RESUMEN

“Salí del pozo… pero todavía falta”. Estudio de casos sobre el acompañamiento integral e intersectorial de familias vulnerables del barrio Villa Hudson, Florencio Varela, en el año 2022.

AUTORES/AS: Acevedo, Lidia M.; Amoroso, Antonella G.; Contreras, Lucía N.; Layús, Pedro; Monachesi, Belén M.; Valeriano Gómez, Edgar H.
PARTICIPANTES: Arce Aguirre, Alexis J.; Bernabé Herrera, Ana E.; Bodenmuller Eva M.; Braggio, Cora A.; Hilasaca Diaz, Yusbel M.; Mártire, Julieta M.; Mircovich, Lázaro A.; Sánchez, Patricia.

CAPS Villa Hudson. Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
CP 1888. Tel: (011) 21493929. Mail: p.layus23@gmail.com

Trabajo de investigación con enfoque **cualitativo**. **Estudio de casos**.

Trabajo **inédito**

Categoría: Clínica ampliada

INTRODUCCIÓN: En el último tiempo la vulnerabilidad se ha constituido en el rasgo social dominante de América Latina. La identificación y seguimiento de las familias vulnerables en un contexto de empeoramiento de las condiciones de vida, es una intervención válida para trabajar las determinaciones sociales. ¿Cuáles son las estrategias de un equipo de salud interdisciplinario, con redes intersectoriales construidas que se requieren para abordar las problemáticas de estas familias?
OBJETIVO GENERAL: Construir estrategias colectivas interdisciplinarias e intersectoriales, generadoras de lazo, conociendo las prioridades singulares, para que favorezcan la inclusión de las personas o familias con vulnerabilidad a la vida del barrio de Villa Hudson entre marzo y octubre del año 2022.
DISEÑO: TRABAJO CUALITATIVO, ESTUDIO DE CASOS. Se utilizó la observación participante, entrevistas en profundidad, grupos focales interdisciplinarios. Se realizó triangulación múltiple.
DISCUSIÓN: Se describen 3 casos de familias vulnerables: Estructura familiar, llegada al CAPS, autopercepción, Proceso de acompañamiento-cuidados familiares; visitas domiciliarias, Abordajes interdisciplinarios/intersectoriales. Las intervenciones se basaron en las prioridades de cada familia.
RESULTADOS/CONCLUSIONES: Se acompañaron muchos cambios en las familias y el equipo. Ayudó a reflexionar sobre la diferencia entre el acto inclusivo basado en un paradigma paternalista vs. el acto emancipatorio; a esperar los tiempos de los procesos familiares, y la inutilidad de los actos caritativos; ver no solo los déficits, sino las fortalezas. La valoración del aporte interdisciplinario e intersectorial, la diferencia entre la atención de la enfermedad y el cuidado continuo, y la ratificación del modelo biopsicosocial, y la salud como derecho y producto social.

Palabras clave: equipo de salud, familias, vulnerabilidad, interdisciplina, intersectorialidad

Cantidad de palabras: 250

“Salí del pozo… pero todavía falta”. Estudio de casos sobre el acompañamiento integral e intersectorial de familias vulnerables del barrio Villa Hudson, Florencio Varela, en 2022.

AUTORES/AS:
Acevedo, Lidia M. Médica Generalista. Instructora de la residencia de MG de Villa Hudson.
Amoroso, Antonella. Residente de 4to año de MG de VH.
Contreras, Lucía N. Residente de 2do año de MG de VH.
Layús, Pedro. Jefe de Residentes de MG de VH.
Monachesi, Belén M. Médica Generalista del CAPS VH.
Valeriano Gómez, Edgar H. Médico Generalista del CAPS VH.

PARTICIPANTES:
Arce Aguirre, Alexis J. Residente de 1er año de MG de VH.
Bernabé Herrera, Ana E. Promotora de Salud del CAPS VH.
Bodenmuller Eva M. Psicóloga pasante.
Braggio, Cora A. Residente de 1er año de MG de VH.
Hilasaca Díaz, Yusbel M. Médica.
Mártire, Julieta M. Psicóloga del CAPS VH.
Mircovich, Lázaro A. Psicólogo pasante.
Sánchez, Patricia. TS del CAPS VH.

Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
CP 1888. Tel: (011) 2149392 9. Mail: p.layus23@gmail.com
Trabajo de investigación cualitativo – estudio de casos - inédito – Categoría: Clínica ampliada
Año 2022

INTRODUCCIÓN:

> "La vida no necesita de una razón que se deje llevar por la tensión de construir sistemas de pensamientos retóricamente refinados, permaneciendo encarcelada en estructuras lógicas (…), la vida necesita una razón que, en primer lugar, se preocupe de estar "al servicio de la necesidad", es decir, de las preguntas que surgen de la experiencia y que responden a la necesidad urgente de buscar aquellos hilos con significado que pueden hacer de la vida un buen momento." Luigina Mortari (1)

"A comienzos del nuevo siglo la vulnerabilidad se ha constituido en el rasgo social dominante de América Latina. El predominio del mercado en la vida económica, la economía abierta al mundo y el repliegue del Estado de las funciones que tuvo en el pasado provocaron un cambio de envergadura en las relaciones económico-sociales, en las instituciones y en los valores, dejando expuestas a la inseguridad e indefensión a amplias capas de población de ingresos medios y bajos en los países de la región". (2)

"En un contexto de fragmentación social y pérdida de noción de pertenencia a un todo, el deber queda ligado a la esfera de lo individual y poco se relaciona con el sostenimiento de la sociedad. La obligación moral, cambia a la gestión integral, donde los cuerpos son sometidos a una evaluación continua desde la lógica del mercado. Ante la pérdida de la certeza en el Estado como gran ordenador y generador de sentidos para la vida social. Las instituciones y la vida social se desarticulan, se tornan impredecibles, pierden su mandato solidario. El sujeto queda en soledad, aislado y atravesado por el desencanto y el rechazo. (3)

¿Cómo en este contexto podemos intervenir eficazmente? ¿Mejorando exclusivamente las intervenciones de *atención* de la salud? ¿O interviniendo con políticas públicas en las condiciones de vida? Algunos autores opinan que "si no enfrentamos las situaciones de desigualdad y pobreza con políticas públicas –económicas y sociales– que lleven a la superación de las enormes injusticias sociales que persisten en nuestros países, tampoco tendremos mejores condiciones de vida que nos permitan tener mejores condiciones de salud." (4)

Basándonos en algunas concepciones previas, vemos que hay programas sanitarios que se enfocaron en el abordaje de la vulnerabilidad tomando a *la familia* como unidad de intervención; y otros en grupos etarios específicos, por considerarlos especialmente expuestos/as (los/as niños/as, los/as adolescentes, por ejemplo). Otras estrategias

persiguieron como objetivo mejorar las coberturas educacionales y de salud, objetivo que no redundó en una mejora de los resultados finales. (5)

Todos/as los/as autores/as coincidieron en que una *mayor cercanía con las personas*, y las intervenciones *intersectoriales* eran el camino para obtener los mejores resultados cuali-cuantitativos. (5)

La salud de las personas no depende sólo de la eficiencia de los servicios de salud. Las intervenciones preventivas individuales no son suficientes para mejorar el nivel de salud de la población, a menos que se influya sobre los factores que la condicionan. Tal vez sí las intervenciones que cubran de manera cada vez más inclusiva otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad, por lo que la intervención sobre las *determinaciones sociales* de la salud es indispensable. (6)

Un enfoque basado en acompañar la vulnerabilidad de estas familias de forma integral podría ser una herramienta válida para este abordaje, y el primer nivel de atención (PNA) se encuentra en una situación de privilegio para lograrlo.

