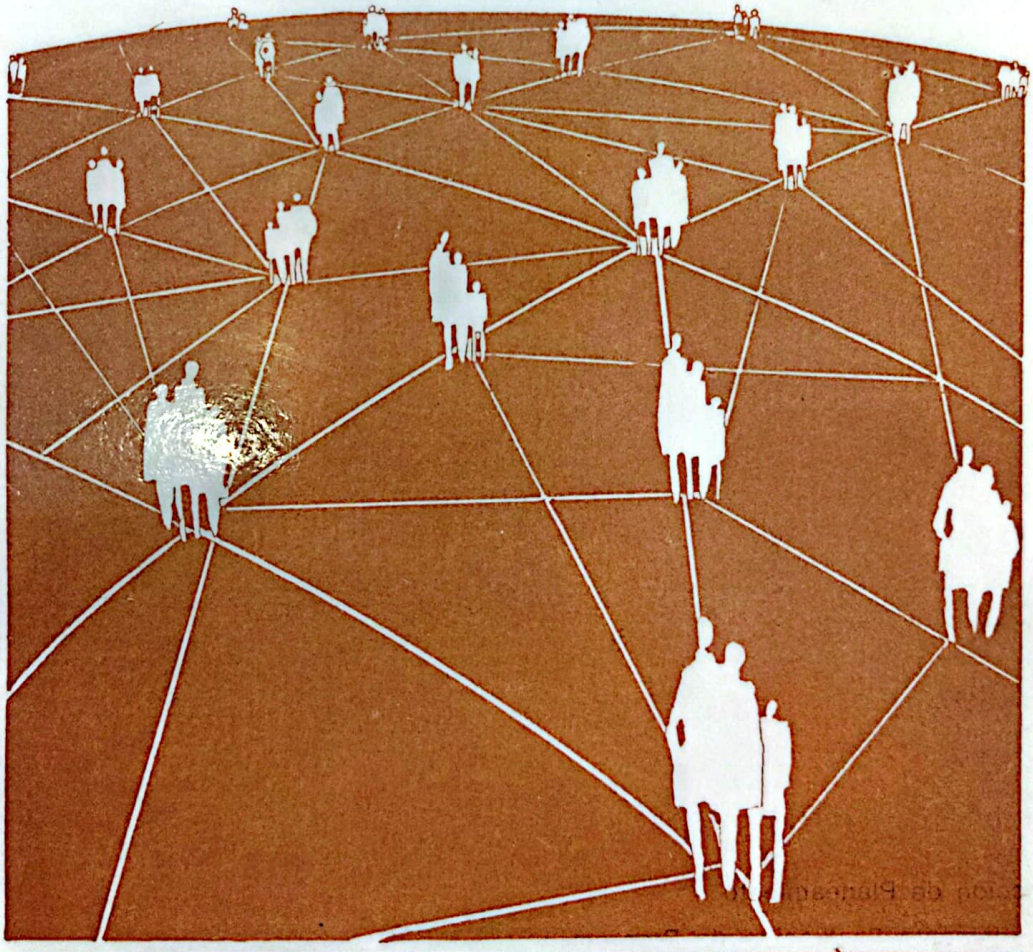
PROYECTO BROCHERO

Control de Tuberculosis



CORDOBA - REPUBLICA ARGENTINA - MARZO 1988

Escaneado con CamScanner

AUTORIDADES PROVINCIALES

Gobernador de la Provincia de Córdoba
Dr. EDUARDO CESAR ANGELOZ

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba
Dr. MARIO RAUL NEGRI

Ministro de Asuntos Sociales
Dr. RUBEN AMERICO MARTI

Subsecretaria de Familia
Lic. MARIA DOLORES BECERRA DE MORENO

Director de Prevención Familiar
Dr. JORGE AGUERO

Escaneado con CamScanner

INDICE

— Prólogo 7

— Ubicación geográfica del área de responsabilidad del Centro de Salud Nº 42 y del Centro de Acción Comunitaria de Barrio Comercial 11

— Introducción General 21

PROYECTO BROCHERO — CONTROL DE TUBERCULOSIS

I — Estudio Exploratorio. Disposición y búsqueda del contexto de aprendizaje 23

II — Gestación del proyecto. Elección de la tarea a realizar 31

III — Puesta en marcha de la Organización Barrial a través de la tarea de Control de Tuberculosis (Nov. 1982 a Dic. 1985). 35

IV — Evaluación del funcionamiento de la Organización Barrial desde la tarea de control comunitario de Tuberculosis 47

V — Aperturas 53

— Glosario terminológico elemental 67

— Claves para la relectura de este trabajo 73

— Equipo responsable de esta lectura 75

Escaneado con CamScanner

PROLOGO

¿A quiénes va destinado este Cuaderno de Trabajo?

Pondremos a consideración del lector, la cuarta relectura crítica del "PROYECTO BROCHERO - CONTROL DE TUBERCULOSIS" (las anteriores se presentaron en los años 1983, 1984 y 1986), a modo de un Cuaderno de Trabajo destinado específicamente a aquéllos que hayan sido, que sean o vayan a ser responsables directa o indirectamente de algún servicio a la comunidad.

Como tal, fue escrito en el contexto de una acción descentralizada del Gobierno de la Provincia de Córdoba hacia su comunidad. Fue concebido, gestado y parido con la gente del lugar "entre las brasas", con la firme determinación de crear y mantener un servicio a toda costa y pese a todos los obstáculos que se nos pusieran en el camino.

¿Qué pretende recrear?

Pretende recrear localmente y en pequeño los caracteres fundantes de toda obra que merezca denominarse cultural en Indolatinoamérica: los de propiedad, originariedad y originalidad (términos tomados del trabajo del Profesor Osvaldo Ardiles, "Prolegómenos para una filosofía de la liberación"). Más específicamente, el proceso de apropiación colectivo - individual e individual - colectivo de dichas cualidades, que en su actualización permanente genere por lo mismo y simultáneamente un ámbito de salud para todos los que participen en él.

¿Qué pretende presentar?

Se tratará de presentar aquí de manera sintética y siempre limitada —ya que nuestro discurso va detrás de la práctica y nunca da cuenta totalmente de ella— nuestra versión de un estilo de trabajo comunitario al que nos venimos acoplando desde hace diez años, pero que se viene configurando en el área desde hace más de veinticinco.

¿Qué advertencias son necesarias hacer al lector?

En primer lugar, que la comunicación que se presentará aquí es situada. Es decir, relativa a un tiempo y a un espacio determinados.

Por un lado, el lector podrá observar cómo —desde el año 1977 a la fecha— el trabajo y por ende la conciencia de todos vuelve a ganar en complejidad y amplitud a medida que emerge, que sobrevive a un contexto socio - político desfavorable para éstas prácticas y se aproxima, allá por 1982, a los albores de un nuevo ensayo democrático - participativo en nuestro país.

Por otro, que este proceso acontece arraigándose permanentemente a un suelo, a un espacio periférico urbano - urbano en la ciudad de Córdoba. Que se viene propagando desde Barrio Comercial como eje histórico de la acción comunitaria hacia toda el área de respuesta

Escaneado con CamScanner

que abarca además las vecindades de Alejandro Carbó, Mirizzi, Santa Rosa, parte de Villa El Libertador y una zona urbana - rural como Los Cortaderos.

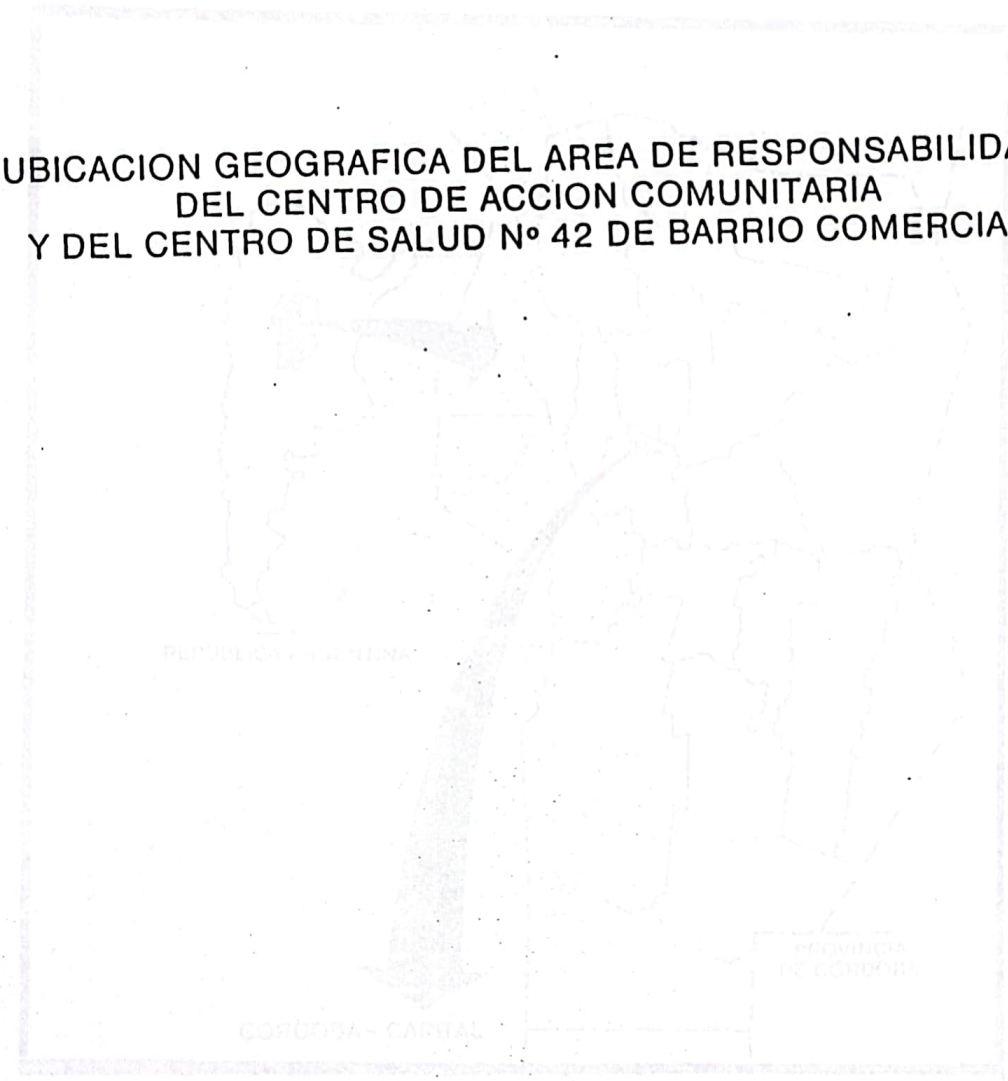
Por lo expresado, el problema acerca de si conocimientos locales, generados en y desde una práctica histórico - social determinada, puedan aplicarse o no a otros ámbitos de nuestra ciudad, de nuestro país o de nuestro continente, queda pura y exclusivamente a resolución del lector y de la praxis en que éste se sitúe.

En segundo lugar, que esta comunicación escrita sólo constituye la versión profesional de un trabajo compartido con la gente. *Aquí los pobladores no van a hablar a través nuestro, aunque el lector pueda ser llamado a engaño cuando recurramos durante el relato a frases y dichos locales - regionales o a conversaciones con los lugareños. Esto quedó muy claro para todos, cuando como Equipo Primario de Salud y por razones instrumentales tuvimos que dar alguna conferencia en ámbitos académicos u oficiales sobre "participación comunitaria": En éstas ocasiones, la gente en su exposición marcaba registros distintos a los nuestros a pesar de que pretendían mostrar el trabajo de todos.*

UBICACION GEOGRAFICA DEL AREA DE RESPONSABILIDAD
DEL CENTRO DE ACCION COMUNITARIA
Y DEL CENTRO DE SALUD Nº 42 DE BARRIO COMERCIAL

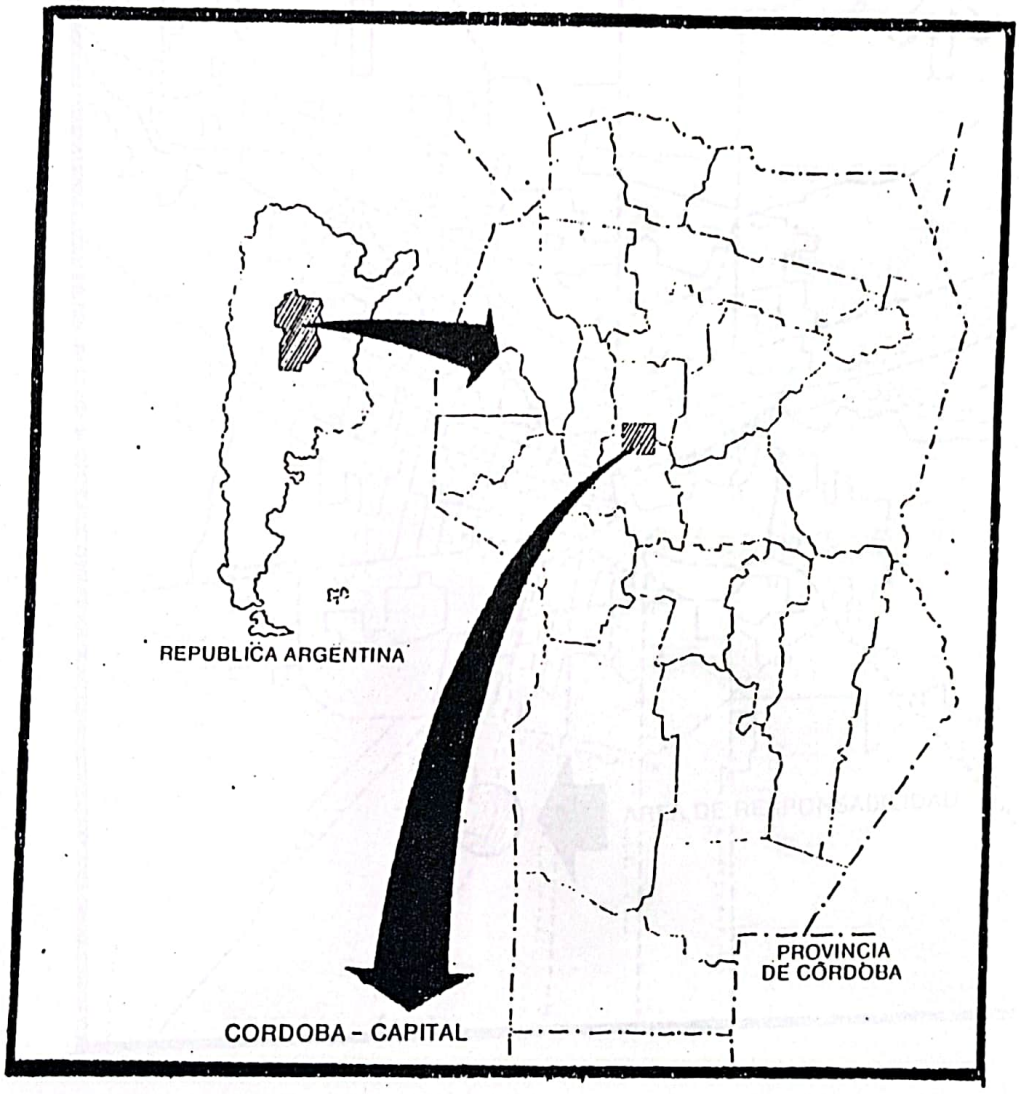
Escaneado con CamScanner

UBICACION GEOGRAFICA DEL AREA DE RESPONSABILIDAD DEL CENTRO DE ACCION COMUNITARIA Y DEL CENTRO DE SALUD Nº 42 DE BARRIO COMERCIAL



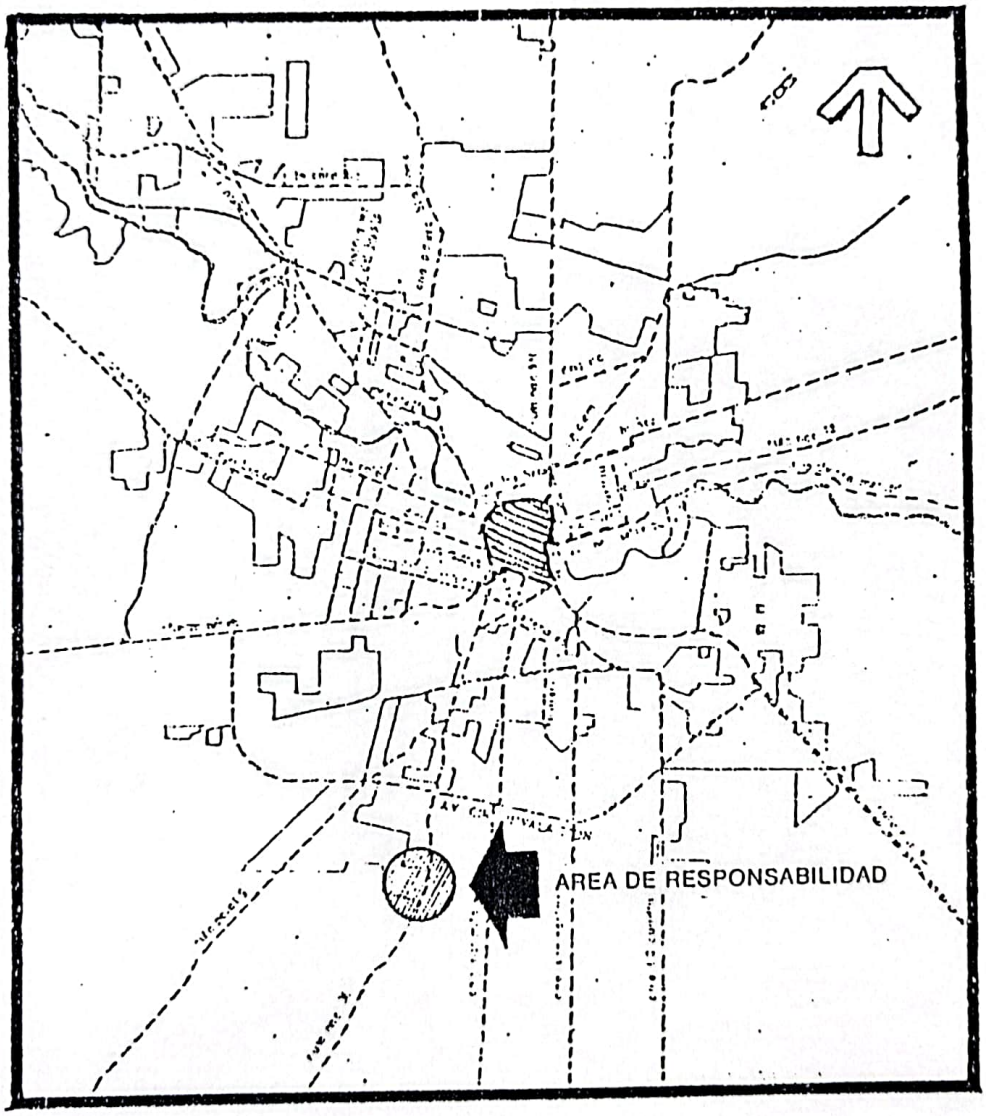
Escaneado con CamScanner

ARGENTINA — CORDOBA — CORDOBA CAPITAL



Escaneado con CamScanner

CIUDAD DE CORDOBA — AREA DE RESPONSABILIDAD



Escaneado con CamScanner

AREA DE RESPONSABILIDAD — FOTOMETRIA AEREA

ESCALA 1:10.000



Escaneado con CamScanner

AREA DE RESPONSABILIDAD SECTORIZADA POR LOS VECINOS

VISION AEREA



Escaneado con CamScanner

INTRODUCCION GENERAL

Las acciones humanas en general son explicables en función de, y dentro del contexto de, procesos. La práctica histórico - social en la que estamos comprometidos como profesionales y de cuya última lectura daremos cuenta aquí, sólo puede ser comprendida en función y dentro del contexto de un proceso de aprendizaje socio - cultural. Fue así, que desde que llegamos a trabajar a la zona se nos fue explicitando progresivamente la siguiente pregunta:

¿Cómo aprender a compartir la tarea de búsqueda de salud con los pobladores de nuestra área de responsabilidad?

