio.

---

**Momento explicativo**

Se comienza con la identificación de los *criterios orientadores* para incluir a una familia como vulnerable. De las 12.000 historias clínicas con las que cuenta el centro de salud, en la actualidad se realiza el seguimiento de 50 familias que reúnen uno o más de los criterios establecidos para el seguimiento. Si bien se trata de un porcentaje pequeño, esto nos permite centrar nuestra atención en la mayor urgencia o en la mayor necesidad de intervención, pudiendo también ampliar o reducir dicho número según los indicadores que vayan surgiendo. No obstante tanto la inclusión, como el trabajo y el seguimiento se encuentran sujetos a un dinamismo permanente, que puede hacer que una familia designada como vulnerable deje de serlo una vez solucionada una barrera, pudiendo permanecer en esa situación o volver al listado de seguimiento en caso de surgir alguna otra problemática compleja.



Por otro lado, la labor de selección, planificación, ejecución y seguimiento implica la necesidad de un proceso y de canales de comunicación permanentes, a fin de garantizar la puesta en común de novedades y otros datos de interés y relevancia. Además de contar con grupos telefónicos que incluyen a todos los trabajadores del equipo de salud intervinientes, la agenda de trabajo se completa con reuniones frecuentes organizadas de la siguiente manera:

**- Reuniones de equipo semanales los días viernes de 8.30 hs a 10 hs:**

Participan: Pediatría, Medicina General, Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Obstetricia y Promotoras de Salud.

**- Reuniones mensuales los terceros miércoles de cada mes:**

Pediatras que no asisten a al CAPS los días Viernes. Participan: Medicina General, Trabajo Social y Obstetricia.

**- Organización de las Historia Clínicas Familiares:**

Se archivan en una carpeta, en sobres. En cada sobre se encuentran las Historias Clínicas de todos los miembros de la familia. Actualmente esta modalidad se encuentra en actualización con la implementación de la Historia Clínica Electrónica.

**Niveles de intervención**

---

Por otra parte la intervención del equipo de salud en colaboración con la familia objetivo, implica la labor a través de distintos recursos y espacios de trabajo. Tal intervención se divide en dos niveles que se detallan a continuación.

- **Grupal**

Intervención en prevención y promoción de la salud, organizado en espacios grupales:

- Taller de crianza.
- Taller de embarazo.
- Juegoteca.
- Taller “Cuidarnos es querernos”.

- **Comunitario**

- Relevamiento familiar.
- Relevamiento Barrial/ Institucional.
- Taller Perspectiva de Derecho.

### **Ejemplo de un caso**

Paciente masculino de 2 años y 11 meses.

Ambos **padres** con **retraso madurativo**.

**Peso al nacer 1570 kg.**

Talla: 42 cm.

Perímetro cefálico: 30.

Diagnóstico: **prematurez**.

Internado por 7 días en junio de 2017 por Bronquilitis.

Internado por 21 días en agosto de 2017 por gastroenteritis.

**Fractura de fémur izquierdo por maltrato.**

Ecografía cerebral (abril 2017): ventrículos laterales dilatados.

Dos imágenes quísticas periventriculares derecha.

**Microcefalia.**

Electroencefalograma: alterado.

---

***Epilepsia***; tratamiento con fenobarbital.

Múltiples consultas por demanda espontánea en CAPS.

En esta breve descripción de un caso real de un paciente y una familia en seguimiento en F.L.I.A., se ve claramente una conjunción de elementos característicos de las familias multiproblemáticas, así como varios de los criterios orientadores para la categorización de *familia vulnerable*. De allí la importancia del *trabajo intersectorial, interdisciplinario y transdisciplinario* puesto que, en una situación tan compleja, todo abordaje aislado redundara en intervenciones insuficientes, que ni aportan a las soluciones ni mejoran la accesibilidad a la salud como derecho.

### **Analizando(nos)**

Uno de los aspectos importantes a analizar para valorar los alcances y limitaciones del trabajo en F.L.I.A, es la realización de la matriz F.O.D.A. (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas), a fin de evaluar cuales son los aspectos internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas), que funcionan como puentes o barreras en cuanto al trabajo del equipo de salud y el grado de intervención en la situación de las familias. Del análisis introspectivo realizado, se desprende el siguiente listado.

#### **FORTALEZAS:**

- Interdisciplina.
- Unión.
- Comunicación fluida y horizontal.
- Compromiso con el proyecto.
- Consenso.
- Frecuencia.
- Seguimiento semanal de la estrategia de trabajo.
- Experiencia/ trayecto.
- Empatía con la población objetivo.

#### **OPORTUNIDADES:**

- Cambios de gestión con eje en la equidad.



- 
- Intersectorialidad/ trabajo en Red.
  - Articulación intersectorial.
  - Crisis.
  - Programas institucionalidades (municipales, provinciales, nacionales).

**DEBILIDADES:**

- Inestabilidad.
- Conflictos interpersonales.
- Referenciación al segundo nivel.
- Fragilidad del primer nivel.

**AMENAZAS:**

- Precarización laboral.
- Contrarreferencia.
- Articulación intersectorial.
- Crisis.
- Programas ineficientes (Discontinuidad/ Superposición).
- Burocracia administrativa.
- Cambio de gestión.
- Mala comunicación.
- Despersonalización.
- Medicina científicista/ hegemónica.
- Falta de recursos.
- Secretaria de Salud.