Como antecedentes de trabajo en esta temática, mencionar que en el año 2016 realizamos con el equipo de salud (ES) un primer acercamiento a la problemática de las familias vulnerables de nuestra comunidad, donde se tuvo como objetivos identificar a las familias, caracterizarlas y describir la vulnerabilidad en el barrio. (7)

Como resultado de esa experiencia de trabajo, a lo largo de estos años que pasaron se vieron grandes resultados cuali-cuantitativos en el devenir de la mayoría de esas familias, y un gran impacto en el ES que las acompañó, resultando en una lógica institucionalizada, que parte del principio de *equidad*, donde la atención personalizada de estas familias se continúa hasta la fecha; por lo que la experiencia del presente trabajo de investigación se apuntala como una segunda etapa, donde se buscan articular de forma barrial y comunitaria, a través de los distintos sectores y disciplinas intervinientes, las estrategias para el abordaje de estas familias, máxime luego de la coyuntura mundial de la pandemia COVID 19, donde se profundizaron las inequidades socio-económicas existentes, y se empeoraron las condiciones de vida de la mayoría de la población, surgiendo de esta forma nuevas vulnerabilidades, en un barrio donde los resultados del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) de 2021 revela un porcentaje de NBI del 34.9%. (8)

La **pregunta** que nos hicimos fue: *¿cuáles son las estrategias en el marco de un equipo de salud interdisciplinario, e inserto en un territorio, con redes intersectoriales*

construidas a lo largo de los años, que se requieren para abordar las problemáticas de estas familias vulnerables?

OBJETIVO GENERAL

- Construir estrategias colectivas interdisciplinarias e intersectoriales, generadoras de lazo, conociendo las prioridades singulares, para que favorezcan la inclusión de las personas o familias con vulnerabilidad / vulneraciones, a la vida del barrio de Villa Hudson entre marzo y octubre del año 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar multisectorialmente a las familias del barrio con vulnerabilidad - vulneraciones.
- Generar equipos de trabajo interdisciplinario - intersectoriales que lleven a cabo diversas actividades para el acompañamiento de las familias a fin de abordar las necesidades co-construidas.
- Trabajar desde un acompañamiento personalizado el abordaje de objetivos singulares priorizados por las familias.

MARCO TEÓRICO

Cuando hablamos de **vulnerabilidad** decimos que "se trata de un conjunto de características no idiosincráticas que generan debilidad, desventaja o problemas para el desempeño y la movilidad social de los/as actores/as (sean estos personas, hogares o comunidades) y que actúan como frenos u obstáculos para la adaptación de los mismos a los cambiantes escenarios sociales, en condiciones de *indefensión* particularmente agudas y que, por lo tanto, requieren de un trato especial de las políticas públicas, lo que origina programas sectoriales y multisectoriales de apoyo y promoción" (9)

Algunas de las características de vulnerabilidad que comparten las familias son: falta de activos (ingresos, alimentación, problemas habitacionales, educacionales); falta de redes familiares, vecinales e institucionales (si bien las redes pueden estar, no se logra el acompañamiento requerible con las intervenciones "tradicionales"); policrisis; pérdida de roles parentales y organización familiar; y situaciones de salud-enfermedad individuales o familiares que individualmente o sumadas, influyen como determinaciones (discapacidad,

consumo problemático de sustancias, problemáticas de salud mental, violencia de género, etc.).

Para poder acompañar a las familias, es necesario adentrarnos en el concepto de **cuidado**, que según Cancian y Oliker (2000) "incluye sentimientos de preocupación, responsabilidad y afecto, así como el trabajo de atender las necesidades de una persona" lo que implica pensar el cuidado como una noción dinámica sin anclajes absolutos en ninguno de estos tres aspectos, pero sí integrándose. (10) Para Morgari, una buena práctica del cuidado está profundamente conformada por el pensar, un pensamiento comprometido a entender la fenomenalidad de la vida relacional, a encontrar la acción más apropiada y evaluar críticamente el impacto de la práctica sobre la experiencia. Todas las personas experimentan contextos de vulnerabilidad distintos y, por lo tanto, todas son susceptibles de necesitar cuidados.

Las posiciones de cuidador, de cuidadora y cuidado no son fijas ni completas. Si se fijan, se corre el riesgo de que la persona que cuida genere sentimientos de omnipotencia, y de resentimiento por parte de la persona cuidada, ya que puede generar dependencia o la idea de que el cuidado que recibe es una expresión de poder. (11)

Una política democrática del cuidado es necesaria que se funda en el reconocimiento recíproco, y esta forma de abordar las actividades y las relaciones humanas la concebimos como una *ética*, un marco desde donde las personas toman consciencia de su situación de interdependencia. Es importante entonces entender la **ética del cuidado** como el modo de relacionarse con la vulnerabilidad ajena y la propia, que se aleja de aplicar soluciones universales, descorporeizadas y unilaterales. Su razón de ser se fundamenta en la lógica de la *red* y de la responsabilidad compartida. Hace énfasis en la satisfacción de las necesidades humanas, valora el contexto y las diferencias existentes en la sociedad. (12)

Acordamos con Débora Ferrandini en que los **problemas complejos en salud** tienen que ver en cómo construyen sus problemas los grupos, las familias y sujetos, por lo que es fundamental diseñar con ellos/as los proyectos de cambio. Para ello es necesario que todo el conocimiento, la experiencia, las capacidades de un ES se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece. Pero es necesario que escuchemos a quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven, qué es lo que desean cambiar y con qué recursos, experiencia y saberes cuentan para enfrentarlo. Es poniendo en común todas

estas perspectivas, discutiendo sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, que lograremos los proyectos terapéuticos y de cuidado más efectivos. (13)

Por estas razones son imprescindibles las **redes** como "formas de interacción social, definidas por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad, pero también, como un modo espontáneo de organización, que se nos presenta como una forma de evitar la organización y lo instituido, y que tienen la posibilidad de gestar consistencia donde la organización fija y estereotipada ceda su dominio a procesos de creatividad e invención. En definitiva, implica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, quienes a partir de una decisión voluntaria deciden desarrollar acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad de los participantes (14)

La **interdisciplina** implica el intercambio de saberes, conceptos, puntos de vista y juicios que posibilitan el aprendizaje mediante el cual sus participantes toman en cuenta las relaciones interdisciplinarias para el logro de una formación más integradora, abarcadora y estratégica (15); y a la **intersectorialidad**, como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. (16)

Como principio rector de la APS y fundamental para abordar la vulnerabilidad, la **equidad** en salud implica que, idealmente, toda persona tenga una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, que nadie quede desfavorecido para lograrlo" Se basa en la igualdad de derechos, de conocimiento, participación y poder, en el acceso y la distribución de los recursos. (17)