Monseñor Angelelli, recoge una frase muy ilustrativa de "un viejo amigo del oeste riojano, hombre sencillo, de campo, cargado de años, de hablar poco y rumiar mucho lo que se dice: en la vida, padre Obispo es necesario perderse muchas veces en los cerros para aprender a ser un buen baqueano" (1).

En este sentido, las evaluaciones de proyectos de salud ensayados a través de cinco años con la gente en un clima socio - político desfavorable, nos proporcionan valiosas informaciones obtenidas fundamentalmente por medio de aprendizajes por ensayo - error. La inserción en este proceso, en esta práctica, que progresa desde errores más absurdos a errores menos absurdos, nos obliga en un determinado momento a cambiar de enfoque, a reinterpretar nuestra experiencia.

Llegamos a la conclusión, de que no podríamos seguir abordando problemáticas de interés barrial mosqueteando (*), que sólo podríamos pasar a la ofensiva si tomábamos contacto y nos integrábamos en formas de cooperación autóctonas, más operativamente, en redes locales con interés social. Estas redes existían desde nuestra llegada al grupo social, sólo que tuvimos que aprender a buscarlas, trabajo de reconocimiento hacia afuera simultáneo a un reconocimiento hacia adentro de nuestros obstáculos para mirar, para escuchar y fundamentalmente para confrontar. Se trataría nada más ni nada menos que de aprender de aquéllos a quienes siempre habíamos subestimado.

El laboratorio de este aprender a aprender no iba a ser ya para nosotros ni una oficina de programación, ni una cátedra universitaria, ni aún nuestra sede institucional; sino el hábitat de los pobladores en el contexto de su historia barrial y de su cultura.

Este cambio de enfoque que supone *contar con* y *puntuar desde* los recursos de salud que estamos seguros posee toda población Indolatinoamericana, aún las de alto riesgo ecológico social, afecta todo nuestro hacer profesional. En otras palabras, deberíamos desde ahora en más partir cotidianamente de lo que está (2) y no de lo que traíamos. Deberíamos comenzar a transitar un largo proceso de duelo de la supuesta superioridad de nuestra cultura para poder habitar verdaderos espacios interculturales (3), desde y en los cuales concebir y gestar proyectos de salud comunitarios.

Este sería un camino sin retorno a privilegios de élite, pero a la vez vía regia para participar en confluencias desde las diferencias. Camino lento, paciente y metódico que nos conduciría tierra adentro del continente partiendo de nuestra área de respuesta en la ciudad de Córdoba. Viaje, al mismo tiempo, hacia dimensiones desvalorizadas o negadas de nuestro

Escaneado con CamScanner

inconsciente.

En fin, se trataría de ahora en más de retomar una tarea que nuestra historia nos impone como impostergable: la de volver a hacernos pueblo.

En este contexto de aprendizaje surgió, según nuestra lectura, el llamado PROYECTO BROCHERO. El estudio exploratorio —por llamarlo de alguna manera— que sigue a continuación y que fue llevado a cabo inicialmente por uno de nosotros a modo de emergente de las necesidades del grupo profesional, tratará de mostrar en micro y en vivo lo arriba expresado.

(1) "Angelelli, pastor y profeta". Ediciones Claretianas, página 75.

(2) Sobre la dimensión del estar en Indolatinoamérica recomendamos consultar las obras completas de Rodolfo Kusch y en especial "El pensamiento indígena y popular en América", Ed. Hachette, Bs. As. 1977; "América profunda", Ed. Bonum, Bs. As. 1975 y "Geocultura del hombre americano", Ed. García Cambeiro, Bs. As. 1976.

(3) "Esbozo de una antropología filosófica americana", Rodolfo Kusch. Ed. Castañeda. Pcia. de Bs. As., pág. 13 a 21.

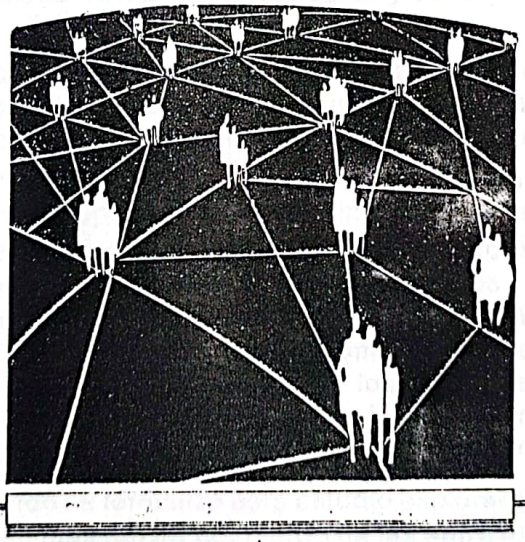
(*) La gente de aquí y de la región utilizan este argentinismo que es muy gráfico para pintar una actitud que despliegan hoy frecuentemente los que vienen a sus barrios a asistirlos, a promocionarlos, a delegarles saber, a concientizarlos, a asesorarlos, a apoyarlos, a animarlos socio - culturalmente, a rescatar y revalorizar su cultura, a desempeñarse como facilitadores sociales, a ayudarles a recuperar su memoria histórica, etc.

Mosquetear, de acuerdo a los usos de la palabra que nosotros hemos recopilado aquí, significa ir a mirar desde afuera sin participar. Es cómica la imagen de los mosqueteros en los bailes con las manos tomadas detrás de la cintura y con el tronco inclinado hacia adelante girándolo permanentemente en su continuo mirar y husmear. En trabajo comunitario la pretensión de los equipos interdisciplinarios es trabajar desde afuera cuidando de no comprometerse, sin poner manos a la obra, sin ofrecerse para un servicio. Constituir junto con líderes desarraigados de la zona espacios sustitutos al espacio intercultural.

Escaneado con CamScanner

PROYECTO BROCHERO

Control de Tuberculosis



Escaneado con CamScanner

I — ESTUDIO EXPLORATORIO. DISPOSICION Y BUSQUEDA DEL CONTEXTO DE APRENDIZAJE.

Desde la llegada del Servicio Social al barrio, allá por 1977, se habían intentado distintas formas de acceso al grupo social, siempre condicionados por el contexto socio - político.

En una primera etapa, probamos ingresar desde las instituciones del lugar coordinando con ellas acciones concretas. Luego, en una segunda etapa y desde mi inclusión como psicólogo al equipo, desde familias - problema en el contexto de la prevención secundaria y finalmente, desde líderes comunitarios adolescentes e instituciones en un proyecto de prevención de disfunciones sexuales con el esquema de delegación chileno.

Por otro lado, teníamos conocimiento de experiencias de salud comunitarias realizadas, con anterioridad a nuestra llegada, fundamentalmente por el Centro de Salud y la Parroquia. En esa época funcionaron organizaciones comunitarias con líderes por manzana para lecturas bíblicas y trabajos de salud (liderazgo por proximidad física).

Las experiencias de acceso propias y de nuestros antecesores, nos proporcionaron aprendizajes valiosísimos pero no nos resultaban ya operativos en términos de atención primaria de salud en el contexto de la participación comunitaria y menos teniendo en cuenta los cambios que se daban en el sistema socio - político.

Había que descubrir otras formas de entrada, otras claves de acceso al grupo social de cuya salud éramos responsables a partir de las obras y de los interrogantes de quienes nos precedieron (*).

Aquí trataré de relatar cómo se operó el pasaje desde formas de ingreso anteriores a otras nuevas, en el ámbito de mi experiencia. Procuraré no dejar nada en el tintero pero con la conciencia de mis limitaciones para hacerlo, porque se trata como de contar un sueño...

Según fui observando se gestó de a poco, a través de encuentros con individuos, familias nucleares, clanes familiares, grupos religiosos, vecinales, deportivos, docentes, de ancianos, etc.; percepciones que se van almacenando consciente e inconscientemente. Registros de experiencias de participación en la vida cotidiana de estos barrios, de conversaciones formales e informales con su gente, ámbito en el que fui afinando conocimientos ya adquiridos y admitiendo la inutilidad de otros. Es como si uno fuera abriendo espacios en la mente, ejercitado los órganos receptivos más que los emisores, tratando de escuchar, de hacer el oído, de observar, de mirar - mirando; en síntesis, de releer, de volver a leer permanentemente lo obtenido mediante *escritura automática* en mi diario de campo.

En Enero de 1982 cuando se formalizó este estudio exploratorio, ya habíamos tratado 243 familias del área, realizando más del 50 por ciento de las entrevistas en domicilio. Por medio de los relevamientos que realizamos de la familia extensa (líneas patrilineal - matrilineal tomando tres generaciones como límite), observé que la mayoría provenía de los depar-

(*) "Fue así, que rápidamente nos dimos cuenta que nuestro objetivo se había ampliado y en el futuro sería: LA FAMILIA, pero no 'simplemente' la familia, sino también, haciendo nuestras las palabras de Ortega y Gasset, la familia y 'SU CIRCUNSTANCIA'. Aquí comenzaron nuestros primeros planteamientos: era función del Equipo de Salud trascender la esfera asistencial?, ¿debía encarar los problemas sociales?, ¿era tarea nuestra modificar algunas de las variables que influían negativamente en la salud de la población?. De ser así, ¿hasta dónde debiámos llegar?. ¿Dónde estaba el equilibrio?.

Además, ésta no era una responsabilidad exclusivamente nuestra, sino que debíamos compartirla con la comunidad y las autoridades". Tomado del trabajo "Barrio Comercial y su Centro de Salud a través de once años de trabajo comunitario", del Dr. César Bella, presentado en la Academia Americana de Pediatría, X Congreso de Pediatría, V Jornadas Gauchas de Pediatría, Buenos Aires, 4 al 7 de Diciembre de 1978.

Escaneado con CamScanner

tamentos del Norte y Noroeste de la Provincia, zonas tradicionalmente expulsoras de población.

En número considerable tratamos verdaderos cuadros de *desarraigo familiar,* que fueron inferidos a partir de solicitudes de atención para un paciente designado por el grupo. En otros, sólo pudimos ser testigos de la pobreza.

Ya había participado con gente de la Parroquia y del Centro de Salud en la realización de un Proyecto de Prevención de Disfunciones Sexuales con el enfoque de delegación chileno. Dicho proyecto se extendió durante tres años. Este fue nuestro primer intento de revertir la situación a que nos sometía la excesiva demanda por problemas de salud, en este caso el de disfunciones sexuales registradas en ese momento en los partes del Centro de Salud y del Centro de Acción Comunitaria de Barrio Comercial.

No nos fue mal, pero en primer lugar la organización montada con líderes adolescentes de la comunidad, no garantizaba la continuidad en el tiempo de las acciones de salud debido entre otras cosas a las mismas características de la etapa adolescente; en segundo lugar nos daba llegada sólo a jóvenes y por lo tanto a problemas propios de su etapa, no a todas las generaciones; en tercer lugar, la noción de líder y su puesta en práctica no nos abría la posibilidad a nuevos contactos, por el contrario, como muchos otros trabajos comunitarios quedábamos encerrados en círculos recreando nuestra idea inconciente del líder instrumental. Este líder en la práctica concentra poder, no comparte; cierra, no abre. Cierra hacia abajo y hacia adentro; abre hacia arriba y hacia afuera de su grupo social. De esta manera corrimos el riesgo de crear sistemas de representación políticos paralelos a los ya existentes. En el contexto de la atención primaria de la salud no vale eso de que "el pueblo no delibera ni gobierna sino por medio de sus representantes".

Todos estos inconvenientes iban a ser más adelante superados en gran medida con las *familias - llave,* noción que se adaptó luego, mucho más a nuestra necesidad de compartir el trabajo de aproximaciones sucesivas en términos de investigación - acción con los pobladores.

A esta altura del relato es importante hacer notar que desde hacía dos años ya veníamos trabajando con la imagen de la *red familiar* en prevención secundaria y terciaria que tomamos del trabajo de Speck y Attneave (4).

Esta imagen de la red nos la fueron imponiendo poco a poco vecinos a los cuales atendíamos, quienes raras veoes nos permitían tratar sus problemas dentro del ámbito reducido de su familia nuclear. Por el contrario, casi siempre incluían en las entrevistas domiciliarias a amigos, vecinos o parientes; quienes participaban del proceso de tratamiento a modo de co - terapeutas (*).

Además, en el proyecto de prevención de disfunciones sexuales antes mencionado nos fue operativa la noción de *red social preventiva* (ver glosario terminológico del mencionado proyecto).

Todas estas experiencias precipitaron la crisis institucional vivida por nuestro equipo del Centro de Acción Comunitaria en Diciembre de 1981: aquí fuimos literalmente juzgados por las autoridades de ese momento y compañeros docentes, quienes nos acusaron funda-

(4) "Redes familiares". Speck y Attneave. Amorrortu Editores.

(*) Estas experiencias nos obligaron ya en el año 1982 a prescindir del término *Equipo Interdisciplinario* y suplantarlo por el de *Equipo Primario de Salud;* tal como lo presentamos en las IV Jornadas Provinciales de Servicio Social, organizadas por la Asociación de Asistentes Sociales de la Provincia de Córdoba, Noviembre de 1982.

Escaneado con CamScanner

mentalmente de no dar nuestro aporte a la tarea de formación de un equipo interdisciplinario interno. "La caridad empieza por casa", nos dijeron; "Si primero no nos integramos entre nosotros, cómo vamos a poder integrar a la gente". La mencionada crisis actuó para mí como un hecho disparador, promovió mi vuelco definitivo hacia la comunidad, a buscar en ella la alternativa superadora que no hallábamos entre nosotros, personal y directivos de una institución denominada Centro de Acción Comunitaria, que peligrosamente pretendía constituirse en el centro de acción comunitaria del área. Evidentemente había que barajar y dar de nuevo. Luego, en reflexiones posteriores cuando logré reorganizarme, me dí cuenta de que allí, en ese momento había vuelto a recuperar el contexto de aprendizaje (*).

Acepté dar clases, durante el mes de Enero, los sábados a las 20 horas, en la Parroquia del Barrio sobre Psicología Evolutiva, destinada a catequistas. De allí surgió en conversaciones formales e informales la referencia acerca de la obra del Padre Brochero. Recuerdo que al concluir una de mis comunicaciones realizadas sin mucho entusiasmo, más pendiente de lo que ocurría con los pobladores que de lo que yo decía, se me acercó un señor mayor (60 años, aproximadamente), que había permanecido callado en actitud de escucha atenta, y me preguntó directamente: "Oigame, doctor, ¿usted conoce algo del Cura Brochero?" . . . Le contesté que no y el hombre me saludó y se retiró dejándome sin palabras. . .

Continué trabajando más intensamente aún en el tratamiento de grupos familiares derivados por médicos del Centro de Salud. Para ello me instalé en dicha institución que, junto con la Parroquia, eran las más reconocidas por la comunidad y por ende donde yo más podía tomar contacto con la vida de la misma. De esta manera, me alejé transitoriamente por cuatro meses de la planta física del Centro de Acción Comunitaria. Allí en esos tratamientos me descubrí —y no sabía por qué— haciendo largos coloquios con la gente acerca de sus orígenes, relevando cada vez más detalladamente en la ficha de contexto los lugares de nacimiento, crianza, motivos de migrancia interna, ritos de ingreso a la sociedad receptora, etc.

Volví a conversar reiteradas veces con las personas - llave (ver glosario), con quienes manteníamos contacto desde nuestra llegada al Barrio, principalmente con el Cura Párroco y la enfermera comunitaria del Centro de Salud. Recuerdo cuando, en un contexto de desconcierto, desorientación, impotencia, en el sentido de haber estado trabajando tanto tiempo con personas, familias, clanes, instituciones, sin conocer de qué grupo social eran emergentes, le pregunté a la enfermera: ¿dónde reside el espíritu de este Barrio, si es que existe? . . ., ¿cómo podemos trabajar dentro de este batido cultural? . . ., ¿cómo podremos "entrarle" a este grupo social?. . . Aquí sí, esta última pregunta promovió en Liliana la siguiente respuesta: "El Vasco —refiriéndose al Padre Irazábal— realizó la mayor parte de su obra pastoral de veinte años apoyándose en la gente del Cura Brochero, en la gente que migró de Ciénaga del Coro, localidad del Departamento Minas al Noroeste de la Provincia de Córdoba".

Era como si me invitara a seguir el camino del "Vasco". . . ¿sería esta la punta que estaba buscando?. . .

A esta altura, y como puede observarse, surge cada vez más claramente en mí la figura y la obra del Padre Brochero, que aparentemente perduraba en familias migrantes de esta localidad del Noroeste de la Provincia, que vivían desde hacía mucho tiempo en el Barrio y

(*) Dí cuenta de esta reorganización en una comunicación presentada en las "Primeras Jornadas de Trabajo Para la Promoción de la Salud Mental", organizadas por la Sociedad de Salud Pública y el Círculo Médico de Córdoba, que se tituló: "Interdisciplina en Promoción de la Salud Mental", Colegio de Bioquímicos. — Octubre de 1982.

Escaneado con CamScanner

que tenían estrecha comunicación con el Padre Irazábal.

Aquí recordé tratamientos familiares que había realizado anteriormente a familias provenientes de "Traslasierra". Consultando mis archivos, traje a la memoria casos en los cuales me había apoyado en la figura, cuentos y dichos del Cura Brochero.

Recuerdo que una vez no encontré mejor manera para llegar con una consigna terapéutica —que debía ser leída por la madre ante toda la familia en la casa—, que introducirla inmediatamente después del "rezo familiar comandado por el padre", una pauta brocheriana. Esta técnica la utilizaba ante la imposibilidad de contar con la presencia del padre en las entrevistas, obstáculos muy frecuentes para realizar Terapia Familiar aquí.

Apoyándome en la pauta mencionada, los resultados habían sido sorprendentes, la consigna terapéutica había llegado a todos los miembros de la familia "en un momento especial" —como más tarde se me comentaría— y había producido los cambios esperados.

Ya había afortunadamente un tema de interés para investigar, intuía que por aquí estaba el rumbo, el camino, y *me dejé llevar.*

Seguidamente, valiéndome de la técnica de la bola de nieve, tomé contacto con un primer grupo de familias migrantes de Ciénaga del Coro, en sus domicilios. Allí en ese momento me sentí raro, extraño. Cuando golpeaba las puertas de las casas de estas familias me sentí como un comedido. Esta vez yo no era dueño de casa, ya que no recibía a los pobladores en el Centro Comunitario ni en el Centro de Salud del Barrio. Tampoco era invitado como en otras oportunidades en que los pobladores solicitaban mis servicios profesionales en sus domicilios. Por el contrario, iba a solicitarles ayuda sin que me llamaran... ¿podría comportarme como un profesional - comedido y no salir mal de estas entrevistas? ... ¿cómo tomaría esto la gente? ... ¿cómo tomaría el hecho de que un profesional encargado de la salud mental de la zona les solicite ayuda, auxilio, en sus domicilios? ...