**El desafío de la FLIArización**

Del análisis F.O.D.A. se desprenden varias cuestiones que es preciso considerar a la hora de trabajar en un equipo interdisciplinario y con familias vulnerables. Y es que no resulta sencilla la labor en un contexto social donde coexisten diversas problemáticas que trascienden las capacidades de intervención. Muchas dificultades que constituyen barreras en cuanto a la accesibilidad a la salud, dependen de factores (históricos, sociales,

---

económicos, políticos, educacionales, entre otros) de tipo estructural, y sortearlos constituye una tarea titánica que excede los esfuerzos y los recursos individuales, familiares y comunitarios.

Uno de los principales desafíos por parte del equipo de salud es el de mantener canales de comunicación continuos y permeables. Como en todo grupo humano donde coexiste la diversidad (académica, cultural, ideológica), sortear las barreras comunicacionales dentro del propio equipo de salud no es una tarea menor. Pero también sabiendo que los ruidos en la comunicación son parte natural de todo grupo social, y que las diferencias son enriquecedoras en la medida en que se acompañen de reflexión y de un objetivo en común, creemos que esto también reviste una oportunidad en el desarrollo de mejores estrategias de intervención.

Lidiar con la frustración de la burocracia sanitaria, de que los resultados no siempre sean los esperados o acordes a los esfuerzos empeñados, también implica el desarrollo del estoicismo, el optimismo y la fuerza de voluntad. Por otra parte entendemos que el mérito del proyecto F.L.I.A. reside en el proceso más que en el fin, el cual, como ya se ha mencionado, muchas veces se encuentra alejado de nuestro alcance. No obstante la perspectiva de que el éxito está en la *contención* y en el *acompañamiento* nos permite mirar hacia el futuro con esperanza, sin perder por eso el realismo, pero manteniendo la cuota de fe necesaria para sobrellevar los problemas sin sucumbir ante ellos.

### **Síntesis**

Frente a un contexto social adverso que deja a muchas familias vulnerables sin acceso a la salud, se torna preciso la resignificación de conceptos sanitarios peyorativos, así como la elaboración de estrategias de intervención de APS que permitan abordar la multiproblemática desde diferentes visiones y lugares de acción. El proyecto F.L.I.A. permite integrar el trabajo y el enfoque de distintas disciplinas, diversas instituciones barriales y de las familias a quienes se brinda la intervención, con la finalidad de

---

acompañar y brindar contención allí donde los recursos (internos y externos) son insuficientes, y/o hay derechos vulnerados.

El trabajo de F.L.I.A. permite por un lado el desarrollo de la interdisciplina y la transdisciplina, es decir la colaboración conjunta y mancomunada de distintas áreas de trabajo, que amplíen su visión y generen un sinergismo a la hora de acompañar a las familias vulnerables. Por otra parte este modelo también fomenta la intersectorialidad a través de la integración con variadas instituciones barriales y comunitarias, que amplían las manos y aumentan la cantidad y la calidad de los recursos de los que se dispone. En tanto, las familias acompañadas, además de recibir la contención necesaria para facilitar el acceso a la salud como derecho humano fundamental, también desarrollan distintos tipos de vínculos y recursos para sobrellevar los contextos adversos.

No obstante, de la misma lógica del trabajo surgen distintos desafíos (comunicacionales, barreras, burocracia, crisis) que constituyen trabas al trabajo, pero que permiten el desarrollo de nuevas estrategias y habilidades para superarlos. Y a pesar de que muchos elementos adversos que dificultan el trabajo y los resultados son de tipo estructural, propios de una sociedad desigual, la misma dificultad permite la búsqueda de nuevos recursos que amplíen la capacidad familiar, profesional y humana.

Y si bien muchas situaciones son por su misma naturaleza inabordables, el desafío de llegar antes que el daño pone el foco en el proceso humano del acompañamiento más que en la finalidad esperada de los esfuerzos. Porque el fin último de nuestra labor, es procurar que las familias vulnerables y/o vulneradas dejen de serlo, pero si ello no fuera posible, que al menos sepan que no están solas.

### **Bibliografía:**

- DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- ¿Cuál es la definición de SALUD según la OMS? OMS/OPS.  
[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28:pregunt](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:pregunt)

---

as-frecuentes&Itemid=142

-AYRES J.R.C y otros. *“El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”* en Czeresnia Dina, Promoción de la salud: conceptos reflexiones y tendencias, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2008.

- Naomar de Almeida Filho, Luis David Castiel, José Ricardo Ayres. *“Riesgo: concepto básico de la epidemiología”* Salud colectiva v.5 n.3 Lanús sep./dic. 2009.

- Fuentes Silvia, *“Vulnerabilidad y Salud Mental”*. UCN.  
<http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/salud-mental-y-vulnerabilidad>

- OMS/OPS. DOCUMENTO CONCEPTUAL: INTERSECTORIALIDAD. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

- Carta de la Transdisciplinariedad. Convento de Arrábida. 1994.  
<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/download/6280/5653>

- OMS. Temas de salud. Factores de riesgo.  
<http://www.redalyc.org/pdf/120/12020206.pdf>

- *¿Qué es la vulnerabilidad?* Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.  
<https://www.ifrc.org/es/nuestra-vision-nuestra-mision/>

- *Grupos en situación de vulnerabilidad y de derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales.* Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Subsecretaría de Protección de Derechos Humanos de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 2011.  
[http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos\\_vulnerables.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf)