

“EMPECEMOS COMO BARRIO, ESTAMOS NOSOTRAS” Proyecto comunitario para la inclusión de las niñas, niños y adolescentes de Villa Hudson

Autoras/es: ACEVEDO, L; ALMADA, C; BERNABÉ HERRERA, A; CADENAS, G; CORONEL, R; DIAZ, L; DÍAZ, V; DUARTE, G; FIGUEROA, C; FONTANARI, D; GOMEZ, M; INSAURRALDE, M; LAYÚS, P; LUNA, L; MARINO, N; MOTTO, JP; PEPPERMANS, M; PINOCHET PIZARRO, G; RUIZ DIAZ, BG; RUIZ DIAZ, M; SÁNCHEZ, P; SANCHEZ, PL; SEGURA, R; VALERIANO GOMEZ, E;

Centro de Salud Villa Hudson, Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina CP 1888.

Contacto: edgarvgdiez@hotmail.com Tel 01157424646

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo.

Promoción de la Salud

Diversas cuestiones nos movilizan al observar la realidad de muchas/os niñas/os y adolescentes (NNyA) de nuestro barrio. Entre ellas, exclusión o fracaso escolar, violencia, falta de cuidados adecuados, etcétera. Pensamos la posibilidad de realizar un acompañamiento diferente, con una dinámica menos tradicional e inclusiva.

Objetivo General: Construir espacios co-gestionados con la comunidad y emancipadores, para contribuir a la inclusión social de las NNyA, poniendo especial énfasis sobre las familias en situación de vulnerabilidad que se encuentran en seguimiento por parte del equipo de salud en el barrio de Villa Hudson, Florencio Varela en el periodo de 2018.

Metodología: Trabajo CUALITATIVO de Investigación Acción Participativa (IAP).

Propuesta: Se realizó una convocatoria abierta a la comunidad, para sumarse desde sus saberes, a formar parte de un proyecto para incluir a NNyA del barrio. Conformamos así el grupo IAP entre talleristas, referentes institucionales y equipo de salud. Trabajamos la problemática barrial y creamos espacios saludables con dichos saberes.

Resultados: Conformamos varios espacios en instituciones barriales, asisten 94 niñas/os y persisten la mayoría de las talleristas. Trabajamos los conflictos e integración del grupo de cada institución y realizamos espacios de reflexión colectiva del proyecto. Esta reciprocidad comunidad-equipo de salud, es un modelo de atención donde apuntamos a la horizontalidad, a trabajar a partir de las necesidades de la gente, lo que permite hablar un mismo idioma, donde hay una historia de trabajo previo, lucha y vínculos, para la búsqueda de alternativas a una política de Estado ausente.

Palabras clave: Investigación-acción-participativa, vulnerabilidad, determinación social, poder popular, participación.

Materiales: cañón, computadora y sonido.

“EMPECEMOS COMO BARRIO, ESTAMOS NOSOTRAS”

Proyecto comunitario para la inclusión de las niñas, niños y adolescentes de Villa Hudson

Una experiencia de Investigación-Acción-Participativa



Autoras/es:

Equipo de Salud: Acevedo, Lidia; Bernabé, Ana; Cadenas, Gastón; Díaz, Vanesa; Layús, Pedro; Marino, Natalia; Motto, Juan Pablo; Sánchez, Patricia; Valeriano Gómez, Edgar.

Talleristas: Almada, Celeste; Coronel, Ramona; Duarte, Gabriela; Figueroa, Carmen; Fontanari, Daiana; Gómez, Maira; Insaurralde, María; Pinochet Pizarro, Griselda; Ruiz Díaz, Beatriz Gerónima; Ruiz Diaz, Marisol; Segura, Rosaura.

Referentes Institucionales: Díaz, Liliana (Capilla Sagrada Familia); Luna, Lidia (Comedor Rincón Esperanza); Pepperman, Mirta (Capilla Maria Desatanudos; Sánchez Gauna, Patricia Leonor (Sociedad de Fomento).

Comunidad y Equipo de Salud de Villa Hudson

Florencio Varela

2018

Introducción

Diversas cuestiones nos movilizan al observar la realidad de muchas/os de las niñas, niños y adolescentes (NNyA) de nuestro barrio. Entre ellas podemos nombrar la exclusión, o el fracaso escolar; una infancia víctima de violencia; las niñas y niños sin cuidados parentales adecuados; el trabajo infantil; la situación de las/os adolescentes en conflicto con la ley; la calidad de la inclusión social en las lógicas institucionales vigentes; las acciones de cuidado, prevención y atención efectivas; la inclusión en espacios de recreación o aprendizaje no formal; y las capacidades sociales disponibles para promover el pleno ejercicio de los derechos de este grupo.

En el año 2016 iniciamos un trabajo de identificación y seguimiento de familias en condición de vulnerabilidad y encontramos los siguientes indicadores en 11 familias:

“El 54 % eran familias nucleares 27.07% extensas y 18.18% mononucleares, todas sufrían violencia de género, en forma física el 92%, el 34% con situaciones de amenaza de muerte, el 54.5% había padecido alguno de sus miembros abuso sexual. Contaban con redes el 53%, 27.27% tenían integrantes con capacidades diferentes y 45.5% tenían intervenciones judiciales en curso o pasadas. En cuanto a las oportunidades educativas eran analfabetas/os 16.6%, habían tenido oportunidad de matriculación preescolar de sus niños el 16%, asistían a la escuela solo el 58.3% y el 35% estaba desfasada/o entre las/os niñas/os de edad escolar, y el 62.5% de las/os adolescentes no asisten a la escuela.

El 29% tenían pobreza estructural, ninguna/o era asalariada/o formal y el 6.5% de las/os niñas/os trabajaba, el 35% de las/os niñas/os tenía problemas de malnutrición. Alguna situación vinculada a consumo problemático el 54.54%. Alguna cuestión de salud mental familiar en el 45.45%”.¹

Los precedentes indicadores están lejos de los promedios país, y visualizamos que las mejoras en las coberturas en salud y educación, por ejemplo, no se acompañaron de progresos en las trayectorias escolares, o en la calidad de vida.²

Según Poggiese, “el desarrollo urbano actual responde a modelos de gestión funcionales al modelo hegemónico del neoliberalismo capitalista global, imbricándose de tal forma en el sistema democrático que lo devalúa. La participación ciudadana es hoy, un vector imprescindible para la configuración de modos de gestión alternativos. Esos nuevos modelos

decisionales se conforman dentro del campo de relaciones entre Estado y sociedad, en una tensión creativa que posibilita niveles de cooperación y asociación en las políticas urbana”.³

Sensibilizadas/os en esta lógica y pensando en las oportunidades de nuestro espacio local, sabemos que existe en nuestro contexto una entramado de organizaciones formales y no formales, espacios destinados a las NNyA que funcionan con sus lógicas tradicionales, y que persisten a pesar del atravesamiento de variadas contingencias complejas, y que tienen una gran potencialidad, una historia de **trabajo en red**, donde existe autogestión, valores de solidaridad y cooperación, lo que los hacen una oportunidad de intervención. Sabemos también que “hace falta que el Estado -representante del interés público de los ciudadanos y ciudadanas-, intervenga con políticas públicas, revisando sus procesos de producción y distribución de la riqueza para ponerlos al servicio de la mayoría de la población. Para lograrlo, el rol de las organizaciones y movimientos sociales es central. Porque son quienes están día a día viviendo de cerca esta problemática. Acompañarlos a la toma de conciencia, reflexiones y estrategias significa aceptar el desafío.”⁴

Pensamos que existe la posibilidad de realizar un acompañamiento diferente, un avance en términos de garantizar derechos, con una dinámica diferente, y con un seguimiento más activo que rompa con las lógicas tradicionales, y sea más integrador e inclusivo, en especial para estas/os jóvenes de las familias descritas que no pudieron lograrlo.

Pregunta Problema

¿Cómo podemos generar espacios inclusivos no tradicionales que se adapten a la realidad local? La construcción de estos espacios saludables, ¿contribuirán a mejorar y/o garantizar la equidad en el acceso a derechos? ¿Influirán en algún modo en la calidad de vida? ¿Cómo podríamos aprovechar mejor, o con nuevas lógicas a los espacios pre-constituidos?

Objetivo General

Construir espacios co-gestionados con la comunidad, emancipadores, para contribuir a la inclusión social de las NNyA, poniendo especial énfasis sobre las familias en situación de vulnerabilidad que se encuentran en seguimiento por parte del equipo de salud, en el barrio de Villa Hudson, Florencio Varela en el periodo de 2018.

Objetivos Específicos

- ❖ Planificar los espacios vecino-institucionales participativamente con la comunidad

- ❖ Conjugar Saberes Populares con Saberes Técnicos.
- ❖ Diversificar espacios y sus competencias sumando nuevas propuestas recreativas y de aprendizaje.
- ❖ Fortalecer procesos de articulación de los espacios pre-constituidos.
- ❖ Priorizar en la inclusión a las NNyA de las familias en situación de vulnerabilidad

Marco Teórico

La metodología que elegimos es la **investigación acción participativa (IAP)**, que tiene sus raíces en los años sesenta y setenta, con la interdisciplina de Piaget, la investigación-acción de Fals Borda y la pedagogía del oprimido-educación popular de Paulo Freire, que constituyen fenomenales contribuciones y experiencias que abordan lo complejo, y permiten experimentar métodos y avanzar en articulaciones múltiples. En la epistemología de la ciencia, investigadores de la Comunidad Europea, como Funtowitz, Ravetz y De Marchi, proponen la idea de una ciencia post-normal, como estrategia de resolución de problemas que hace necesario incluir a los individuos comunes, no sólo a los científicos; la comunidad de pares no se reduce sólo a los “expertos”, sino que participan además los ciudadanos.³

La IAP tiene como idea central planificar mientras se gestiona, y gestionar mientras se planifica, interviniendo con actoras/es colectivos de manera continua en los procesos que modelan la realidad que se quiere transformar.

Sus características generales son la interdisciplina, multisectorialidad y participación; y los fines la transformación de la realidad concreta, partiendo de un sistema de dominación, teniendo como horizonte la emancipación.⁵

El abordaje de trabajo es desde una **perspectiva de derechos**, que se define como el conjunto de objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de las cuales la atención se dirige a crear oportunidades y fortalecer instrumentos en términos de la equidad y la integración social, que incluye el aseguramiento de individuos, familias y grupos contra determinados riesgos; y la protección a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad específicas.⁶

Entendemos el **derecho a la educación** como un derecho fundamental de todos los seres humanos que les permite adquirir conocimientos y alcanzar así una vida social plena. El derecho a la educación es vital para el desarrollo económico, social y cultural de todas las sociedades. Debería repararse que el pleno desarrollo aludido, implica no sólo la igualdad de

oportunidades ante las condiciones materiales de estos desarrollos, sino asimismo la equidistancia de toda y cada una de las personas, hacia la concreción asequible de estos desarrollos.⁷

Nos posicionamos desde el concepto de la **determinación social de la salud**, cuya idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico. Las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, asumiendo a la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, y sosteniendo una perspectiva conflictual de ésta; en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, y hace que los individuos padezcan el proceso salud-enfermedad-atención de forma diferencial, según clase social, género o etnia. Esta teoría cuestiona de esta forma el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, levantadas por la OMS, cimiento del Modelo Médico Hegemónico.⁸

La **educación popular** es un movimiento de renovación y transformación del mundo a través del poder de los saberes populares. Por medio de esta educación liberadora se pretende convertir el trabajo social de la comunidad en un movimiento popular de dimensión política, tomando en cuenta la biografía de las/os sujetas/os, su lugar y sus tradiciones culturales, convirtiéndose éstas/os en protagonistas de su educación, y por tanto, de su liberación.⁹

Ligado a esto tácitamente se encuentra la perspectiva de crear en estos espacios **poder popular**, que es el poder del pueblo organizado, en las más diversas y disímiles formas de participación, para la toma de decisiones en todos sus ámbitos (político, económico, social, ambiental, organizativo, internacional y otros) para el ejercicio pleno de su soberanía, contraponiendo al régimen de democracia representativa, un régimen de democracia participativa y protagónica donde se le otorga todo el poder al pueblo.¹⁰

Definimos a los **espacios o entornos saludables** según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “a aquellos que ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento. En el acceso a este entorno protector y favorecedor de la salud se reflejan también las desigualdades sociales. Las personas con mayores niveles de pobreza siempre han accedido a zonas urbanas condicionadas por los precios del suelo (Duhau, 2013)

; son agrupadas, en ocasiones, en polígonos de viviendas sociales, de peor calidad, sin posibilidades de elección y territorialmente aislados. Esta segregación espacial concentra en muchos barrios desventajas estructurales que generan entornos poco saludables y, por tanto, inequidades en salud”.¹¹

El **derecho al esparcimiento** está explícitamente mencionado en el artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). El esparcimiento es entendido como un tiempo de crecimiento personal, creación, recreación y participación en la sociedad. La convención de los Derechos del Niño define al esparcimiento como el “tiempo que se puede dedicar al juego o la recreación. Implica la existencia de un tiempo libre o exento de toda obligación relacionada con la educación formal, el trabajo, las tareas domésticas, el desempeño de otras funciones de subsistencia o la realización de actividades dirigidas por otras personas. En otras palabras, requiere un tiempo en gran medida discrecional, que la niña/o pueda utilizar como le parezca”. Este puede ser un espacio para la interacción con la familia y las amistades, o un espacio para estar sola/o, así como un espacio para desarrollar habilidades físicas, intelectuales, creativas y “**blandas**”. Estas últimas son el resultado de una combinación de habilidades sociales, de comunicación, de forma de ser, de acercamiento a las/os demás, entre otras; que hacen a una persona dada a relacionarse y comunicarse de manera efectiva con otras/os. Por lo tanto, el buen uso de este tiempo contribuye directamente al bienestar actual y futuro de las NNyA. Es justamente durante este tiempo que las/os adolescentes desarrollan actividades que las/os ayudan a definir su identidad y a construir una vida autónoma, y la construcción de su propio proyecto de vida”.¹²

Entendemos el concepto de **participación** a la posibilidad de actuar como iguales en un colectivo social que busca respuestas críticas a su situación económica, política, ambiental, social y cultural, siendo la/el educador/a - investigador/a una/o más del colectivo social, que pone su saber al servicio de dicha reflexión, aunque sin duda la potencia y la sistematiza, pero no por ello, intentar imponer sus concepciones o generar relaciones verticales de imposición cultural. Participación es, por lo tanto, “el rompimiento de la relación tradicional de dependencia, explotación, opresión o sumisión a todo nivel, individual y colectivamente: de sujeto/objeto a una relación simétrica o de equivalencia”.¹³

A su vez los equipos de salud debemos superar a la clínica dominante centrada en la enfermedad y practicar una “**Clínica del Sujeto** que incluya a la dolencia, el contexto y al propio/a sujeto/a, entender la singularidad, convivir con la duda, saber escuchar, tanto a la

persona, a otras/os profesionales, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas, construyendo colectivamente los proyectos terapéuticos”.¹⁴

La condición de **vulnerabilidad** de la que partimos es la incapacidad de un/a sujeta/o, o un grupo para resistir un fenómeno que le resulta amenazante, o para reponerse luego de una experiencia disruptiva. También puede definirse como el nivel de indefensión que presenta un ser humano ante una situación que lo ubica circunstancialmente en un lugar donde sus derechos son vulnerados. Es una condición multidimensional, cuyo resultado final es la incapacidad de una persona o familia por diferentes determinaciones de aprovechar las oportunidades existentes para mejorar su situación de bienestar o evitar su deterioro.¹

Pensamos a la **salud** como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas, una tarea que requiere de sujetas/os. Aún el problema epidemiológico existe si hay un/a actor/a que lo produce al identificarlo en la distancia entre lo que vive y lo que desea. No hay modo entonces de construir un problema sin el deseo, el interés transformador de un/a actor/a sobre su propia realidad. La categoría poder, implícitamente unidireccional en los modelos hasta aquí descriptos, asume un rol central en la explicación del problema de salud.¹⁵

Diseño

El trabajo está dentro del paradigma **cualitativo**, ya que la idea es generar un diseño emergente trabajando junto a las/os sujetas/os en estudio, analizando y comprendiendo los fenómenos desde su perspectiva.

Por presentar los siguientes componentes lo encuadramos en una **investigación acción participativa (IAP)**, ya que “trata de acompañar a la población en la identificación y análisis de sus problemas, y la búsqueda de soluciones desde ellas/os mismas/os”.¹⁶ Presenta por un lado un procedimiento reflexivo, sistemático, y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad, con una expresa finalidad práctica.

Un modo de intervención orientado a la acción, siendo a su vez fuente de conocimiento y una actividad en cuyo proceso están involucrados tanto las/os investigadoras/es, equipo técnico; como las mismas personas destinatarias, sujetas/os activas/os que contribuyen a conocer y transformar la realidad en la que están implicadas/os.¹⁷

Acerca de la Metodología IAP

La IAP no suele seguir los esquemas metodológicos tradicionales, ya que se busca establecer una relación sujeta/o-sujeta/o, y no una relación sujeta/o-objeto como en otros diseños, por lo que, para llevar a cabo un proceso crítico, reflexivo, colectivo, participativo y emancipador, se requiere de una menor rigidez, y mayor flexibilidad y dinamismo.

La IAP no termina en la producción de conocimientos, sino que pretende actuar frente a las realidades sociales, transformándolas desde el protagonismo de las/os actoras/es. No es una preocupación principal la obtención de datos, o la constatación de hechos de manera única y excluyente.

Lo prioritario es la dialéctica que se establece en las/os agentes sociales, es por eso que el hilo conductor de la IAP debe plantearse como un **proceso cíclico de reflexión-acción-reflexión**, en el que se re-estructura la relación entre conocer y hacer, entre sujeta/o y objeto de manera que se vaya configurando y consolidando con cada paso la capacidad de **autogestión** de las/os implicadas/os.

Bajo esta perspectiva es imposible, e inconveniente, crear un modelo o esquema metodológico cerrado, a modo de recetario, que nos vaya marcando el paso de lo que debemos hacer en cada momento. Más bien debemos plantear algunos criterios que nos hagan avanzar en la creación de "un contexto investigativo más abierto y procesual de modo que **los propios resultados de la investigación se reintroduzcan en el mismo proceso** para profundizar en la misma"¹⁸

El Contexto

Nuestro barrio se encuentra en el conurbano bonaerense, en el partido de Florencio Varela. Es humilde, como la gran mayoría de los barrios de esta localidad, consta de 110 manzanas y tiene aproximadamente 20 mil habitantes. Las calles son de tierra y de difícil acceso, solo se encuentra asfaltada la calle que rodea al centro de salud. La luminaria y otros servicios como el gas, red de agua, transporte, recolección de residuos, etc., son deficientes. Existen **tres sectores** bien diferenciados del barrio, desde el punto de vista socioeconómico: el sector Luján (con mejores condiciones socioeconómicas y de acceso a servicios); sector medio, o centro (cercano al centro de salud y escuelas); y sector Tosquera o del fondo (de mayor vulnerabilidad, de difícil acceso donde se encuentra una tosquera abandonada) (ANEXO 1 – Historia del barrio).

El centro de salud se encuentra funcionando desde hace más de 30 años, está constituido por un **equipo interdisciplinario** integrado por profesionales psicólogas/os, psicopedagoga, trabajadoras sociales, obstetra, odontólogo, ginecóloga, enfermeras/os, médicas/os generalistas, residentes de medicina general, promotoras de salud, personal administrativo, y de limpieza. Trabaja en red con las Instituciones del Barrio y la comunidad. Tiene una amplia demanda asistencial de todos los grupos etarios (con predominio de niños/as y adultos jóvenes), y cuenta con espacios de Promoción de la Salud ya establecidos dentro y fuera del centro. Recibe a estudiantes de la PFO (Práctica Final Obligatoria) de la Universidad de La Plata; a residentes de Pediatría; y a residentes de Medicina General de otras sedes.

Una fortaleza del equipo de salud es **la residencia de medicina general**. En el año 1998 rotaba solo tres meses por el centro, tenía sede en el Hospital Mi pueblo, y a partir del año 2002, y hasta el 2005, también se sumaron a la rotación todas las residencias de medicina general de la región sanitaria sexta. Durante la misma realizaban un ASIS (Análisis de Situación de Salud), recorriendo el barrio y visitando a su gente, recolectando datos, para luego mediante una planificación local participativa (PLP) con referentes/as del barrio, vecinas/os, e instituciones se planificaban acciones en conjunto según las necesidades y prioridades. Afortunadamente desde el año 2011 la Residencia tiene sede en el Centro de Salud, porque consideramos que la formación de un/a generalista debe realizarse en el ámbito donde desempeñará sus habilidades, que va adquiriendo en el lugar, conociendo su realidad, sus determinaciones e interactuando con la comunidad, que es la fuente del aprendizaje, y objetivo de la atención; con acompañamiento de otras/os médicas/os generalistas, y del equipo de salud en su totalidad, compartiendo saberes, abordando las diferentes situaciones de manera integral, interdisciplinariamente, y de acuerdo a las necesidades y singularidades de la población a cargo. Generando programas de funcionamiento local, en conexión con instituciones, red de vecinas/os, de manera que se construya un abordaje viable, posible, real que resulte a partir de todas sus actoras/es. Trabajando desde los principios de Atención Primaria, desde un modelo en donde se parte de las necesidades de las personas y desde la perspectiva de Derechos y de Género. De esta manera la Residencia se forma inmersa en un Equipo de Salud, de manera que el trabajo interdisciplinario e intersectorial sea un ejercicio habitual, natural, que el/la residente irá incorporando y adquiriendo como práctica desde el inicio de la residencia. Son ejemplo de ello:

- ❖ **Espacio de promotoras/es adolescentes:** en cada reunión con las/os adolescentes se reflexiona sobre lo que ellas/os proponen, y a partir de sus inquietudes se planifican las actividades en conjunto. Esta actividad dejó en evidencia mediante el mapeo colectivo, sus recorridos y la *falta de espacios recreativos* de su interés.
- ❖ **Las familias vulnerables,** en el que nos dimos cuenta que muchas veces el abordaje tiene resultados con altibajos, y que solo se puede abordar aquello que la familia considere prioritario desde sus deseos y necesidades, respetando su autonomía y singularidad, sus subjetividades, posicionamientos frente al mundo y sus historias de vida. Teniendo en cuenta sus determinaciones, y esta mirada hace posible que dichas familias pasen de un estado de indefensión, a un estado progresivo de lucha por la resolución de conflictos, imposible sin un equipo que trabajen desde estas lógicas.

Cuando hablamos de vínculos intersectoriales, no podemos de dejar de mencionar al **comedor “Rincón de esperanza”**, por su historia, y porque su génesis representa un ejemplo de lucha, que no deja de emocionarnos y generar orgullo de tener entre nuestra gente a cada una de las personas e instituciones que hicieron posible su construcción (ANEXO 1).

Estos vínculos hicieron posible la **Red de Villa Hudson**, un entramado de actoras/es constituido por vecinas/os, diversas instituciones y organizaciones que, en tanto sistema abierto y multicéntrico, y a partir de una interacción dinámica entre sus integrantes y/o en articulación con otros colectivos, reflexiona y analiza la realidad, crea alternativas y genera acciones para la transformación de la comunidad. Nos parece pertinente describir brevemente dos espacios que se generaron a partir de la red:

- ❖ La **casa del adolescente**, que fue un emprendimiento colectivo barrial, producto de la ausencia total de espacios en ese momento de recreación y educación no formal donde aprovechado los saberes de las/os vecinas/os que se agruparon en forma voluntaria en la sociedad de fomento, se constituyeron lugares para aprender a coser, bailar folklore, porcelana fría, electricidad, herrería, apoyo escolar, y vóley. Funcionó desde el año 2009 al 2010 de forma autogestionada.
- ❖ La **Posta Sanitaria Móvil**, que tiene como objetivo general aumentar el acceso a la atención de la salud de la comunidad, donde una vez al mes se traslada la atención del equipo de salud a sedes itinerantes, co-gestionadas interinstitucionalmente en espacios seleccionados por las/os vecinas/os, de manera que se pueda captar a la población que no accede al centro de salud, estimulando la participación del equipo

interdisciplinario en la actividad de campo. Como objetivos específicos se enfatizan reforzar los vínculos con las instituciones del Barrio; ampliar los escenarios de atención, dar respuesta a las demandas insatisfechas de las problemáticas prevalentes; conocer las percepciones de las instituciones y de las/os vecinas/os sobre la posta para generar cambios. Dentro de las actividades realizadas en las postas nuevamente visibilizamos la *falta de espacios saludables* del barrio, manifestada por las/os vecinas/os.

Otro logro de la red es el festejo anual del **día de la niñez**, que se planifica en conjunto con las instituciones del barrio. Consiste en una kermés, donde las instituciones aportan desde sus lugares, organizando juegos, merienda y golosinas, y el cierre con número de circo.

Para finalizar nos gustaría resaltar que, a pesar de los diferentes obstáculos, el Barrio de Villa Hudson se fue construyendo gracias al impulso de su gente y la unión de las instituciones que posee. Este posicionamiento es en respuesta a la no-respuesta histórica de sus necesidades, por parte del Estado municipal, provincial y nacional; que determinó la generación de estrategias locales para enfrentar las diferentes contingencias económicas, sociales y ambientales del barrio.

En adelante, utilizaremos algunas herramientas otorgadas por Ander Egg para posibilitar un mejor ordenamiento del plan que se llevó a cabo, y estructurando el desarrollo del trabajo según su percepción de la metodología IAP, que resultará un contraste al modelo investigativo tradicional.

Primera etapa: planteamiento del problema

Con la *pregunta problema* en mente, y teniendo en cuenta el recorrido e historia de trabajo en el barrio, como equipo de salud nos surgían cada vez más interrogantes acerca de qué estrategias llevar adelante para favorecer la inclusión de las NNyA, y sobre todo de las/os que pertenecían a las familias vulnerables.

Retomando un poco lo que fue la experiencia de la “Casa de las/os adolescentes”, una de las primeras ideas que surgieron fue la de generar un espacio nuevo para este fin; aunque se prestó a la discusión el si había que construir un espacio “de novo”, o fortalecer los pre-existentes, tomando en cuenta que estábamos frente a familias cuya situación de extrema vulnerabilidad y recorrido histórico en la marginalidad y vulneración de derechos, dificultaba

el acercamiento a estos espacios, y a su continuidad, quedando entonces nuevamente excluidas/os. Lo que estábamos seguras/os como equipo es que el mero acompañamiento individual de las distintas disciplinas que lo conformamos, no era suficiente.

¿Qué rol puede ocupar la Comunidad frente a este problema?

Fue entonces que desde el equipo de salud se propuso realizar una convocatoria abierta a la comunidad, la organizada institucionalmente, y la que no; para sumarse desde su experiencia y saberes a formar parte de un proyecto que pudiera incluir a las/os chicas/os del barrio. Realizamos invitaciones personalizadas desde el centro de salud a todas las personas con las que cotidianamente trabajamos; hicimos la propuesta de convocatoria en la reunión quincenal de la Red de Villa Hudson; y se armó un flyer que se socializó en las redes sociales, siendo el Facebook la red que más se utiliza, y por donde más se relacionan las/os vecinas/os, como revelaron los ASIS realizados longitudinalmente.

El día de la reunión coincidió con una mañana fría y de lluvia (Junio 2018), por lo que eran pocas las expectativas de tener una gran convocatoria. Estuvimos presentes el equipo de salud (promotora, la trabajadora social, el psicólogo, las/os residentes de Medicina General, las/os médicas/os generalistas, y la Jefa del Centro de Salud); dos referentes de las instituciones del barrio (capillas y comedores); y vecinas/os de la comunidad no organizada.

Luego de una presentación individual de las/os presentes, se fue desarrollando entre todas/os la pregunta abierta de “¿cómo generar más espacios en el barrio, que sirvieran para incluir a nuestras/os NNyA, sobre todo las/os de las familias vulnerables?”; y se realizó una ronda de intercambio en donde cada integrante dio su punto de vista acerca de la problemática.

Lo siguiente es una recopilación de las percepciones de las/os participantes, que agrupamos en categorías para su análisis. Para este fin, la metodología de recolección de datos utilizada en esta etapa es la **Observación participante** en el marco de un **foro de intercambio o asamblea abierta**:

- ❖ Uno de los primeros aspectos que se discutieron en la reunión fueron las **críticas en cuanto al rol de la educación formal que implementa una metodología tradicional**, vivenciada por las propias mujeres del grupo con sus hijas/os y en los distintos espacios donde participaban previamente:

“Los nenes están en 4to grado y escriben los números al revés, eso lo vi mucho” (vecina “E”)

“La mayoría de los chicos va a la escuela, y las mamás dicen que a veces la escuela no las escucha, les cierra la puerta” (vecina, “G”)

“Te agarran idea si las increpas” (dificultad de las maestras para el acompañamiento de las/os niñas/os que no cumplen con las expectativas del curso) (vecina “F”)

“Los chicos quieren aprender, les falta mucho cariño. Los ven vulnerables y los dejan” (referente de comedor, “R”)

“Si los chicos vienen adelantados les dedican tiempo, a los que les cuesta los dejan, los hacen pasar de grado así nomás, y quedan rezagados.” (referente de comedor “C”)

“No sé las tablas, me dijo un chico de secundaria, me pasó lo mismo con otra nena, ellos quieren aprender, no es que no quieren.” (tallerista “M”)

❖ Otro aspecto desarrollado fue la falta de espacios saludables en el barrio:

“Hay mucha necesidad para los chicos del fondo (zona del barrio con características más vulnerables)” (referente de comedor, “R”)

“Antes alcanzaba con ir a las escuelas, hoy vemos que con ir a la escuela no alcanza, hay chicos que van 15 - 20 días en el año a la escuela” (referente de comedor, “C”)

“No hay nada de actividades para los adolescentes.” (referente de capilla “L”)

“Hacen falta espacios para que no pasen tanto en la calle, que hagan alguna actividad” (vecina “G”)

❖ Otro nudo problemático que se expresó durante el intercambio de opiniones fue el **rol de los padres para la contención de las NNyA:**

“Hay mucha violencia y brutalidad, si nosotros somos agresivos los chicos lo van a aprender, somos agresivos, pero fui aprendiendo a no serlo. Nosotros estamos en un país que viene todo mal, y nosotros estamos siendo agresivos.” (Vecina “E”)

“A veces ni siquiera hay que hacer un taller, tan solo dar un abrazo, mirar una película, que alguien los escuche.” (referente del comedor, “R”)

“Hay muchos chicos que no tiene el acompañamiento de la casa” (vecina “F”)

“Los padres no se acercan, y los chicos van solos (al comedor), se sienten seguros que los chicos van a la zona del comedor, ¿pero por lo menos conocen la cara de los referentes del comedor, los que los cuidan?” (referente del comedor “C”)

“Hay chicos que no tienen esa contención, ese amor, entonces buscan el amor afuera, uno vuelca ese amor que yo tengo con mis hijos, estamos viendo que no es la criatura sino la familia, trabajar primeramente con el padre y la madre” (vecina “G”)

❖ Frente a este intercambio de miradas, surgió en el grupo la responsabilidad del Estado ante la **falta de espacios saludables**, que es una de las tantas cosas que no garantiza, además de los servicios básicos. Fue visualizado por todas/os que es un barrio vulnerado en sus derechos, pero eso no implicaría que haya que quedarse

esperando a que se resuelva todo espontáneamente. Surgió de las presentes el espíritu de lucha que sentimos que caracteriza al barrio ante los conflictos:

“Empecemos como barrio, y después exijamos a quien hay que exigir” (referente Comedor “R”)

“Si el municipio no está apoyémonos entre nosotros, no están, pero estamos nosotras” (vecina “F”)

Análisis

Como grupo IAP (en formación) evaluamos en conjunto que la problemática de la inclusión de las NNyA de nuestro barrio estaba teñida de varios componentes, que se podían agrupar en las siguientes categorías:

- 1. Críticas a la educación con modelo tradicional**
- 2. Falta de espacios de recreación y educación no formal, o espacios saludables**
- 3. Dificultades en la contención familiar**



Ante esta situación, surgió la iniciativa de crear espacios con los saberes de las/os participantes; espacios que pudieran alojar a todas/os las/os NNyA, con lógicas diferentes a las tradicionales. En términos conceptuales, la propuesta fue comenzar a trabajar en la primera y segunda categoría, diversificando espacios saludables en el barrio, y proponiendo otras lógicas de contención para las/os chicas/os. Más adelante veremos que la tercera categoría (dificultades en la contención familiar) volvería a surgir como propuesta de trabajo.