En estas entrevistas —que fueron totalmente abiertas por supuesto—, lo primero que pregunté, luego de presentarme y decir "vengo de parte de", es si conocían algo del Cura Brochero. Esta fue la primera y la última pregunta, las respuestas no sólo fueron afirmativas sino también acompañadas de conductas de alto contenido emocional. Es como si hubiera tocado un punto nodal en sus vidas ... Al mismo tiempo sentí que algo importante me estaba ocurriendo... A partir de aquí algunos de estos pobladores —muy pocos, ya que "no eran de hablar"— me contaron sus historias, tristes la mayoría porque según ellos, tuvieron que "dejar todo allá" para venirse a Córdoba a trabajar, y como se habían enganchado en la obra pastoral del "cura vasco" en este Barrio, "cura gaucho" igual que Brochero. No quieran saber lo que ocurrió conmigo; esa noche y otras siguientes estuve dedicado a conocer acerca de mis orígenes españoles e italianos, volví locos a mis padres con preguntas y lamenté profundamente que mis abuelos hubiesen muerto, que no los tuviese a mano ahora..., sólo unas pocas frases sueltas como que mi abuela materna era de Málaga y que mis abuelos paternos eran de Génova y de La Toscana..., todos queriendo olvidar sin lograrlo, con nostalgia pero tratando de mirar hacia adelante, "de qué sirve mirar hacia atrás", me decían. El problema más importante para mí fue en ese momento: ¿con quiénes engancho yo? ... ¿con la obra de quién o de quiénes engancho yo? ... Aquí comencé a releer Historia Argentina y a tratar de reconstruir la trayectoria migrante de mi familia extensa paterna y materna.

Sentí que pisaba tierra firme cuando reconocí en estas familias un alto grado de interés social, reflejado por la existencia en su red de "relaciones de projimidad" (ver familia - llave en glosario) y por su constante y silenciosa participación desde hacía más de quince años en

Escaneado con CamScanner

actividades comunitarias desde la Parroquia del Barrio.

Aquí tomó forma una intuición: ¿existiría una relación entre la obra del Padre Brochero, recreada y reforzada por el Padre Irazábal y el interés social de estas familias entrevistadas? ... Si esta relación existiese ¿podríamos apoyarnos en estas formas para ingresar al grupo social? (*).

A esta altura de la investigación se me presentaron dos posibilidades: a) continuar recorriendo la red de familias migrantes de los Departamentos del Norte y Noroeste de la Provincia que residiesen en el área de responsabilidad (conocer la gente de Ciénaga del Coro, del Cerro Colorado, de Ojo de Agua, etc.). Esto con el fin de reconocer su interés social, o . . .

b) dirigirme nuevamente a las personas - llave a fin de que me provean de una lista de familias, sin tener en cuenta su migrancia, con antigüedad de residencia en el Barrio no menor de cinco años y probada participación en acciones comunitarias con el objeto de reconocer su interés social, y así de esta manera ubicar aquéllas con las cuales podamos compartir proyectos de salud que tiendan a la cobertura total.

La base de cinco años como antigüedad de residencia la tomamos a raíz de nuestras experiencias a nivel prevención secundaria, por ser el tiempo aproximado de arraigo de una familia migrante a este grupo receptor.

Así fue que opté por la alternativa b), por ser la más operativa en ese momento. La primera, a), se ha seguido desarrollando en posteriores aproximaciones por propia iniciativa de las familias - llave y constituye una veta de interés social que está lejos de agotarse.

Esta exploración iniciada a partir del contacto con las cinco primeras familias migrantes de Ciénaga del Coro, con influencia brocheriana, nos había permitido encontrar "una clave de acceso" a este grupo social, más precisamente, de acceso a redes familiares ricas en interés social, es decir, redes conductoras de salud de la comunidad. Por este motivo se tituló a este proyecto "PROYECTO BROCHERO". No se tituló Proyecto Irazábal para no herir en vida esa grandiosa humildad del "padre vasco" como le dice todavía la gente aquí.

Todo lo relatado y lo que seguramente quedó dentro de mí, que no está explicitado en estas páginas, se dio, a modo de un aprendizaje gestáltico - estructural.

Este estudio exploratorio culmina con la incorporación del Centro de Acción Comunitaria a las redes de las primeras veintiséis familias - llave, reconocidas mediante el acceso por medio de personas - llave (alternativa b)); se integra aquí también el trabajo que como equipo veníamos realizando desde el año 1977 con la totalidad de las instituciones del área de responsabilidad.

(*) Después de la evaluación del trabajo de Control de Tuberculosis, esta intuición incluyó otras formas: la Organización Brochero, hoy por hoy contituiría un precipitado de:

a) Rastros de la "minga", que como fenómeno cooperativo se remonta a los orígenes de América.

b) La obra del Cura Brochero (1840 - 1914) quien, por lo que pude investigar posteriormente, recreó y reforzó la forma anterior desde la perspectiva cristiana de su época en los Departamentos del Noroeste de la Provincia. Lo cual estaría sintetizado en la expresión popular "cura gaucho".

c) La obra de veinte años de trabajo pastoral del Padre Irazábal, quien habría recreado, reforzado y adaptado las formas anteriores, realizando una nueva síntesis, esta vez en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba (Zona receptora de población del Norte y Noroeste de la Provincia de Córdoba, fundamentalmente).

Escaneado con CamScanner

El instrumento utilizado en las entrevistas familiares fue una guía confeccionada por el equipo, que fue modificada ya en tres oportunidades con la gente. Se la llamó "Guía de entrevista para reconocer el compromiso social de familias residentes en el áres de responsabilidad del Centro de Acción Comunitaria y del Centro de Salud Nº 42 de Barrio Comercial". Esta guía nos proporcionó información acerca de:

1) Datos del grupo familiar referidos a procedencia, edad, sexo, parentesco, escolaridad, ocupación y vivienda.

2) Red social de la familia (proximidad física y social).

3) Propuestas: problemas que consideran importantes para ser abordados por la organización barrial.

4) Si aceptan ayudarnos en tareas de promoción y protección de la salud (considérese en qué contexto socio - político se dispusieron a trabajar las primeras veintiséis que aceptaron, hubo otras que prefirieron "esperar hasta que aclare").

Las entrevistas se realizaron en domicilio con el matrimonio como mínimo —esto es imprescindible— y en algunos casos junto con los hijos mayores, abuelos convivientes, vecinos, etcétera.

El análisis de los datos obtenidos por medio de esta guía permitió en ese momento arribar a una primera definición operativa de familia - llave (5), que en aquel momento llamábamos *familia significativa*.

De esta manera, quedó conformada una incipiente organización barrial para la promoción y protección de la salud, integrada por las primeras 26 familias - llave y 15 instituciones del área de responsabilidad del Centro de Acción Comunitaria y del Centro de Salud Nº 42 de Barrio Comercial.

(5) "Proyecto de acciones de investigación y tratamiento familiar", presentado en las V Jornadas Provinciales de Servicio Social, ciudad de Córdoba, Octubre de 1983.

Escaneado con CamScanner

II — GESTACION DEL PROYECTO. ELECCION DE LA TAREA A REALIZAR.

El segundo sábado del mes de Noviembre de 1982, el Centro de Acción Comunitaria de Barrio Comercial convocó a una asamblea en sus instalaciones a la cual asistieron veintiséis familias - llave - clave y directivos de quince instituciones del área de responsabilidad. Bajo la consigna "El Proyecto Brochero no es de nadie y es de todos", dicho popular que constituyó el marco de referencia dentro del cual se abordarían los problemas. Aquí se acordó en primer lugar que: era necesario crear y mantener en el tiempo una organización barrial como medio para llevar a cabo acciones de promoción y protección de la salud que progresivamente se fueran extendiendo a todas las familias del área de respuesta. Tarea que por su magnitud excedían los esfuerzos aislados que ya venían realizando familias - llave - clave e instituciones.

En segundo lugar, buscando el problema a abordar, se cotejaron aquéllos que, en orden de prioridad habían fundamentado los pobladores y directivos de instituciones (desocupación, desnutrición, falta de escuelas, tuberculosis, etc.), con los recursos materiales necesarios y disponibles.

Es importante señalar aquí que el tema "falta de escuela", fue abordado posteriormente por la organización barrial en Diciembre de 1983 y llevado a feliz término por los vecinos en Marzo de 1984. aprovechando la coyuntura histórica que abrió la asunción del gobierno democrático (ver Apertura 1, página 53).

Finalmente se llega a un consenso entre pobladores, profesionales y representantes de instituciones para trabajar en Control de Tuberculosis, propuestas presentada por el Centro de Salud Nº 42 del Barrio. Tarea que es elegida por reunir dos condiciones básicas:

a) Necesidad sentida por los pobladores y personal de instituciones con arraigo en el lugar.

b) Disponibilidad de recursos materiales y técnicos para llevarla a cabo hasta su finalización.

Adoptando los conceptos vertidos por el Dr. Miguel Jiménez, se acepta que: "los objetivos de un programa de Control de Tuberculosis son los de reducir los riesgos de infectarse, enfermar y morir de esta enfermedad, mediante la interrupción de la cadena de transmisión. Para ello es necesario proceder a localizar lo antes posible los casos infecciosos, aumentar la resistencia biológica de la población y prevenir la enfermedad de los expuestos a riesgo especial" (6). De acuerdo a esto, la tarea es triple:

1) Aumentar la resistencia biológica de la población.

2) Localizar los casos infecciosos.

3) Prevenir la enfermedad de los expuestos a riesgo especial por contactos prolongados y cercanos.

(6) "Profilaxis de la Tuberculosis". Gaceta de México, 97, 947, 1967.

Escaneado con CamScanner

La primera tarea se cumplía ya a través del programa de vacunación con B.C.G., a cargo del Centro de Salud. La segunda se realizará por medio de la Organización Brochero. La tercera será cubierta por las familias - llave, los profesionales del Centro de Acción Comunitaria del Centro de Salud Nº 42 y por el propio bacilífero y su familia (ver páginas 42 a 46 inclusive).

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE CONTROL COMUNITARIO DE TUBERCULOSIS
CONTEXTO
SOCIO.POLITICO DE
NO PARTICIPACION
AREA DE
RESPONSAB.
CENTRO COMUNITARIO Y CENTRO DE SALUD Nº 42 Bª COMERCIAL

III — PUESTA EN MARCHA DE LA ORGANIZACION BARRIAL A TRAVES DE LA EJECUCION DE LA TAREA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

(NOVIEMBRE DE 1982 A DICIEMBRE DE 1985).

1. — SISTEMA DE CONTROL COMUNITARIO DE LA TUBERCULOSIS.

A esta altura , y en el contexto de comienzo de ejecución de la tarea de control comunitario de Tuberculosis, se nos representó un sistema (ver gráfico página 33), que podemos definir como "una unidad relativamente cerrada y en evolución en la cual interaccionan ahora: la TUBERCULOSIS, que como enfermedad transmisible (*) cabalga en forma sistemática y sin pausas sobre las modalidades típicas de contacto de este grupo social; y la ORGANIZACION BROCHERO, que constituye un precipitado de formas de participación autóctonas especialmente adaptadas para controlar esta enfermedad, es decir, para interrumpir su cadena de transmisión". "Esta unidad se encuentra enclavada en el grupo social contenido dentro del área de responsabilidad del Centro de Acción Comunitaria y del Centro de Salud Nº 42 de Barrio Comercial y rodeada por un contexto socio - político de no participación".

Con esta organización barrial se comienzan a canalizar redes culturales ricas en interés social hacia sucesivas acciones sistemáticas conjuntas en el grupo social, esta vez desde la tarea de Control de Tuberculosis. La lucha es desde este momento, redes que conducen salud versus redes que conducen enfermedad.

Las primeras veintiséis familias - llave, con el apoyo de las instituciones, transitan sus redes de relaciones con la consigna: "Tos y flema más de catorce días y en mayores de catorce años puede ser TBC"; y en caso de localizar y captar una persona con estos síntomas, la derivarán —asegurándose de su llegada— al laboratorio del Centro de Salud del Barrio a fin de que se le realice el análisis de la flema.

De esta manera, se combate a la Tuberculosis en sus mismos términos, ya que ésta se transmite por redes de amigos, parientes, vecinos, prójimos, compañeros de trabajo, clientes de almacenes, quioscos, bares, integrantes de comisiones vecinales, cooperadoras, etc., por medio de contactos prolongados y cercanos (**)

(*) "Modos de transmisión: por exposición al bacilo en núcleos de gotillas suspendidas en el aire, procedentes del esputo de las personas que padecen de Tuberculosis (TBC) infecciosa. La exposición prolongada y cercana a un caso activo, puede producir la infección de los contactos".
Tomado del libro "El control de las enfermedades transmisibles en el hombre". Informe oficial de la Asociación Americana de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Abram S. Benenson Editor, 1983.

(**) Por contactos cercanos entendemos, valiéndonos del trabajo del Dr. Edward T. Hall, "The hidden dimension", Garden City, N. York, Doubleday, 1966; lo que él llamó "distancias íntimas y personales", es decir, que las distancias de persona a persona trabajadas por la gente en Tuberculosis variaron desde el contacto piel a piel, hasta los 120 centímetros aproximadamente en las relaciones instrumentales.

Escaneado con CamScanner

Anticipando una conclusión: "se va a dar en la clave de la forma de transmisión de la Tuberculosis, porque se va a dar en la clave de la forma de transmisión socio - afectiva e instrumental propias de esta unidad geocultural".

2. — BUSQUEDA DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS POR PARTE DE LA ORGANIZACION BROCHERO.

2. 1. — SINTOMATICOS RESPIRATORIOS CAPTADOS DESDE REDES DE FAMILIAS - LLAVE E INSTITUCIONALES.

Se hizo necesario, una vez establecido en la asamblea el acuerdo general acerca de cómo ejecutar la tarea, profundizar ese acuerdo con cada una de las familias - llave por un lado y con cada una de las instituciones por el otro, adaptándonos permanentemente a sus modos habituales de participación, para posteriormente volver a la asamblea a evaluar el trabajo colectivo en el contexto de la Organización Barrial. Todo esto se realizó durante un año.

Por profundizar el acuerdo entendemos facilitar un encaje armónico y en miniatura entre las formas de participación habituales de cada familia - llave y las características de la tarea a realizar. Esto se debe a la variedad de formas de búsqueda que desplegaron las citadas familias. Cada una de ellas participó en la misma tarea colectiva pero dándole su impronta de acuerdo a su modo de ejercer el interés social. La misma práctica fue llevada a cabo con las instituciones, quienes participaron desde sus objetivos, organización interna y grado de compromiso de sus miembros con la comunidad.

A pesar de este mosaico de acuerdos de trabajo con cada familia - llave y con cada institución —relato que sería tedioso presentar aquí—, se pudo inferir posteriomente una modalidad típica de participación en la tarea entre familias - llave/profesionales y entre instituciones/profesionales.

Así se presentará a continuación:

a. ¿Cómo trabajamos con las familias - llave en la búsqueda de sintomáticos respiratorios?

a.1. Acuerdos con cada familia - llave acerca de cómo "tirarían su red" para "pescar" personas sintomáticas respiratorias (7).
Noviembre - Diciembre de 1982.

Realizamos una primera entrevista familiar en domicilio — primera en el contexto de la tarea— en la cual continuamos reconociendo junto con cada una de ellas su modo habitual - preexistente de llegada a un miembro de su red para "darle una mano" ante un problema de salud, esta vez para captar sintomáticos respiratorios guiados por las consignas que les fueron presentadas en la asamblea (ver página 35, 3er. párrafo).

Con todas, llegamos a acordar lo siguiente: en primer lugar, cada familia - llave comunicaría el mensaje de salud a personas de su red aunque no hayan observado los síntomas en ellos, simplemente para "correr la bulla"; en segundo lugar, cuando recono-

(7) Téngase en cuenta que aquí nos apoyábamos en la figura cristiana del "pescador de hombres", Mateo, 4:19.

Escaneado con CamScanner

ciesen los síntomas en algún miembro de su red o por intermedio de un miembro de su red, la derivarían —garantizando su llegada— al laboratorio del Centro de Salud; y en tercer lugar, si reconociesen los síntomas en personas que se encontrasen *fuera de sus redes de confianza* pero sí *dentro de sus redes de información,* comunicarían nombres y domicilio a los profesionales a fin de que éstos se encarguen de su captación (ver página 41).

Aquí trabajamos desde la primera representación gráfica de la red de cada familia - llave que habíamos construido al finalizar nuestro estudio exploratorio, siempre a partir de lo que la familia nos expresaba y apoyándonos en la experiencia acumulada en relevamientos de contexto en prevención secundaria.

a.2. *Las familias - llave "caminan su red" sin que medie intervención de los profesionales. Diciembre 1982 - Abril de 1983.*

a.3. *Ajustes conjuntos y sucesivos desde el acuerdo de Noviembre de 1982 en el contexto de la tarea realizada.*
Abril 1983 - Noviembre de 1983.

En encuentros sucesivos con cada familia, siempre en sus domicilios, revisamos la tarea realizada por ellas desde las siguientes preguntas:

— ¿A quiénes comunicaron el mensaje de salud?
(listado de personas con nombre, apellido y dirección).

— ¿A quiénes derivaron al laboratorio del Centro de Salud?
(listado idéntico al anterior).

— ¿A qué personas no pudieron ustedes derivar a pesar de haber reconocido síntomas en ellas?
(listado idéntico a los anteriores).

Todas estas preguntas nos las hicimos con la imagen de la red de cada familia - llave delante y fue notable observar como aquí, en el contexto de la tarea, las familias agudizaron su memoria y creatividad. Fue así que a nuestros ojos, sus redes crecieron en cantidad (miembros de su red que antes en otros registros habían olvidado, fueron incorporados aquí) y en calidad (la tarea de Control de Tuberculosis entre sus amigos, parientes, vecinos e instrumentales por ser sumamente delicada les exigió definir cada vez más y mejor sus relaciones con sus pares, les exigió considerar el grado de confianza, para de acuerdo a esto ver cómo podían ayudarlos).

Las familias - llave nos relataron su experiencia en forma divertida, como si se tratara de un juego. Recorrieron con su conocimiento de Tuberculosis en forma progresiva todas sus relaciones, en general progresando desde los contactos más próximos afectivamente hacia los más lejanos, trascendiendo el área de responsabilidad del Centro de Acción Comunitaria y del Centro de Salud. Todo para ser "comedidos para servicio" como dice la gente. En la parada del ómnibus, luego durante el viaje, en el trabajo, en reuniones de cooperadoras, de Centro Vecinal, a sus clientes en los casos en que la familia - llave tenga un comercio, etcétera.

Escaneado con CamScanner

Desplegaron todo tipo de "técnicas" para acceder a sus contactos. Por ejemplo, en relaciones de vecindad donde "no se tenía la confianza suficiente" merodearon hasta llegar por medio de otra más próxima afectivamente: caso de una familia - llave que se valió de una comadre de su área de parientes. que era amiga de un vecino suyo que portaba los síntomas. Otra, "mate en mano" recorrió sus redes como si hiciese este trabajo desde siempre. Cuando nos recibió en su casa para contarnos lo realizado nos hizo recordar una frase maravillosa de Scalabrini Ortiz: "Asía su mate con solemnidad litúrgica, como si sostuviera su propia razón de ser. No sabría decir si estábamos en el campo o limitados por las paredes de un cuarto urbano. . . ".

