

# QUEREMOS EL DURAZNO, BANQUEMOS LA PELUSA

Análisis de Situación de Salud en el barrio Las Rosas

Trabajo de investigación con enfoque cuali-cuantitativo

Promoción de la Salud



## AUTORES:

**ALVAREZ, Vanina R.**

**CALI, Jorge M.**

**DICKSON, Daiana**

**DRAKE, Julián**

Residencia de Medicina General.

Hosp. Dr. José Ingenieros, Melchor Romero, La Plata, Bs As.

Teléfono: 0221-4782243.

Código Postal: 1903

Mail: [residenciamedicinageneral@yahoo.com.ar](mailto:residenciamedicinageneral@yahoo.com.ar)

Región Sanitaria N° XI.

**Agradecimientos:**

A todo el equipo del hospital José Ingenieros, por su apoyo constante y sin el cual hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
Caracterización sociodemográfica .....	2
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>4</b>
Objetivo general:.....	4
Objetivos específicos:.....	4
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
Concepto de Salud.....	5
Accesibilidad.....	5
Participación comunitaria .....	6
Discapacidad.....	8
<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>12</b>
<b>DISCUSIÓN Y PROPUESTAS .....</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>22</b>
<b>TABLAS Y GRÁFICOS .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>34</b>

## INTRODUCCIÓN

La realización de un Análisis de Situación de Salud (ASIS) forma parte del programa de Residencias de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires. En particular, en el Hospital José Ingenieros (HJI), desde el año 2012 hasta la fecha se ha mantenido ininterrumpidamente un espacio semanal en el cual los residentes, con el apoyo del equipo, llevamos adelante el ASIS.

El Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros” (HSJI) ubicado en 161 y 514 en el barrio “Las Rosas” de la localidad de Melchor Romero, partido de La Plata, abrió sus puertas en noviembre de 1956 como un Instituto de Menores; en 1993 pasó a ser un Hospital Subzonal Especializado, orientado a la atención de varones con capacidades diferentes de entre 12 y 21 años de edad, con infraestructura para internación de 60 personas con quienes se realiza un trabajo de integración comunitaria. En agosto del 2006, se realizó un Operativo Sanitario del Programa “Salud en Movimiento” en el barrio Las Rosas, a través del cual se hace evidente reforzar la estructura sanitaria local. A raíz de esto, las autoridades políticas tomaron entonces la decisión de sumar al área de internación del hospital, los denominados Consultorios Externos (la Salita) centrados en la atención de la comunidad. Desde entonces su crecimiento fue continuo, incorporándose progresivamente trabajadores de distintas disciplinas. En el año 2010 se amplía la infraestructura de los Consultorios Externos, dado que la demanda es cada vez mayor. En dicho año ingresan las primeras residentes de medicina general. Actualmente el Equipo está conformado por 6 enfermeros, 4 trabajadoras sociales, 1 promotora de salud, 5 médicos generalistas, 1 pediatra, 6 psicólogos, 3 licenciadas en obstetricia, 5 administrativas, 7 residentes de medicina general, y rotantes de diversas disciplinas.

El trabajo que se realiza desde la Institución se enmarca en el paradigma de la Atención Primaria de la Salud, con eje prioritario en el desarrollo de trabajo comunitario e interdisciplinar.

La Reunión de Equipo es un espacio privilegiado de encuentro semanal de todos los trabajadores que integran los Consultorios Externos, hoy en día conformado por más de 40 personas, que continúa funcionando desde sus inicios. Es justamente el encuentro de miradas distintas acerca de una misma problemática lo que hace constructivo el momento y lo consideremos fundamental para la solidez del grupo y para la toma de decisiones consensuadas. Esta reunión junto a las evaluaciones que se realizan bianualmente forman

parte de la organización de la Institución; en las mismas se discuten y se definen, entre otras cosas, las líneas de trabajo que se desarrollarán cada año en los Consultorios Externos.

Para tomar estas decisiones se tienen en cuenta las problemáticas de la comunidad que se evidencian en los consultorios asistenciales de todas las disciplinas así como en los espacios comunitarios. Estos últimos están integrados por trabajadores de distintas disciplinas; actualmente funcionan en la Salita el Espacio de la Mujer, de Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Salud Mental, de Lectura, de Investigación, Salud Ambiental, Preparación Integral para la Maternidad.

En un primer momento se definió como área programática la comprendida entre las calles 155 a 173 y de 504 a 520. Sin embargo a medida que se empezó a conocer en la zona el trabajo realizado por la Salita, el área de influencia se fue ampliando.

### **CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

En los últimos años, se desarrolló en la Argentina una reconversión generalizada del estado bajo el modelo económico neoliberal. Entre estas reformas, se incluyó la flexibilización laboral, los procesos de ajuste económico y la apertura incontrolada de los mercados. Esta situación provocó el empobrecimiento de gran parte de la población. Los procesos de salud/enfermedad/atención no han quedado fuera de esta situación. Nuestro trabajo se realiza en el Barrio Las Rosas, ubicado en la localidad de Melchor Romero, el cual está inmerso en este contexto.

La localidad de Melchor Romero se encuentra ubicada en el tercer cordón del Gran Buenos Aires, en el partido de La Plata, al sudoeste del Casco Urbano de la capital de la provincia de Buenos Aires. Es reconocida en la región por el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” (HIAK). En la actualidad, de acuerdo a las cifras que arrojan el Censo Nacional de Población y vivienda de 2010, la localidad cuenta con una población de 27.371 habitantes.

Como toda la periferia de la ciudad de La Plata, la población de Romero aumentó considerablemente en las últimas dos décadas, primero como consecuencia de la migración del interior del país (especialmente de Jujuy, Formosa y Chaco) y de países limítrofes (Paraguay y Bolivia), y después por la reubicación de familias que se habían asentado previamente en el conurbano bonaerense (ver Tabla 1).

Esa población se fue estableciendo en diferentes terrenos privados y fiscales que dieron lugar a distintos asentamientos o barrios precarios, como por ejemplo, Malvinas, Santa Ana, Tobas, Don Fabián, el Futuro, Las Rosas, Altos del Sol y el recientemente constituido barrio 10 de mayo, distribuidos en forma perpendicular a la avenida 520 y tomando como eje hacia ambos lados la calle 155.

Romero es una zona de quintas de pequeñas extensiones donde se practica la agricultura (horticultura y floricultura). Otras fuentes de empleo son el HIAK, el HSJI, el frigorífico “Gorina”, cooperativas y el centro de reciclaje de residuos entre otros.

La precariedad de las viviendas de los asentamientos, casi siempre a medio terminar, constituyen una imagen repetida en todo Romero. Se trata de casillas provisionales construidas con materiales rudimentarios y precarios (madera, chapa, cartón y barro) y algunas de las cuales se van reemplazando por materiales de mejor calidad (ladrillo y cemento) con el correr del tiempo.

En cuanto a las instituciones educativas, Romero cuenta con tres escuelas primarias (Nº 13, Nº 39 y Nº 57), dos de adultos (Nº 725 y Nº 721), una técnica (Nº 4), dos especiales (Nº 516 y Nº 529), una de formación laboral (Nº 3), un jardín de infantes (Nº 978) y otro en construcción en pleno barrio las Rosas. No cuenta con jardines maternales ni guarderías (ver Tabla 2).

Respecto a los servicios sanitarios, presenta dos centros de salud de gran importancia, los ya mencionados HSJI y HIAK.

Las Rosas es un barrio relativamente nuevo. A la hora de trazar su perfil socioeconómico y educativo fracasaremos en el intento si tenemos que valerlos de las estadísticas oficiales, para quienes no existe ni siquiera en los registros catastrales. Figura como un terreno privado, un descampado a la vera de las vías del ferrocarril.

Si bien hay viviendas que tienen más de diez años, las manzanas se poblaron en los últimos cinco años. Será precisamente a partir de este momento, cuando empieza a ser reconocido por los propios moradores con el nombre de Las Rosas, es decir, a ser diferenciado como un barrio particular. Hasta ese entonces, se hablaba de “Romero” en general.

La urbanización repentina y carente de todo tipo de planificación ha tenido como consecuencia una precaria infraestructura barrial lo que originó un déficit sustancial a nivel de servicios esenciales.

Debido a que el barrio Las Rosas tiene poco tiempo de historia, carece de datos en relación a los aspectos estructurales, socioeconómicos, etc., por lo cual nos parece fundamental definir esta caracterización como un objetivo de este trabajo.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

Realizar un Análisis de Situación de Salud en el barrio Las Rosas entre los meses de julio de 2014 y mayo de 2015.

Objetivos específicos:

- Describir los aspectos geográficos, históricos, políticos, económicos y culturales de la población.
- Analizar los aspectos sociales –salud, educación, organizaciones, medio ambiente, servicios públicos-.
- Obtener datos demográficos de la población.
- Evaluar la accesibilidad de los vecinos a los Consultorios Externos.
- Integrar los datos obtenidos e identificar problemas.
- Priorizar un problema de salud junto a la comunidad.
- Acompañar el proceso de organización y participación comunitaria en la búsqueda de una resolución del problema seleccionado.
- Definir bases para futuras intervenciones.

## **MARCO TEÓRICO**

El análisis de situación de salud (ASIS) representa un instrumento científico, metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. Su finalidad es conocer cuáles son los problemas de salud concretos de la comunidad, lo que implica la medición del nivel de salud de nuestra población y el estudio de los factores que condicionan el mismo. De esta manera se presenta como una herramienta fundamental tanto para la planificación de los servicios de las instituciones del Sector Salud, como para la definición de estrategias interinstitucionales.

En este punto, es necesario diferenciar entre los términos “Diagnóstico de Situación de Salud” y “Análisis de la Situación de Salud”; si bien son considerados por algunos autores

como sinónimos, otros los consideran etapas del mismo proceso. Así lo define la guía venezolana para la elaboración de un ASIS (ver *Bibliografía*):

- Primera Etapa: Búsqueda de información e interpretación de los datos, también denominado “Diagnóstico de Situación de Salud”.
- Segunda Etapa: Análisis con los actores sociales para precisar necesidades sentidas de salud, el cual se realiza a través de la identificación y priorización de los problemas de salud.

Es de esta última concepción, de dos instancias, de la cual nos valemos para el desarrollo del presente trabajo.

### **Concepto de Salud**

Existen en la actualidad numerosas concepciones acerca de qué es la salud, que varían de acuerdo a cada comunidad, al momento histórico e incluso a la subjetividad individual.

El concepto de Salud que hemos construido colectivamente tras varias instancias de capacitación interdisciplinarias desde los Consultorios Externos del HSJI es multidimensional y va mucho más allá de la ausencia de enfermedades. Se ha llegado al consenso de que la salud para nosotros tiene que ver con las siguientes palabras: derechos, estar en equilibrio con la naturaleza, respeto, construir juntos, trabajo colectivo, compromiso, solidaridad, equidad, entorno, recursos personales y sociales, el cuerpo, la mente, espiritualidad, proceso dinámico, en contexto histórico y social.

Como describe Hernández, “la salud, la enfermedad, la vida, son procesos, por lo tanto cambian, mejoran o empeoran, se transforman permanentemente.” (Hernández, Dávila & Gafanhao, ver *Bibliografía*).

### **Accesibilidad**

Al momento de comenzar a pensar este trabajo de investigación se presentaba muy frecuentemente en las reuniones de equipo la temática de la dificultad de acceso a turnos para controles de salud así como la imposibilidad de cubrir la demanda sanitaria del barrio, problemática por otro lado, frecuente en todo nivel del Sistema Público de Salud.

Es en ese contexto que consideramos de relevancia la evaluación de la accesibilidad a los Consultorios Externos por parte de los vecinos.

El concepto de accesibilidad es otro término que presenta numerosas definiciones o categorizaciones, que tienen en cuenta calidad u de oferta de servicios, estructura social del individuo, accesibilidad como Derecho a la salud, etc. En nuestra práctica diaria y para la elaboración de este trabajo, la definición que mejor nos representa es la accesibilidad como vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las características organizacionales y simbólicas de los servicios y las representaciones, discursos y prácticas de los sujetos con relación al proceso salud/enfermedad / atención. Así, la utilización de los servicios se manifiesta en un modo particular en cada caso (Stolkiner y Otros, ver *Bibliografía*). En este sentido, se intenta dejar a un lado las definiciones técnicas clásicas generalmente utilizadas, que ponen el énfasis únicamente en el análisis de estrategias, modos organizacionales y distribución geográfica de los servicios de salud, dejando por fuera, muy frecuentemente, una de las dimensiones o barreras que en nuestra práctica resulta de mayor importancia: la cultural o simbólica. Se entiende como tal a la posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos (Comes, Yamila, ver *Bibliografía*). En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes construidos, sentimientos, percepciones, etc., entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia individual, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de los modos de disciplinamiento, etc. Es decir que esos elementos asumen un rol indiscutible en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de salud. Asimismo, dichos elementos entran en juego en la posibilidad que tiene una comunidad de contener mecanismos participativos que favorezcan el ejercicio de sus derechos.

### **Participación comunitaria**

La más difundida definición del concepto de participación comunitaria fue realizada en la declaración de Alma Ata(1978), que la describe como “el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud, bienestar propio y la colectividad, mejoran la capacidad a contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo a resolver

sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo” (OMS-UNICEF, 1978, p.7). Así, es esencial para la construcción de una ciudadanía capaz de identificar sus problemas y necesidades, establecer prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones.

Esta definición ejerció una gran influencia en el campo de la Salud Pública en las décadas siguientes a nivel mundial, incluso hasta la actualidad; aun así, se caracteriza por ser amplia y poco específica. Esto –describe Bang (ver *Bibliografía*)- “ha llevado a que surjan diferentes interpretaciones del concepto a lo largo del tiempo hasta la fecha, utilizándose para objetivos muy heterogéneos”. Este hecho hace necesario la realización de instancias de reflexión y consenso interno dentro del equipo de salud previo a incorporarse al proceso de participación comunitaria. El equipo de salud puede asumir una función propulsora del proceso, dando paso a la iniciativa y protagonismo de la propia comunidad y recuperando su papel como recurso específico en materia de salud, junto al resto de los servicios presentes en el territorio. Así, es fundamental la coordinación de los mismos.

La participación comunitaria es un proceso continuo y lento de implicación de la comunidad, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin. Como refiere la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria “La comunidad está ahí desde siempre y no están esperando por nosotros. No es lo mismo que ‘consume’ nuestros productos (va a la consulta ó charla, lee el folleto, etc.) ya que no nos hemos planteado un proceso real de cesión de poder, de empoderamiento de la comunidad.”.



Figura 4.—Visión centrada en la comunidad

Fuente: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención(...) SemFYC

## **Discapacidad**

A lo largo de la realización de un ASIS en el año 2013-2014 en otro barrio cercano a la Salita, captó nuestra atención el gran número de personas con algún tipo de discapacidad dentro de las familias encuestadas. Esto nos llevó a preguntarnos acerca de la prevalencia de la entidad y comenzar a visibilizar una población de la cual poco se sabe.

“... la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás...”  
Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas, 2006.

El 20% de los hogares en Argentina alberga una persona con discapacidad. De los cuales, el 60,3% tienen cobertura de salud por obra social, plan privado ó mutual; pero estas no siempre reconocen los tratamientos de rehabilitación.

Para acercarnos a una información acorde a la realidad actual es necesario evaluar los diferentes modelos conceptuales que explican la discapacidad, los cuales se complementan. Por un lado el “modelo médico” y por otro el “modelo social”

El modelo médico considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

El modelo social, considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

La situación de las personas con discapacidad está asociada frecuentemente a extrema pobreza, a alto número de desempleo, mayor morbilidad y mortalidad temprana, escaso acceso a los servicios públicos tales como educación, atención médica, transporte y a una vivienda acorde a sus necesidades.

La información sobre las personas con discapacidad permite no sólo conocer sus principales características y tener una mejor descripción de su condición de salud, sino que representa un insumo fundamental para el diseño de políticas públicas dirigidas a esta población.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El relevamiento de los datos se obtuvo mediante:

Fuentes primarias de información:

- 1 -Observación científica
- 2 -Encuestas
- 3 -Entrevistas a informantes claves
- 4 -Participación comunitaria

Fuentes secundarias de información:

- 1 -Cartografía
- 2 -Censo poblacional

Los instrumentos de investigación que se utilizaron fueron tanto cualitativos como cuantitativos.

Pasaremos a describir a continuación a las fuentes primarias.

### 1) Observación científica

La observación que llevamos a cabo reúne las siguientes características: estructurada, directa, de campo, colectiva o de equipo, descriptiva y de carácter cualitativo.

Con la realización previa de observaciones exploratorias del territorio seleccionado, se construye posteriormente, y en función del objetivo de la investigación, la planificación y sistematización de la observación de campo. Se lleva a cabo por parte de quienes conformamos el grupo de trabajo del ASIS, utilizando como herramienta una guía para la observación (Ver *Anexos*), que implica, a su vez, la puesta en común de ciertos criterios en la recolección de datos.

Para realizar la observación, por razones meramente operativas, el equipo se divide en dos grupos, cada uno encargado de relevar una zona específica del territorio objetivo.

La población elegida para este trabajo de investigación está comprendida en 4 manzanas ubicadas entre las calles 161 y 159, 515 y 517 como se puede observar en la siguiente imagen:



Hemos decidido asignar letras a cada manzana, e iniciar la observación desde la esquina oeste de cada zona, para desde allí avanzar en el sentido de las agujas del reloj.

Los puntos de inicio son:

- Manzana A: esquina de 161 y 515
- Manzana B: esquina de 161 y 516
- Manzana C: esquina de 160 y 515
- Manzana D: esquina de 160 y 516

Para sistematizar la observación, se recorren dos veces cada manzana, la primera para tomar datos del exterior (aspectos geográficos, medioambiente, servicios, instituciones) y la segunda para recolectar datos del interior de la manzana (características de la vivienda).

## 2) Entrevistas a informantes claves

La modalidad llevada adelante es la de entrevistas cualitativas semiestructuradas (ver *Anexos*); esto implica que si bien el guion se encuentra redactado en forma de preguntas, las entrevistas se realizan de manera flexible: no se respeta el orden exacto de preguntas, ni su forma, ya que se modifican las mismas en el contexto o se generan nuevas en caso de considerar necesario profundizar en un tema.

Las entrevistas son grabadas en audio, y cada una es realizada por un equipo de dos personas; una de ellas, con previo acuerdo, se encarga de tomar un rol más activo y la otra registra en audio la conversación –previo consentimiento del entrevistado/a-, con la

posibilidad, también, de tomar notas escritas. Luego se pone en marcha la tarea de desgrabar los registros de audio, que se pasan a formato digital y se imprimen.

El grupo inicial de informantes clave es referenciado por integrantes del Equipo de Salud de la Salita en base a su conocimiento sobre el territorio y actores sociales, no al azar. A raíz de la utilización de la técnica de ‘bola de nieve’, al inicio del desarrollo y aplicación de este instrumento metodológico, no conocemos el número final de informantes claves con el que contaremos, ya que son los propios entrevistados quienes van llevando al investigador hacia otros actores del territorio.

### **3) Encuesta**

En este trabajo se elabora un instrumento de recolección de datos (ver *Anexos*) que es aplicado, con la modalidad de encuesta, por las personas integrantes del grupo de trabajo del ASIS, quienes trabajan de a pares. Se construye tomando como base un modelo diseñado por parte del equipo de salud de la Salita para el ASIS realizado en el 2012 (ver *Bibliografía*).

Consta de preguntas cerradas y preguntas abiertas, que buscan, no solo relevar datos de la persona entrevistada, sino también del núcleo familiar.

En relación a la aplicación de la encuesta para la recolección de datos, se realiza un instructivo (ver *Anexos*), donde se detallan algunos de los criterios comunes definidos por el grupo de trabajo. Previamente a llevar adelante el trabajo de campo, se realiza una prueba del modelo de encuesta dentro del equipo -denominada “role-play”- con el objetivo de evaluar el instrumento.

### **4) Participación comunitaria**

Luego del análisis de datos obtenidos a través de diversas herramientas metodológicas se planifica un primer encuentro con la comunidad (ver *Anexos*) para desarrollar la fase de participación comunitaria, trabajando a partir de los principales problemas emergidos de las encuestas con el Método de Ranqueo o Matriz de Priorización, con lo cual junto a los vecinos se definiría el problema prioritario para luego llegar a un análisis causal aplicando el método del Árbol de problemas, a la búsqueda de alternativas de solución para los mismos y la elaboración de un Plan de Acción, el cual sería sujeto a un proceso de Vigilancia y Evaluación.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Investigación Acción Participativa.

## RESULTADOS

### 1) Observación

#### Exterior:

En cuanto al aspecto geográfico, las calles son heterogéneas estructuralmente hablando: podemos observar calles de asfalto, gravilla y tierra; en algunas cuadras esta última dificultaba bastante el tránsito tanto peatonal como vehicular principalmente en los días de lluvia. Hay zanjas que bordean a cada manzana, el cual resulta ser un sitio de acumulación de basura. Con respecto al medioambiente, en general se puede observar residuos acumulados en las zanjas, y en algunas calles amontonamiento de basura, la cual es quemada por algunos vecinos (manzana B). Hay cestos de basura y árboles distribuidos de forma regular. Las veredas son angostas, algunas hechas de cemento y otras de tierra. Hay alumbrado público en todas las manzanas.

#### Interior:

Se contabilizaron un total de 113 viviendas, distribuidas de manera regular; no se observaron pasillos internos. El material predominante de las viviendas es de ladrillo y cemento en las manzanas A, B y C. En la D hay igual cantidad de casas de madera y/o chapa que de cemento y ladrillo. Predominan los techos de chapa, excepto en la manzana C donde se equiparan con techos de losa.

En todas las manzanas se observa en ocasiones más de una casa por terreno, casas en construcción y material para construir. Se registraron varios kioscos, almacenes, autoservicios en cada manzana.

Se puede ver una versión ampliada de estos resultados en la sección de *Anexos*.

	Manzana A	Manzana B	Manzana C	Manzana D
+de 1 casa x terreno	3	4	6	3
Casas en construcción	1	4	3	0
Material para	11	3	8	0

construir				
Medidores de electricidad	22	22	25	24
TV satelital	8	17	16	24
Instituciones	No	No	No	No
Economía	Kiosco, autoservicio, local en alquiler	2 almacenes, carnicería, peluquería, banda ancha	1 almacén, 2 kioscos, tienda de ropa	Service para heladeras y lavarropas

## 2) Entrevistas a informantes clave

**Informantes clave:**

**Alodia: vecina, dueña de comercio**

**“El Topo”: profesor de escuela**

**Blanca: vecina**

**Marta: vecina**

**Silvina: psicóloga del CPA**

**Marisa: vecina**

Con respecto al origen del barrio Las Rosas, los informantes refieren que en un principio eran 4 las manzanas ocupadas por casas donde vivían 4 familias que de a poco fueron aumentando en número; el resto era campo y entre los vecinos iban compartiendo luz y agua. La crisis del país en el año 2001 originó gran migración desde el norte argentino y países limítrofes, la cual fue creciendo en los años siguientes, por momentos de manera abrupta o ‘en oleadas’. La toma de terrenos fue distribuida por algunos referentes; se marcaban los terrenos, se mantenía cierto orden, se respetaba el trazado de calles. Los propios vecinos se dedicaban a fabricar las zanjas. Algunos informantes refieren que los recién llegados compraron los terrenos en cuotas. La mayoría no tienen escritura por lo cual temen que en algún momento los desalojen.

Como hitos de la historia del barrio, son mencionados la construcción de la salita, la creación de la plaza (2004), origen de la mesa intersectorial (2010), construcción del Centro de Integración Barrial (CIB). Actualmente se está construyendo un jardín.

Hay diferentes épocas por las cuales ha pasado el barrio: anteriormente enfrentamientos políticos, hoy en día por problemas relacionados con venta de drogas con otros barrios cercanos.

Los referentes cuentan que actualmente la mayoría de los vecinos se conocen entre sí y que, en general, hay buen trato entre todos. Las nacionalidades más numerosas presentes son la argentina, boliviana y paraguaya; algunos utilizan como idioma principal el guaraní.

Hay fábricas de pintura, carbón y materiales de construcción sobre la calle 161. Más allá de la calle 514 se encuentran invernaderos y quintas. Las calles asfaltadas en un principio sólo eran las que conducían hacia el frigorífico de Gorina y las que lindaban las fábricas; ahora se cuenta con algunas más.

No hay acuerdo entre los vecinos en relación a los límites del barrio. Desde la escuela para adultos propusieron los siguientes límites como proyecto para solicitar el asfalto en las calles del barrio: 520 a 514 -según vecinos, 515 según planos- y 161 hasta 157. Presenta 28 calles sin asfaltar.

Gran parte de los hombres del barrio trabaja en la construcción, y las mujeres en limpieza de casas de familia o cooperativas municipales. A pesar de haber fábricas en el barrio no es la fuente de trabajo principal de los vecinos.

El agua proviene de la red pública que fue construida luego de muchos reclamos. Una de las principales quejas acerca del servicio es que se interrumpe frecuentemente en verano. Una alternativa es recurrir a horas muy tempranas al tanque comunitario, el cual resulta ser un motivo de conflicto entre vecinos. Se realizaron en varias ocasiones análisis del agua que, según refieren algunos informantes, demostraron que no es apta para consumo.

En relación al manejo de excretas, el barrio no cuenta con red cloacal; por lo tanto, las mismas son dirigidas hacia los pozos ciegos, algunos con cámara séptica. En ciertos casos éstos se encuentran sobrepasados dando como resultado la contaminación de las zanjas.

No presentan servicio de gas natural, requiriendo la utilización de gas envasado. En diferentes puntos del barrio se puede tramitar el plan “garrafa social”, la cual es de menor costo.

La mayor parte del barrio cuenta con servicio eléctrico mediante una conexión precaria. En un primer momento la instalación se realizó con medidor, luego por el

crecimiento abrupto de estos últimos años llevó a la realización de conexiones clandestinas. Como consecuencia de este hecho, los cortes de luz y la baja tensión son problemas frecuentes, incluso luego de la instalación por parte de la empresa Edelap de un transformador de alta tensión sobre la calle 161, hace 3 años.

La recolección de basura resulta muy dificultosa en algunas calles, lo que trae aparejado contaminación en veredas y zanjas. Algunos refieren que en ocasiones pasa un camión perteneciente a la delegación de Romero (170 y 519) pero sin día ni horario fijo.

El principal transporte público que circula dentro del barrio es la línea Oeste de colectivos.

Como eventos realizados dentro del barrio se destacan las fiestas organizadas por la comunidad boliviana, en varias ocasiones del año.

Las organizaciones más mencionadas son el movimiento Evita que tiene sede en el club “La Fiebre” y varios comedores comunitarios.

Los establecimientos educativos a los que más concurren los estudiantes son la escuela N°13, N°75(Gorina) y la N°526, siendo esta última la única presente en el barrio. El jardín al que más asisten los niños es el N°980.

En relación a la religión nos refieren que muchos vecinos asisten a misas de la Iglesia católica Santa Rita (en las 520 y 154) y a Iglesias evangélicas, de las cuales varias se encuentran presentes en el barrio.

Los servicios de salud a los cuales concurren con mayor frecuencia son los Consultorios Externos del HSJI y HEAK.

Los problemas principales que enumeran los referentes son: la falta de agua, insuficiente cantidad de turnos que otorga “La Salita”, delincuencia, la ausencia de cloacas, el mal estado de calles, la inadecuada recolección de basura. Por otra parte, los cambios que desean que se lleven a cabo en el barrio son: contar con una comisaria propia, asfaltado de calles para facilitar el acceso especialmente de ambulancias, mejorar las condiciones del HEAK y el sistema de entrega de turnos.

### **3) Encuestas**

Al finalizar las encuestas, con un resultado de 50 familias encuestadas y un total de 225 personas relevadas (se preguntó información acerca de convivientes; ver *Anexos*), los

datos obtenidos son volcados a una planilla Excel para la obtención de información cuantitativa y la elaboración de gráficos (*Ver Tablas y Gráficos*).

Del total de los integrantes de las familias encuestadas, un 52% son mujeres y un 48% hombres. De las 50 familias, 31 (62%) nombraron a un hombre como jefe del hogar. El 83% de los encuestados nació en Argentina; le sigue Bolivia con un 10%, luego Paraguay con un 5% y por último Perú con 5%. El analfabetismo (mayores de 10 años que no saben leer ni escribir) asciende a un 4% en nuestra población (7/178). Los rangos de edades muestran una distribución típica “en torre Eiffel”, lo que indica un predominio de población joven en el barrio. Con respecto al nivel educativo, se aprecia que más de la mitad de los mayores de 18 años (62%) no completó la escuela secundaria. En cuanto a lo laboral, un 68% de los mayores de 17 años refirió estar trabajando al momento de la encuesta. Entre los que no trabajan, 10 refirieron deseo de conseguir un empleo, lo cual arroja un 12% de desocupados con respecto al total de la población económicamente activa. Dentro del grupo de personas que trabajan, la mayoría (60% o más) no poseen recibo de sueldo, aportes jubilatorios u obra social por parte de sus empleadores. Un 42% de las familias encuestadas refirió recibir algún plan social o bien participar de alguna cooperativa; la asignación universal por hijo fue la respuesta más nombrada al momento de referir de cuál plan o cooperativa se trataba.

Con respecto a la infraestructura y servicios de los hogares, podemos decir que un 88% se consideran casas mientras que un 10% entran dentro de la categoría de casillas (*ver Anexos*). Los pisos de las casas son en su mayoría de cemento o ladrillo fijo (62%), mientras que la mayoría de las paredes son de ladrillo (76%). Todas las familias encuestadas refirieron tener servicio eléctrico. Un 82% cuenta con agua dentro de su casa, mientras que el 18% posee el servicio dentro de su terreno pero fuera de la casa. La mayoría obtiene el agua de consumo de la red pública, aunque algunos vecinos mencionaron a los pozos y a los tanques comunitarios como fuentes alternativas. En cuanto al desagüe del inodoro, más de la mitad de los vecinos refirió contar con pozo ciego con cámara séptica; el resto tiene sólo pozo ciego.

Considerando los resultados acerca de la accesibilidad en salud, el 73% del total de los 225 vecinos relevados consultó en el último año a algún servicio de salud; de ellos, un 63% había concurrido a la Salita en ese periodo. Se aprecia un mayor contacto del sexo femenino con los servicios de salud, diferencia que se acentúa aún más cuando consideramos únicamente consultas con la Salita.

Considerando las respuestas de las 50 personas encuestadas, las disciplinas más consultadas fueron la medicina y la enfermería. De ellos, 27 habían consultado en la Salita a través de alguna de las dos modalidades (demanda o con turno). La mayoría refirió que resultó fácil acceder a la atención. Sin embargo, de entre los 26 encuestados que refirieron conocer el sistema de entrega de turnos, 71% evaluaron a dicho sistema como regular o malo (al respecto, vale mencionar que, tras numerosos cambios a lo largo de la historia de la Salita, actualmente los turnos son entregados durante dos días al mes; un día los turnos de controles de niños y otro día los controles de adultos, mientras que la atención por demanda suele realizarse a diario y por orden de llegada).

Entre las 50 familias encuestadas, 9 mencionaron contar con al menos un miembro de la misma que posee algún tipo de discapacidad, de los cuales la mitad tiene pensión o jubilación en trámite; el resto la cobra actualmente o, por el contrario, no la está siquiera tramitando. La mitad posee certificado de discapacidad.

### **Triangulación de datos**

En base a los resultados brindados por las fuentes primarias y secundarias de información, podemos mencionar como más prevalentes a los siguientes problemas:

- Mal estado de las calles
- Falta de agua potable
- Recolección de basura
- Inseguridad
- Zanjas contaminadas

### **4) Participación comunitaria**

Al momento de pensar cómo llevar adelante el primer encuentro con los vecinos del barrio para priorizar los problemas surgidos de la triangulación de datos, tuvimos en cuenta la existencia de varios espacios de discusión que estaban trabajando las mismas problemáticas que surgieron a partir de nuestra investigación: el Espacio de Salud Ambiental y la Mesa Barrial. Debido a este hecho, decidimos acompañar estos espacios para unir fuerzas en lugar de aplicar la metodología previamente planificada.

La Mesa Barrial se conforma por diferentes actores del barrio, tanto organizaciones, instituciones –incluyendo trabajadores de la salita- como vecinos, y en el espacio de la misma se discuten y trabajan diversas problemáticas barriales llevadas por los participantes.

A partir del crecimiento de la problemática de la recolección de residuos y la acumulación de basura en el barrio es que nace el Espacio de Salud Ambiental como una extensión de la Mesa, como espacio específico para trabajar dichas temáticas entre trabajadores y vecinos, buscando posibles soluciones.

### **Espacio de Salud Ambiental. Primer encuentro: 29/04/15**

Se realizó en el marco de una capacitación en separación de residuos de la Organización Provincial para el Desarrollo Sustentable (OPDS) organizada por la Mesa Barrial, y contó con la presencia de diferentes actores y representantes de organizaciones barriales (ver *Anexos*). El objetivo fue conocernos y definir acciones para los próximos encuentros. En una primera instancia, cada participante se presentó y manifestó sus inquietudes acerca del problema de la basura. A continuación se realizó la exposición por parte de representantes de la OPDS acerca de la separación de residuos, como parte del programa provincial 'Tu Manzana Recicla'. La recepción de quienes asistieron al encuentro fue buena; aun así, se planteó que el barrio presenta numerosas falencias antes de comenzar a pensar en el reciclado, por ejemplo, la deficitaria recolección de basura, falta de acceso a las bolsas verdes, ausencia de canastos para colocar la bolsa, calles en pésimo estado que resultan intransitables para el camión recolector, entre otras. Se citó para el siguiente encuentro en dos semanas.

### **Segundo encuentro: 06/05/15**

Se realizó en la Salita, y el objetivo en este caso fue detectar diferentes problemáticas relacionadas con la basura. De esta manera, se abrió a la discusión el tema y cada actor expuso sus puntos de vista, refiriéndose a otros conflictos que atraviesan el barrio tales como falta de agua, mal estado de las calles, baja tensión de energía eléctrica, entre otros. Por nuestra parte, presentamos los resultados que obtuvimos a partir de la triangulación de datos del presente trabajo; los problemas enumerados coincidieron en gran parte con los planteados por los vecinos en este mismo encuentro. Se propone trabajar en un próximo encuentro acerca de la problemática puntual de la basura, analizando causas y consecuencias, definiendo acciones a corto y mediano plazo.

### **Tercer encuentro: 20/05/15**

Teniendo en cuenta que en la reunión anterior se visualizó el tema de la basura como una problemática compleja y relacionada con numerosas características barriales tales

como el mal estado de las calles, ausencia de canastos, recolección poco frecuente e indefinida en días y horarios, falta de información y concientización de los vecinos, imposibilidad de comprar bolsas de residuos, etc, se propuso trabajar la relación entre dichas situaciones para definir acciones a mediano y corto plazo.

Se sugirió realizar articulaciones con programas provinciales y nacionales (Programa de mejora barrial/Promeba; Soluciones ya, dependiente de Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires). Tras unos momentos de ciertas dificultades de comunicación grupal, se pudo concluir el encuentro concertando la concurrencia del grupo el día 1 de junio de 2015 a la Unión de Cartoneros del barrio, con el objetivo de hablar acerca de la posibilidad de -en el caso de instaurar a nivel vecinal la separación de residuos- articular con ellos para llevarles los residuos reutilizables que los vecinos separen. Por otro lado, se acordó en concurrir el día 6 de junio a la calle 515bis entre 157 y 161 a hablar sobre el problema de la basura con los vecinos. Esta calle fue definida por los trabajadores del centro vecinal como la más problemática a nivel recolección, debido a la imposibilidad de acceder a la misma a bordo del camión por el precario estado del terreno.

Ambas propuestas finalmente no pudieron concretarse ya que no asistió ninguno de los vecinos.

### **Encuentro con Vecinos Autoconvocados**

La organización de Vecinos Autoconvocados(VVAA) de Barrio las Rosas es un grupo de vecinos que comenzó a reunirse a partir de preocupaciones comunes acerca de problemas del barrio. Se reúnen desde hace un año y medio en forma semanal, refieren no tener relación con ningún partido político y han realizado algunos reclamos en conjunto.

A raíz de los encuentros compartidos, los VVAA pusieron de manifiesto un interés en nuestro trabajo y su intención de replicarlo en el resto del barrio para tomarlo como insumo a la hora de realizar reclamos a las autoridades correspondientes. Por nuestra parte, decidimos aceptar su invitación y participar de una de sus reuniones sin un objetivo previo más que escuchar sus propuestas y manifestarles nuestra motivación en construir en conjunto.

Uno de sus referentes historizó el recorrido de los VVAA con sus logros, su funcionamiento apartidario, en sedes rotativas, etc. Nuestra intención de participación y construcción colectiva quedó explicitada y dejada a consideración del grupo de vecinos.

Actualmente se continúan proyectando encuentros con los vecinos con el objetivo de llevar adelante acciones que posibiliten la mejora de las condiciones barriales.

## **DISCUSIÓN Y PROPUESTAS**

En base al análisis de los objetivos definidos creemos que han sido alcanzados ya que obtuvimos un amplio panorama acerca de las características generales y condiciones de salud de la población con la que trabajamos cotidianamente del barrio Las Rosas.

Como grupo de trabajo pudimos adaptarnos flexiblemente a los cambios realizados en el desarrollo metodológico permitiéndonos modificar la estrategia inicialmente planteada en relación a la participación comunitaria, adaptándola al momento que se estaba atravesando en el barrio y acompañando los procesos comunitarios que allí estaban ocurriendo. Así surge la posibilidad en un futuro de elaborar un ASIS con el espacio de VVAA y/o replicar las encuestas en otros barrios, como propuestas a mediano plazo surgidas de los mismos vecinos.

Las experiencias previas de ASIS fueron de gran ayuda para el desarrollo de nuestro trabajo; por otro lado, pensamos que habría sido más enriquecedora la presencia de representantes de otras disciplinas aportando sus perspectivas en relación al abordaje integral de la salud.

La recepción de los resultados del trabajo por parte de los vecinos fue positiva ya que refirieron, en varias ocasiones, sentirse identificados con los datos obtenidos, en especial al hablar de los problemas prevalentes. A pesar que los resultados del trabajo están basados en la aplicación de las fuentes primarias en solo cuatro manzanas, creemos que los datos pueden extrapolarse al resto del barrio.

Se trata de una población en su mayor parte joven y de diverso origen, cuyo rápido y continuo crecimiento ha ocurrido sin planificación. Esta es solo una de las razones por la cual las condiciones de vivienda, educación, de trabajo, etc., son muy precarias, sin olvidar que se trata de un barrio con escasa presencia del Estado, invisibilizado y muy vulnerable.

Una de las temáticas que decidimos abordar en este trabajo fue la accesibilidad al establecimiento en el cual trabajamos, visualizándose como problema la dificultad en la obtención de turnos como consecuencia del gran crecimiento poblacional y de la concurrencia a la Salita de personas de barrios alejados a la misma. En el contexto del sistema público en el que nos encontramos y en el que muchas veces no se puede responder

a la demanda asistencial es por momentos una utopía llevar adelante la estrategia de Atención Primaria de la Salud en toda su magnitud.

Por otra parte, la cantidad de familias que presentan un miembro con discapacidad es considerable, lo cual abre nuevos interrogantes a investigar a futuro tales como las razones a las que se atribuye este hecho.

Los resultados y las intervenciones nos mostraron una compleja trama social, con numerosos intereses personales en juego, de esta manera se pone de manifiesto las relaciones invisibilizadas entre participación y poder, como afirma Claudia Bang (2011). La heterogeneidad de la población en cuanto a orígenes, creencias, costumbres, prácticas, etc hace dificultosa la integración del barrio. Esto se evidencia fuertemente en las numerosas opiniones escuchadas a lo largo de nuestras intervenciones tales como referirse a algunos sectores como “villa”, diferenciar por nacionalidad, por tiempo de residencia en el barrio, etc. otorgándole características negativas a esos hechos.

Dentro de esta compleja dinámica barrial se plantea el interrogante acerca del rol que tenemos los trabajadores de la salud en el momento de compartir espacios comunitarios, como deuda pendiente no solo de este equipo de trabajo sino del resto de los integrantes de los Consultorios Externos del HSJI.

Además, nos encontramos con la enorme influencia que el Modelo Médico Hegemónico tiene tanto en nuestra práctica como en la sociedad misma. Esto último se visualiza en el cuestionamiento de algunos vecinos acerca del porqué de la realización de las encuestas, asignándonos como lugar de pertenencia el consultorio, del cual no deberíamos salir.

Como conclusión, y a pesar de las numerosas dificultades que evidencia la dinámica barrial, consideramos que es imprescindible comprender la complejidad de la misma así como tener claro el rol que el equipo de salud ocupará, para llevar adelante acciones de participación realistas y efectivas; en otras palabras, saber dónde estamos para pensar a dónde queremos ir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., Hernandez, T., Reyes, I., & Talavera, J. (2010). *Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud*. Maracay: IAES.
2. Martínez Calvo, S., Gomez de Haz, H. (2003). *Análisis de situación de salud*. Escuela Nacional de Salud Pública.
3. Avendaño Fernández, E. & González Morera, P. (2004) *Curso Gestión Local en Salud para Técnicos de Atención Primaria*. Análisis de situación de salud integral. Unidad modular 9.
4. Solitario, R., Garbus, P. & Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de investigación*, (15).
5. Ferrara, F.A., (1985) *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
6. *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda* (2010). Instituto nacional de estadística y censo (INDEC)
7. Rodríguez, E., (2008) *“Las rutinas de seguridad de los grupos desventajados en la periferia de la ciudad de La Plata”*. *Questión*, (1).
8. Castillo Martínez, A., Villegas del Carpio O. (2004) *Análisis de situación de salud con enfoque de espacio-población para el nivel local*. Curso especial de posgrado en gestión local de salud. Unidad modular 6.
9. Sautu, R. (2003) *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere
10. Blanch, N. & Joeckes, S. (1995). *Estadística aplicada a la investigación*. Facultad de ciencias económicas, UNC.
11. Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vazquez, A., et al. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. *Anuario de investigaciones* (14)
12. *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud*. (2008). Curso modular de capacitación y actualización del recurso humano en estrategias de atención primaria de la salud, resolución HCD 133/06 Universidad nacional de Córdoba. Facultad de ciencias médicas.
13. *Informe mundial sobre la discapacidad*. (2011). Organización Mundial de la Salud.

14. Robledo, J. M., (2009) *Observación participante: informantes claves y rol del investigador*. Disponible en:  
[http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/obspar\\_formet42.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/obspar_formet42.pdf) . Ultimo acceso Agosto 2015.
15. Marti, J. *La investigación- acción participativa. Estructura y fases* Disponible en:<http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/InvestigacionColaborativa.pdf>. Ultimo acceso Agosto 2015
16. <http://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista.pdf>
17. Gorza A., López A., Gómez Roleri C. *En las vías de un tren olvidado...* Residencia de Medicina General, Hospital Subzonal Especializado José Ingenieros. Trabajo inédito. 2013.
18. Bang, C. (2011) *Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria: una revisión histórica*. Eä journal, vol.2 N° 3.
19. Bronfman, M. & Gleizer, M. (1994) *Participación comunitaria: ¿Necesidad, excusa o estrategia? ¿O de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria?* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122
20. Astray Coloma, L. y colaboradores. *¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria en un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones*.

## TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1- Composición según nacionalidades**

Provincia de Buenos Aires, partido La Plata, entidad José Melchor Romero. Población nacida en el extranjero según país de nacimiento. Año 2010

<b>Pais de nacimiento</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Acumulado %</b>
202. BOLIVIA	1.286	44,54%	44,54%
203. BRASIL	11	0,38%	44,93%
205. COLOMBIA	4	0,14%	45,06%
208. CHILE	46	1,59%	46,66%
209. REPUBLICA DOMINICANA	1	0,03%	46,69%
211. EL SALVADOR	1	0,03%	46,73%
212. ESTADOS UNIDOS	4	0,14%	46,87%
213. GUATEMALA	1	0,03%	46,90%
218. MEXICO	1	0,03%	46,93%
219. NICARAGUA	1	0,03%	46,97%
221. PARAGUAY	1.172	40,60%	87,56%
222. PERU	177	6,13%	93,70%
225. URUGUAY	54	1,87%	95,57%
226. VENEZUELA	3	0,10%	95,67%
312. FILIPINAS	3	0,10%	95,77%
320. JAPON	11	0,38%	96,16%
324. LAO	1	0,03%	96,19%
410. ESPAÑA	17	0,59%	96,78%
412. FRANCIA	1	0,03%	96,81%
417. ITALIA	80	2,77%	99,58%
424. POLONIA	1	0,03%	99,62%
425. PORTUGAL	4	0,14%	99,76%

444. RUSIA	1	0,03%	99,79%
445. UCRANIA	3	0,10%	99,90%
447. CROACIA	2	0,07%	99,97%
452. MONTENEGRO	1	0,03%	100,00%
<b>Total</b>	<b>2.887</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: INDEC - CENSO NACIONAL DE POBLACION, HOGARES Y VIVIENDAS 2010**

## Tabla 2: Escolaridad

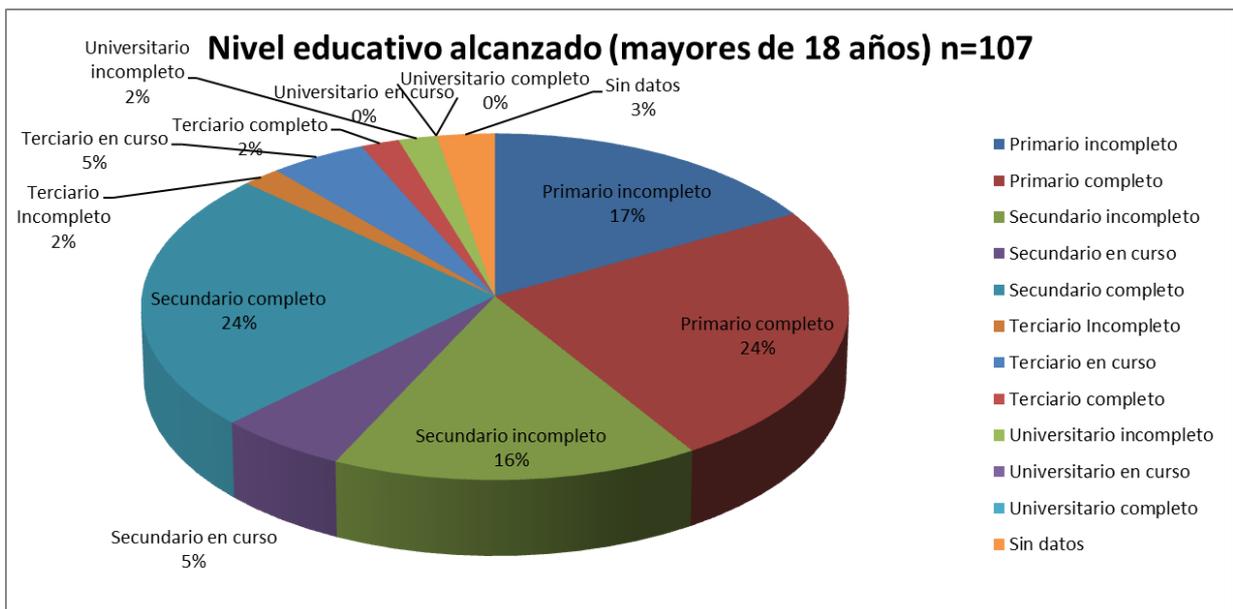
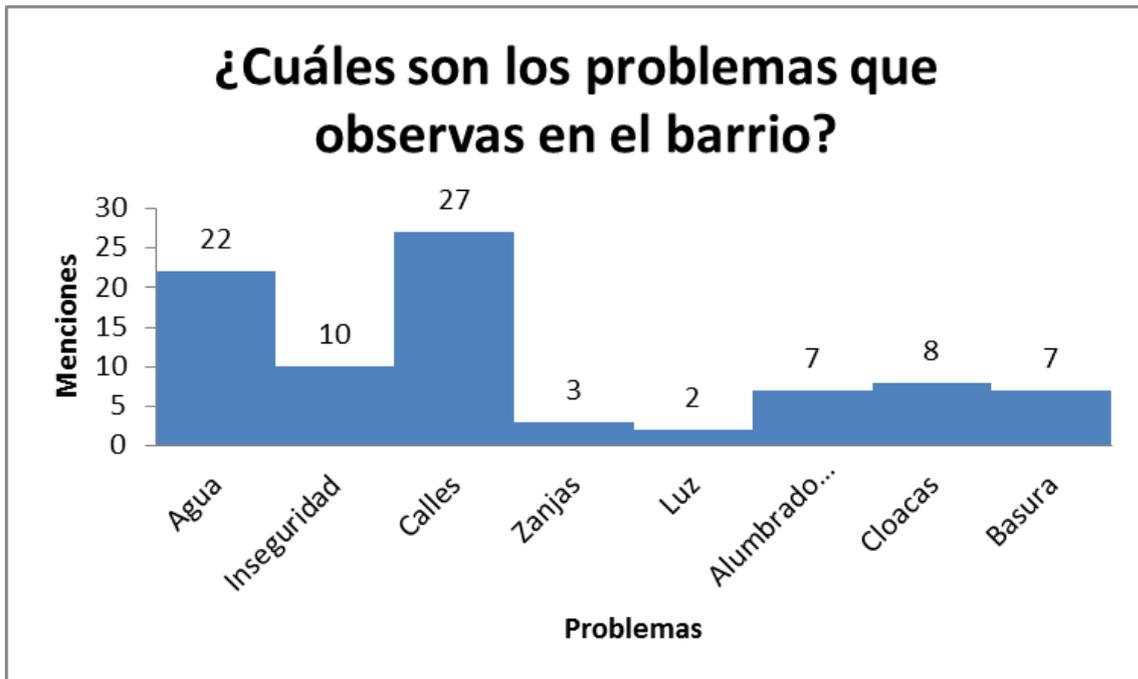
Provincia de Buenos Aires, partido La Plata, entidad José Melchor Romero. Población de 3 años y más según nivel educativo que cursa o cursó. Año 2010

Nivel educativo que cursa o cursó	Casos	%	Acumulado %
1. Inicial (jardín, preescolar)	1.310	5,41%	5,41%
2. Primario	11.416	47,11%	52,52%
3. EGB	1.005	4,15%	56,66%
4. Secundario	7.174	29,61%	86,27%
5. Polimodal	1.183	4,88%	91,15%
6. Superior no universitario	804	3,32%	94,47%
7. Universitario	1.140	4,70%	99,17%
8. Post universitario	23	0,09%	99,27%
9. Educación especial	177	0,73%	100,00%
<b>Total</b>	<b>24.232</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

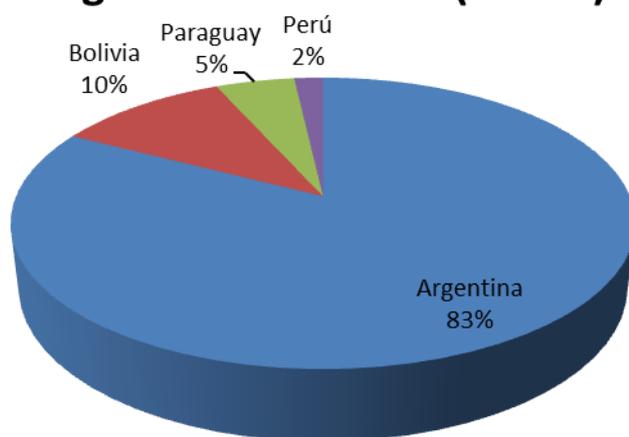
NSA : 3.13  
9

Fuente: INDEC - CENSO NACIONAL DE POBLACION, HOGARES  
Y VIVIENDAS 2010

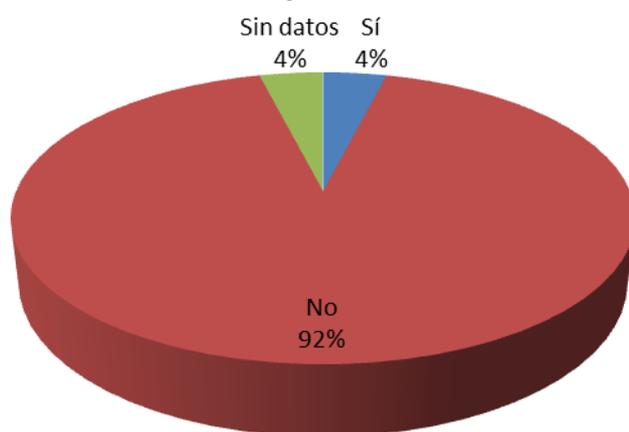
Gráficos (FUENTE: Elaboración propia):



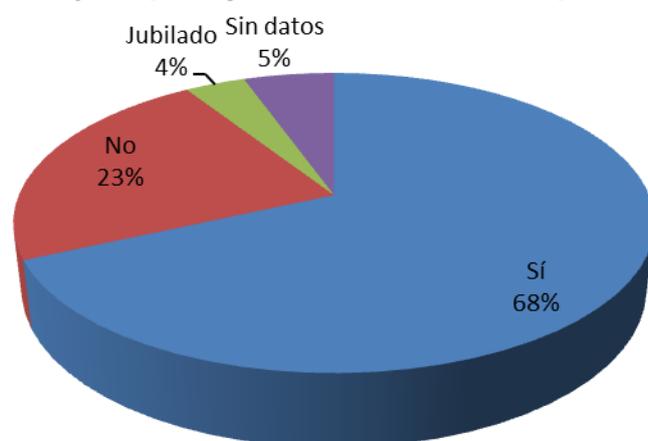
### Lugar de nacimiento (n=225)



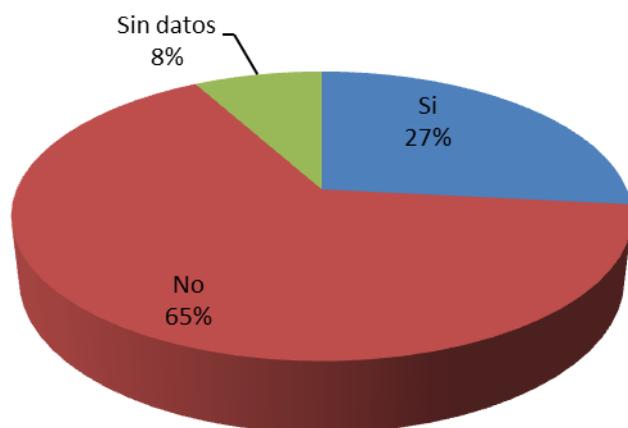
### Analfabetismo (> 10 años, n = 178)



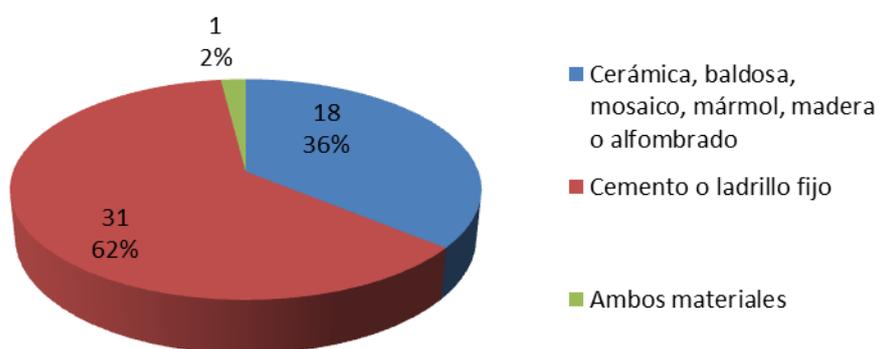
### Trabaja? (mayores de 17 años) n=110



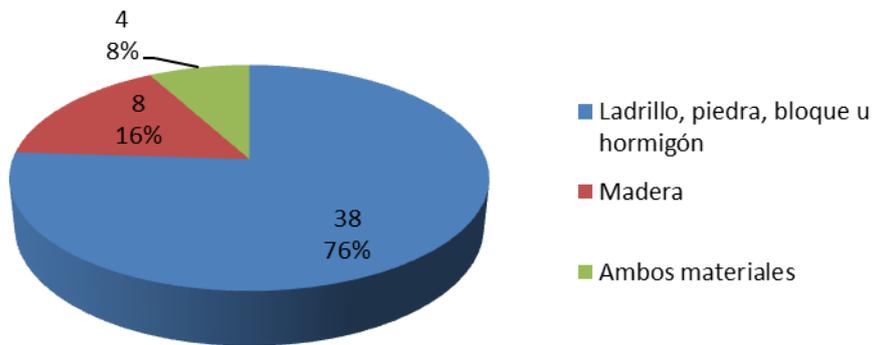
### Tiene recibo de sueldo por su trabajo? (n=75)



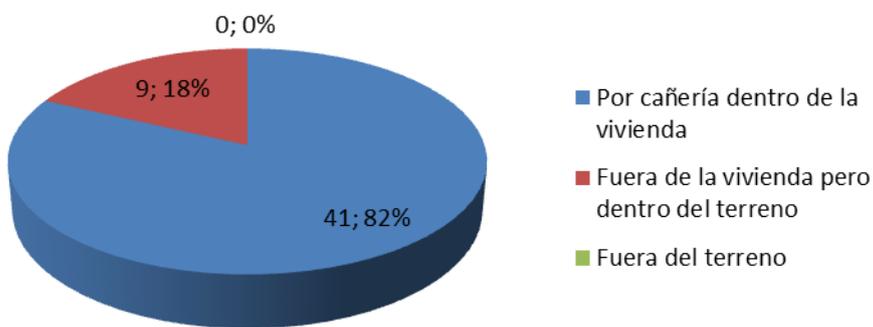
### ¿Cuál es el material predominante de los pisos? (n=50)



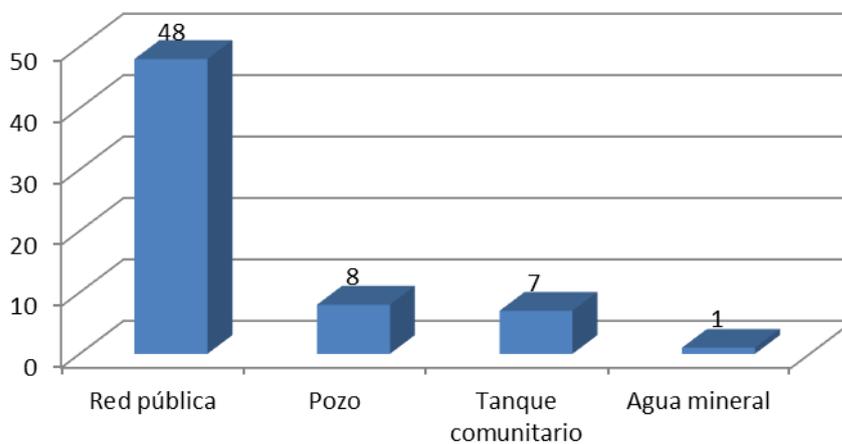
### ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores? (n=50)



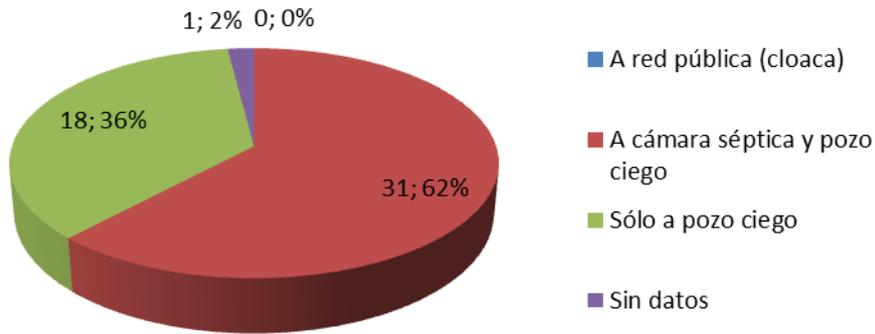
### ¿Tiene agua... (n=50)



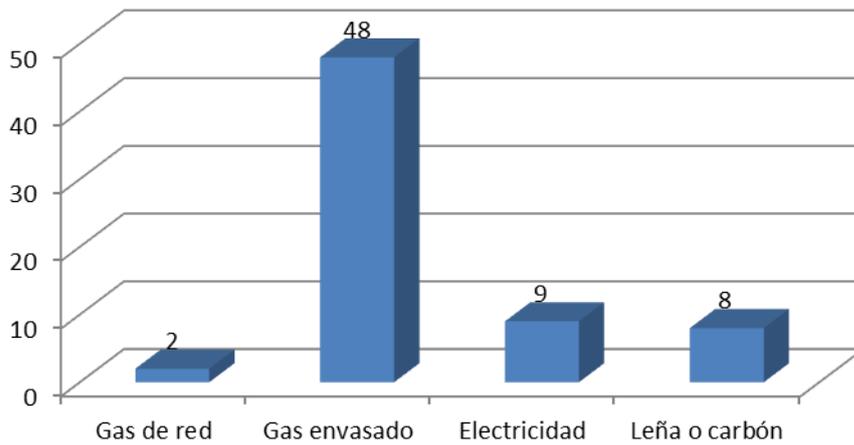
### El agua que consume proviene de:



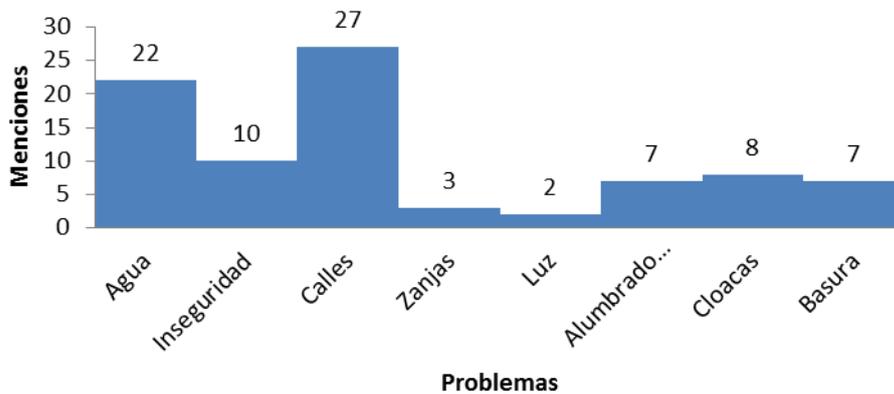
### El desagüe del inodoro, es... (n=50)



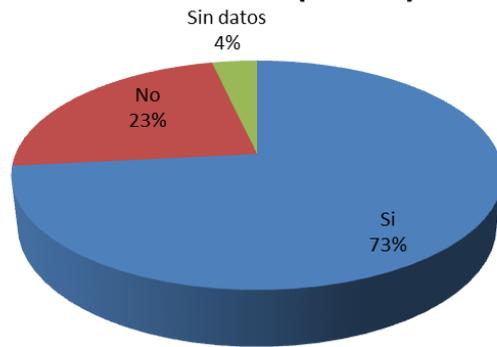
### Para cocinar, utiliza...



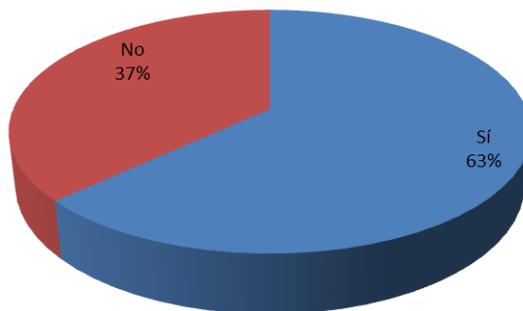
### ¿Cuáles son los problemas que observas en el barrio?



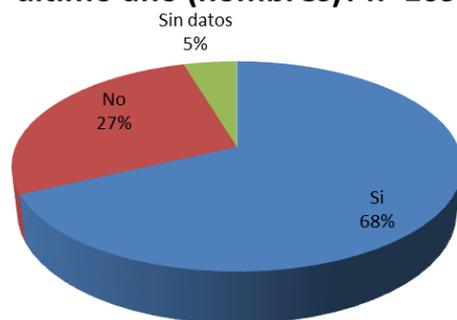
**¿Consultó a algún servicio de salud en el último año? (n=225)**



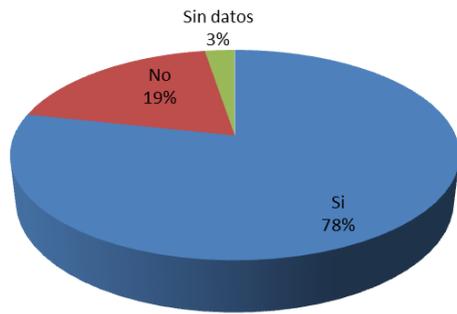
**¿Consultó a la salita? n=165**



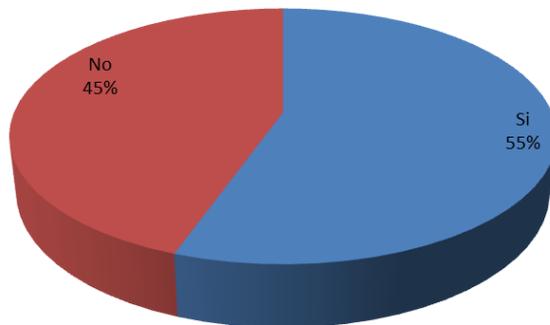
**¿Consultó a algún servicio de salud en el último año (hombres)? n=109**



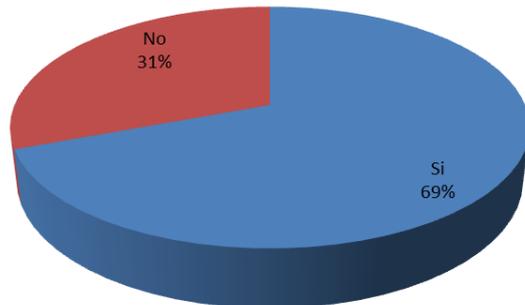
**¿Consultó a algún servicio de salud en el último año (mujeres)? n=116**



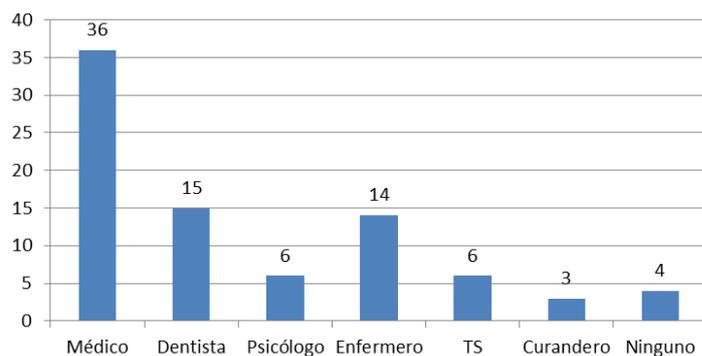
**¿Consultó a la salita (hombres)? n=74**



**¿Consultó a la salita (mujeres)? n=91**



**En el último año, consultó a:**







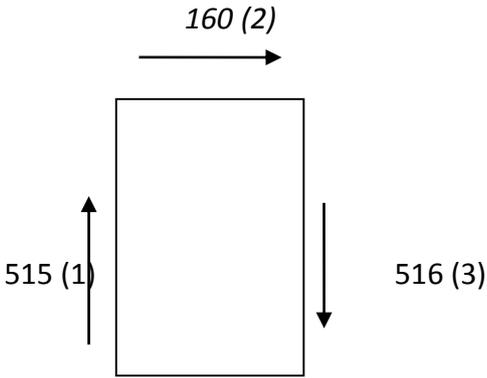
La población elegida para este trabajo de investigación está comprendida en 4 manzanas ubicadas entre las calles 161 y 159, 515 y 517 como se puede observar en la siguiente imagen:



Hemos decidido asignar letras a cada manzana, e iniciar la observación desde la esquina oeste de cada zona, el punto de inicio en la manzana A es en esquina 161 y 515, manzana B esquina 161 y 516, manzana C esquina 160 y 515, manzana D esquina 160 y 516. Y desde allí avanzar en el sentido de las agujas del reloj.

Para sistematizar la observación recorrimos dos veces cada manzana, la primera para tomar datos del exterior (aspectos geográficos, medioambiente, servicios, instituciones) y la segunda para recolectar datos del interior de la manzana (características de la vivienda)

**MANZANA A**



Punto de inicio  ←

161 (4)

PARTE A: “exterior de la manzana”

Aspecto geográfico: Las calles 1 y 2 son de tierra, el día de la observación se encontraban muy embarradas lo que dificultaba el tránsito, la calle 3 de gravilla era más transitable, y las 4 se encuentra asfaltada desde 520 hasta 514.

Se observan zanjas que separan vereda de calle en toda la manzana.

Se encuentra arbolada en toda la manzana, principalmente en calle 1.

Medio ambiente: en cuanto a la contaminación se pueden observar residuos en las zanjas que rodean toda la manzana. En la esquina de las calles 3 y 4 se podía percibir un ruido constante proveniente de la periferia de la zona de investigación (fabrica en calle 161). También se observaron algunos recipientes con agua estancada. Los cestos de basura se pueden observar en el frente de algunas casas (total por manzana 9)

Infraestructura: las veredas son en general de tierra y material predominando uno u otro en las 4 calles.

Servicios: hay alumbrado público en las 4 calles y se observa un poste de teléfono en la calle 1.

PARTE B: “Interior de la manzana”

Infraestructura: en la manzana A se contabilizaron un total de 25 viviendas. El material predominante de las casas es ladrillo y cemento, y los techos en su mayoría son de chapa.

	Manzana
MATERIAL	A
Madera y/o chapa	4
Ladrillo y cemento	19

Mixta	2
No observable	
TECHO	
Chapa	18
Tejas	
Losa	4
madera y membrana	2
Mixto	
No observable	1

La distribución de las viviendas es regular, no se observaron pasillos internos. Se encontraron 3 lotes con más de una casa por terreno y materiales de construcción dentro del terreno en 11, y una casa en construcción.

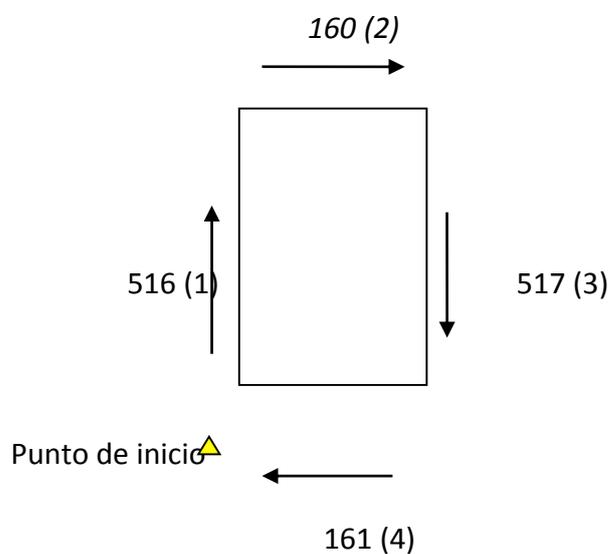
Se registraron un total de 22 medidores de electricidad, y una conexión precaria de electricidad.

Antenas de televisión satelital 8.

Instituciones: no se observaron

Economía: en cuanto a comercios se observo un kiosco, un local en alquiler, y un autoservicio.

#### MANZANA B



PARTE A: "exterior de la manzana"

Aspecto geográfico: las calles 1 y 2 son de gravilla, ambas transitables, la calle 3 de barro dificulta el tránsito, calle 4 de asfalto. Las zanjas rodean toda la manzana. En la periferia hay una fábrica (de pintura???)

Se encuentra arbolada, con una distribución homogénea.

Medioambiente: Se observó basura en veredas, calles y zanjas principalmente en calles 3 y 4, donde había amontonamiento de basura. Hay cestos de basura en un total de 10 distribuidos por toda la manzana.

Infraestructura: las veredas eran mixtas de tierra y material, predominando este último.

Servicios: alumbrado público en todas las calles.

PARTE B: "Interior de la manzana"

Infraestructura: en esta manzana se contabilizaron un total de 28 viviendas con las siguientes características:

	Manzana
MATERIAL	B
Madera y/o chapa	6
Ladrillo y cemento	18
Mixta	4
No observable	
TECHO	
Chapa	18
Tejas	2
Losa	2
madera y membrana	6
Mixto	

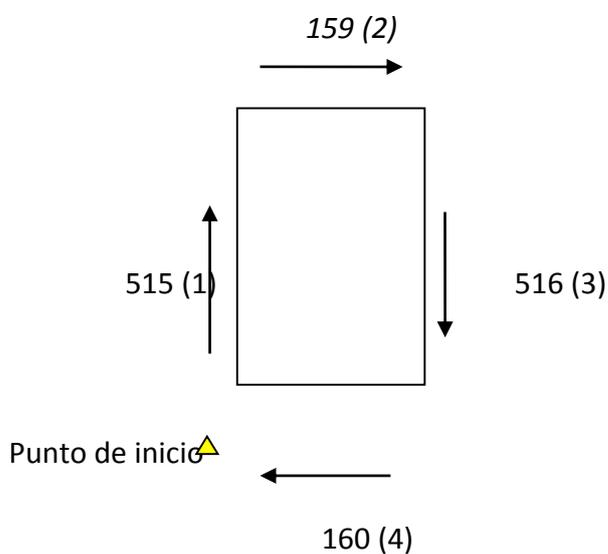
La distribución de las viviendas es regular, sin presencia de pasillos internos, y se registraron 4 terrenos con más de una casa en cada uno de ellos. Y materiales de construcción dentro de 3 terrenos. 4 casas en construcción.

Servicios: se contabilizaron 22 medidores de electricidad. Conexión precaria de agua en calle 4. Y antenas de TV satelital: 17

Instituciones: no se observaron.

Economía: en cuanto a comercios se observaron un almacén, carnicería y almacén, peluquería, proveedor de internet banda ancha, (corte de pasto)

MANZANA C:



PARTE A: "Exterior de la manzana"

Aspecto geográfico: la calle 1 y 4 son de tierra, en la primera el barro dificultaba el tránsito, principalmente en la intersección de estas dos. 2 es una calle asfaltada, y 3 es de gravilla. Hay zanjas rodeando toda la manzana. En cuanto a la periferia se podía observar la vía en esquina 1 y 4. La manzana se encuentra arbolada de forma homogénea.

Medioambiente: había basura acumulada en las zanjas (botellas). Se percibía olor a humo. En cuanto a la contaminación sonora se oía el ladrido de muchos perros.... Se pudo registrar un solo recipiente con agua estancada. Hay cestos de basura, la mayoría ubicados en calle 3.

Infraestructura: la vereda de calle 1 es de cemento. Hay mucho material de construcción sobre las veredas de 1, 2 y 3....

Servicios: la manzana cuenta con alumbrado público. En las esquinas 1-2 y 2-3 habían zapatillas colgadas.....

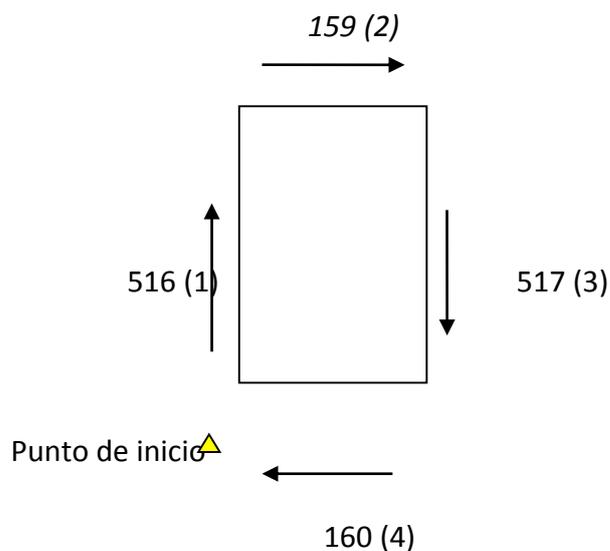
PARTE B: "Interior de la manzana"

Infraestructura: se contabilizaron un total de 30 viviendas, donde el material predominante de las paredes es de ladrillo y cemento, y el de los techos presenta un número similar de losa y chapa. A su vez se observó más de una casa por terreno en 6 de ellos. Con material de construcción en 8. Y 3 casas en construcción.

Servicios: se registraron 25 medidores de electricidad y 16 antenas de TV satelital.

Economía: hay un almacén en calle 2, 2 kioscos en calle 3 y 4, una tienda de ropa en calle 4.

MANZANA D:



PARTE A: "Exterior de la manzana"

Aspecto geográfico: dos calles de gravilla (1 y 4), 2 es de asfalto y 3 de tierra, hay zanjas alrededor de toda la manzana. En cuanto a la periferia la manzana ubicada frente a la calle 2 presenta las similares características, frente a calle 3 se encuentra un local del "movimiento Evita" y una cancha de fútbol.

Hay árboles alrededor de toda la manzana, con predominio en calle 1.

Medioambiente: no se observa basura en calles y veredas, si acumuladas en las zanjas (en calle 1 y 2 principalmente). Se podían percibir ruidos provenientes de maquinaria. Y se detectaron recipientes con agua estancada (3 cubiertas). Hay cestos de basura distribuidos de forma homogénea.

Infraestructura: las veredas son de material.

Servicios: alumbrado público en calle 1 y 3, en calles 2 y 4 el alumbrado se encuentra en la vereda de enfrente.

PARTE B: “Interior de la manzana”

Infraestructura: esta manzana cuenta con un total de 30 viviendas las cuales presentan las siguientes características: el material de las viviendas es proporcional en cuanto a “madera y/o chapa” y “ladrillo y/o cemento. El material predominante de los techos es chapa. Y se pudo observar más de una casa por terreno en 3 oportunidades.

Servicios:

Se contabilizaron 24 medidores de electricidad y 24 antenas de TV

No hay instituciones en esta manzana.

Economía: en calle 2 se observó un service de heladeras y lavarropas

### **ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE : Instructivo**

Presentación: se realiza comentando que estamos realizando un trabajo de investigación en el barrio Las Rosas, para poder identificar los problemas que hay, y buscar junto a los vecinos una posible solución. Referimos que queremos conocer el barrio, y que el entrevistado podría ser de gran ayuda en esta etapa del trabajo.

Se pide autorización para grabar la entrevista, aclarando que es la misma es anónima y confidencial.

Preguntas:

¿Hace cuánto vivís acá?

¿De dónde venís?

¿Qué los motivo a venir al barrio?

¿Cómo era el barrio cuando llegaste?

¿Sabes cómo se formó?

¿Que había antes?

¿Por qué pensás que creció tanto?

¿Sabes cuáles son los límites del barrio Las Rosas?

¿Dentro del barrio, reconocés que este dividido por alguna cuestión? (una parte más nueva, una parte más vieja)

¿A qué te dedicás?

¿Participas de alguna actividad comunitaria? (comedor, iglesia, institución)

¿Te conocen los vecinos, vos los conoces, acuden a vos por alguna cuestión?

¿Recordás algún momento importante (clave, anecdótico, histórico) en el barrio? Algo relacionado con el crecimiento del barrio.

¿Sabes cuáles son las fuentes de trabajo del barrio?

¿Conoces organizaciones en el barrio, vecinos que se juntan para hacer algo? (cooperativas, comedores, organizaciones políticas)

¿Qué instituciones conoces en el barrio? (efectores de salud, clubes, iglesias) ¿Alguna a la que vayan que no esté en el barrio? ¿Sabes a que escuelas van los chicos?

¿Sabes dónde va la gente cuando tiene algún problema?

Cuando pasa alguna situación de salud grave en el barrio, ¿qué hacen? ¿Cómo actúan?

¿Sabes si hay gente que tenga problemas de salud o que necesite controles y que no se atiendan? ¿Por qué pensás que puede pasar esto?

## ENCUESTA

---

Número de encuesta:            Calle:            Número:

Accede:            No accede:            No contesta:

---

### 1) Tipo de vivienda:

a- Casa o departamento

b- Casilla

c- Locales no destinadas para habitar

d- Otros:

## 2) Habitantes de la vivienda (preguntar por Jefe de hogar)

Nº	Nombre	Edad	S	Lugar de nacimiento	E	A	Ocupación

## 3) Empleo (mayores de 18 años)

Nº	Trabaja	Recibo de sueldo	Obra social	Aporte jubilatorio	No trabaja	Busca	No busca

## 4) ¿Reciben algún plan social o participa en una cooperativa?

a- Si      ¿Cuál/es?.....

b- No                    ¿Quién/es? .....

**5) ¿Cuáles son las situaciones problemáticas que observas en el barrio?**

.....  
.....  
.....

**CARACTERÍSTICAS HABITACIONALES**

**6) ¿Cuál es el material predominante de los pisos?**

- a- Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado
- b- Cemento o ladrillo fijo
- c- Tierra o ladrillo suelto
- d- Otro
- e- Ns/nc

**7) ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores?**

- a- Ladrillo, piedra, bloque u hormigón
- b- Adobe
- c- Madera
- d- Chapa de metal o fibrocemento
- e-Otros:

f- Ns/nc

**8) ¿Tiene electricidad?**

a- Sí

b- No

c- Ns/nc

**9) ¿Tiene agua...**

a- Por cañería dentro de la vivienda?

b- Fuera de la vivienda pero dentro del terreno?

c- Fuera del terreno?

d- Ns/nc

**10) El agua que consume proviene de (permite opción múltiple):**

a- Red pública

b- Pozo

c- Tanque comunitario

d- Ns/nc

**11) ¿Tiene baño o letrina?**

a- Sí

b- No

c- Ns/nc

**12) En el baño, ¿tiene botón, cadena, mochila para limpieza del inodoro?**

a- Sí

b- No

c- Ns/nc

**13) El desagüe del inodoro, ¿es...**

a- A red pública (cloaca)?

b- A cámara séptica y pozo ciego?

c- Sólo a pozo ciego?

d- A hoyo, excavación en la tierra, etc.?

e- Ns/nc

**14) Para cocinar, ¿utiliza principalmente...**

a- Gas de red?

b- Gas envasado?

c- Electricidad?

d- Leña o carbón?

e- Otro

f- Ns/nc

**15) ¿Cuántas habitaciones o piezas para dormir tiene la vivienda?**

.....

**ACCESIBILIDAD**

**16) En el último año, ¿consultó a algún servicio de salud?( leer opciones):**

a- Médico/a

b- Dentista

c- Psicólogo/a

d- Enfermero/a

e- Trabajador/a social

f- Curandero (o similar)

g- No

h- Ns/nc

**Si dice que no pasar a la pregunta 20**

**17) ¿Se atendió en la salita?**

**a- Si    1- Fue por turno**

**2- Fue por demanda**

**b- No (especificar donde).....**

¿Por qué?.....

.....

**19) Considera que su obtención fue:**

**a- Fácil**

**b- Difícil**

**c- Muy difícil**

**Observaciones:.....**

.....

**20) Conoce el sistema de entrega de turnos?**

**a- Si**

**b- No (si en la 16 respondió que NO pasa a la 23**

**SI pasa a la 24**

**21) ¿Cómo lo considera?**

**a- Bueno**

**b- Regular**

**c- Malo**

**22) ¿Tiene alguna propuesta para mejorarlo?**

.....

.....

**LOS QUE DIJERON QUE SI EN LA 16 PASAN A LA 24**

**23) ¿Por qué no consultó?**

a- No tenía tiempo

b- No tenía dinero

c- No le pareció importante

d- Pidió turno y no le dieron

e- Le quedaba lejos

f- Su horario laboral no le permitió consultar

g- No había médico disponible

h- No presento necesidad

i- Otra razón (especificar):.....

.....

	¿Consultó?	Salita	Otro lugar	No consulto

**DISCAPACIDAD**

**24) ¿Algún miembro de la familia presenta alguna discapacidad?**

a- Sí    ¿Cuál miembro de la familia?.....

b- No            ¿Qué discapacidad?.....

c- Ns/nc

**25) ¿Posee Certificado Único de Discapacidad?**

a- Sí

b- No

c- Ns/nc

**26) ¿Recibe pensión o jubilación por discapacidad?**

a- Sí

b- No

c- Ns/nc

**27) Y ahora...se te ocurre alguna otra situación que observes en el barrio que sientas que es un problema?**

.....

**28) ¿Cómo se te ocurre que se podrían cambiar?**

.....

**Observaciones:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Instructivo para la realización de la encuesta**

Cantidad total de casas de la zona: 113 (ciento trece)

Muestra: 88 casas

Dos grupos de 2 encuestadores cada uno (cada grupo alrededor de 4 encuestas por mañana).

Se comienza desde una esquina al azar de cada manzana, determinada por sorteo. Los encuestadores comienzan a relevar teniendo las casas a su derecha. El orden determinado es: 4 casas relevadas, 1 salteada. En el caso de varias casas por terreno, se numeran según cercanía a la vereda.

Si en la casa no hay nadie, o no responden, no se volverá a pasar.

Pregunta 1: **Tipo de vivienda particular:**

---

**Casa:** vivienda con salida directa al exterior (sus habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común) construida originalmente para que habiten personas. Generalmente tiene paredes de ladrillo, piedra, bloque u hormigón.

**Departamento:** vivienda que forma parte de un edificio o estructura con una entrada común que contiene por lo menos dos viviendas (o una vivienda y uno o más locales) a las que se accede a través de pasillos, escaleras, zaguanes o ascensores de uso común.

**Casilla:** vivienda con salida directa al exterior, construida originalmente para que habiten personas (sus habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común). Habitualmente está construida con materiales de baja calidad o de desecho.

**Local no construido para habitación:** vivienda que no ha sido construida o adaptada para que habiten personas.

**Habitantes de la vivienda:**

- Poner al jefe del hogar primero (cuadro gris).
- Las personas que llegaron al país por un tiempo limitado no se tienen en cuenta. Sí se consideran en el caso que se queden a vivir.

**Lugar de nacimiento:** completar país. Si es argentino incluir provincia y ciudad.

**Nivel educativo:**

E: escolaridad

Preescolar: PE

Primario incompleto: PI: si es el jefe del hogar, aclarar si no completó tercer grado

Primario completo: PC

Primario en curso: PEC

Secundario incompleto: SI

Secundario completo: SC

Secundario en curso: SEC

Terciario incompleto: TI

Terciario completo: TC

Terciario en curso: TEC

Universitario incompleto: UI

Universitario completo: UC

Universitario en curso: UEC

**Analfabeto:** persona de 10 años y más que no sabe leer y escribir.

A: analfabeto, para poner SI tiene que ser mayor de 10 años y no tiene que saber leer ni escribir.

Pregunta 5: repreguntar la problemática del barrio. Si surgen más problemas durante la encuesta hay una pregunta al final de la encuesta.

Pregunta 14: se puede marcar más de una opción

### **Accesibilidad:**

Pregunta 16, leer todas las opciones. Si dice que NO (opción g) pasar a la pregunta 20.