Trabajar para reducir las *inequidades en salud* requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes y determinación sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que involucra a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas. (18)

Como se nombró anteriormente, impera salir del paradigma de atención basado en la atención de la enfermedad, por lo que se define la **clínica centrada en los Sujetos**, que se basa en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerar la enfermedad como parte de esta existencia. Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el/la que padece, es la

persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el "proceso de cura" sino en el proceso de "invención de la salud" y de la "reproducción social del paciente". (19)

El término **“apego”** es un tipo de lazo emocional que puede establecerse entre dos seres humanos, cuyo concepto central es la búsqueda de *seguridad*. Por ello, la evaluación del apego podría ser realmente predictiva cuando se aborda en contextos de peligro, y no en las interacciones cotidianas, puesto que es en aquellos donde el apego aparece activado. “La confianza en la figura de apego es la base de una personalidad estable y segura“. (20)

Adherimos al concepto de la **“determinación social de la salud”**, cuya idea central es que las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, asumiendo a la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, y sosteniendo una perspectiva conflictual de ésta; en una estructura jerárquica que hace que los individuos padezcan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de forma diferencial, según clase social, género o etnia, concepto que amplía la visión de los determinantes de la salud de la OMS, por lo que en el texto hablamos más de las “determinaciones” que los “determinantes”. (21)

Finalizando, retomamos a Débora Ferrandini, que nos propone entender a la **salud** como la facultad singular y colectiva de lidiar contra las fatalidades y restricciones de la vida, y por lo tanto, sabemos que el ser humano está “en salud” si lucha para resolver los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen. Como también nos decía Floreal Ferrara, la salud es “la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida”, y este *óptimo vital* es el estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”. (22)

DISEÑO METODOLÓGICO

Contexto: Nuestro barrio se ubica en el conurbano bonaerense, en el partido de Florencio Varela. Tiene características de vulnerabilidad y un 34.9% de la población con NBI. Las 11 instituciones que constituyen espacios sociales, (merenderos, comedores, clubes), junto a las escuelas, y jardines, trabajan en red junto al centro de salud en un espacio que se reúne de forma quincenal, que es la “Red de Villa Hudson”. El CAPS hace 39 años que está en el barrio, tiene un equipo multidisciplinario, con fuertes acciones docentes. La residencia de medicina

general (MG) se encuentra inserta en él, y recibe estudiantes de enfermería, trabajo social y medicina. Todos/as se suman a la tarea asistencial y comunitaria.

TIPO DE TRABAJO CON PARADIGMA CUALITATIVO: Estudio de casos.

UNIVERSO: Familias vulnerables de Villa Hudson.

MUESTRA: La muestra son 3 familias del barrio de Villa Hudson que manifiestan con intensidad la vulnerabilidad *(muestreo de casos que manifiestan con intensidad lo que se estudia)*; y que cumplen con los criterios de inclusión establecidos *(muestreo a base de criterios). (23)*

UNIDAD DE ANÁLISIS: las familias identificadas vulnerables.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- NBI.

- Dificultad en el aprovechamiento de las redes (familiares, vecinales e institucionales).

- Múltiples crisis (familiares, vecinales e institucionales).

- Desorganización familiar (pérdida de roles parentales, inconveniente establecimiento de límites, apego inseguro, inestabilidad habitacional).

- Situaciones complejas de salud (consumo problemático de sustancias; problemáticas de salud mental; violencia de género).

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Observación participante a través de visitas domiciliarias interdisciplinarias; entrevistas en profundidad a referentes de la familia; entrevista no estructurada a referentes clave (parentales, educativos, institucionales); anotaciones y bitácora de campo; foro interdisciplinario semanal de discusión de las situaciones problema.

PROCESAMIENTO DE DATOS: *Triangulación* de la información relevada por los/as diferentes investigadores; de la información obtenida de las/los referentes familiares y comunitarios; de los diferentes métodos de recolección de datos (cuaderno de campo; entrevistas en profundidad; entrevistas no estructuradas).

La triangulación implica observar las concordancias o diferencias al utilizar varios enfoques o estrategias durante el estudio. También se puede observar la congruencia o disimilitud

durante el transcurso de la entrevista por personas vinculadas, tales como familiares, colegas, compañeros/as de trabajo o miembros de un grupo social. (24)

CONSIDERACIONES ÉTICAS: se realizó con cada familia un consentimiento informado verbal, donde se aseguró la confidencialidad y reserva de los nombres y apellidos de las/os participantes para la realización de este trabajo. Las/os participantes al proyecto tendrán acceso personal a la investigación permanentemente, a fin de aclarar cualquier información. Podrán retirarse cuando lo deseen, sin afectar ningún derecho o beneficio vinculado al ES. Se garantiza permitir que el sujeto de investigación, quiera o no participar, cambie de opinión y mantener la confidencialidad de la información, salvaguardar la intimidad y la identidad de los /las participantes respetando el anonimato en la publicación de los resultados. A su vez recalcamos además que la participación:

1) No implica ningún riesgo en la aplicación de las intervenciones a los/las participantes de la investigación, siendo por el contrario sujetos activos/as, definiendo según sus prioridades los cursos de acción del proyecto. Los beneficios de la investigación están dirigidos exclusivamente al grupo participante.

2) No implica la intervención de ninguna práctica distinta a las intervenciones habituales realizables en el marco del desarrollo de la estrategia de la atención primaria de la salud.

DESARROLLO

Las primeras intervenciones se basaron en la construcción de un *espacio intersectorial*, con las escuelas, los comedores, merenderos, y el ES, a fin de plantear la problemática de la vulnerabilidad de algunas familias del barrio. Se realizó un listado de familias, y un intercambio de la forma en que realizaba cada sector su abordaje. Se definió la realización de una actividad informal recreativa para reunirnos, e invitar a las familias, saliendo de los roles tradicionales preestablecidos, a fin de lograr un mayor acercamiento; y se concretó en una de las capillas del barrio, siendo una jornada de recreación, cuidado personal, yoga, y actividades con las niñeces. Si bien no fue exitoso para el objetivo de abordar las familias, ya que si bien fueron invitadas no asistieron, sirvió para mejorar la articulación entre los/las actores sociales que intervienen en el barrio. Se constituyó también un grupo de comunicación virtual con el objetivo de socializar información, experiencias y estrategias.

Se creó un *espacio interdisciplinario* fijo de discusión de las familias seleccionadas en un día y horario preestablecido semanal (lunes), en el que participaron todas las disciplinas integrantes del ES.

Se formaron equipos de trabajo con promotora de salud, medicas/os residentes de MG, médicas/os de planta, psicólogas/os de planta y pasantes para el seguimiento de las familias seleccionadas, quienes realizaban las intervenciones domiciliarias, de seguimiento longitudinal y presentación en el espacio interdisciplinario, problemáticas, debilidades y fortalezas.

Se desarrolló la siguiente síntesis de cada familia con el aporte de los espacios interdisciplinarios e intersectoriales, siguiendo la siguiente guía de desarrollo para la narración de los 3 casos que se acompañaron: Estructura familiar/Llegada de la familia al CAPS/ Necesidades sentidas-autopercepción/ Proceso de acompañamiento-seguimiento/ Cuidados familiares integrales/ Visitas domiciliarias/ Abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

CASO 1: FAMILIA "S"

Estructura familiar: Mujer "L" (30 años) y sus 4 hijas/os (J de 18 meses; B de 4; G de 6 y K de 8). Padre de los 2 los/as más grande fallecido por síndrome coronario agudo en contexto de consumo de sustancias hace 6 años, resto de familia paterna ausente desde entonces. Padre de los/as más pequeños privado de su libertad por violencia de género hace 1 año hacia "L", con condena de 3 años. Sin redes familiares, barriales o institucionales.

La vivienda de "L" tiene condiciones de inhabitabilidad extrema, sin muebles, ni utensilios de cocina, una cama para dormir las/os 5 integrantes de la familia, sin mesa, una sola silla, sin baño y un espacio entero dedicado a bolsas de basura. Condiciones de higiene deficientes, niños/as sin calzado ni abrigo adecuado. Escolarizados/as, pero que no asisten; no vinculadas/os efectivamente con ninguno de los comedores linderos.

Familia con NBI/pobreza estructural: si bien la vivienda no es precaria por definición (paredes predominantemente de material), carece de condiciones de habitabilidad adecuados; hay niños/as en edad escolar que no asisten a la escuela; viven en hacinamiento (más de 4 personas por cuarto), y no cuentan con sistema de excretas, ni agua corriente.

Llegada de la familia al CAPS: Desde el ES se acompaña y brinda asistencia al grupo familiar desde antes de la pandemia. En la actualidad, el equipo se acercó al hogar de "L", ya

que desde la escuela transmitieron su preocupación por la inasistencia de los/las niños/as desde el inicio de clases. En el encuentro intersectorial se identificó como familia de riesgo/vulnerable por todas las instituciones presentes (acordamos intersectorialmente que es el caso que con mayor *intensidad* representa la vulnerabilidad en el barrio).

Proceso de acompañamiento/seguimiento: El equipo se conformó en un primer momento con médica generalista, trabajadora social, psicóloga, pasante psicólogo, promotora de salud, sumándose luego la psicopedagoga, instituciones formales (escuela y jardín) y no formales (merendero "Los Chavitos", capilla "María la que desata los nudos").

Las acciones a llevar a cabo en un principio fueron el acercamiento a la familia observando problemáticas percibidas por el equipo y acompañamiento familiar sobre sus **dificultades autopercibidas,** identificando prioridades, entre ellas el acceso a comedores y atención de situaciones urgentes de salud (desnutrición aguda grado 2 en "B", problemas de salud mental "L", no - escolaridad, modos de vinculación / apego inseguro).

Luego las acciones se fueron transformando en acompañar el sostén de rutinas, hábitos, redes minuciosamente establecidas, alimentación, escolarización, controles de salud de las/os integrantes de la familia, y seguimiento nutricional.

Mantuvimos permanentemente contacto con el Servicio Local de Niñez por la situación de riesgo de los/as niños/as y "L".

A su vez, en una visita domiciliaria realizada por la psicopedagoga del ES, se le propuso a "L" celebrar los cumpleaños de los/as niños/as, ya que en la pared del hogar estaban escritas las fechas correspondientes como una estrategia de recuerdo de "L", y siendo esto algo muy sentido por ella: *"cuando me organice quiero festejarles los cumpleaños a los chicos"*; hecho que sensibilizó profundamente a quienes realizaban la visita (psicopedagoga y personal de una cooperativa). La organización del cumpleaños de "B" se superpuso con algunos turnos programados, y se realizó en horario escolar, esta intervención no fue consensuada por el ES, desarticuló el trabajo previo, ya que quienes organizaron el cumpleaños, alentadas y motivadas por la visualización de la vivienda y las condiciones extremas de "L", realizaron una denuncia a Desarrollo Social, que redundó en una sobreexposición y revictimización de "L", y numerosos conflictos intraequipo, que finalmente se lograron contener, y servirán para el análisis y las conclusiones posteriores.

“L” era amenazada y acosada por una prestamista del barrio, situación que le generaba mucha ansiedad, y miedo de salir de su vivienda, lo que generó complicaciones a esta rutina.

Cuidados familiares integrales: Consultas por MG de “L” y los/as niños/as; asistencia a espacios individuales desde psicología; participación con TS, promotora y MG al espacio de “Juegoteca” del CAPS; armado de redes barriales, para acompañar el acceso a alimentos, resolución gracias a colecta solidaria para las dificultades económicas (Comedor Desatanudos y Merendero “los Chavitos”, Iglesia “Refugio de lo alto”, vecinos/as, Escuela, ES); búsqueda activa de redes familiares; evaluación con servicio de Salud Mental del hospital de referencia, Servicio local de niñez, donde finalmente se decidió una medida de abrigo para los/as niños/as.

Visitas domiciliarias: Se realizaron visitas domiciliarias programadas con el equipo de trabajo cada 10/15 días ya que en un principio fue dificultosa la contra transferencia, situación que el equipo identifica por las numerosas crisis en todos los espacios que esta familia habita. A pesar de esto, en determinadas situaciones las visitas fueron más frecuentes por situaciones puntuales.

En el contexto de las primeras visitas, el equipo encontró en varias ocasiones a los/as niñas/os solos/as, sin ningún tipo de supervisión ni acompañamiento. “L” refiere problemas para conciliar el sueño, y que cuando lo hacía no lograba despertarse tan fácilmente; de hecho en una oportunidad integrantes del equipo se vieron en la obligación de entrar en el hogar para descartar desmayo, u otra situación más grave.

Luego de varios intentos con pocos resultados, se realiza un encuentro con “L” donde se pone en tensión las diferencias entre su discurso y su accionar, y nos comenta su deseo de dejar de tener miedo, dejar de ser una persona señalada: ”*no quiero ser más la víctima*”, y se la invitó a que realice propuestas para un mejor acompañamiento. Se armó conjuntamente un recorrido diario donde el grupo familiar comían en el comedor, y luego las/os niñas/os entraban a la escuela, los días lunes además se realizaba el control antropométrico de “B”, mientras “L” sostenía su consulta psicológica, mientras otros miembros cuidaban a los/as niños/as.

Problemáticas, amenazas y oportunidades: Conflicto con prestamista; Colecta por parte de mujeres del comedor para ayudar con esa deuda; Situaciones agudas de salud, tanto de “L” como de sus hijos/as, Turnos perdidos de laboratorio en varias oportunidades;

trastornos del sueño de severidad moderada-alta; se encuentran en ocasiones los/as niñas/os sin ningún referente, al punto que en una oportunidad una vecina dio resguardo a "B" en su hogar por estar sola en la calle; Reunión con instituciones formales: escuela, CAPS, Servicio Local de Niñez. Se acuerda acompañar la medida de resguardo de las infancias. La familia que albergará a las/os niñas/os es el hermano de "L" y su pareja. Ante esta medida de abrigo, el equipo acompañó a "L" en el momento de la noticia, y diagramaron una hoja de ruta para seguimiento diario, y evaluación hospitalaria por salud mental, que indicó medicación. Al respecto, "L" logra descansar, se la ve de mejor humor, y en los días siguientes logra limpiar la casa con ayuda de dos vecinas con quienes no se vinculaba previamente, se organiza en el discurso y en el accionar, refiere sentirse mejor, tiene como objetivo mudarse, conseguir un empleo y que sus hijos/as regresen a vivir con ella, además de estar interesada en reconstruir lazos familiares.

Necesidades sentidas/autopercepción: Recursos: "casa y trabajo". Desarrollo Social acerca recursos (camas, garrafa, anafe, utensilios de cocina, colchones). En varias ocasiones solicitó "ayuda con sus hijas/os", se sentía desbordada y no sabía cómo poner límites y organizarse.

Punto de quiebre que identifica el equipo: Al llegar a la consulta refiere *"salí del pozo",* se emociona, y continúa *"yo no me daba cuenta que en ese pozo también los metía a mis hijos"*, comenta sobre los logros que viene teniendo en las últimas semanas los que se asocian a sus lazos con las diferentes instituciones del barrio como ser el CAPS, "Los Chavitos", la escuela, y el jardín maternal donde asiste su hija "B" y "J".

Luego de que se realizó la separación momentánea de sus hijos/as ella se siente agradecida por el acompañamiento del ES, en un primer momento su reacción fue de desconcierto, expresó entre lágrimas *"pero estaba haciendo las cosas bien"* y se le explicó que así es, pero que faltaba organizarse más, y que por eso el equipo estaba ahí con ella, acompañándola.

CASO 2: FAMILIA "B"

Estructura familiar: "J" varón de 40 años; "A" mujer de 28 años, 4 hijos/as (G de 12, AL de 8, Jo de 4, B de 2, y una hija fallecida hace 5 años por muerte súbita).

Familia con NBI/pobreza estructural: En la vivienda se detectó hacinamiento, ausencia de sistema de excretas y de agua, y desorganización en los quehaceres domésticos,

a cargo de “J” principalmente. “G” de 12 años se encarga de retirar comida del comedor. Niños/as escolarizados, pero que no asisten regularmente.

Llegada de la familia al CAPS: ”J” asiste regularmente, de manera informal y esporádica por demanda o para solicitar receta de la medicación que tiene indicada por trastorno de ansiedad y fobia social. Es una persona incapaz de esperar y de ajustarse a las reglas de los turnos. En abril de 2022 es diagnosticado con diabetes tipo 2. Tiene antecedentes de consumo problemático de sustancias, y una personalidad ansiosa e insegura. Es el referente familiar, y el que viene con sus hijos/as, o a su pareja ante una problemática de salud. Refiere intento de suicidio en el mes de mayo de 2022.

Necesidades sentidas/autopercepción: “J” refiere no poder viajar en colectivo por miedo, y que está “solo en el mundo”, y que su mujer “ya está cansada de él”, y que la única persona que lo quería y aconsejaba y acompañaba era su madre, quien falleció en 2022, dejándole una gran sensación de soledad. “J” nos cuenta que “A” le fue infiel con un vecino, y que en esa vivienda “consumen drogas y delinquen”, por lo que le preocupa que sus hijas/os estén en ese ambiente. Por su parte “A” nos refiere estar “harta de J”, que quiere ir a vivir con su madre y hermano el cual le ofreció trabajo. “A” se organiza a través de su esposo, y delega también el cuidado de sus hijas/os a él. Ambos plantean necesidad de mejoras en la vivienda, y el acceso a alimentos como prioritario. Trabajar con psicólogo autoestima y seguridad. Ropa para sus hijos/as. Medicación le insume una gran porción de sus ingresos. “J” cuenta con pensión por discapacidad, ya que en 2013 recibió una herida de arma blanca en la región torácica, hecho que lo marcó para siempre, dado que refiere ser ese el impedimento para la realización de cualquier esfuerzo: *“Se puede deshacer la cirugía, y me puedo morir”*.

Proceso de acompañamiento-seguimiento: Se articula para que retiren comida del comedor “Las ardillitas”. Se le organizan y priorizan turnos para psicología y para realizar estudios de laboratorios a los cuales no asiste en principio. Se realiza control de salud semanal, y se comunica también telefónicamente ante cualquier duda o dificultad. Se realizan los controles de salud de los/as niños/as donde se completaron calendarios vacunales atrasados y acompañamiento de situaciones de salud específicas (escoliosis y sobrepeso de dos de sus hijos).

Cuidados familiares integrales: consultas de salud sexual, seguimiento de los/as niños/as, y de enfermedades crónicas no transmitibles a través de MG, donde se objetiva

para el ES y para “J” que se encontraba apto para trabajar; terapia individual en espacio de psicología; encuesta social y articulación con TS, tejido de redes barriales para acompañar el acceso a alimentos en comedor y escuela secundaria.

Visitas domiciliarias: Se realizaron con residentes de MG, promotora y TS. No lograron al momento sostener la educación inicial del niño “B”, por temas laborales, y dificultades para obtener los papeles de inscripción. A su vez, “A” no concurre y pierde varios turnos para la colocación del DIU, método elegido por ella (pérdida de oportunidades).

Con la incorporación de “J” al trabajo en una gomería, mejoró su autoestima, y sirvió de puntapié para reacomodar los roles parentales. El trabajo a su vez fue un obstáculo para aprovechar los turnos programados con psicología, y el control de su diabetes.

El contacto telefónico con la residente de 1er año de MG fue una estrategia muy valorada y aprovechada por la familia, que consulta por esta vía ante cualquier dificultad e imprevisto.

Articulaciones interdisciplinarias/intersectoriales: En hospital de referencia rechaza ir a articular con su obra social, alegando que *“tengo que esperar, me tratan mal, y no entienden lo que quiero”*. Se articuló con el ropero barrial para entrega de vestimenta y calzado. , y con comedor para entrega de viandas, e incorporación de “B” de 4 años, al jardín de comedor “Las Ardillitas”.

Se coordina con preceptora y subdirectora de la escuela secundaria, para mejorar asistencia a la misma, ya que impacta en el desempeño escolar.

Se articuló con Secretaría de Salud una ficha de medicamentos de uso crónico para que los retire en farmacia de centro de salud de segundo nivel municipal. Desde TS se trabajó el trámite de su pensión por discapacidad y también de parte de desarrollo social se consiguieron camas, colchones y una cocina.

El trabajo realizado generó en “J” una motivación y optimismo que le elevó su autoestima, le permitió comprarse un vehículo, y fue muy valorado el acompañamiento del ES: *“(Darme cuenta que podía trabajar) me cambió la vida”, “nos podemos dar unos gustitos” y “estoy ahorrando para poder mudarnos”.*

CASO 3: FAMILIA “V”

Estructura familiar: “S”, adolescente de 12 años. Madre de “S” (“MS”), de 38 años, Padre de 43, viven en casas distintas. Pareja de “MS” privada de la libertad, varón de 29 años. Hermanos de “S”: varón “G” 14 años.

Familia con NBI: ausencia de excretas en casa de “MS”, que es analfabeta, y tiene consumo problemático de sustancias. Casa de material, con condiciones de inhabitabilidad. Hacinamiento. Los únicos ingresos son el salario familiar de “S”. que aporta su padre.

Llegada de la familia al CAPS: “S” es traída a la consulta de demanda espontánea por su tía materna, por presentar amenorrea y aumento del perímetro abdominal. Se realiza en el momento test de embarazo (positivo), y se entrevista por sospecha de abuso sexual infantil (ASI), y comienzan las intervenciones del ES. Estudio ecográfico revela embarazo viable de 23 semanas.

Proceso de acompañamiento/seguimiento: Entrevistas con residentes de MG, la TS y psicóloga para descartar ASI, acompañamiento en la decisión de interrupción legal del embarazo (ILE), o de controles prenatales. Comunicación a su familia e invitación a acompañamiento cercano de la niña en el proceso, respetando los derechos y decisiones de “S”. Decidió continuar la gestación. Controles del embarazo, en abordaje integral de los cuidados del cuerpo, la maternidad, la lactancia materna, los proyectos educativos y personales, la salud, y sus derechos.

Cuidados familiares integrales: controles prenatales quincenales, espacio individual con TS y psicóloga en una preparación integral para la maternidad, entrevistas en profundidad con referentes afectivos (tía y madre); articulación con escuela secundaria para permanencia educativa de “S”, asesoría en salud sexual reproductiva y no reproductiva.

Visitas domiciliarias: con MG, TS y promotora de salud, se evaluaron condiciones habitacionales, dinámica familiar. La madre no trabaja y no acompaña favorablemente a la niña en su embarazo, ni en el proceso de reinserción escolar. Se identificaron condiciones de higiene deficitarios, colillas de cigarrillos, latas de cerveza y excrementos de animales.

Abordajes interdisciplinarios/intersectoriales: Entrevistas con MG, TS y psicóloga donde se descarta finalmente el ASI; reunión con orientadora educacional de escuela secundaria para continuar acompañando en su escolarización, donde se le solicita acompañamiento personalizado, y tareas escolares domiciliarias como estrategia para que mantenga escolaridad; múltiples (y fallidos) intentos de tejer redes con segundo nivel de

atención de obstetricia por embarazo de alto riesgo; comunicación mediante promotora de salud de turnos para exámenes complementarios

Se solicitaron 4 turnos a alto riesgo del hospital para acompañamiento conjunto. Los turnos no llegaron desde la contrarreferencia, por tal motivo se articuló con la directora de APS del municipio y se obtuvo recién en la semana 35 de gestación, en el hospital. “S” nos refiere que "me retaron por no consultar antes", le dicen que "el embarazo iba todo bien", que continúe los controles prenatales en el CAPS, y que iba a tener parto.

“S” tuvo problemas hipertensivos en el trabajo de parto, y luego el recién nacido “T” estuvo en neonatología por necesidad de asistencia respiratoria mecánica, distocia de hombros con parálisis de Erb, y reanimación neonatal.

Necesidades sentidas/autopercepción: hasta el momento, se logró realizar el acompañamiento de “T” en el CAPS en los controles de salud, está en rehabilitación por su parálisis, con notables mejoras en el movimiento. Al momento de cierre de este trabajo tiene 5 meses. Logró lactancia materna exclusiva. Desde la escuela se acompaña la reinserción de “S” a la vida escolar. Recibe la AUH, y se articuló con comedores para retirar viandas. “S” solicitó ayuda con alimentos, mejorar las condiciones de vivienda, chapas para construir habitación para ella y su hijo. En la última entrevista nos cuenta que su madre dice que "el bebé está terrible y no lo quiere cuidar más", por lo que asiste a la escuela cuando puede, o va menos cantidad de horas. “S” refiere estar contenta con la maternidad, visualiza a “T” como un motor y compañía*: "siento que ya no quiero estar sola".*

RESULTADOS:

Percepciones de las familias:

> “(Darme cuenta que podía trabajar) me cambió la vida” / “Ahora nos podemos dar unos gustitos” y “estoy ahorrando para poder mudarnos”. – “J”, Familia B.
>
> “Salí del pozo, pero todavía me falta” / “Mi vida es distinta que hace meses atrás”– “L”, Familia S.
>
> "Siento que ya no quiero estar sola" – “S”, Familia V.

Percepciones del ES:

“Muchas veces me generó enojo, me sentí sola, desbordada, no poder desconectarme de la situación, con presión, angustia, porque sentía que tenía la responsabilidad de dar respuesta y lo que proponíamos no resultaba.”

“Muchas veces se desdibujaban los límites, mucha intensidad, momentos extremos, tensiones, provocadas por las situaciones vividas en dichas familias, en esos momentos teníamos que hacer un trabajo para bajar las tensiones, aprender y seguir.”

“Este trabajo (a diferencia del primero sobre vulnerables realizado en 2016) tiene otro punto de partida, por el trabajo previo, la sensibilización que dejó en el ES, y además estamos parados en otro contexto social, político y económico (en lo micro-meso y macro), y con otros recorridos; lo que hace que fueran otros aprendizajes y abordajes desde lo individual y grupal”.

“El Trabajo en equipo, con sus vínculos dentro y fuera del equipo (intersectorialidad), son el sostén de todas las intervenciones, poco tradicionales, con abordajes impensados.”

“Cambió mi manera de ver las cosas, ahora puedo ver como en otros ámbitos se maltrata a la gente culpabilizándola por no tener vacunas, por no consultar antes, etc., sin escuchar activamente y ahondar en las situaciones, con muchos prejuicios (…). Estas son familias que generalmente están cansadas de rebotar en diferentes lugares”.

“Antes cada vez que hacía una visita domiciliaria pensaba que resolver su situación era dar recursos, etc., ahora pienso que es importante que las personas tengan autonomía, que se piense como sujeto de derecho. Encontré familias complicadas, repensarlas, ponerse en el cuerpo del otro, genera muchas emociones…”

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

En el ANEXO 1 se sintetiza lo que sentimos que fue el recorrido que transitamos durante esta experiencia, y refleja la complejidad del abordaje, las estrategias, y los interrogantes que se nos presentaron.

Este trabajo fue muy sensible y complejo, generó mucha reflexión en todos/as y cada uno/a de los/as integrantes del equipo, independientemente de su experiencia previa y su rol profesional.

Acompañar a familias en condición de vulnerabilidad nos hizo pensar e intervenir con estrategias nuevas, y nos generó muchos interrogantes. Entendimos que “el acto/inclusivo puede ejercer su poder sobre el otro, disciplinar, sojuzgar, estigmatizar, atontar, o puede ser un acto emancipatorio, en tanto acompañe la construcción de los propios saberes”. (25)

Entendimos la necesidad de pensar a las familias como sujetos de derechos, autónomos capaces de producir una transformación de su realidad, desde sus propias singularidades, tiempos y prioridades.

La extrema necesidad saca de nosotros la idea de *salvataje externo* "ofreciendo lo que se percibe como carencia en el otro, en lugar de potenciar la acción". Aprendimos que el "dar sin pensar" resta en vez de sumar. No percibiendo que podríamos estar avanzando sobre la dignidad del otro – quitándole espacio y su potencia. (26)

Considerar a las familias con su historia contribuye y tiene influencia en los resultados de las intervenciones y abordajes de la complejidad. Por eso hablamos de procesos en dichas familias, donde las transformaciones surgen a partir de su propio recorrido, sus avances y retrocesos que generan nuevas estrategias, que descartan otras, y que son singulares en un momento y en una familia en particular. Lo que nos queda claro es que este abordaje no es el abordaje tradicional donde el ES detecta las carencias, y desde ahí se parte para abordarlas (familia sin controles de salud, calendario incompleto de vacunas, ausencia de métodos anticonceptivos, etc.), sino por el contrario a partir de la escucha activa, el acompañamiento personalizado, la generación de vínculos, el compromiso, se pueden visibilizar las prioridades de cada familia, sus necesidades sentidas, deseos, y a partir de ello generar estrategias con el otro, para abordarlas, como se plantea en la ética del cuidado, que pone en primera línea los sentimientos de benevolencia, compasión, empatía y solidaridad, y no los deberes. (12)

Al principio veíamos los déficits, nos costaba atender a los recursos y potencialidades Como señala Colapinto "requiere eludir una exploración de la "disfuncionalidad", y concentrarse en cambio, en localizar y expandir habilidad de los miembros de la familia para conectarse entre sí, para poder buscar en las personas que acompañamos generar una demanda, una pregunta, que impulse una transformación de su realidad, búsqueda activa para salir de su situación. La mirada interdisciplinaria nos ayudó a ver esto. (27)

Esta actividad hubiera sido imposible sin el marco de un equipo interdisciplinario y un territorio vinculado intersectorialmente, ya que el enfoque de la vulnerabilidad es multidimensional. Es importante re-pensarse en lo individual y lo colectivo, en el abordaje; contar con el equipo, construir alternativas de acompañamiento sabiendo que muy

probablemente haya aciertos y desaciertos, y que estos son parte de este aprendizaje, y que se construyen en forma permanente.

Se generaron tensiones intraequipo por decisiones individuales en los abordajes, sumado a la falta de comunicación, en donde algunos/as se sintieron expuestos/as, pero que mediante las reuniones, la reflexión colectiva, se pudo salir del conflicto, cosa imposible de lograr si el equipo no se encontrara constituido, posicionado en objetivos, desde el reconocimiento y valoración de cada uno de sus integrantes, su rol, repensando desde lo grupal, no desde lo individual, para poder extraer cuál fue el error, visualizarlo y luego poder construir desde una reflexión interdisciplinaria y avanzar en el abordaje que nos posibilita crecer como equipo y mejorar nuestras prácticas. "La esencia del equipo es la búsqueda conjunta y compartida de resultados, producto de las tareas que superan el trabajo individual. La tarea muchas veces se presenta como un camino sinuoso donde se ponen en juego obstáculos, pero también se presentan oportunidades. Los equipos están conformados por un conjunto de personas con determinados conocimientos y habilidades, que se comprometen con un propósito común, fijan resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro entre todos/as". (28)

Nos preguntamos ¿cuándo consideramos incluidas a una persona o familia?, ¿Es algo eterno este acompañamiento, o tiene un fin?

Desde la mirada del ES se piensa que tiene que ver con una concepción del otro/a como sujeto de derechos, donde nuestro rol principal con estas familias es en pos de garantizar ciertos derechos que hasta ese momento no lo estaban, apuntando a que sus integrantes sostengan sus vínculos interpersonales, y logren cada vez mayor autonomía.

Ratificamos más que nunca el modelo al que pertenecemos, el bio-psico-social, a la concepción de la salud como derecho, y como un producto social. (29)

A manera de conclusión, esta frase de Levinas sintetiza nuestra mirada al respecto:

"En una sociedad abierta, como la que queremos construir, estaremos siempre en presencia de muchos Otros. Es una relación que se nos asigna, nos abarca, nos abraza, nos comprende. Se nos impone. Pero esta convivencia no puede ser de imposición sino de compromiso, no puede ser de obligación sino de vínculo, no puede ser un fatalismo inevitable." Es una convivencia en la responsabilidad(...)una responsabilidad sin reciprocidad. Una responsabilidad con los Otros que me y nos enriquece, pero que no está condicionada a este enriquecimiento. Una responsabilidad con los Otros a pesar de que en ocasiones están

distantes de mi propia identidad. Es la búsqueda de aproximaciones, de comunicación, aunque signifique ruptura de algunos de mis propios esquemas identitarios. (30)

APORTE A LA MEDICINA GENERAL

Creemos que este trabajo se puede transformar en un insumo, y un interesante aporte al colectivo generalista, ya que se ven plasmados en él varios de los principios rectores de la estrategia de APS: equidad, justicia social, participación, intersectorialidad, solidaridad; y en una actualidad donde el modelo médico hegemónico es el que impera y el que digita la mayoría de los programas de salud de los países; esta experiencia, donde se ve el poder de lo colectivo, lo rico de la interdisciplina, y lo complejo de las situaciones que se acompañan desde los CAPS en el primer nivel de atención, llevada adelante de forma articulada, con estrategias singulares y creativas, lejanas de los "protocolos de atención" prefabricados, y sobre todo que tuvo un gran impacto tanto en el equipo de salud, como para las familias incluidas; donde se generaron espacios de reflexión colectivos, se fortalecieron las redes interinstitucionales y barriales, y quedó plasmado que es el territorio el que tiene la más poderosa potencia transformadora, y no los muros hospitalarios desde donde se construye la salud.

PROPUESTAS A LOS EQUIPOS DE SALUD:

- Generar y sostener reuniones periódicas interdisciplinarias e intersectoriales, cada una con su espacio y tiempo correspondiente.
- Reafirmar y recrear vínculos hacia adentro y afuera del equipo (interdisciplinar, intersectorial, con las familias vulnerables y la comunidad).
- Realizar evaluaciones y revisiones periódicas de las diferentes estrategias, y sus resultados (acción/reacción).
- Generar abordajes y estrategias nuevas, singulares y creativas para las diferentes situaciones en las que lo *ya conocido* no alcanza, o no contiene (reinventar abordajes desde lo artesanal y en conjunto con las personas involucradas, no tanto desde el *deber hacer*).
- Tener en cuenta nuestros prejuicios y preconceptos, evitando la subjetividad heroica, y apuntando a prácticas transformadoras, que busquen intervenir en las determinaciones sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Mortari, Luigina. Libro Filosofía del Cuidado. Concepción, Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. Recuperado: https://medicina.udd.cl/files/2020/06/Filosof%C3%ADa-del-Cuidado.pdf

(2) Pizarro, Roberto. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: División de Estadística y Proyecciones Económicas; 2001.

(3) Carballeda, Alfredo Juan Manuel-La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. Edición N° 48 - verano 2008.

4) Tavares L., Ribeiro S. Análisis de modalidades de acompañamiento familiar en programas de a poyo a poblaciones vulnerables o en situación de pobreza. 2010

(5) Jara, P.; Sorio R. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. May 2013. Recuperado en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/An%C3%A1lisis-de-modalidades-de-acompa%C3%B1amiento-familiar-en-programas-de-apoyo-a-poblaciones-vulnerables

(6) Ministerio de la Salud de La Nación. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Dirección Nacional de Salud de las personas. Secretaria Técnica Comisión de Renovación. Perú; 2011

(7) “Me Pasa De Todo”, Acompañamiento Integral de Familias en Situación de Vulnerabilidad. Acevedo, L. et al, 2° premio trabajo de investigación cualitativa categoría Clínica Ampliada, Congreso FAMG 2016

(8) Residencia de Medicina General Villa Hudson (2021). Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) 2021.

(9) Vignoli, Jorge Rodríguez. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Santiago de Chile, agosto de 2001.

(10) Izquierdo MJ. El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién?: Organización social y género. Intercambios, Papeles de Psicoanálisis / Intercanvis, Papers de Psicoanàlisi. 2003;(10):70-82.

(11) Ibarra Rosales, Guadalupe. Educación y Ética del cuidado. México: Cenid; 2018. Recuperado de: https://www.cenid.org/libros/libros18/libro011/files/basic-html/page5.html

(12) Nicolasa María Durán Palacio. LA ÉTICA DEL CUIDADO: UNA VOZ DIFERENTE. 2015. Vol. 2 No. 1. pp. 12-21

(13) Ferrandini, Débora. Algunos problemas complejos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2011. https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf

(14) Dornell, T. Redes Sociales y participación social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Mayo de 2005. Montevideo, Uruguay. Módulo 9. Salud y redes. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

(15) Riveros Argel, Pablo et al. Doc. 1: Las diferencias entre el trabajo Multidisciplinario, Interdisciplinario y Transdisciplinario. Universidad Católica de Chile. Año 2021.

(16) OPS/OMS. Documento conceptual: Intersectorialidad concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las américas. 2017

(17) Whitehead/Conferencia mundial sobre Determinantes sociales de la salud/Río de Janeiro/1990 2011

(18) Rita María Ferrelli, editora. Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”. México. Junio 2015.

(19) Gastao Wagner de Sousa Campos. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Página 73, Amarante. Año 1996-1997

(20) Antonio Galán Rodríguez. El apego. Más allá de un concepto inspirador. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Pág 589. 2010

(21) Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31(1): 13-27.). Año 2013.

(22) Svampa, Maristella. Certezas, incertezas y desmesura de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara 1ra Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Nacional. Año 2010.

(23) Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, Elia Beatriz Pineda Eva Luz de Alvarado ^Francisca H. de Canales Segunda edición ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1994.

(24) Manuel Muñiz. Estudios de caso en la investigación cualitativa Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León

(25) Gisela Untoiglich y Graciela Szyber (compiladoras). Las promesas incumplidas de la inclusión. 1er edic. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2020

(26) Elena de la Aldea - Ignacio Lewkowicz. Subjetividad heroica. Hospital Durand CABA. julio de 1999.

(27) Colapinto. Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social. Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1995

(28) Lic. Graciela Biaggini, Dra. Silvina Gygli. Ministerio de Salud de la Nación. Curso en salud social y comunitaria, trabajo en equipo, redes y comunicación. PROGRAMA SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA.

(29) OPS. La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS; 1995.

(30) Levinas R. “El Ser del Otro: un sustento ético-político para la educación”. N 15 Vol 1. 2006.

ANEXO 1: Gráfico de análisis y conclusiones

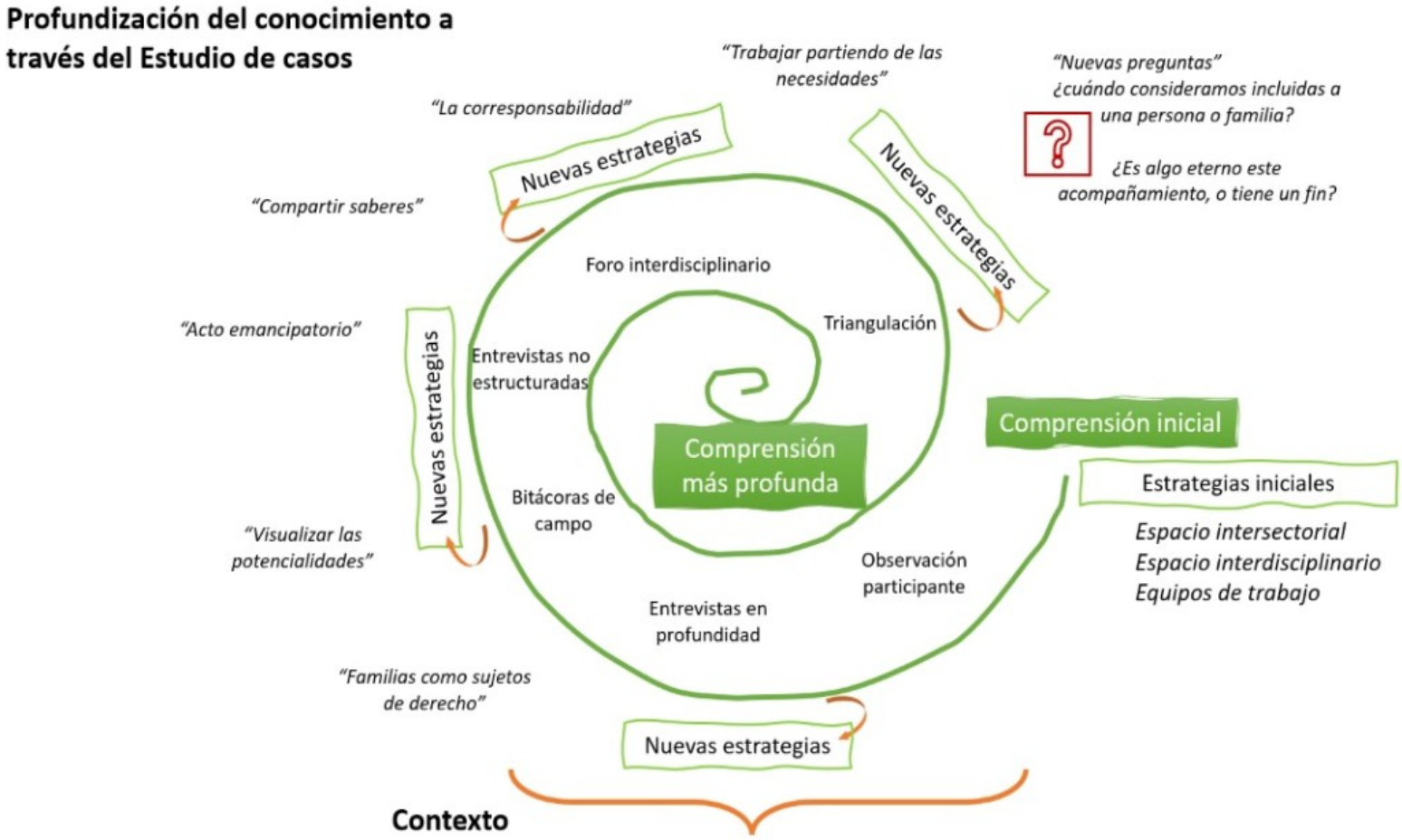

Gráfico de elaboración propia