Una familia - llave captó a un bacilífero en su núcleo.

Se dieron otros casos más risueños; aquí, para esta comunicación seleccionamos el siguiente:se trató de una señora que fue a comprar a una verdulería, la verdulera era una integrante de una familia - llave, así es que, mientras la despachaba la escuchó toser y le hizo los interrogatorios del caso, derivándola seguidamente al Centro de Salud. Desconociendo lo ocurrido, otra señora que ingresaba en esos momentos al negocio, la escucha toser e inmediatamente la interroga y la deriva. A esta altura ya todos se reían, pero "fue fiesta" cuando la señora tosedora llegó a la vereda al salir y la "abarajó" otra señora, quien comienza a interrogarla nuevamente.

En otra oportunidad, analizando el trabajo de otra familia - llave y gracias a que la baciloscopía del sintomático captado resultó positiva, observamos junto con la familia el *fenómeno red de red,* el efecto multiplicador que no pudo ser mensurado en este trabajo. Esta gente había comunicado el mensaje de salud a su comadre dentro de su área de parientes y esta persona al día siguiente, cuando estaba haciendo la cola de la carnicería escucha toser a una señora que estaba delante de ella. Sin vacilación la interroga y cuando corrobora que se trataba de una sintomática respiratoria, la acompaña personalmente y en ese mismo momento al Centro de Salud, donde a los dos días el resultado de su baciloscopía da positiva. Después de este hecho y de otros, comenzamos a sospechar que el alcance del trabajo colectivo había sido mayor de lo que suponíamos. Hoy en día, éste constituye para todos un *bache metodológico* a superar en el futuro.

Otra familia - llave, además de trabajar en sus relaciones socio - afectivas, había llegado a doscientas cuarenta y tres interacciones de salud más, con los clientes de la zapatería del señor, taller que desde ese momento se convirtió en una usina de información para todos. (Hoy, este señor redondea cuatrocientas veinticuatro interacciones localizadas con nombre y dirección que fueron ubicadas en el mapa de la Organización Brochero). (Ver glosario terminológico, página 70).

Cada familia - llave, una vez finalizada la tarea de Control de Tuberculosis, conservó una copia de su red a fin de mantenerla actualizada, es decir, preparada para futuras acciones de prevención primaria y secundaria.

Por fin, la imagen reticular dio forma a la relación de trabajo entre familias - llave y profesionales durante este año, y dio pie a esta altura, a la incorporación del primer material cualitativo que había sido hasta ahora instrumentado, conversado en tarea, pero no registrado.

a.4. Precisión del material cualitativo.

La tarea compartida con cada familia-llave nos llevó a profundizar una relación de mutua

Escaneado con CamScanner

confianza y por ende de confidencia, que nos permitió precisar cualitativamente su red, es decir, definir esas categorías de relaciones (amistad, vecindad, parentesco, projimidad e instrumentales) que espontáneamente había surgido en el contexto de la tarea. Siempre con la imagen de la red delante y contando ya con la precisión cuantitativa, e inferidas en tarea las áreas de proximidad socio - afectiva, les preguntamos: ¿a quiénes les llaman ustedes amigos, parientes, vecinos, prójimos, etc.? y luego de registrar sus respuestas, lo siguiente: ¿cómo distinguen ustedes la relación que tiene con "A" que es su amigo con la de "B" que es su pariente?... y así sucesivamente. Las respuestas fueron registradas textualmente por los profesionales, material que luego de ser ordenado fue trabajado junto con la gente considerando repetición de palabras, frases y dichos en el discurso. En esto nos ayudó una filóloga que hace Dialectología en el Norte Argentino, quien además realizó un primer estudio de la palabra más repetida por todas las familias: CONFIANZA. (La síntesis de este trabajo completó la noción de familia - llave. Ver Glosario, página 69).

a.5. *Construcción del mapa de la Organización Brochero.*

La construcción de redes que grafiquen las relaciones de cada familia - llave en el medio, con la forma circular con referencia al centro y por proximidad socio - afectiva, nos sirvió al principio para llegar a un primer acuerdo de trabajo, pero a medida que éste se fue profundizando en tarea, se hizo necesario entonces ubicar geográficamente estas relaciones en un mapa catastral especialmente diseñado. Así nace por idea de una familia - llave el mapa de la Organización Brochero. En el contexto de esta tarea arribamos, familias - llave y profesionales, al momento de mayor profundización y ampliación de la conciencia, en términos de interés social.

Junto con las familias "tejimos" cada red sobre el mapa catastral hasta que quedó consumada la imagen reticular de la organización barrial. Las familias experimentaron aquí el "efecto de red" (8) al sentirse parte, no sólo de la constelación de relaciones que forman su red social familiar, sino también de la red de la organización barrial.

Así se preparó la "vuelta" a la asamblea, esta vez para evaluar entre todos lo realizado hasta ahora después de transcurrido un año.

b. *¿Cómo trabajamos con las instituciones en la búsqueda de sintomáticos respiratorios?*

Aquí nos apoyamos en el modo habitual de relación de la institución con el grupo social, esto condicionado por sus objetivos y organización interna. En sucesivas entrevistas, en general con los directivos, tratamos de lograr un encaje con la tarea a realizar.

Por ejemplo, la propuesta de las escuelas del área para trabajar en control de T.B.C. durante el período lectivo 1983 fue la siguiente: la Directora del establecimiento que fue quien asistió a la asamblea de gestación del proyecto, transmitiría la consigna al personal docente a su cargo en todos los turnos (pancartas de T.B.C.). Cada una de las docentes de grado a su vez trabajaría las consignas de T.B.C. con los padres de los alumnos durante las tres reuniones anuales que se dan en oportunidad de la entrega de libretas de calificaciones. Luego la docente pasaría a Dirección por escrito el acta de las reuniones, cuyo orden del día incluyó el tema control de T.B.C. durante el año donde figurarían los nombres y apellidos de los padres con su domicilio correspondiente. Consignando allí también nombre y apellido de la o las personas sintomáticas respiratorias derivadas al Centro de Salud.

(8) "Redes familiares", Speck y Attneave. Amorrortu Editores.

Escaneado con CamScanner

Otro ejemplo fue la propuesta de un Templo Evangélico: el Pastor transmitiría la consigna a cada una de las doce familias líderes del templo y éstas a cada una de las doce familias de las cuales eran responsables. Luego, cada familia líder comunicaría al Pastor, a la semana —ya que tienen reuniones semanales— los resultados de la pesquisa. El Pastor luego comunicaría al Centro de Acción Comunitaria por escrito acerca de la cantidad de personas con las cuales se trabajó la consigna con sus nombres y domicilios. Lo mismo sobre sintomáticos respiratorios captados, si los hubiere.

En instituciones de mayor complejidad como el Centro de Salud Nº 42 aún no se pudo cuantificar su red, por lo tanto no aparecerá en la evaluación. Pero nos consta que el programa de T.B.C. ha sido ejecutado con mucho entusiasmo por algunos de sus miembros.

En las instituciones se reforzó la consigna con pancartas de T.B.C. provistas por la División de Tisioneumonología Sanitaria de la Provincia. Estas fueron pegadas en cada una de ellas destinadas principalmente a sus integrantes, más habituados a la comunicación escrita. Con las familias - llave fue más operativa la comunicación oral basándonos en el "memoreo" de la gente.

c. *Resultados de la búsqueda.*

— Total de la población correspondiente al área de responsabilidad: 11.434 personas, según datos del Censo de Población y Vivienda 1980.

— Total de población abarcada en la búsqueda de sintomáticos respiratorios en el contexto de la tarea de control comunitario de la Tuberculosis: 8.865 (población que incluye menores de 14 años).

Esta cifra contiene el total de personas con la que efectivamente se trabajó el mensaje de salud desde redes familiares e institucionales:

Redes familiares

Amigos	prójimos	vecinos	parientes	instrumentales	Total
780	130	1.746	710	1.219	4.585

Redes institucionales

4.280

Hubo llegadas reiteradas con el mensaje desde la Organización Barrial hacia una sola persona o familia (ver página 38) que sólo se computan una sola vez en el total.

Las relaciones de projimidad se cuantificaron, pero por su naturaleza no se las individualizó con nombre y apellido.

Reiterando lo ya planteado en la página 38, no se pudo cuantificar el efecto multiplicador que sabemos que se produjo.

— Total de sintomáticos respiratorios captados por la Organización Brochero: 135. De los cuales 123 fueron catastrados por el Centro de Salud Nº 42 y los restantes en otros niveles de atención.

— De ese total de sintomáticos respiratorios resultaron con baciloscopía positiva 12

Escaneado con CamScanner

(doce).

2.2. SINTOMATICOS RESPIRATORIOS RECONOCIDOS PERO NO CAPTADOS POR LA ORGANIZACION BARRIAL (AISLADOS-SOCIALES).

Llama la atención a los profesionales el hecho de que ciertas familias, verdaderos clanes familiares con antigüedad de residencia en el barrio, reconocidas por las familias - llave y por enfermería comunitaria como posibles focos de T.B.C. no hayan sido captados por la Organización Barrial durante la campaña del año 1983. En primer lugar, no "caen atrapados en las redes" de confianza de las familias - llave pero sí en las redes de información que éstas disponen.

En segundo lugar, enfermería comunitaria por su tarea establece un tipo de relación con los pobladores distinta al resto del equipo del Centro de Salud. Por arraigo y actitud de servicio se genera un tipo de conocimiento de la comunidad "desde adentro". En este contexto, preocupa a enfermería desde hace más de quince años la historia de desencuentros entre tuberculosos "muy especiales" del área e instituciones de alta complejidad centralizadas que intentaron su abordaje sin éxito.

Se observó, a través del tiempo, que estas personas se fueron aislando y fueron aisladas por el sistema de salud y por la comunidad. El sistema de salud los aisló con abordajes experimentados como compulsivos por estos grupos, especialmente cuando "se las venía a llevar" a controles en vehículos oficiales desde el hospital sin relación con el Centro de Salud del Barrio. Es común hoy día asociar negativamente vehículos oficiales con Tuberculosis. Además el personal médico del Centro de Salud rechazó generalmente a estas personas. La comunidad por su parte, los aisló también porque estos grupos presentan problemas como prostitución, alcoholismo, delincuencia, etc. Por otro lado nuestro equipo observó reiteradas veces en ellos la existencia del fenómeno del incesto, específicamente del incesto padre - hija.

En la actualidad, estas personas han logrado conformar con sus conductas grupos aglutinados - cerrados, de escasos recursos económicos, con un alto índice de hacinamiento y que tienden a cerrarse cada vez más luego de sucesivas interacciones recurrentes con el medio.

Es por esto que, al relevar las redes sociales de bacilíferos emergentes de grupos familiares - aislados - sociales en el contexto de la tarea de Control de Foco que realizamos junto con enfermería comunitaria (ver página 43), dimos con la otra cara de las familias - llave. Tuvimos que extremar la prudencia para ingresar al *reino de la desconfianza*.

Como introducción a tan complejo problema como es el de caracterizar a estos grupos, presentamos aquí una primera síntesis del material cualitativo obtenido en contacto con ellos gracias a las posibilidades que nos brinda el tratamiento supervisado de T.B.C., que constituye para nosotros, una vez que ingresamos, una magnífica oportunidad para establecer una relación de confianza y tener el privilegio de participar de un clima de confidencia con estos grupos.

Fue así que cuando les preguntamos por sus amigos nos contestaron con frases como éstas: "nunca tuve amigos", "siempre anduve o anduvimos solos", "la amistad es un engaño",

Escaneado con CamScanner

"nunca hablé con nadie de lo que a mí me pasa, sólo con Liliana (enfermera) y con usted (psicólogo)". "Nosotros no confiamos en nadie".

Con respecto a sus parientes: "no nos damos con ninguno", "para las fiestas generalmente las pasamos solos", "a mi mamá y a mi suegra las tengo, pero hago de cuenta que no las tengo", "yo no confío ni en mi hija", "cuando uno les pide algo es como si les molestara", "por eso lo mejor es no pedirles favores porque después se lo echan en cara".

Con respecto a sus vecinos: "los saludamos y nada más". "Lo mejor es cada uno en su casa", "no queremos tener problemas con nadie".

De acuerdo a lo expresado no es difícil advertir lo delicado de la tarea de ingreso a estos grupos. Es decir, de captar una persona bacilífera emergente de ellos, una vez localizada, de suministrarle hasta su finalización el tratamiento y más aún de poder abordar integralmente su problemática social (*).

En síntesis y por todo lo expuesto, hoy en día es muy difícil ingresar a estos grupos a no ser que ellos mismos nos proporcionen esa posibilidad.

3. CONTROL DE FOCO DESDE BACILIFEROS CAPTADOS POR LA ORGANIZACION BROCHERO Y ENFERMERIA COMUNITARIA.

Diciembre 1983 - Diciembre 1985

3.1. CONTROL DE FOCO DESDE PERSONAS BACILIFERAS CAPTADAS POR REDES FAMILIARES E INSTITUCIONALES.

Esta tarea fue llevada a cabo sin mayores dificultades por enfermería comunitaria y familias - llave de la Organización Brochero, en caso de que el bacilífero se encuentre dentro de sus redes de confianza. Si el bacilífero se encontraba dentro de sus amigos, parientes, vecinos y prójimos era "natural" que se ocupara del control del tratamiento.

En otros casos, en que los bacilíferos fueron captados por redes institucionales, enfermería comunitaria delegaba el tratamiento en personas - llave del grupo familiar de aquéllos.

En general, los tratamientos supervisados fueron llevados a cabo de acuerdo a la siguiente secuencia:

a) Enfermería comunitaria comenzó supervisando los tratamientos, en el Centro de Salud del Barrio y/o en el domicilio de todo enfermo tratado por esta institución y se extendió posteriormente a otros tratados desde instituciones de mayor complejidad que concurrían al Centro para solicitar alguna prestación.

A éstos, Enfermería les ofreció la garantía del control de la enfermedad más próximo a su

(*) Aquí arribamos a un principio fundamental de nuestra Práctica Social en el contexto de la Atención Primaria de la Salud: "nosotros no trabajamos *en* Tuberculosis, Diarrea, Alcoholismo, etc., sino *desde* Tuberculosis, Diarrea, Alcoholismo, etc.". En tal sentido un Programa de Control de Tuberculosis sólo constituye una puerta de entrada a sistemas sociales funcionales y disfuncionales, que se expresan por medio de sujetos no sintomáticos los primeros, y sintomáticos los segundos.

Escaneado con CamScanner

domicilio con la provisión de droga correspondiente; tarea que fue compartida con otros miembros del equipo de salud (médico, auxiliares de enfermería, personal de limpieza, etc.).

b) Esta etapa del tratamiento fue compartida entre enfermería comunitaria y la familia - llave, que captó y derivó al bacilífero, o enfermería comunitaria y personas - llave del grupo familiar del bacilífero.

c) La familia - llave que captó al bacilífero en su red o la persona - llave del grupo familiar del bacilífero asumen la supervisión del tratamiento delegado gradualmente por enfermería.

Esta modalidad de trabajo en primer lugar, garantizó el cumplimiento total del tratamiento durante el lapso de 6 - 8 meses día por día sin interrupción; en segundo lugar, garantizó la asistencia del bacilífero a controles baciloscópicos y rayos x, según pautas establecidas y en tercer lugar, posibilitó la coordinación de acciones entre enfermería y la comunidad, de tal modo que el profesional médico contara oportunamente con estos estudios para realizar los controles correspondientes.

Con respecto al estudio de foco, es importante señalar que fue realizado por profesionales del Centro de Acción Comunitaria según criterios de cercanía socio - afectiva y física operacionalizadas (ver familia - llave en el glosario). En la mayoría de los casos, con su red social en mano, el bacilífero se encargó de traer a control a todos sus contactos.

3.2. CONTROL DE FOCO DESDE PERSONAS BACILIFERAS EMERGENTES DE GRUPOS - AISLADOS - SOCIALES.

a. Alerta esperando la oportunidad.

Retomando lo expuesto en las páginas 41 y 42 del punto 2.2., sobre la dificultad de acceso a estos grupos, nuestra experiencia nos dice que una de las posibilidades para ingresar es la emergencia; ya que estos grupos por su modo de vida no se integran a los programas preventivos del Centro de Salud. Sólo se acercan "cuando no tienen otro remedio", "cuando necesitan ser atendidos por una urgencia" o para sacarle al médico algún certificado de salud como es el caso - ejemplo que presentaremos aquí.

Esta situación genera en enfermería la única actitud posible: estar alerta, esperando pacientemente la oportunidad para intervenir.

b. Un miembro del grupo que viene de perillas.

La espera da resultados, un miembro del grupo se presenta al Centro de Salud; es Oscar, un chico de catorce años hijo de Elsa (fallecida) y de Leonardo. Este matrimonio tuvo cinco hijos más, Leonardo, Juan, Mercedes, Patricia y Gerardo. Actualmente Leonardo convive con Laura, con quien tiene un hijo de tres años de edad.

¿Qué es lo que sabíamos de esta familia con respecto a Tuberculosis, gracias al conocimiento de la comunidad (redes de información) y registros que constan de enfermería en Carpeta Familiar desde hace más de quince años?

Escaneado con CamScanner

De la familia de la madre de Oscar (Elsa) sabíamos que ella había padecido la enfermedad y que nunca completó sus tratamientos (Hospital Tránsito Cáceres de Allende), ya que siempre los había abandonado y que había fallecido por tal causa hacía cuatro años. Su abuela materna había estado enferma de Tuberculosis y tratada hasta su curación (Hospital Tránsito Cáceres de Allende). De su abuelo materno desconocíamos antecedentes. De sus tías maternas, Beatriz, había estado enferma pero no había sido curada y de las otras, Felisa, se sabía que no había contraido Tuberculosis.

De Laura, su madrastra, no teníamos antecedentes.

De la línea del padre de Oscar conocíamos que su abuelo paterno había tenido Tuberculosis y que su tía paterna, Marta, también. Ambos habían sido tratados en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende pero desconocíamos si habían completado el tratamiento. Del resto de la familia paterna desconocíamos antecedentes.

¿Qué más sabíamos de la familia de Oscar?

Sabíamos que del grupo familiar de Beatriz (la tía de Oscar que tuvo la enfermedad), su esposo también contrajo la misma y no se sabía si había sido tratado y curado. Y que uno de los hijos de este matrimonio, Valdo, estuvo enfermo de Tuberculosis, pero sí completó el tratamiento supervisado por el equipo del Centro de Salud.

Se tenía además conocimiento, surgido éste de relevamientos de red del foco de otros tres pacientes de Tuberculosis que se encuentran actualmente bajo tratamiento (Nora, José Alfredo y Pablo), que todas estas personas habían estado conviviendo hacía más de diez años en un conventillo que se encontraba frente al Centro de Salud, con la familia de la mamá de Oscar.