Segunda etapa: conformación del grupo IAP

Finalizada la reunión de problematización, surgieron las primeras iniciativas concretas que fueron consolidando el grupo de trabajo, y se distinguieron los roles de cada miembro del grupo IAP:

1. Las/os **talleristas**, integrantes de la comunidad que aportan sus saberes en un determinado espacio, algún/os día/s de la semana para poder compartirlo con las/os chicas/os

2. Las **referentes institucionales**, de dos capillas, dos comedores y la sociedad de fomento, que brindan el espacio físico para los talleres, y de la convocatoria y difusión en sus territorios. Con la participación en reuniones posteriores de integrantes de la escuela secundaria, se abrió e incorporó a este fin un espacio ya previamente dinamizado que fue “patios abiertos”.

3. El **equipo de salud**.

Más adelante veremos que en la dinámica de la IAP, estos roles se irán transformando y adquiriendo nuevas responsabilidades y competencias.

Tercera etapa: construcción del plan de acción

Se llevaron a cabo **dos nuevas reuniones** donde se fue dando forma al proyecto comunitario. En estas se incorporaron nuevas/os talleristas, invitadas/os por las/os diferentes integrantes, y a través de las redes sociales:

*“Mi sobrino puede ir los miércoles por la mañana para enseñar a jugar al fútbol darles un poco de ejercicio, a los chicos mi otro sobrino quiere dar apoyo escolar, él puede también los miércoles.”
(tallerista “M”)*

“Mi hijo y mi nuera si van a poder dar clases de baile folclórico, también le pregunté a la chica que sabe hacer tejidos con dos agujas, que quedó en contestar en esta semana los días que va a poder hacerlo.” (tallerista “E”)

Primero se confirmaron las sedes de los talleres, que como ya se explicitó, serían espacios físicos previamente constituidos en el barrio. Cinco en total, de las cuales dos eran capillas; la sociedad de fomento; la escuela en su espacio de “patios abiertos”; y dos comedores. Por la localización de las sedes, se delimitaron dos zonas. La zona 1 incluye el sector Luján y Centro del barrio; mientras que la zona 2 incluye el sector tosquera, o del fondo.

Las/os talleristas propusieron las siguientes **actividades**: apoyo escolar, lencería, fotografía, manualidades, reciclado artístico, folklore, salsa merengue y bachata, música, elaboración de piñatas, canto, y gimnasia.

Se acordó donde funcionaría cada taller, según conveniencia de cada vecina/o, intentando diversificar en las dos zonas los talleres con temáticas similares (ej. folklore se realizaría en una sede de la zona 1, en días diferentes al taller de salsa y merengue, que

funcionaría en la zona 2). De esta forma se confeccionó el primer **cronograma** de actividades, con horarios, sedes, tallerista y referente de cada taller (ANEXO 2).

Se discutió entre las/os presentes quiénes serían las/os **destinatarias/os de las actividades**, entendiendo que había interés particular en las familias vulnerables, y que además en cada sede ya había una matrícula más o menos estable:

“¿Es abierto a la comunidad o solo es para los chicos de cada institución?” (referente comedor “C”)

Se concluyó que el proyecto sería abierto, y estaría destinado a todas/os las NNyA que desearan participar. Se definió **iniciar las actividades** en las vacaciones de invierno, ya que restaba algo de tiempo que se aprovecharía para generar una gran convocatoria.

Como equipo de salud tomamos la tarea de digitalizar e imprimir los cronogramas; repartirlos a cada institución y a sus referentes; además de hacer la **invitación personalizada** a las familias vulnerables en el contexto de visitas domiciliarias para este fin.

Para la **comunicación interna del grupo IAP** se establecieron dos grupos virtuales, a través de la plataforma de WhatsApp y Facebook, para facilitar la coordinación entre los miembros; socializar inquietudes, reflexiones, opiniones, o situaciones problemáticas que fueran surgiendo; y ponerle fecha a las próximas reuniones.

Como equipo técnico, desde el centro de salud resaltamos la importancia de tener **instrumentos** para la recolección de algunos datos que nos servirían para la evaluación del proyecto:

1) **Registro de asistencia** de las NNyA a las actividades y sus edades, para evaluar convocatoria, y verificar la asistencia de las NNyA de las familias vulnerables.

2) **Fotografías y Cuadernos de campo** donde se irían registrando percepciones y apreciaciones personales de las actividades.

Se pautó una **frecuencia de reuniones** del grupo IAP quincenales en un inicio, para ir espaciándolas a medida que se fueran consolidando los espacios; reuniones de coordinación, puesta en común, y evaluación, donde hacer catarsis y poder debatir nuevas propuestas para mejorar.

En el debate colectivo se agregaron otras tareas: las referentes institucionales además de encargarse de preparar el espacio, abrirlo y cerrarlo a tiempo; tomaron la responsabilidad de acompañar y apoyar a las/os talleristas durante la jornada, para facilitarles la dinámica:

“Nos encargaremos los referentes en caso de que vengan los chicos pequeños, para apoyar a las talleristas.” (Referente Comedor “R”)

También se propuso armar desde el centro de salud **un grupo itinerante** que pudiera visitar a las NNyA que generasen preocupación o dificultad de abordaje a las/os talleristas:

“Hay que ver por qué no vienen...si algún chico empieza y no va, hay que ir a buscarlos, y ver por qué no viene. El acompañamiento es cuerpo a cuerpo” (tallerista “G”)

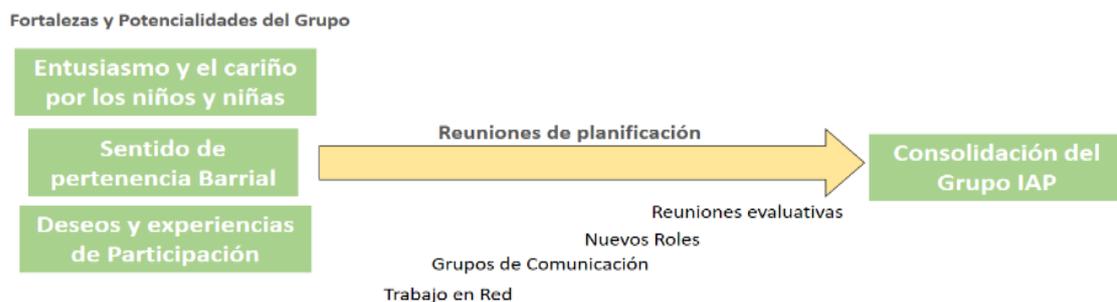
Estas reuniones fueron multitudinarias, y resultaron buenas instancias de conocimiento y reconocimiento con la/el otra/o, y donde se fue consolidando el grupo, que era cada vez más grande. Se remarcaron las **ganas de participar que todas/os tenían, además del cariño y preocupación por las/os chicas/os, y el sentido de pertenencia hacia el barrio.** Fue un momento importante, ya que el encuentro entre las/os talleristas y las/os referentes institucionales era vital para coordinar, y empezar el trabajo en conjunto:

“A mí me gusta mucho el apoyo escolar, estoy en la iglesia y cuando les enseño de la biblia veo cómo les cuesta el contacto del pizarrón al cuaderno” (tallerista “G”)

“Me gusta estar con los chicos y la gente grande, yo era manzanera, le hablaba a las mamás, las saque adelante las mandaba a la salita, que nos den un turno para las mamás para tener los controles al día, me gusta trabajar me gusta participar” (tallerista “F”)

“A mí me gustan las manualidades, participo más para aprender me gustaría aprender y quisiera ver las cosas desde otro punto de vista” (tallerista “R”)

“Yo estoy estudiando canto, estoy en la iglesia. Agarro esta responsabilidad, siempre me gustó trabajar para este, nuestro barrio” (tallerista “E”)



Análisis:

Durante las reuniones de planificación surgieron las siguientes categorías que demuestran por un lado las **fortalezas y potencialidades** que cada integrante del barrio traía; y por el otro también se percibía cómo se fue **consolidando al grupo IAP**, ya que no solo el

grupo se limitó a realizar las actividades, sino también a mantenerse comunicadas/os, pensar nuevos roles y estrategias en cada reunión, y la necesidad de volverse a juntar para la autoevaluación.

Etapa 4: Ejecución y evaluación del plan de acción

En las reuniones sucesivas hubo participación casi plena de las/os talleristas y referentes. Se trataron temas como el re-armado de cronogramas, según las particularidades que se fueron sucediendo; se redefinió la población destinataria, ya que además de las NNyA se habían entusiasmado muchas madres y adultas/os; se buscaron estrategias para mejorar la convocatoria a las familias vulnerables; y antes de finalizar cada reunión se pautaba la fecha de la próxima. Además, se diseñó un registro de asistencia para las/os niñas/os que concurrieran a los distintos talleres. Cada tallerista hizo el registro como le pareció, lo que significó que los datos obtenidos no fueran completos, pero sirvieron para replantear la idea, y poder hacerlo en un futuro mejor.

Los siguientes son los datos registrados por las/os talleristas: **participan en los espacios 94 niñas/os, 61% mujeres, 39% varones, con edades en un rango entre 6 años y 14 años, edad predominante (moda) 11 años. La distribución más igualitaria se observó en los espacios de apoyo escolar; siendo en el resto, predominio de niñas.**

Si bien se propuso la realización de un **cuaderno de campo** para anotar las apreciaciones diarias de los talleres, no resultó una estrategia exitosa, debido a que el modo de expresión habitual del grupo no era la escritura, y muchas/os de las/os presentes tenían dificultades para la misma; por lo que se propuso el recurso de las **fotos** representativas, y enviar sus percepciones a través de **mensajes de voz** en las redes sociales.



“Los chicos ayer en rincón en el taller de fotografía”



“A pesar de la lluvia del mal clima, los chicos presente al apoyo escolar ,pidiendo tarea para casa!!!”



“Taller de música; hicimos percusión con vasos, con el cuerpo y cantamos muuuucho! La próxima semana haremos instrumentos musicales con botellas. Hermoso!!! Al grupo les gustó lo que trabajamos y se fueron con una sonrisa”



“Hoy en la sociedad fomenta sra B explicando a la madre con su niña tantas cosas que se puede hacer con los reciclados”



“Estos alumnitos son los del Comedor R, son casi entre 28 y 30 alumnitos que tenemos con mi compañera, también sacando adelante a muchos de ellos con la diferencia de que acá no vemos nunca la presencia de ningún padre, y no podemos evaluar mucho detrás de ellos más de lo que nosotras vamos viendo en cada trabajo de ellos, más allá de que uno es más dulce que otro hay días que algunos nos vuelven loocaaa pidiendo más tareas y eso a nosotras nos da más fuerzas y voluntad de seguir adelante con ellos”



*Hoy volví a rincón y las chicas me esperaron con algo hecho !!!👏👏👏👏👏👏
(taller de lencería)*

Durante los primeros encuentros de reflexión-acción se registraron las siguientes reflexiones que se agruparon en las siguientes categorías para su posterior análisis:

Reconocimiento

*“Fue un éxito, vinieron muchos chicos y adultos, toda la semana hubo chicos, pero había muchísimo barro. Hubo mucha publicidad, hicimos volantes, contentos de que empezaron las actividades”
(referente “M”)*

“La actividad salió muy bien, contentos los chicos, quiero plantear la opción de incluir a los adultos, porque vinieron varios y no les dije que no, ¿qué hacemos? (tallerista “C”)

“Los nenes pedían que ponga más tarea, eso me llamó la atención” (tallerista “M”)

“Me sentí muy bien, me dijeron que me querían mucho” (tallerista “E”)

“Las adolescentes me cuentan sus cosas” (tallerista “R”)

“Había una mamá con una nena que venía, y me dijo que le llamó la atención el sillón reciclado, también estaba la señora de la sociedad de fomento que se quedó admirada por todas las cosas que se pueden hacer” (tallerista “V”)

“Ayer en la capilla “S” fue mi primer día y la verdad que fue muy efectivo pensé encontrarme con pocos niños, cuando llegué y vi que había seis me alegró porque era una mañana tan fría como la de ayer y la de hoy, a veces los chicos tienen pereza para levantarse y más para estudiar. Me conmueven sus caritas esperando cosas de mí, me dicen “seño estoy muy contenta de participar” (tallerista “M”)

“Hoy en apoyo escolar había 35 chicos, no quería que me vaya, me pedían más tarea” (tallerista “G”)

*“¡Que alegría ser parte de este grupo! ¡Aplaudo a todos por el gran trabajo hacia la comunidad!”
(tallerista “C”)*

*“En el supermercado estaba justo comprando, y me dijeron “mi señorita!! ella es mi señorita”
(tallerista “R”)*

“Muy bien nos fue, el viernes en la capilla fueron dos hijitos de las cocineras y por suerte les gusto, también estaba R con su amiga. Y en la sociedad todo un éxito, siete nenes en total, uno más amoroso que otro” (tallerista “D”)

Personalización de situaciones complejas

“Hay chicos que necesitan mucha contención” (visualización de la problemática de una de las familias vulnerables) (tallerista “G”)

*“Ricardo quiere atención personalizada, no comparte con otros chicos. Ahora está mucho mejor.
(tallerista “M”)*

“Hay veces que los chicos vienen y no quieren hacer nada, yo no los presiono, la idea es que sigan o se sumen, y no quiero que sientan que es una obligación” (tallerista “G”)

“A veces quieren charlar, te cuentan. Vienen y te avisan que no quieren hacer nada y que mejor vienen al otro día, y se van” (tallerista “R”)

Dificultades

“Son chicos de muchas edades, y a veces me cuesta darme cuenta de qué tarea le tengo que dar a cada uno, a veces me confundo (...) por ejemplo yo pienso que el nene es más chico, y me dice “esto ya lo sé, dame una multiplicación que esto lo sé hacer” (tallerista “M”)

“Cuando te cuentan cosas personales no sabés qué hacer” (tallerista “R”)

“Hay veces que nos desbordan algunas cosas” (tallerista “L”)

“El profe de gimnasia solo va con los varones, las chicas no por la cantidad que son; los intentó mezclar y las nenas eran más salvajes que los varones, “M” decidió separarlos por géneros, porque se habían golpeado entre ellos (...) no es fácil manejar un grupo grande, se empezaron a pegar, las nenas primero” (referente “L”)

“Disculpen que no pude ir, es que me mudé y no podía ir, veo esta semana si puedo” (tallerista “A”)

“No tenía crédito para WhatsApp está todo más que complicado, no hay un mango!” (tallerista “C”)

“No pude empezar porque tuve que ir a trabajar, trabajo de cuidadora domiciliaria, no tengo ningún problema de tiempos si estoy en mi casa, pero si me sale un trabajo tengo que ir” (tallerista “E”)

“Estoy teniendo problemas con los materiales para hacer las piñatas si pueden ayudar necesito papel crepe, cartulinas, goma de pegar, algunas tijeritas...gracias!” (tallerista “M”)

Propuestas

*“Estaría bueno a fin de año realizar un festival mostrando en una exposición cada uno lo que hace”
(promotora “A”)*

“Tenemos un vacío con respecto a los padres, podríamos hacer muestras locales a los padres, ahora viene el día del niño a futuro realizaremos una expo Hudson para la fiesta de los 35 años de la salita.”