Pregunta 20:

Si responde que no, y en la 16 también respondió que no pasar a la 23

Si en la 20 respondió que no y en la 16 que si pasar a la 24

Pregunta 23: ¿Por qué no consultó?

Espera que el encuestado responda y luego marcar una de las opciones, en caso de no ser una de ellas especificar

Preguntar al encuestado por el resto de los convivientes. Completar el cuadro con las letras de las opciones especificadas.

En la 1° columna colocar el número consignado para cada persona en el 1° cuadro

Pregunta 24: **Discapacidad:** debe ser permanente (mayor a 1 año) y actual. Se excluyen fracturas y enfermedades transitorias. La familia es la que vive en ese hogar.

### **Glosario**

Vivienda deficitaria: incluye a las viviendas tipo B y a las viviendas precarias. INDEC

Vivienda tipo B: es aquella que cumple al menos uno de los siguientes criterios: no tiene provisión de agua por caño dentro la vivienda; no tiene retrete con descarga de agua; tiene piso de tierra u otro precario. INDEC

Vivienda precaria: incluye las categorías rancho, casilla, casa de inquilinato, locales no construidos para habitación y viviendas móviles. INDEC. (no incluye hoteles y pensiones).

Jefe de hogar: lo que las personas definan como jefe. INDEC

NBI: Hogar que cumpla uno de los siguientes criterios (INDEC):

Vivienda: de inquilinato, hotel o pensión, vivienda no destinada a habitación, vivienda precaria (excluye casa, dpto. y rancho).

Condiciones sanitarias: no posee retrete.

Hacinamiento crítico: más de 3 personas por cuarto (no se refiere a dormitorio). No incluye baño y cocina.

Asistencia escolar: al menos un niño de entre 6 y 12 años que no asiste a la escuela.

Capacidad de subsistencia: 4 o más personas por miembro ocupado y un jefe que no completó tercer grado.

Línea de pobreza o canasta básica total: incluye bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, educación, transporte, salud).

## **PARTICIPACION COMUNITARIA**

### **Objetivos de la participación comunitaria:**

- Fomentar la priorización y participación de la comunidad en la resolución de un problema comunitario.
- Generar un encuentro amigable que permite una buena comunicación con respeto mutuo.
- Plantear nuestro rol como acompañantes de la búsqueda de soluciones.

### **Priorización del problema**

Se realizan pequeños grupos para trabajar los cuadros de matriz de priorización.

Problemas	Tendencia	Frecuencia	Gravedad	Disponibilidad de recursos	Vulnerabilidad
1-Zanjas					
2-Calles					
3-Agua					
4-Inseguridad					
5-Basura					
6-Turnos					

7-Cloacas					
8-Luz					
9- Alumbrado					

Consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle a cada uno un valor entre 0 y 2 para cada uno de los problemas analizados. Los criterios se listan a continuación:

(A) TENDENCIA: se refiere al incremento o decrecimiento del mismo en el tiempo.

(B) FRECUENCIA: ¿A qué porcentaje de la población afecta?

(C) GRAVEDAD: o severidad del problema: ¿Cuán grave para la salud de las personas es el problema?

(D) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS: ¿Cuenta la comunidad con recursos físicos, humanos o financieros para resolver ese problema?

(E) VULNERABILIDAD: y posible prevención del problema ¿Es posible hacer algo para que la situación mejore?

- Puntuación:

2 puntos: el mayor valor. Se le otorga al problema que presente: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel.

1 punto: lo cumplen en parte

0 punto: no lo cumplen

### **Análisis Causal**

A través del Árbol del Problema basada en lo determinantes del Modelo de Campo de la Salud de Lalonde



### **Exploración o búsqueda de alternativas de solución**

La realizamos con la construcción de una Matriz FODA. En la misma, se hace un análisis de las fuerzas actuantes dentro de la comunidad (fortalezas y debilidades) y fuera de la misma (oportunidades y amenazas) que tienen influencia en el logro de la visión que se propone alcanzar.

Resumen:

Primer encuentro: 2 de mayo 14 hs

Introducción: presentarnos y definir bien nuestro rol, explicar que es el ASIS y el concepto de Salud que consideramos.

Presentar resultados de fuentes primarias.

Dividir en grupos para realizar la priorización del problema: matriz de priorización. Luego exponer resultados y unificar.

Cierre: entre todos realizaremos el análisis causal (árbol de Lalonde).

## **CRÓNICAS DE ENCUENTROS CON ESPACIO DE SALUD AMBIENTAL**

### **PRIMER ENCUENTRO**

El objetivo es conocernos y definir acciones para los próximos encuentros.

Primera parte: presentación. Se encuentran presentes:

-Pablo de la cooperativa de vecinos encargado de los camiones que juntan la basura.

- CPA: Julieta, Silvina, Geraldine

- Salita José Ingenieros: espacio de salud ambiental, residentes autores de este trabajo.

- terapeuta ocupacional: Belén

- Subsecretaria de adicciones: Bárbara.
- Organismo provincial para el desarrollo sustentable (OPDS): Ana, Julia
- Grupo de vecinos autoconvocados: Facundo, Pablo.
- Vecina de ARBOL (Asociación de Residentes Bolivianos): Felisa.
- Organización "La Brújula" (centro de día): Silvina.

Segunda parte: presentación de OPDS sobre como reciclar que forma parte del programa provincial "tu manzana recicla".

Cierre: se define la consigna del próximo encuentro: detectar problemáticas relacionadas con la basura.

### **Resumen de la charla informativa de la OPDS**

Problemática:

- Contaminación del suelo: napas de agua con aceites
- Contaminación del aire: materia orgánica abundante mas bacterias forman metano el cual puede ser fuente de incendios.
- Contaminación de agua: plástico menor peso entonces flota, hay aumento de bacterias las cuales consumen oxígeno disminuyéndolo para los peces (muerte).
- Proliferación de vectores
- Social: para alimentación o en busca de residuos reciclables. Se relaciona con la marginidad.

Se quiere cambiar la palabra "basura" por "recurso".

Las buenas prácticas: Las 3 "R"

- Reduciendo la cantidad de basura
- Reutilizando la mayor cantidad posible
- Reciclando

Como separar la basura: bolsa

- /Negra: plastificados, papel de galletitas u alfajores, húmedos, restos de comida, colilla de cigarrillo, desechos del baño.
- Verde: reciclables o recuperables. Vidrio, cartón, plásticos secos, papeles, latas, metales.

Entonces se disminuirá la producción de papel lo que conllevaría usar menos arboles, menos energía y agua para su producción.

Ley 13.592 año 2006 y se reglamenta 2010. Define residuo sólido, gestión de residuos. Competencias de los municipios. Lo controla la OPDS.

La generación de residuos se origina el 50% en los hogares y 20% en oficinas.

Pasos de producción de residuos:

- 1- Deposición inicial: 60% de la bolsa de residuos es alimentos.
- 2- Recolección y transporte. Lo que no sigue este paso es lo que queda como basura.
- 3- Tratamiento: separación y clasificación. Lo que no se puede reciclar sirve de relleno sanitario, el cual lo realiza el SEAMSE.

Así se genera trabajo, recursos y se cuida la naturaleza.

Jerarquía de residuos:

- 1° minimizar
- 2° reciclar
- 3° disponer residuos organicos
- 4° relleno sanitario

## **SEGUNDO ENCUENTRO**

Objetivo: diagnosticar los problemas entorno a la basura.

Facundo (vecino autoconvocado):

Comenta que EDESUR (empresa de recolección de residuos) solo pasa martes, jueves y sábado por las calles 157 a 160 y 518 a 516 que tienen asfalto y solo levantan la que ellos quieren. Entonces los vecinos que trabajan en la cooperativa pasan los lunes, miércoles y viernes y se extienden por otros puntos donde se acumula bastante basura. Además estos últimos ya son reconocidos por la gente del barrio, cada persona sale de su casa con la bolsa de residuos cuando los escucha llegar.

Las problemáticas que los vecinos autoconvocados refieren en relación a la basura son: la recolección habitual poco frecuente e indefinido, falta de cestos, falta de información y concientización, calles en mal estado que no permite que el camión transite, falta de intervenciones para resolver el problema por parte del Estado.

Algunos proyectos y soluciones:

- cooperativa propia, que trabajen los propios vecinos y concientizar al resto.
- reciclado (pero faltan recursos e información antes de llegar a este objetivo).
- canastos: necesitan que se los donen a los vecinos. Son muy caros.

- perros: destruyen las bolsas de residuos en los puntos donde se acumula. Son un gran problema.

Se solicita información para fomentarlo entre las familias, recursos (cestos, bolsas verdes), organigrama de paso de recolección.

Recalca la diferencia que hay entre el barrio "Las rosas" y el centro de LP. (no hay tanta cantidad de perros en las calles, el basurero pasa a horas y días definidos, se puede llamar al 0-800, se corta el pasto de lugares públicos y se juntan ramas).

La problemática del agua fue muy fuerte desde el año pasado ya que fueron varios los momentos en los que no estaba presente entonces hubo corte de rutas, reclamos con el delegado y presencia del tanque comunitario el cual no se sabe en qué estado se encuentra su contenido.

Se está reclamando por un nuevo transformador para los medidores de luz.

Pablo (vecino de la cooperativa de recolección):

Refiere que quieren vivir dignamente entonces utilizan sus propias herramientas para realizar el trabajo de recolección de residuos y ramas.

Encuentran dificultades para la recolección los días que llueve porque pasan por calles que no están asfaltadas a diferencia de EDESUR y son intransitables.

Tuvieron una reunión con Julio Basana de Obras para tratar el tema de calles.

Ayer se comenzó con las obras de agua en el barrio que consisten en una conexión entre el pozo de 525 y 158 con el de 520 y 158 para darle más presión. En el día de la fecha se arreglaron 8 perdidas grandes de agua por medio de la cooperativa aguas más trabajo. Se confirmó la licitación de un pozo (estaba licitado desde hace tres años pero recién ahora se confirma ya que antes nadie quería colocar dinero para ese proyecto) donde se encuentra el tanque comunitario para el Barrio Las Rosas y Las Margaritas.

Se le propone hablar con el director del Hospital José Ingenieros para que la basura sea depositada en la parte de atrás del establecimiento para que no quede expuesta en la calle ya que es un punto de acumulación.

Su próximo objetivo es separar y reciclar. Están haciendo el contacto con compañeros que tienen las maquinas para compactar y realizarlo en el propio barrio.

Residentes de medicina general del HJI: expusimos los resultados de la triangulación surgida del ASIS que estamos realizando. Corroboramos que los resultados del trabajo, a

pesar de que la muestra fue limitada a cuatro manzanas, coincidieron con las necesidades expuestas por los vecinos.

Cierre:

Problemas concretos relacionados con la basura definidos en la reunión son: calles, frecuencia y recorrido de EDESUR, hábitos de los vecinos, canastos que no sean comunitarios ya que sirve de foco.

Objetivo futuro: separación de residuos para reciclado.

Próximo encuentro acciones, estrategias y plazos para resolver los problemas definidos en la reunión.

### **TERCER ENCUENTRO**

Se llevó a cabo el día 20 de mayo de 2015 en el Centro Vecinal Las Rosas. Del mismo participaron los propios trabajadores del centro vecinal -abogados principalmente a la recolección de residuos dependientes de la municipalidad de La Plata-, un representante del grupo de Vecinos Autoconvocados, dos integrantes del Espacio de Salud Ambiental de 'la salita' del Hospital José Ingenieros, y los Residentes de Medicina General autores del presente trabajo.

Las representantes del Espacio de Salud Ambiental propusieron relacionar colectivamente las causas y consecuencias del problema de la basura en el barrio para así considerar propuestas y objetivos reales a corto y mediano plazo. No pudo llevarse a cabo fluidamente la consigna; sin embargo, los vecinos pudieron manifestar propuestas e inquietudes sobre el tema. Se propuso realizar articulaciones con programas provinciales y nacionales (Programa de mejora barrial/Promeba; Soluciones ya, dependiente de Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires). Tras unos momentos de ciertas dificultades de comunicación grupal, se pudo concluir el encuentro concertando la concurrencia del grupo el día 1 de junio de 2015 a la Unión de Cartoneros del barrio, con el objetivo de hablar acerca de la posibilidad de -en el caso de instaurar a nivel vecinal la separación de residuos- articular con ellos para llevarles los residuos reutilizables que los vecinos separen. Por otro lado, se acordó en concurrir el día 6 de junio a la calle 515bis entre 157 y 161 a hablar sobre el problema de la basura con los vecinos. Esta calle fue definida por los trabajadores del centro vecinal como la más problemática a nivel recolección, debido a la imposibilidad de acceder a la misma a bordo del camión de recolección por el precario estado del terreno.