"En este conventillo compartíamos el mismo baño y el mismo pico y estábamos casi todos enfermos de Tuberculosis". "De ahí viene la cosa, Fermín mi padrastro se rociό con un tío mío que también vivía allí y contrajo Tuberculosis" (testimonio de José Alfredo, quien hace dos meses completó su tratamiento y actualmente colabora como persona - llave en el trabajo que realiza en su sector por diarrea). (*)

Oscar viene a solicitar a un médico pediatra del Centro un certificado de salud para la escuela, inmediatamente enfermería le comunica algunos antecedentes familiares al profesional (más que nada los que figuran en Carpeta Familiar) y éste solicita P.P.D. y análisis bacteriológico del esputo ya que el chico era sintomático. La enfermera además solicita al médico "que le haga pie" ante el muchacho para entrar en relación con él. Aquí se le explica que no se le podrá extender certificado alguno hasta no contar con resultados de las pruebas.

c. Entrevista familiar en domicilio.

La enfermera se traslada al domicilio para explicar a la madrastra el método de recolección de esputo y que Oscar debe volver al tercer día.

Aquí se establece el primer contacto con la familia (estaban presentes además de Laura,

(*) En caso de no contar con arraigo en el lugar, que se presenta aquí por parte de enfermería y del equipo, se puede llegar a obtener información mediante el relevamiento sistemático de la red social del paciente sintomático. en este caso relevando la red social de Oscar.

Escaneado con CamScanner

un tío paterno y un tío abuelo, donde Laura manifiesta su preocupación por la Tuberculosis que tuvo la madre de Oscar y por el hecho de que el padre de Oscar tose y que además está preocupada por los niños. Laura comienza a perfilarse en lo que será luego: el apoyo de enfermería para todo el proceso de tratamiento.

Esta oportunidad que brinda Laura es aprovechada por enfermería para fijar de inmediato día para realizar pruebas tuberculínicas al resto del grupo y recolección de esputo a los mayores de catorce años sintomáticos.

A pesar de estar ausente el padre, se le deja a Laura el frasco para que Leonardo haga la recolección y la lleve al Centro a la hora que pueda. Dos de los niños se encontraban en ese momento en la escuela y otros dos en la casa de la abuela materna, así es que hubo que trasladarse hasta esos lugares para efectuar las pruebas. La abuela accede a realizarse análisis de flema, el tío abuelo no.

d. Don Leonardo bacilar.

A la semana de la entrevista familiar en domicilio, se confirma que la baciloscopía de Don Leonardo es positiva.

Aquí se da otra apertura para que enfermería cite a Don Leonardo a control médico para comunicarle los resultados de su estudio y proponerle los pasos siguientes: se le solicita a él y a su familia rayos x, y que debe volver con los resultados de las placas. Con motivo de estos trámites enfermería siente que se va afirmando cada vez más la relación.

En la segunda entrevista de control médico ya se cuenta con todas las placas y se confirma en el equipo médico (clínico y pediatra) que en la familia están enfermos de Tuberculosis, Marcelo, Gerardo, Patricia, Mercedes y Don Leonardo. Esto se le comunica a Don Leonardo y se le solicita que interceda ante los mayores del grupo familiar para que asistan a una reunión en el Centro de Salud con el equipo responsable, en horario que convenga a la familia, a los fines de fijar pautas de control de la enfermedad.

e. Control de la enfermedad y prevención de los expuestos a riesgo especial.

A la reunión del Centro de Salud asistieron la pareja y el equipo responsable designado para el caso (médico clínico, pediatra, dos enfermeras).

Aquí el equipo corrobora ante la pareja los diagnósticos, explica características de la enfermedad y del tratamiento que será supervisado y diario. Medidas preventivas que se implementarán en el grupo familiar, reacciones colaterales secundarias y duración del tratamiento.

Además, se llega al siguiente acuerdo:

1) Que la responsabilidad del tratamiento supervisado correrá por cuenta de enfermería. También la tarea de citar periódicamente a controles clínicos a fin de controlar evolución.

2) Que el médico se compromete a brindar acceso directo a consulta sin trabas de turnos, a efectuar controles periódicos y a garantizar la provisión de droga.

Escaneado con CamScanner

3) Que la familia se compromete a reunirse en su casa todos los días a las 13 hs. (horario elegido por ella) para que la enfermera le administre la medicación. Don Leonardo se compromete a concurrir diariamente al Centro de Salud cuando salga de su trabajo.

De esta forma se garantizó en esta familia la realización del tratamiento.

Dicho tratamiento supervisado, gracias a que promueve el contacto diario con el equipo de enfermería posibilita la extensión del trabajo más allá del grupo cercano a Don Leonardo. De esta manera se pudo abordar a la abuela materna (sintomática) quien no resultó bacilar. También a la familia de Felisa (tía materna de Oscar) sin resultados en términos de Tuberculosis. También a Beatriz (tía materna de Oscar) y su familia, de quienes no tenemos todavía los resultados de los estudios.

Con respecto a Marta (tía paterna) se efectuaron los estudios a ella y a su familia, esposo y siete hijos, cuyos resultados no confirman la enfermedad en ninguno de ellos.

f. Desde la Tuberculosis hacia el abordaje integral.

¿Qué es lo que va descubriendo enfermería a través de los contactos diarios con el grupo familiar en su domicilio en el contexto del tratamiento supervisado de Tuberculosis?

En primer lugar, que la familia posee, además de las dificultades antes señaladas, posibilidades curativas que debe desarrollar. Es así que el tiempo va confirmando que Laura es la que más colabora y es factor de unidad del grupo. Como ella se va ofreciendo para ayudar en la administración de la medicación y hace que se cumplan los controles médicos periódicos, enfermería le va delegando paulatinamente la administración del tratamiento aunque supervisándola cada tres o cuatro días. Esta delegación se efectivizó definitivamente al tercer mes de tratamiento.

En segundo lugar, a medida que crece la confianza - confidencia en relación con algunos miembros de la familia, especialmente con Laura, van surgiendo problemas que constituyen otros frentes de la misma problemática grupal: el alcoholismo del padre de Oscar hace que la relación del grupo familiar se altere y que no cumpla en algunas oportunidades con el tratamiento. Enfermería recibe la confidencia de que uno de los hermanos de Oscar es delincuente, se trata de Juan, que ya el año anterior había estado detenido y que en el momento del tratamiento de Tuberculosis de la familia había vuelto a delinquir —esta vez asalto, por el que fue detenido—. Además, Mercedes (hermana de Oscar) había hecho abandono del hogar y Patricia tenía serios problemas de aprendizaje en la escuela.

A esta altura de la intervención, enfermería "va dando entrada" a los otros miembros del equipo de salud: psicólogo, asistentes sociales del Centro de Acción Comunitaria y familias-llave próximas al domicilio de la familia.

La pregunta del equipo ahora es: ¿podrá este clan familiar ingresar con nuestra mediación a las redes de confianza de este grupo social? ... no lo sabemos ..., lo que sí sabemos es que una vez que ingresamos no debemos desaprovechar esta oportunidad y que además será un trabajo lento y prolongado.

Escaneado con CamScanner

IV — EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACION BARRIAL DESDE LA TAREA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

Evaluaciones sucesivas y permanentes se compartieron con los pobladores durante todo el trabajo, es decir durante el caldeamiento de la asamblea de gestación del proyecto, en la asamblea de gestación del proyecto y en la ejecución del proyecto, como se pudo observar en las páginas anteriores.

Pero se hacía necesario en una nueva asamblea reunirnos para evaluar no ya *en tarea*, sino detenerse para evaluar *desde la tarea ya realizada* durante el año, el funcionamiento de la organización barrial (*). Evaluación que continuó profundizándose durante 1984 y 1985 desde la tarea de control de foco y desde otros trabajos que se fueron abriendo en abanico a partir de este proyecto (ver Aperturas, página 53 y siguientes).

Nuestra última lectura es que en el trabajo con las familias - llave - clave, nos vimos contenidos en una forma de participación: *comedia, voluntaria y desinteresada que necesariamente remata en la fiesta consabida* (ver Minga. Glosario).

Fuimos observando a través del trabajo compartido, que estas familias superaban ampliamente en dedicación y creatividad lo pactado en las reuniones con los profesionales. Nos fueron marcando el camino, nos fueron enseñando cómo se puede llegar a localizar una persona sintomática respiratoria en su medio social (en su domicilio, en los comercios, en la cuadra, en la parada del ómnibus, durante el viaje en ómnibus, en su trabajo, etc.), sin provocar daño y como si se tratara de un juego.

Al comienzo su forma de participación nos desconcertó, no se atenían a ninguna pauta rígida —puntualidad, asistencia a reuniones, pertinencia, utilización del tiempo durante la reunión, etc.—, sino que era plástica, lo cual contrastaba con nuestra rigidez. Crítica que nos hicieron varias familias - llave - clave. Algunos aceptaron a regañadientes el recorrido sistemático - intencional de su red de relaciones. Muchos nos dijeron: ¿por qué vamos a realizar a propósito lo que siempre hacemos espontáneamente? Aparecían cuando menos los esperábamos y no aparecían cuando los esperábamos. Por ejemplo, una familia que no había asistido a reuniones, y a la cual considerábamos alejada del proyecto, nos sorprendía con su visita en cualquier horario y nos deslumbraba con la tarea realizada. Todo esto tomando mate con nosotros y dejándonos la impresión de que la tarea le quedaba chica. Muchos nos llegaron a decir: "¿y ésto era todo?".

En la primera asamblea general de evaluación observamos que continuaban proponiendo nuevas formas de llegada, por ejemplo a través de almacenes, quioscos y bares ubicados en el área instrumental de su red de relaciones y que además ya habían comenzado

(*) En realidad, convocar a una asamblea especialmente para realizar las mencionadas evaluaciones, era más una necesidad del equipo profesional y del personal de algunas instituciones que de los vecinos. Estos, según pudimos comprobar más adelante, aquí y en Los Cortaderos (ver Cuaderno de Trabajo, en preparación, "PROYECTO CORTADEROS — CONTROL DE DIARREA INFANTIL"), acostumbran a evaluar la tarea realizada entre risas y chanzas, comiendo y bebiendo, en el contexto de la fiesta y no como un momento de cierre y apertura del trabajo como fue para nosotros.

Escaneado con CamScanner

FAMILIA - LLAVE - CLAVE

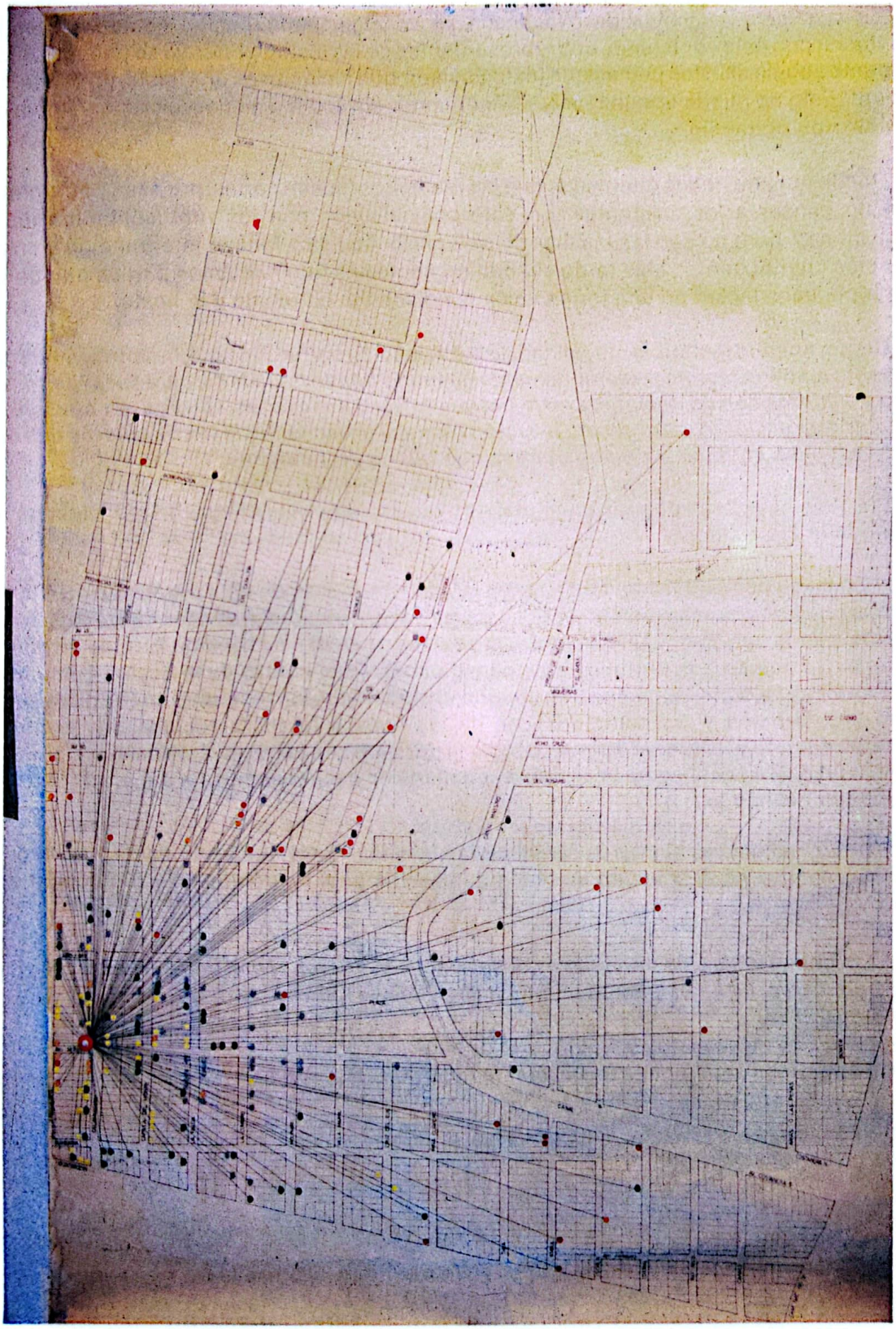
REPRESENTACION GEOCULTURAL - DICIEMBRE DE 1983



Escaneado con CamScanner

FAMILIA - LLAVE - CLAVE

REPRESENTACION GEOCULTURAL - DICIEMBRE DE 1986



Escaneado con CamScanner

a extender su acción más allá del área de responsabilidad. Por otra parte, durante los dos años siguientes de búsqueda colectiva, continuaron captando sintomáticos respiratorios y por medio de esta tarea, como de las que se iban abriendo, fueron merodeando hasta acceder progresivamente a las familias aisladas sociales.

En la misma asamblea de evaluación, al concluir, permanecían sentados como si esperasen que ésta continuara. Los representantes de las instituciones ya se habían retirado y la gente seguía allí. Nos pedían que festejásemos, que hiciésemos una fiesta, un asado. Nos decían: "Esto no puede terminar así...". Aceptamos sin saber a ciencia cierta qué tenía que ver ésto con el trabajo.

Desde nuestra óptica queríamos que las reuniones fuesen cortas, precisas y pertinentes para no cansar a los asistentes. En esto coincidíamos con los representantes de las instituciones, pero no con las familias - llave - clave. Aquí nos faltaba integrar algo y no nos dábamos cuenta qué... Más tarde cuando reconocimos que habíamos participado de una Minga pudimos incluir en una forma única e indisoluble el trabajo y la fiesta.

Según nuestra lectura, la modalidad de participación que se dio aquí, la sintetizamos de la siguiente manera: *reunirse voluntariamente cuándo y dónde haga falta, para sacar juntos una tarea de interés común, rematarla en la fiesta y volver a sus nichos, volver a ser egos de sus conjuntos de acción* (9) *para asumir la supervisión del tratamiento de los bacilíferos que ellos mismos habían captado, y de otras tareas que fueron proponiendo.*

Por todo esto, llegamos a la conclusión de que tuvimos el privilegio de participar de una *Minga de la Tuberculosis.*

Como se pudo observar, hasta ahora las características de esta organización a la cual tuvimos que integrarnos como profesionales, es policéntrica (10) o descentralizada, por este motivo tuvimos que comenzar a abandonar aquí la pretensión de reeditar la relación centro - periferia. Renunciar a la pretensión de constituirnos en el centro de la acción comunitaria (ver Estudio Exploratorio, página 27), aunque observaríamos en el futuro que la dinámica de dicha organización y las características de las nuevas tareas a realizar nos permitiría, alternativamente y temporariamente, ocupar la posición central, y en otros casos ponernos al servicio de quien encabezara la acción comunitaria en ese momento. Es decir, integrarnos a la rueda del mingado (11).

¿Cómo evolucionó el interés social de las familias - llave, luego de estos tres años de trabajo colectivo en el contexto de una organización para la promoción y protección de la salud?.

A tan complejo problema, como es el de evaluar el interés social familiar y sólo a manera de introducción, incluimos la red de una misma familia - llave - clave en el tiempo y en dos tomas. (Ver páginas 48 y 49).

Comparamos aquí *redes efectivamente recorridas* durante tres años de trabajo compar-

(9) "System and Network: An aproach the Study or Political Process in Dewas". Adrian Mayer, en T. N. Adan and G. Savana, Indian Antropology. Bombay, Asia.

(10) Ver organizaciones sociales acéfalas. Dicc. de Antropología. Ed. Bellaterra S.A., 1980. Barcelona.

(11) Julio Viggiano Esain, "La rueda del mingado". Separata de la Revista de la Universidad Nacional de Córdoba, 2ª Serie, Año VII, Nº 45, Sep. - Dic. 1966

Escaneado con CamScanner

tido y que se encuentran actualmente disponibles para la organización barrial. Por eso no consideramos las redes tentativas que se confeccionaron en el estudio exploratorio ni en la ejecución, sino que tomamos aquí, en primer lugar, la red que logramos construir con la familia luego de la finalización de la tarea de búsqueda colectiva de sintomáticos respiratorios, Diciembre de 1983, y en segundo lugar, la red de la misma familia - llave - clave, que construimos junto a ella, luego de tres años de trabajos sucesivos que la organización fue tomando.

La red social de esta familia en el medio aumenta en tres años de trabajo en un total de 645 interacciones, o sea de 380 a 1.025, referidas al área de responsabilidad.

La simple comparación visual de ambas redes, nos muestra que la 2ª red es mas tupida (*), y que el crecimiento cuantitativo se da en todas las áreas de relaciones, a excepción del área de parientes. Crecimiento que está determinado por las características de las áreas de relación en términos de compromiso socio - afectivo.

Es obvio que, si para establecer una nueva relación de amistad con una persona aquí es necesario poder entablar una relación de confianza y por ende de confidencia y que ésta se da en el tiempo y cuesta mucho trabajo, como dice la gente (ver glosario terminológico), también es cierto que el crecimiento en esta área de relaciones va a ser muy importante cualitativamente, pero no significativo cuantitativamente. En el caso de esta familia - llave - clave, el número de familias amigas - amigas aumentó de seis (año 1983) a ocho (en 1986), aunque debido a la tarea comunitaria que desarrollaron, en esta tarea van a aparecer quince familias amigas más, pero la familia aclara: "ellos amigos nuestros", es decir "ellos se confidencian con nosotros, pero no nosotros con ellos".

En las relaciones instrumentales sólo se necesita tener un objetivo común para relacionarse y por lo tanto el grado de compromiso socio - afectivo es mínimo, estas relaciones tienden a crecer cuantitativamente de manera significativa. En el caso de esta familia - llave - clave, el incremento de las relaciones en el área instrumental fue de veinticuatro familias, en Diciembre de 1983 a cincuenta y tres familias en 1986.

Respecto al área de prójimos se da un ma.cado crecimiento cuantitativo dadas sus características que consisten en ayudar a otros sin preocuparse, de su identidad.