“En el espacio de gimnasia volver a juntar chicos y chicas, y las referentes acompañar para que no haya lío” (referente “M”).

“Generemos espacios para conocernos mejor, podemos juntarnos a matear y charlar” (tallerista “R”)

“Para que los chicos no se queden sin actividad, las talleristas que hacen lo mismo podrían unirse, y si una no va, puede ir la otra”(tallerista “M”)

“Podemos tener fallas y dificultades, pero le ponemos siempre buena onda” (tallerista “L”)

Posterior al intercambio de reflexiones se planteó la matriz FODA como herramienta para facilitar la **evaluación y análisis** de lo discutido por el grupo IAP. Fue una gran herramienta que nos permitió ubicar las reflexiones generadas en dificultades y fortalezas del grupo, y de esa forma generar propuestas para superarlas:

Fortalezas (internas)	Debilidades (internas)
<ul style="list-style-type: none">❖ Unión entre talleristas/ referentes / equipo de salud❖ Conocimiento de las historias de vida de las/os chicas/os que ayuda al manejo❖ Buen trabajo en equipo❖ Compromiso y buena onda❖ Talleres dieron frescura a los espacios preexistentes❖ Empatía❖ Motivación / espíritu / cariño por las/os chicas/os❖ Conformación de un grupo que se apoya el uno al otro❖ Diversidad de oferta de talleres y saberes	<ul style="list-style-type: none">❖ Dificultades en el manejo grupal/ desborde❖ Pocos talleristas para cada taller❖ Irregularidad asistencia de los talleristas❖ Dificultades para conseguir materiales para trabajar❖ Dificultad para convocar en algunos espacios❖ Dificultades en el registro de las actividades❖ Dificultades en el acompañamiento de situaciones problema❖ Poca presencia del equipo de salud en las actividades
Amenazas (externas)	Oportunidades (externas)
<ul style="list-style-type: none">❖ Trabajos o problemas personales❖ Días de Lluvia❖ Falta de compromiso de los padres para llevar a sus hijas/os❖ No presencia de los padres en los espacios	<ul style="list-style-type: none">❖ El entusiasmo de los niños y niñas❖ Talleres en horarios cercanos al comedor son más exitosos❖ Red Barrial consolidada

Luego de identificadas las fortalezas y oportunidades; y las debilidades y amenazas, surgieron las siguientes propuestas:

- ✓ Promocionar los talleres que no están teniendo gran convocatoria.
- ✓ Realizar una exposición de lo trabajado en los talleres para mostrárselo a los padres durante la jornada del día de la niñez.
- ✓ Rotar días y horarios de los talleristas en instituciones.
- ✓ Conformar grupos de talleristas, coordinar entre talleristas con saberes similares para garantizar día y horario ante eventualidades.
- ✓ Comunicarse con los compañeros que dejaron de participar como talleristas.
- ✓ Repartir folletos con el cronograma del proyecto durante el día de la niñez.
- ✓ Realizar una colecta de materiales para los talleres.
- ✓ Solicitar recursos a la Secretaría de Salud.
- ✓ Generar espacios de enseñanza-aprendizaje para las talleristas para el manejo de grupos.

En líneas generales la mayoría de las propuestas se concretaron, queremos destacar dos de ellas ya que suman al análisis de esta etapa y del ciclo acción-reflexión:

1. Participación en el día de la niñez
2. Primer encuentro de manejo grupal y resolución de conflictos

El **día de la niñez** fue un momento clave en la conformación del grupo, donde se hizo una exposición de cada taller, y sirvió para convocar a más NNyA a los talleres, como se había propuesto a partir del DOFA. Participaron cerca de 200 niñas/os, hubieron juegos, circo, merienda, y golosinas para todas/os. Sin embargo lo que no se pudo concretar fue el conocer a las/los padres de de las/os NNyA que participan de los talleres.



“Así nos estamos preparando apoyo escolar para hacer una exposición para el día del niño”



“Feliz muy feliz de poder ser parte de esta hermoso grupo que formamos, jamás vi tanta caritas llena de felicidad, felicitó a todos el gran esfuerzo realizado , la verdad salió todo más que bien, salió todo perfecto. Mi ♥está muy feliz”

Si bien el ánimo general del grupo IAP era bueno, en el último encuentro de **resolución de problemas o conflictos (24/9)**, surgieron algunos roces y malestares: a cargo del espacio estuvieron la psicopedagoga y el psicólogo, que entendimos como grupo que eran los que más herramientas tenían para este fin. Se realizaron dinámicas grupales con dos juegos para discutir el trabajo individual vs el grupal; y sobre los liderazgos y las dificultades para la consolidación de un grupo.

En la catarsis y reflexión final surgieron **diferencias** entre talleristas y referentes; malos entendidos que devinieron en malestares; y roles y objetivos diferenciados que cada una/o perseguía y que quizás no eran tan explícitos; sobre todo entre las/os talleristas de una de las capillas, en la zona 2 (tosquera). Para pulir estas asperezas fue que se utilizó el recurso del **árbol de problemas y de soluciones**, para fortalecer al grupo y enfatizar que lo importante, y el objetivo de todas/os, eran las NNyA.

En síntesis, **la matriz FODA** nos permitió evaluar el plan de acción que nos propusimos; surgieron propuestas que en su mayoría se concretaron, excepto quizás el acercamiento a las/os m/padres, que fue algo que aún no se pudo concretar. Durante el último encuentro se hizo más claro que **la tensión existente** entre talleristas y referentes institucionales surge como una *debilidad* para tener en cuenta, y seguir trabajando.

Los procesos de acción-reflexión aún continúan, nos encontramos en un constante aprendizaje, lo que a su vez nos permite conocernos internamente como un grupo IAP heterogéneo, con diferentes intereses y algunas pujas de poder por resolver. Pero esto recién empieza, y nos queda un largo camino por recorrer.

Análisis e interpretación del proceso IAP

El primer concepto que nos surge para el análisis es el hecho de que habiendo iniciado las acciones como grupo IAP en los espacios barriales en julio, es que a la fecha (fines de septiembre), el 70% de las actividades planificadas **persisten** en funcionamiento, con participación creciente de las NNyA en los diferentes espacios.

Para el **análisis del grupo IAP** nos basamos en los criterios del colectivo español IOE, que enfatiza 5 puntos para evaluar el impacto del grupo (ANEXO 3): la articulación entre las/os intervinientes; si era sentida la necesidad que se trabajó, y el nivel de problematización de la misma; la forma de reflexión-acción que se conjuga; los distintos niveles de los actores sociales

que participan; y si el proceso IAP contribuye a la autonomía y autoorganización de la población.¹⁹

Con respecto a la **etapa de problematización**, nos queda pendiente como grupo IAP poder profundizar en la reflexión acerca de los tres ejes construidos:

¿Por qué hay dificultades en las interrelaciones familiares? ¿qué les pasa a las/os m/padres? ¿por qué las/os chicas/os viven en un ámbito de violencia? ¿Por qué aún predominan las metodologías tradicionales en los ámbitos de educación formal y no formal? ¿Por qué en nuestro espacio local no hay espacios saludables?

Estas oportunidades de reflexión no solo nos habilitarán a crear estrategias nuevas, sino también a fortalecer la conciencia política de lo que enfrentamos como barrio.