Es importante hacer notar aquí, que las familias - llave - clave cuando le preguntamos "¿en qué tipo de relación incluirían a las familias con las que tuvo contactos por gestión de subsidios?", ésta las incluyó en el área de prójimos, no en el área instrumental como nosotros previamente creíamos desde nuestro marco de referencia.

Por último, es conveniente señalar aquí que como profesionales nos sentimos apabullados por el interés social que desplegaron estas familias en el contexto de la organización barrial. Más especialmente, por su compromiso afectivo con los demás, que contrastró marcadamente con nuestra instrumentalidad.

En una acalorada reunión de evaluación, las mismas familias nos lo señalaron: "para ustedes el PROYECTO BROCHERO es un trabajo, pero para nosotros, es una forma de vivir".

(*) Ocupación sistemática y progresiva del espacio respecto de su vivienda, a diferencia de lo que hemos podido observar en las redes institucionales.

Escaneado con CamScanner

APERTURAS

1. CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA ESCUELA PRIMARIA EN EL AREA DE RESPONSABILIDAD.

En la asamblea de evaluación del año 1983, al terminar el primer año de búsqueda colectiva de sintomáticos respiratorios y aprovechando la coyuntura favorable que presentaba la vuelta a un sistema de vida democrático, la Organización Barrial decide abordar un problema pendiente para todos desde que se gestó el proyecto (ver página 31): la falta de una Escuela Primaria en el sector de Barrio Comercial.

Dicha asamblea fue convocada esta vez por el Centro Vecinal, quien toma la iniciativa y además consigue el compromiso escrito por parte de los dueños, de la donación del terreno para tal fin, ubicado en un campo aledaño a Barrio Comercial. La fundamentación de la solicitud escrita enviada al nuevo Intendente de la ciudad de Córdoba, salió de la citada asamblea que fue coordinada por las Directoras de las escuelas Alejandro Carbó, Santiago del Estero y San José Obrero.

Por el *milagro* de la cooperación gentil entre familias e instituciones del área, la nueva Escuela comenzó a funcionar a los tres meses de iniciado el trámite, es decir, en Marzo de 1984.

2. GESTION DE SUBSIDIOS ECONOMICOS PARA FAMILIAS DE RIESGO PSICOLOGICO - SOCIAL EN EL CONTEXTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR.

En la búsqueda de una justa utilización de los recursos,. por el mutuo conocimiento desarrollado con las familias - llave - clave en el trabajo compartido en el PROYECTO BROCHERO, y habiendo ya abordado junto con ellas algunos requerimientos, decidimos, a comienzos del año 1986, proponerles a dichas familias que nos ayuden en la tarea de estudio de situación de aquéllas que requieren subsidios económicos. Pretendíamos así, ayudar a quien más necesitara y postergar el pedido de quien no lo necesitara..

Aquí las familias - llave - clave junto con la familia solicitante, que generalmente se ubica en su red de relaciones cotidianas, realizan el estudio de situación y acuerdan una propuesta de asignación del recurso económico, que luego consideramos juntos. Así, en la práctica, fuimos afinando día a día a la luz de cada caso los criterios de trabajo y las prioridades a atender, trasladando progresivamente nuestra sede de atención a los domicilios de las familias - llave - clave. Hoy, muchas familias que necesitan ayuda recurren por su cuenta a los domicilios de éstas, para presentar su pedido.

Una vez acordado el subsidio, la familia - llave - clave y la familia problema atienden a que

Escaneado con CamScanner

éste sea utilizado según los fines previstos de antemano. Los subsidios económicos se otorgan para compra de terrenos, de materiales de construcción, adquisición de herramientas de trabajo y en algunos casos para gastos de subsistencia y/o compra de medicamentos.

En muchos casos el subsidio constituye un recurso esencial para iniciar y/o garantizar la continuidad del tratamiento que se realiza en el contexto de Prevención Secundaria o Terciaria. Posibilita, en otros casos, el primer contacto, la llave maestra para acceder a grupos - familiares - aislados - sociales.

Los subsidios que otorga el Gobierno de la Provincia de Córdoba, por su carácter de tales son no reintegrables. En muchos casos las familias beneficiadas plantean cómo devolver ese dinero. Se acuerda su devolución con trabajo. de acuerdo a su oficio, destinado a otras familias que viven en esta área de responsabilidad y que no pueden valerse por sí mismas. Tal es el caso de familias desintegradas, ancianos, familias aisladas sociales, que, por ejemplo, necesitan construir su vivienda. A través del Equipo Primario se vinculan entre sí para ayudarse; a su vez, quienes son ayudadas se ofrecen dispuestos a "tender una mano" a otras familias que necesitan, generándose así una cadena de cooperación entre familias.

3. ABORDAJE DE FAMILIAS CON PERSONAS SINTOMATICAS PSICOSOCIALES EN CONTEXTOS DE INTERVENCION PREVENTIVOS SECUNDARIO Y TERCIARIO (*).

INTRODUCCION

Como equipo profesional del Centro de Acción Comunitaria, desarrollamos este aspecto de nuestra Práctica Social, en el contexto de organizaciones barriales para la promoción y protección de la salud.

Estas organizaciones son autóctonas, es decir, reflejan las modalidades de cooperación típicas de cada unidad geocultural.

En unidades geoculturales urbanas - urbanas, graficadas en la página 17, que abarca los Barrios Comercial, Alejandro Carbó, Mirizzi, Santa Rosa y parte de Villa El Libertador, estamos integrados en la Organización Brochero.

En Zona de Cortaderos, participamos de una organización barrial con sistemas de cooperación similares, pero que opera en una unidad geocultural urbana - rural.

Así, gracias a que vamos integrándonos a formas de participación preexistentes a nuestra llegada a la zona, es que podemos hasta el momento abordar y satisfacer relativamente la demanda que se nos presenta. Esto, a pesar de que nuestros recursos profesionales son mínimos y tienden a ser cada vez más exiguos. Actualmente, luego de perder el médico y la enfermera, somos dos Asistentes Sociales y un Psicólogo, para aproximadamente 25.000 personas.

(*) Este trabajo fue presentado con el título "Acciones comunitarias en Prevención Secundaria", en el II Congreso Argentino de Psiquiatría. Octubre de 1986.

Escaneado con CamScanner

3.2. ¿COMO ENTENDEMOS LAS ACCIONES COMUNITARIAS?

Aquí sólo nos interesa aclarar cómo instrumentamos nosotros, un concepto muy conocido en Atención Primaria como es el de Equipo Primario de Salud.

Este puede estar conformado por los profesionales que tienen formalmente la responsabilidad de la salud en el área o sea, los del Centro de Acción Comunitaria y del Centro de Salud; por las familias - llave - clave que derivan la persona sintomática desde su red de relaciones; por integrantes de instituciones del área de respuesta, como el Cura Párroco, el Pastor del templo, la maestra,que deriva al niño, etc.; por personas o familias pertenecientes a redes de migrantes que hayan arraigado en el área, como por ejemplo redes de familias migrantes de Bolivia, del Cerro Colorado, de Santa Rosa de Río Primero, de Ojo de Agua, de Río Seco, etc.

Este equipo se desprenderá de la organización barrial y las características de su intervención como la complejidad de su conformación dependerá de la problemática en términos de desinterés social que se presente.

Para seguirnos en el relato de abordaje de una familia - problema que presentaremos más adelante, es necesario que el lector trabaje con los términos siguientes: Minga - Red Social Familiar - Familia LLave/Clave - Mapa de la Organización Brochero (ver glosario terminológico, página 67 y siguientes).

3.3. ¿QUE ENTENDEMOS POR UNA INTERVENCION A NIVEL DE PREVENCION SECUNDARIA?

El espacio en el cual intervenimos en prevención secundaria es el que ocupan familias, que sin encontrarse *en situación de aislamiento social* (ver página 41, grupo familiar aislado social), y sin haber desarrollado en grado suficiente su interés social hasta arraigar en el medio como las *familias - llave - clave* (ver glosario, página 67), que constituyen nuestro criterio de salud local (*); se encuentran en un estado de desinterés social suficiente con respecto al entorno inmediato como para generar personas sintomáticas psico - sociales que se nos presentan o son traídas a consulta.

En este espacio se va a ubicar la familia que solicita ayuda y de cuyo abordaje daremos cuenta aquí, sólo a modo de ejemplo sencillo entre otros de mayor complejidad, con el fin de mostrar como se recrea nuestro estilo de trabajo comunitario en éste contexto.

3.4. CONCLUSION

Los sistemas terapéuticos en los cuales participamos en el contexto de intervención preventivo secundario, constituyen desde nuestra lectura, totalidades relativamente cerradas y en evolución en las cuales interaccionan generalmente:

(*) Por criterio de salud local, entendemos no sólo que éste se obtuvo de esta unidad geocultural, sino que además es manejado por todos los miembros del Equipo Primario de Salud.

Escaneado con CamScanner

por un lado, grupos familiares con cierto grado de desinterés social (*), que ubicamos en el espacio que media entre una familia - llave - clave y una familia aislada respecto de este grupo social,

y por otro, un Equipo Primario de Salud, conformado por recursos humanos profesionales y comunitarios que se desprenden de organizaciones barriales autóctonas para la promoción y protección de la salud.

3.5. ABORDAJE PREVENTIVO SECUNDARIO DE UN GRUPO FAMILIAR RESIDENTE EN EL AREA, DESDE LA ORGANIZACION BROCHERO (**)

a. *PRESENTACION DE LA FAMILIA PROBLEMA.*

Se trata de una familia nuclear compuesta por el padre, que llamaremos Daniel y que trabaja en obras de construcción por tanto, la madre, Viviana, que trabaja en ese momento en casas de familia y en un taller de costura y tres hijos, Romina, de cuatro años, Juan de tres años y Mario de dos años.

Esta familia migró, debido a las inundaciones, desde Resistencia (Chaco) a Barrio Comercial. Se va a instalar a tres cuadras de la misma familia - llave - clave, cuyas redes fueran comparadas en la evaluación del Proyecto Brochero (ver páginas 48 y 49), en una casita alquilada (ver foto aérea de la página siguiente). Daniel nació y se crió en este Barrio, mientras Viviana es nacida y criada en el Chaco.

b. *¿COMO COMENZO LA RELACION? . . .*

Ante esta pregunta la familia - llave - clave nos cuenta que: "vino a preguntarnos acerca de quien la podría ayudar a comprar una máquina de coser, porque ese era su oficio". La familia - llave - clave atiende el requerimiento, ya que habitualmente manejan los subsidios económicos en esta área (ver Apertura 2, página 53), realizando el informe social correspondiente y realiza la propuesta a Servicio Social del Centro Comunitario. A los sesenta días Viviana obtiene el subsidio y compra su máquina de coser. "Así comenzó la relación" nos comenta la familia - llave.

c. *¿COMO SE FUE AFIANZANDO LA RELACION? . . .*

Sigue el relato de la familia - llave: "la señora siguió viniendo casi diariamente a hablar con nosotros. especialmente con mi esposa y nos comenta que a su esposo lo echaron del trabajo". Debido a esto la familia - llave - clave solicita a Viviana que traiga el telegrama junto

(*) El grado de aislamiento social del grupo o lo que es lo mismo, la gravedad de la problemática psicosocial de la, o de las, personas sintomáticas emergentes, especificará la modalidad de intervención y la elección de los recursos comunitarios a poner en juego.

(**) Este relato fue escrito íntegramente en forma compartida por la familia - llave - clave interviniente y el psicólogo del Centro Comunitario de Barrio Comercial.

Escaneado con CamScanner

FOTO AEREA Nº 3



Ubicación de la Familia Llave-Clave

Ubicación de la familia migrante de Resistencia, Chaco

Escaneado con CamScanner

con Daniel. Cuando éstos se presentan, les recomienda iniciar juicio laboral por intermedio de un abogado conocido de la familia - llave -clave. Al año el señor ganó el juicio con lo cual compró un terreno para hacer su casa y para mayor seguridad deposita el dinero en manos de la familia - llave - clave, "porque nosotros tenemos tantas necesidades que por ahí lo gastamos...", dice Viviana.

Mientras que corre el juicio laboral, la familia - llave - clave le recomienda a Daniel gestionar un subsidio por desempleo, éste accede y entonces la hija mayor de la familia - llave -clave que está en la Universidad le realiza el trámite escrito correspondiente, ya que el señor es analfabeto. Daniel comienza a cobrar el subsidio a los sesenta días. "Luego perdemos contacto con Daniel, no así con Viviana, quien sigue visitándonos diariamente". "A medida que aumenta la confianza hacia nosotros, Viviana se va confidenciando cada vez más"... "Hasta que un día llegó la señora, viene muy triste, como si hubiera llorado. Nos comenta que no tiene ganas ni de caminar"... "Nos fue contando de a poco las cosas, hasta que nos confía que Daniel toma y que además juega, con lo cual se gasta toda la plata del desempleo y de otro trabajo que había conseguido. Debido a esto, a los niños les falta ropa y una cama"... "Nosotros le dijimos que lo traiga a Daniel a conversar con nosotros"... "Este viene y quiere hablar con mi esposo a solas, hablan y Daniel le promete que no va a jugar más, cosa que cumplió desde ese momento. Le habló sólo del tema del juego, que era lo más accesible, lo del vino, lo dejamos para más adelante"... "Daniel queda agradecido por la ayuda, porque me dijo que lo hice pensar mucho". "Luego deja de visitarnos...". "La señora continúa visitándonos hasta que se confidencia totalmente conmigo", dice la señora de la familia - llave - clave. "Me comenta que el esposo chupado la castigaba adelante de los chicos y que ella se la pasaba gritando todo el día, agarrándosela con los chicos"... "Esto lo sabíamos ya nosotros por información de los vecinos" y "además me cuenta que se aprovechó de ella delante de los niños", "que Romina estaba muy nerviosa y que a Juancito se le iba cayendo el pelo en forma exagerada". "En este momento es cuando lo llamamos a usted para que nos ayude", le comenta la familia - llave - clave al psicólogo del Centro Comunitario.

d. ¿COMO NOS ACOPLAMOS LOS PROFESIONALES A ESTE TRABAJO?

Le solicito a la familia - llave - clave que acuerde una entrevista de pareja en el Centro Comunitario en la cual ellos estarían presentes.

La familia - llave - clave me comenta que "Daniel no quiere venir a hablar con usted, Viviana sí quiere, de todas maneras él se sigue viendo con nosotros".

Acepto y realizo tres entrevistas individuales con Viviana en sede, donde recepto la problemática de la familia, que en líneas generales no agrega nada a lo que me informa la familia - llave - clave, cuando ésta justificó la derivación. Un dato nuevo que aparece es que Viviana hace siete años que no ve a su madre y a su familia en el Chaco, con los cuales había cortado en malos términos, para juntarse con Daniel. Luego de la tercera entrevista, le envío una carta a Daniel por intermedio de la familia - llave - clave para que venga a hablar conmigo. Este contesta que por el momento no vendría, pero que lo iba a pensar. Viviana me comenta que "Daniel no quiere venir a hablar con usted, él no cree en los psicólogos".

e. INCIDENTE DRAMATICO (INTERVENCION EN CRISIS).

Un viernes, a las 22 horas, se me comunica desde el Hospital de Urgencias a mi domicilio

Escaneado con CamScanner

que una señora que había sido apuñalada por su esposo mencionaba insistentemente mi nombre y apellido y si yo podía hacer algo, ya que la señora había sido llevada por un móvil policial allí, en compañía de los dos niños mayores a quienes se pensaba internar y que además el esposo había huido y que el bebé había quedado con un vecino.

A las 23 horas, asistente social y psicólogo del Centro Comunitario nos presentábamos al Hospital, donde participamos de las siguientes acciones:

— Toma de conocimiento del estado de la señora.

— Contención del hecho traumático relatado por Romina y Juan en la sala de espera del Hospital, ante la presencia solidaria de otros pacientes que aguardaban ser atendidos. El hecho fue para nosotros conmovedor, casi ni tuvimos que intervenir, ya que estas personas escucharon a los niños y los envolvieron de cariño. Queremos señalar que estas personas eran vagabundos, gente muy pobre.

— Realizamos gestiones para la internación de la señora en otro hospital, ya que el de Urgencias no disponía de camas.

— Trabajo de ubicación de los niños junto con la familia - llave - clave en la red de parientes de Daniel.

Dichas acciones concluyeron a las tres de la mañana del día sábado.

I. ¿COMO RETOMAMOS LA RELACION CON LA FAMILIA AFECTADA?

"El lunes Daniel aparece por casa, nos cuenta que está prófugo y vuelve a confiarse a nosotros", relata la familia - llave.

Daniel en sucesivos encuentros reconstruy el incidente dramático en la casa de la familia - llave - clave. Esta le vuelve a aconsejar que vea al psicólogo del Centro Comunitario. Daniel accede.

De esta manera se logra la primer entrevista en sede del psicólogo con Daniel, acompañado del señor de la familia - llave - clave.

Aquí se llega a un acuerdo con Daniel, éste debería ausentarse del hogar en el momento en que sea externada la señora y volver a la semana a una entrevista con nosotros en el Centro Comunitario, que de ninguna manera debería volver directo a su casa. Daniel da su palabra.

Paralelo y simultáneo a estas acciones, la señora era visitada por el equipo Primario de Salud en el Hospital Misericordia, donde se garantizó el contacto de ésta con los niños y se tramitó ante las autoridades de esta institución el día preciso de externación.

Viviana es externada un sábado y llevada a su domicilio por la familia - llave - clave, quien se ocupa de que los tres niños que se encontraban en la red de parientes del señor, vuelvan con su madre. Daniel cumpliendo su palabra deja el domicilio.

Durante esa semana se dan visitas y entrevistas sucesivas de Daniel con la familia - llave - clave y de la familia - llave - clave con la señora y los niños en domicilio. Aquí se intenta

Escaneado con CamScanner

preparar a la pareja para una entrevista el día fijado con Daniel. Este, a consecuencia de que no tenía donde dormir "ya que sus parientes se habían hecho a un lado" luego del incidente, no puede ausentarse una semana más a pesar de la solicitud que en este sentido le hizo la familia - llave - clave.

Por otra parte y ante estas circunstancias, Viviana accede con suma dificultad a una entrevista de pareja en domicilio, sin los niños.

Por fin llegamos al día de la entrevista de pareja, a la cual también concurre, además del psicólogo, la pareja de la familia - llave - clave. Aquí el profesional realiza una intervención paradojal: se les comunica a Daniel y Viviana, que todos sabíamos que lo ocurrido entre ellos era irreparable, que el divorcio era cosa de poco tiempo y que por este motivo sólo debían convivir en la misma casa el tiempo suficiente como para que el hombre pueda retirarse de ella. Y que por todo esto ya no valía la pena pelear ni discutir por nada, que ya todo había terminado.

Desde esa entrevista y durante los dos meses siguientes se observan cambios progresivos en la vida de la pareja, cambios observados por el Equipo Primario de Salud por medio de:

- entrevistas de pareja con el profesional en sede,
- redes de información de la familia - llave - clave.
- visitas y entrevistas entre la familia - llave - clave y la familia consultante en casa de los primeros.

Los cambios que se observan son los siguientes: detención de la caída del cabello de Juan, tranquilidad en Romina, los vecinos no escuchan más gritos de Viviana, tampoco peleas en la pareja y Daniel suspende la ingesta de vino. Todos estos cambios se mantienen desde Agosto de 1986 a la fecha.

Otros cambios que se observan, es que la familia se procura su vivienda, gracias al dinero obtenido en el juicio laboral mencionado. Viviana, con autorización de su esposo vuelve con sus hijos a visitar a su madre en el Chaco, ayudada con un subsidio económico con el fin de costearle el viaje. Su visita dura un mes.

g. *EPILOGO.*

Por último, en el nuevo domicilio de la pareja, en Diciembre de 1987, el Equipo Primario de Salud y la familia del relato festejan con un cabrito asado por Daniel el alta familiar, el comienzo de su proceso de inserción definitiva en el Barrio.

La familia - llave - clave sigue visitándolos, nosotros los profesionales no, "es que nos hicimos amigos de ellos porque estuvieron con nosotros en las buenas y en las malas", dice Daniel.

h. *REFLEXIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL.*

La tarea del Equipo Primario de Salud consistió en acompañar desde sus inicios a la

Escaneado con CamScanner

familia - problema en su proceso de desorganización, crisis y reorganización familiar.

¿Cómo se concretó este acompañamiento en cada una de las etapas?...

Se pudo observar que en la etapa de desorganización, la familia - llave ganó la relación de confianza - confidencia a partir de los requerimientos presentados por la familia - problema.

Esta base permite contener a la familia en su crisis y reorganización posterior.

En otras palabras, aquí a través de la tarea de la familia - llave garantizamos como Equipo Primario de Salud, la accesibilidad geográfica y cultural a la salud de la familia que consulta.

4. — RED DE FAMILIAS MIGRANTES DEL CERRO COLORADO RESIDENTES EN EL AREA DE RESPONSABILIDAD.

La Organización Brochero, en su evolución socio - cultural, no sólo asimiló tareas: como Control de Tuberculosis, creación y puesta en funcionamiento de una Escuela Primaria, tratamiento de familias con personas sintomáticas psicosociales, gestión de subsidios económicos para apoyo de familias de riesgo y otras que por ser de menor magnitud no vale la pena ennumerar aquí.

Dicha Organización fue diversificándose y complejizándose cada vez más en su forma hasta desbordarnos como equipo profesional. A esta altura del trabajo, nos ingresa más información en este sentido de la que podemos procesar.

Fue así, que las familias - llave - clave a medida que iban tomando nuevas tareas se ocupaban simultáneamente, tal como es su estilo de vida, de dar cabida a más familias del área en la Organización. Comenzaron a invitar por su cuenta a sus amigos - amigos - amigos a las reuniones; a presentarnos ancianos nativos - reconocidos de sus redes para que éstos a su vez nos orienten desde su conocimiento hacia nuevas familias con el mapa delante, buscando cubrir estratégicamente todos los sectores y a *enlazar* a la Organización a aquellas otras familias en proceso de reinserción social que ellas habían ayudado a tratar (Ver Apertura 3).

Pero, además de la tarea de las familias - llave - clave, nos quedaban los intentos realizados por nuestros antecesores. El Padre Irazábal a lo largo de su trabajo pastoral cristiano de veinte años había recorrido un camino de ingreso al grupo social entrando por las familias que migraron desde Ciénaga del Coro residentes en Barrio Comercial (ver Estudio Exploratorio, página 29). El "Vasco" ya viajaba con esta gente preferentemente para las Patronales, acompañando a estas familias en su reencuentro cíclico con la sociedad de origen. Una vez más este hombre había llegado primero, una vez más había que seguirlo en su obra colosal pero silenciosa, casi inadvertida.

Tratando de redescubrir esta posibilidad de acceso al grupo social anclado en nuestra área de respuesta disponible gracias a la tradición de trabajo comunitario vigente aquí, es que nuestro equipo del Centro Comunitario junto con cuatro familias migrantes del Cerro Colorado, organizamos un viaje para las Patronales de Febrero de 1987 que se vienen

Escaneado con CamScanner

realizando en dicho lugar (*), desde hace aproximadamente 35 años.

En los ómnibus, provistos gratuitamente por la Secret. Min. de Asuntos Sociales, viajamos hacia el Cerro Colorado, dieciséis familias residentes en Barrio Comercial, Carbó y Villa Libertador, y el equipo del Centro Comunitario de Barrio Comercial. Ya en el trayecto, nos fuimos conociendo con las otras doce familias, quienes nos invitaron a parar en las casas de sus parientes más allegados.

Una vez instalados allí y dejándonos llevar por las familias con las cuales viajábamos, recorrimos de su mano y sistemáticamente todas sus relaciones directas con la sociedad de orígen, contactos en su mayoría ubicados en la periferia del pueblo.

En síntesis, ingresamos al Cerro Colorado desde las dieciséis familias migrantes residentes en nuestra área de respuesta y en tiempo de Patronales: "fenómeno social cohesivo como forma de retribalización humana" (12) que nos contuvo durante una semana.

Así, en este contexto, nos relacionamos con otras familias con quienes a la vuelta, ya en la sociedad receptora, construímos el siguiente sistema social, que denominamos por ahora: "Red de familias migrantes del Cerro Colorado residentes en Barrio Comercial, Alejandro Carbó y Villa Libertador" (ver gráfica en página 63).

El sistema social, que el lector tiene ante sus ojos, redondea 4.587 interacciones constantes en el medio al cual tiende a adaptarse. Aquí se hace necesario realizar dos advertencias, primero que se trata solamente de una primera toma exploratoria, y segundo, que nos falta tomar contacto con tres familias —que se pueden observar en el mapa sin su red—, por el hecho de que éstas no pudieron acompañarnos en el viaje mencionado, pero que ya están incluídas en el que realizaremos para las Patronales de este año.

La tarea que estamos intentando con la gente del Cerro, desde hace un año, es acoplar este sistema social, este inmenso conjunto de acción, a la Organización Brochero, siempre a través de acciones concretas de promoción y protección de la salud. Actualmente, por medio de la última tarea comunitaria elegida, la de promoción de la recreación en toda el área de responsabilidad (ver Apertura 5).

Por otro lado y en el contexto de la prevención secundaria, el primer contacto con este sistema social nos permitió:

en primer lugar, constituir Equipos Primarios de Salud con familias del Cerro Colorado con arraigo en el área para abordar familias que fracasaron en su intento de adaptación y que por este motivo presentan personas sintomáticas. (La convivencia de los opuestos arraigo - desarraigo en el sistema puede observarse en la gráfica). Las problemáticas más frecuentes que abordamos hasta ahora se gatillan en la unidad de contexto *niño - escuela* comúnmente derivadas por las Maestras de Grado como problema del aprendizaje escolar.

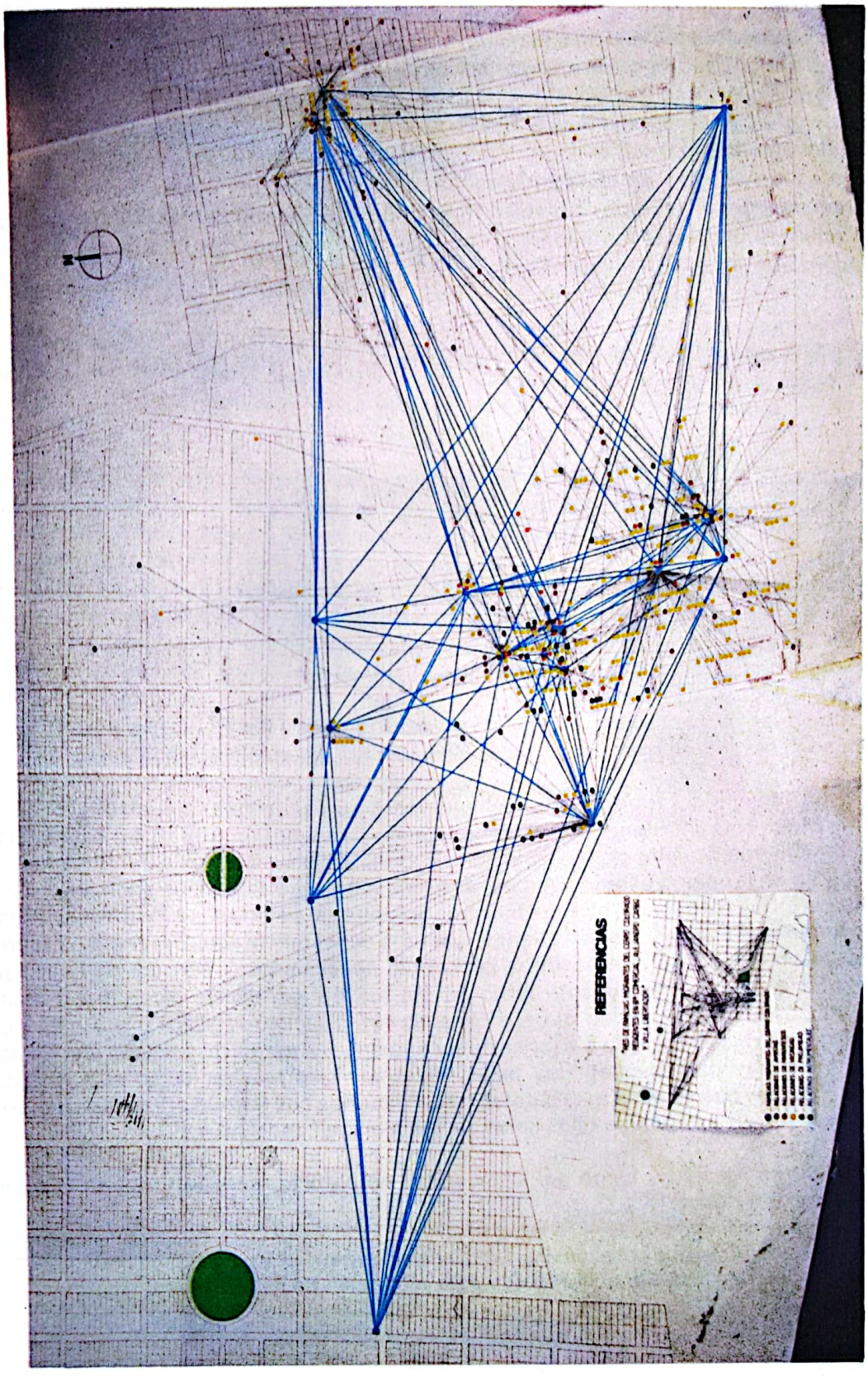
en segundo lugar, revisar criterios de abordaje y de alta psicosocial respecto de estas familias. Luego del viaje comenzamos a observar que las problemáticas de adaptación de las familias migrantes del Cerro que solicitan consulta, remiten por sí mismas ante la proximidad

(*) El lugar denominado Cerro Colorado se encuentra ubicado al Norte, en la convergencia de tres Departamentos de la Provincia de Córdoba: Sobremonte, Tulumba y Río Seco.

(12) Tomado del informe sobre "Diagnóstico psicosocial del Cerro Colorado, Lic. Iris Belkis Bálsamo, Universidad Nacional de Córdoba.

Escaneado con CamScanner

RED DE FAMILIAS MIGRANTES DEL CERRO COLORADO RESIDENTES EN EL AREA DE RESPONSABILIDAD



Escaneado con CamScanner

del fenómeno de las Patronales. Los pedidos de atención se concentran en los meses más lejanos al fenómeno de retribalización y tienden a desaparecer casi por completo cuando las familias del sistema comienzan a prepararse para la fiesta anual.

En síntesis, la experiencia nos dice elementalmente por ahora que, *para poder comenzar a entrar aquí, en las redes de las familias de la sociedad receptora, tuvimos que viajar hacia allá, hacia la sociedad de origen a participar de sus Patronales.*

Este aprendizaje se generalizó en nosotros: este año, viajaremos a las Patronales de la gente de Ojo de Agua, con el fin de tomar contacto con el sistema social: "Red de familias migrantes de Ojo de Agua residentes en Barrio Comercial"... Dos familias del Cerro Colorado nos dieron entrada en la red de los residentes bolivianos, red de aproximadamente 400 familias, que todos los años intentan reeditar aquí, en Villa Libertador, la fiesta de "Urkupiña".

5. — PROYECTO DE PROMOCION COMUNITARIA DE LA RECREACION EN EL AREA DE RESPONSABILIDAD.

Desde hace dos años, varias familias - llave - clave vienen planteando en reuniones y asambleas la necesidad de organizar la recreación en toda el área a fin de promover y proteger más eficazmente la salud.

Las problemáticas que los Equipos Primarios de Salud fueron abordando durante años se fueron haciendo cada vez más graves: delincuencia, violencia ejercida por o entre pandillas y en las escuelas del área, ingesta de alcohol cada vez más prematura en jóvenes, violaciones de niños y niñas, etcétera.

Esta situación hace crisis y convoca a varias familias - llave - clave y a otros vecinos interesados en el problema en el Centro Comunitario, quienes nos manifiestan:

"otros vecinos del Barrio están luchando para que se instale una posta policial para reprimir lo que está ocurriendo, nosotros no estamos de acuerdo con que ésta sea la solución, la represión traerá violencia. La solución es dejar de combatir las enfermedades o de prevenirlas como dicen ustedes. Así de esta manera, nunca saldremos adelante. Hay que cambiar la forma de trabajar, hay que buscarle la vuelta para ofertarles a los chicos del barrio la oportunidad que hace mucho no tienen, que es la de recrearse como la gente..., pero de recrearse en familia, porque nosotros también lo necesitamos... Hoy día no tienen para elegir otra cosa... Antes nuestro barrio no era así, en los últimos diez años o más ha cambiado... Recibió gente de otros barrios, de erradicación de villas..., y a esta gente todavía no la hemos integrado a la forma de ser nuestra... Hay que recuperar la identidad del Barrio... No hay que combatir los bailes enfermos sino mostrar cómo son los bailes sanos... No hay que reprimir a las patotas, sino invitarlos a que se reúnan y se diviertan como nosotros y ya van a ver como ellos solos se van a ir acercando...".

ante tal convicción y luego del silencio que se produjo, uno de nosotros buscando oxígeno, atinó a decir:

"todo eso que ustedes dijeron está bien, déjennos pensarlo, pero ¿cómo podemos saber si la gente del área está de acuerdo con esta propuesta de ustedes?

y la contestación inmediata:

Escaneado con CamScanner

"es muy fácil, corremos la bulla como siempre por todo el Barrio, sin que se escape ningún vecino y sabremos si están de acuerdo...".

Así comenzó a concebirse este proyecto en nosotros y en el Barrio.

Seguidamente, las familias - llave - clave en su totalidad se abocaron a la tarea de correr la bulla sistemáticamente por toda el área de respuesta. La consigna era abrir discusiones sobre el tema para lograr consenso con los demás vecinos, pero además, y en el caso de que se llegue a un acuerdo generalizado en el sentido de elegir como tarea prioritaria la promoción de la recreación, debían recopilar *formas de recreación familiares autóctonas (*)* junto con los espacios reconocidos por la comunidad para tal fin.

Durante la concepción del proyecto, que duró más de doce meses, se fue configurando el mapa de la recreación del área. Aquí se utilizó un mapa aéreo con escala 1:1.000, que es nuestro elemento de trabajo más preciado.

Así, fue madurando la gestación del proyecto hasta que se convocó a la asamblea de Diciembre de 1987, momento en que no era necesario correr más la bulla ya que el vecindario, casi en su totalidad había dado su acuerdo junto con su aporte, concreto al tema.

La asamblea de la Organización fue coordinada exclusivamente por los vecinos quienes, ante el mapa, plantearon y discutieron entre sí los pasos a seguir. "Se bajará de ahora en más a los sectores, a las cuadras, a los espacios de cada familia y a cada institución del área. La Parroquia trabajará en el tema como lo hizo siempre, durante las reuniones de lecturas bíblicas por manzana; las escuelas lo incluirán, como es su costumbre, en sus actividades anuales; y así las guarderías, los jardines de infantes, etcétera; pero esta vez coordinadas en una acción sistemática conjunta en el área de respuesta buscando el impacto comunitario y *partiendo de formas de recreación familiares autóctonas.*

Se inaugura en el área a partir de Diciembre de 1987, una nueva aventura a la cual debemos como profesionales, nuevamente sumarnos sin saber a ciencia cierta qué hacer, ni cómo hacerlo y con grandes dificultades para concebir y participar del "estar siendo como un juego" (13) debido a nuestra visión compartimentada, escindida, donde una cosa es trabajar y otra distinta jugar.

Nuestra pregunta actual es: ¿cómo aprender a jugar con los pobladores del área de responsabilidad...?.

(*) En esta tarea el aporte protagónico lo dieron hasta el momento los ancianos - nativos - reconocidos del área, quienes dieron su presencia fundante a la asamblea de gestación.

(13) "Esbozo de una antropología filosófica americana", Rodolfo Kusch, Ed. Castañeda, 1978.

Escaneado con CamScanner

GLOSARIO TERMINOLOGICO ELEMENTAL (*)

FAMILIAS - LLAVE - CLAVE (ver Red Social Familiar)

Grupos familiares locales, con un promedio de residencia de 15 años, que encarando por sus propios medios sus necesidades básicas, han desarrollado en alto grado su interés social. Este se manifiesta en una red de interacciones con cierto grado de amplitud y riqueza cualitativa.

Desde el punto de vista cuantitativo, familias que tienen un promedio de 257 interacciones con el medio.

Desde el punto de vista cualitativo, familias con alto compromiso socio - emocional e instrumental con sus pares.

De estos dos aspectos, el decisivo "para elegirse a sí misma" como familia - llave es el cualitativo, y de éste su grado de compromiso socio - emocional con los demás: *arraigo.*

En la esfera socio - afectiva reconocimos junto con las familias - llave en el contexto de la tarea de Control de Tuberculosis (ver representación socio - afectiva, página 69), las siguientes áreas progresando desde la más próxima a la más lejana:

a) *Amigos:* Cuando interrogamos acerca de estas relaciones nos corrigieron en todos los casos con la siguiente aclaración: "¿usted quiere decir: amigo, amigo, amigo?" **, y luego nos expresaron en todos los casos que hay amistad cuando hay CONFIANZA y por esto se es CONFIDENTE.

   En general, agregaron frases como éstas: "a los amigos se los elige", "cuesta conseguirlos y más mantenerlos", "requiere tiempo de vivir juntos, de compartir", "frecuencia en el trato", "conocimiento de años", "cambia con el tiempo y la edad", "con ellos se comparte lo bueno y lo malo", "se los ve principalmente en las malas".

b) *Parientes:* La gente nos expresó que son relaciones por obligación, por compromiso y en la cual fundamentalmente se comparten problemas (principalmente enferme-

(*) Nos preocupamos en aclarar aquí los términos que refieren a las formas autóctonas de participación reconocidas por nosotros hasta el momento. Precisiones, desde nuestra lectura, del modo particular en que se ejerce el interés social en esta unidad geocultural urbana - urbana. (Por la expresión "interés social" consultar las obras completas de Alfred Adler y en especial su obra "Superioridad e interés social". Ed. FCE, 1968).

Si es de interés para el lector —luego de acompañarnos en el recorrido de esta comunicación— ganar contexto teórico metodológico, le recomendamos la lectura de otros de nuestros trabajos como: "Participación Comunitaria con Enfoque de Riesgo en la Atención Primaria de la Diarrea Aguda en niños menores de 2 años. Zona Cortaderos. Unidad geocultural con modalidad urbana - rural". Setiembre de 1986. "Metodología básica para la formación de organizaciones de base comunitarias". Marzo de 1984 y relectura crítica en preparación.

(**) Esta repetición en el discurso hace referencia a un símbolo.

Escaneado con CamScanner

dades). "No se profundiza, no se es confidente como con los amigos pero se está disponible por cualquier problema".

c) *Vecinos:* (principalmente "de la cuadra"). Relación caracterizada por los pobladores con la siguiente frase: "Buenos días, buenas tardes, y si nos necesitamos nos ayudamos", "cuando ellos me necesitan yo estoy o nosotros estamos", "cuando yo o nosotros los necesitamos ellos están".

d) *Prójimo:* Las familias - llave pintaron esta relación con las siguientes frases y dichos: "haz el bien sin mirar a quien", "si nos piden, siempre hay algo que dar", "pero como nos enseñó el Cura Vasco: 'no sólo dar de lo que nos sobra, sino de lo que tenemos'.".

Aquí hay que remitirse a la parábola del Buen Samaritano (Lc. 10:29), y fundamentalmente ver las palabras: misericordia y compadecerse.

En la esfera instrumental, ubicamos hasta ahora las siguientes relaciones: compañeros de trabajo que residen en el área de responsabilidad, con Instituciones del Barrio, con miembros de la Cooperadora de la Escuela, miembros del Centro Vecinal, de la Iglesia, templo, etcétera; con comercios del área de los cuales la familia es cliente, o a la inversa en los casos en que la familia - llave tiene comercio; compañeros de estudio, diversiones, etcétera.

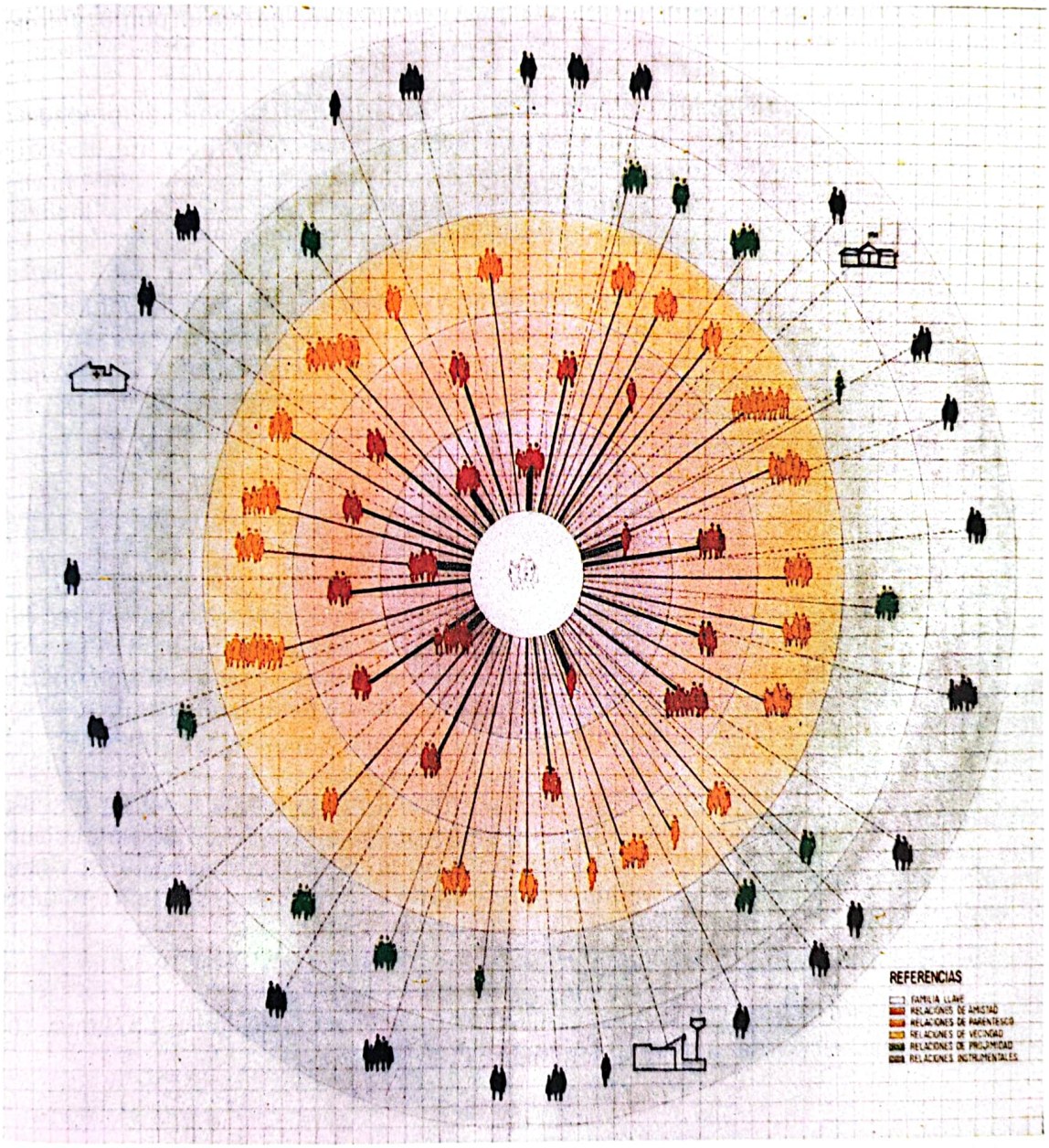
En cierto sentido y desde nuestra lectura, admitiríamos que la familia - llave sería un "conjunto de acción" y estamos ante un cuasi grupo. "... a medida que los antropólogos sociales se vayan interesando más por las sociedades complejas, aumentarán los estudios dedicados a las entidades centradas en torno al ego (como los conjuntos de acción y los cuasi grupos) en detrimento de los dedicados a los grupos y subgrupos ("System and Network: an aproach the study of political procees in dewas". Adrian Mayer, en T. N. Madan and G. Savana, Indian Anthropology. Bombay; Asia).

Otra lectura que admitiríamos, es que la familia - llave es un "sistema social", "cada vez que los miembros de una familia y/o ésta como un organismo constituyen con sus conductas una red de interacciones (en este caso una red social familiar) que opera como un medio en el que se realiza como familia, y en el que ésta por lo tanto, conserva su organización y adaptación, estamos ante un sistema social" (apuntes diversos de Humberto Maturana).

Escaneado con CamScanner

FAMILIA - LLAVE - CLAVE

REPRESENTACION POR PROXIMIDAD SOCIO - AFECTIVA



Escaneado con CamScanner

MAPA DE LA ORGANIZACION BROCHERO

Constituye una representación geográfica - cultural de la participación comunitaria, construido entre familias - llave, instituciones y profesionales: que comprende: a) Area de responsabilidad, b) Sectores, manzanas y cuadras, c) Redes de relaciones de familias - llave e instituciones. Constituye un instrumento idóneo para operar en promoción y protección de la salud.

Los sectores delimitados por los pobladores en el área de responsabilidad fueron seis (ver página 19). El Canal Maestro Sur se constituyó según los vecinos en un punto referencial básico para su conformación.

Partiendo de la premisa fundamental de que la enfermedad, su modo de propagación, condiciona el tipo de acciones comunitarias a poner en juego (ver pág. 35 y 36), es que en el caso de enfermedades "ecológicas" como Diarrea, Parasitosis, etcétera, la gente privilegió organizaciones montadas desde llegadas por proximidad física —sectores, manzanas, cuadras— con el apoyo de accesos por proximidad socio - afectiva.

Luego, además del área de responsabilidad y la delimitación de los sectores, están especificadas en este mapa las redes de familias - llave y redes institucionales: ubicación sobre un mapa catastral especialmente diseñado de las interacciones que establecen las familias - llave y las instituciones en el grupo social contenido dentro del área de responsabilidad.

MINGA.

"Rastros de la Minga, antigua institución americana, prehispánica de la 'Mink'ay' de los quechuas, sistema de trabajo de gente alquilada, suelen aparecer aún en algunas zonas campesinas cordobesas, en rasgos totalmente evolucionados en su forma de simple reunión de vecinos y amigos para realizar algún trabajo en común y desinteresadamente (siega o techado de la casa), y la fiesta consiguiente... ".

"En Córdoba esta tradicional costumbre americana no ha tenido la forma de trabajo alquilado o pagado como lo sería el de su origen quechua, si no el de una participación comedida, voluntaria y desinteresada y rematada en la fiesta consabida" (Julio Viggiano Esain, "La rueda del mingado", Separata de la Revista de la Universidad Nacional de Córdoba, 2ª serie, Año VII, Nº 45, Septiembre hasta Diciembre de 1966).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA (*)

Domingo A. Bravo: "Diccionario Quichua Santiagueño Castellano". Ed. Kelka. La Banda. 1985.

Abad de Santillán: "Diccionario de argentinismos". Ed. TEA.

(*) Destinada a aquéllos que tengan interés en investigar los orígenes y características lugareñas de esta forma de participación americana. Camino "tierra adentro" del país que nos va conduciendo desde sus rastros en la unidad geocultural que constituye nuestra área de responsabilidad (Barrios Comercial, Cortaderos, Carbó, Mirizzi, Santa Rosa y Villa Libertador) hacia su vigencia en unidades ubicadas en el Norte y Noroeste de la Provincia de Córdoba, altamente influenciadas por los "yacimientos culturales" de Santiago del Estero, La Rioja, San Luis y Catamarca.

Este camino de aprendizaje para la acción constituye para nosotros un "paradigma" en términos de Kuhn. (Thomas S. Kuhn, "La estructura de las revoluciones científicas", Fondo de Cultura Económica, 1971).

Escaneado con CamScanner

Julián Cáceres Freire: "Diccionario de regionalismos de la Provincia de La Rioja", Bs. As. 1961.
Samuel Lafone Quevedo: "Tesoro de Catamarqueñismos". Bs. As. 1927.
José Vicente Sola; "Diccionario de regionalismos de Salta". Bs. As. 1947.
Félix Coluccio: "Diccionario Folklórico Argentino", Plus Ultra, 1981.
Atahualpa Yupanqui: "El Canto del Viento". Siglo XX. 1976.
Oreste Di Lullo: "La razón del folklore". edición del Gobierno de la Provincia de Santiago del Estero. 1983.
Julio Viggiano Esain: "Vocabulario popular tradicional cordobés". Universidad Nacional de Córdoba, 1956.

PERSONAS - LLAVE - CLAVE

La noción de personas - llave - clave fue tomada desde dos puntos de vista pertenecientes a dos contextos de trabajo distintos en este proyecto. Por un lado, en el Estudio Exploratorio, como vía regia de acceso a Familias - Llave - Clave (ver Estudio Exploratorio, página 29).

En segundo lugar, y ya en el contexto de Control de Foco de Bacilíferos, captados desde redes familiares e institucionales (ver punto 3.1., página 42), y de bacilíferos emergentes de grupos - aislados - sociales (ver punto 3.2, página 43), personas que nos dieron ingreso al grupo a tratar, y que terminaron asumiendo el tratamiento supervisado hasta su finalización.

RED SOCIAL FAMILIAR (ver Familia - Llave - Clave)

Imagen reticular del campo relacional total establecida por la familia en el grupo social contenido en el área de responsabilidad del Centro de Acción Comunitaria de Barrio Comercial. De este campo relacional (ver Familia - llave - clave, representación por proximidad socio - afectiva, página 69) pueden distinguirse según Bennis y colaboradores (14), dos esferas principales, basadas en las necesidades interpersonales que apoyan: la socio - emocional y la instrumental. Según estos autores, la función de la esfera socio - emocional consiste básicamente en la satisfacción de necesidades asociativas con el propósito de auto realizarse. La de la esfera instrumental es doble: por un lado la ejecución de tareas para el logro de objetivos productivos y por otro, la asunción de roles en base a esos objetivos.

(14) Bennis, W. G.; Schein, E. H.; Berlow, D. E. and Steele, F. I.; Interpersonal Dynamics: Essays and Readings on Human Interaction. Homewood, Il., Dorsey Press, 1964.

RED SOCIAL INSTITUCIONAL

Imagen reticular del campo relacional que establece una institución en su medio condicionado cualitativamente por los objetivos de ésta y el grado de compromiso con la meta de trabajo por parte de sus miembros integrantes. Hay gran variedad de redes institucionales; algunas ya precisadas, otras se encuentran en gestación y otras no han podido ser precisadas todavía por su extensión (ver Red Social de un templo evangélico, en

Escaneado con CamScanner

"PROYECTO BROCHERO - CONTROL DE TUBERCULOSIS", Córdoba, 1986. Publicación interna de la Dirección de Prevención Familiar, página 51).

VIAS DE ACCESO A LAS FAMILIAS - LLAVE - CLAVE (reconocidas hasta el momento)

En primer lugar, es necesario aclarar, que para poder acceder a familias - llave - clave tuvimos que poder acceder a un *espacio intercultural* (véase Rodolfo Kusch, "Esbozo de una antropología filosófica americana", Castañeda, 1978 y "Geocultura del hombre americano", García Cambeiro, 1976). Aquí el llamado "racionalismo científico" constituye sólo una forma de conocimiento en el contexto de una cultura entre otras culturas (ver Rodolfo Kusch, "El pensamiento indígena y popular en América", Ed. Hachette, 1977 y Paul Feyerabend, "La ciencia en una sociedad libre", Fondo de Cultura Económica, 1982).

En segundo lugar, que lo expresado anteriormente exigió en nosotros un desarrollo permanente de nuestra disposición a aprender y de la búsqueda del contexto adecuado para aprender (ver Estudio Exploratorio del presente trabajo). Esto se expresaría en el lenguaje del común de la siguiente manera: "reconocer que no somos los dueños de casa, en la mayoría de los casos tampoco invitados, sino sólo y nada menos que *comedidos*".

Del "Breve Diccionario etimológico de la lengua castellana", de Joan Corominas, transcribimos lo siguiente:

COMEDIDO: Cortés 1945, propiamente "mesurado, moderado por reflexión". Derivado de comedirse, hacia 1140, primitivamente "pensar, reflexionar", después "ofrecerse a hacer algo, anticiparse espontáneamente a prestar un servicio", mediados del Siglo XVI, acepción hoy americana y todavía usual en España en el Siglo XVII; procede del latín COMMETIRI "pensar", "moderar", propiamente "medir un conjunto de cosas, confrontar" (derivado de METIRI "medir").

En otras palabras y sintetizando, para poder acceder a estas familias debimos aprender a participar en un espacio intercultural pero puntuando cotidianamente en nuestras lecturas desde la geocultura local. Nuestro axioma fue y es: "partir desde lo que está, no desde lo que traigo".

Las vías de acceso reconocidas hasta ahora son:

1) Desde personas - llave (ver Estudio Exploratorio).

2) Desde redes de familias migrantes residentes en el área de responsabilidad, es decir, desde la gente del Cerro Colorado, de Ciénaga del Coro, de Ojo de Agua, etc., que residen aquí (ver estudio Exploratorio y Apertura 4.)

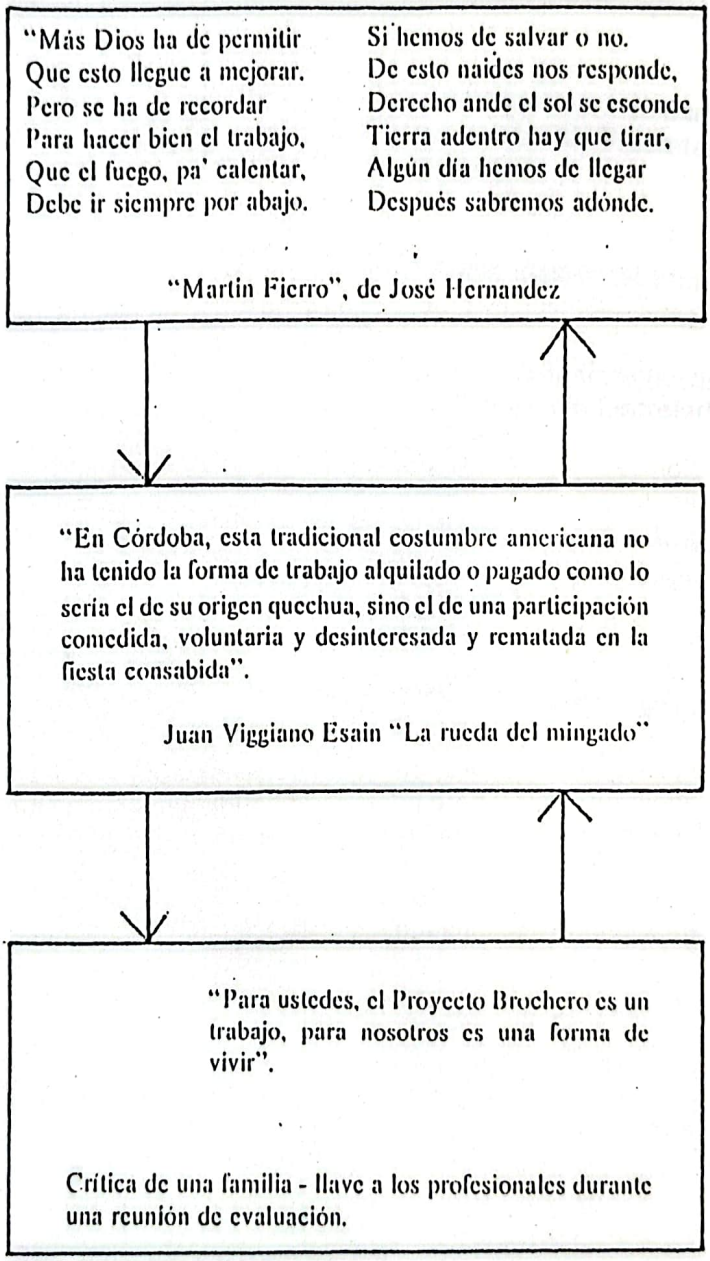
3) Desde interacciones en el contexto de la Prevención Secundaria. Altas en términos de interés social (ver Apertura 3).

4) Desde "amigos - amigos - amigos" de familias - llave (vía propuesta por la gente).

5) Desde consejo de ancianos nativos - reconocidos por la comunidad (vía propuesta por la gente).

Escaneado con CamScanner

CLAVES PARA LA RELECTURA DE ESTE TRABAJO



Escaneado con CamScanner

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTA LECTURA

BERTUCELLI, Sebastián Osvaldo.
Lic. en Psicología. Centro de Acción Comunitaria Nº 1 de Barrio Comercial. Dirección de Prevención Familiar. Subsecretaría de la Familia. Secretaría Ministerio de Asuntos Sociales. Gobierno de Provincia de Córdoba.

de GOYCOECHEA, Angela Liliana.
Enfermera. Centro de Salud Nº 42 de Barrio Comercial. Municipalidad de Córdoba.

LERDA DE REINAUDI, María Cristina.
Asistente Social. Centro de Acción Comunitaria Nº 1 de Barrio Comercial. Dirección de Prevención Familiar, Subsecretaría de la Familia, Secretaría Ministerio de Asuntos Sociales. Gobierno de la Provincia de Córdoba.

MERCADO, Cristina Beatriz.
Lic. en Servicio Social. Centro de Acción Comunitaria Nº 1 de Barrio Comercial. Dirección de Prevención Familiar. Subsecretaría de la Familia. Secretaría Ministerio de Asuntos Sociales. Gobierno de la Provincia de Córdoba.

QUINZIO, Héctor Alfonso.
Médico Cirujano. Ex encargado del Centro de Salud Nº 42 de Barrio Comercial. Municipalidad de Córdoba.

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

SUBSECRETARIA DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN DE PREVENCION FAMILIAR

Escaneado con CamScanner