Con respecto a **las/os integrantes del grupo IAP**, dentro del equipo de salud se prestó al debate la *asimetría* existente entre las/os “profesionales”, y las/os vecinas/os; por el status, o el rol que tenemos, adjudicado quizás por una construcción socio-histórica, que está anclada en el modelo médico hegemónico, y legitimado por la gente del barrio, y la sociedad. Surge el cómo superar esta asimetría, y poder articular en un contexto de iguales, de forma más horizontal. El desafío existe en poder seguir promoviendo los espacios de reunión, para seguir articulando, evaluando e impulsando los espacios en conjunto, promoviendo **nuevos protagonismos** en el barrio.²⁰

Con respecto a **las/os Talleristas** se resalta que fueron en su casi totalidad mujeres las que se comprometieron a conformar el grupo IAP, lo que denota las desigualdades de género que existen, siguiendo el modelo de dominación patriarcal, donde son las mujeres las que deben velar por el bienestar de los NNyA, además de las tareas laborales (precarizadas en su mayoría), y las domésticas (empleo no remunerado), consolidando así la “triple jornada laboral”. Como dice Jelin: “en un contexto en el cual el Estado ha dejado de garantizar servicios (que históricamente habían sido producidos por él), es la mujer quien asume un papel protagónico, en tanto no sólo debe afrontar las responsabilidades que devienen del ámbito doméstico (en el cual se la ha ubicado históricamente); sino que actualmente debe afrontar además las exigencias del ámbito público” También se reconoce que a nivel del grupo doméstico y otros microgrupos, se realiza el mayor número de actividades –incluidas las participativas- referidas al proceso de salud/enfermedad/cuidado, y que dichas actividades están centradas en la mujer en su rol de esposa/madre. Es en los sectores populares donde

cobran importancia en la resolución de necesidades cotidianas de todos los miembros de la familia o la comunidad. Es un fenómeno estable en la estructuración de las relaciones sociales urbanas cotidianas, que crece en la medida que escasean los recursos institucionales estatales, tales como guarderías, jardines maternos, comedores comunitarios, etc.²¹

La fotografía como método de recolección de datos, resultó ser un excelente modo de comunicación utilizado por las/os talleristas y referentes institucionales, nunca usado por el equipo de salud hasta ahora. Entendimos, como dice Paula González Granados, que “usar la imagen puede ser especialmente relevante para dar cuenta de las identidades de determinados grupos sociales, en tanto supone hacer visible lo invisible de nuestra cultura. En este sentido, el proceso de investigación que utiliza la imagen fotográfica puede ser una actividad de empoderamiento a través de la representación estética de la identidad grupal.”²²

¿El saber no tradicional aloja de una mejor manera a NNyA de familias en situación vulnerabilidad, que los lugares con lógicas tradicionales?

Cabe resaltar que como equipo de salud nos interesaba incluir especialmente a los NNyA de familias en situación de vulnerabilidad, y fueron las/os talleristas las/os que con una mirada más amplia plantearon ocuparse de *todas/os* las NNyA del barrio sin distinción; y fue bajo esa lógica que desde su empatía y saberes, sin dar cuenta de cuáles eran las familias que acompañábamos, pudieron identificar a las NNyA vulnerables, y prestarles un acompañamiento diferente a los otorgados por las instituciones tradicionales, donde quedaban excluidas/os.

Respecto a los *desafíos del trabajo en grupo*, articulando con muchas personas, creemos que dimos erróneamente por hecho que la conformación del espíritu de grupo se iría consolidando con la marcha misma del proceso, de forma espontánea; y si bien en algunos espacios fue así; no lo fue en otros, y para poder manejar los conflictos, las pujas de poder, y fomentar vínculos se necesitarán varias reuniones, y es un proceso que está en marcha.

Nos encontramos en un estadio inicial de la constitución del equipo, nos vamos conociendo como actoras/es del barrio, y si bien hemos trabajado muchas veces en distintos ámbitos, nunca lo habíamos hecho enmarcado en un proyecto con objetivos tan grandes, que necesita de fuertes compromisos de todas las partes, sin remuneración alguna en un contexto socio-económico desfavorable, y donde se conjugan intereses, y se ponen en disputa diferentes grados de poder en el barrio.

*¿Cómo articular los **nuevos protagonistas** de las talleristas que entran en el marco de la red barrial en donde están presentes **espacios autogestionados** con sus cuotas de poder e intereses, como lo son los comedores y capillas?*

En este marco también estamos el equipo de salud con roles hasta ahora claros aportando saberes técnicos, facilitando espacios de encuentro-reflexión, sin perder de vista que también estamos aprendiendo de la problemática y de cómo accionar frente a la misma colectivamente.

*¿Cómo construir la **unidad** en esta heterogeneidad de actores?¹³*

Sin duda los espacios de reflexión-acción serán claves para los desafíos que tenemos, como el de consolidar la unidad del grupo, para poder superar las amenazas y debilidades internas, valorar las fortalezas y aprovechar las oportunidades. No perder el eje, y centrarnos en los objetivos para no perder las metas, y seguir creando conciencia política en nosotras/os y nuevos protagonistas en el barrio.

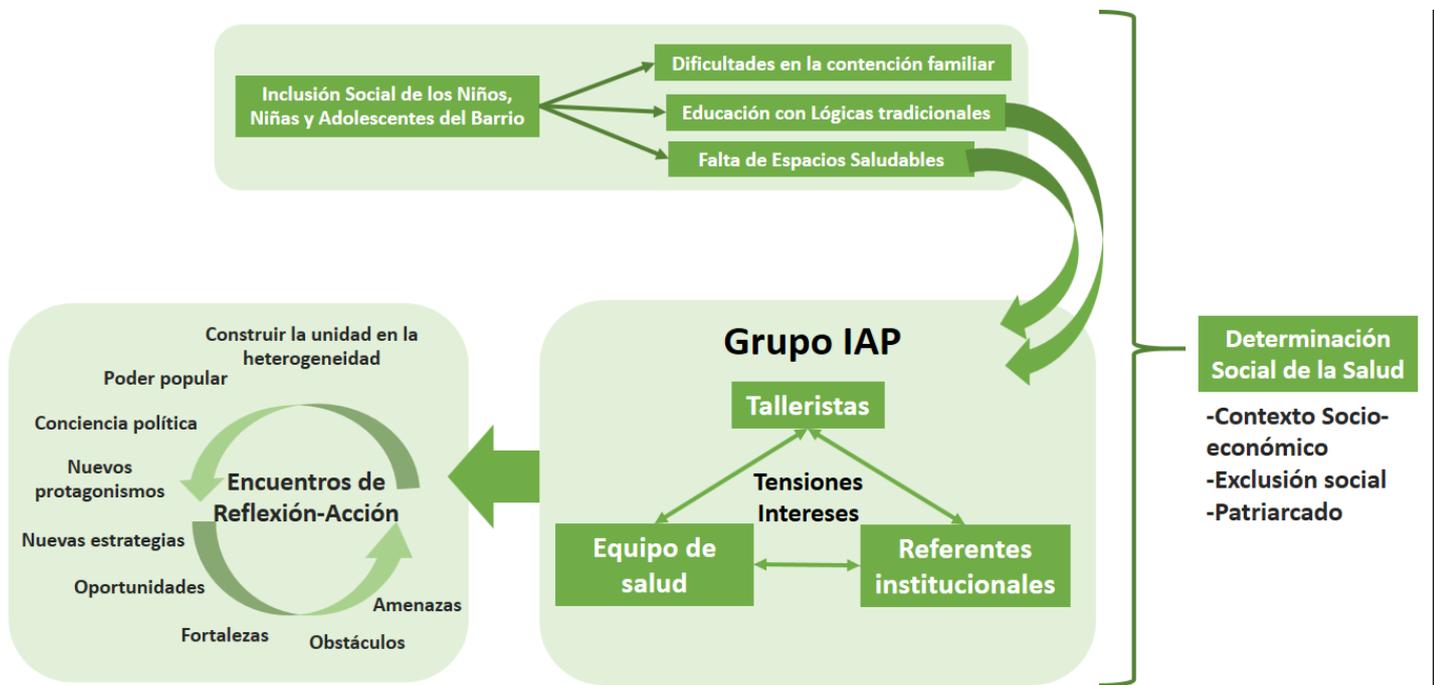
Con respecto a esto los autores resaltan lo siguiente: *“Cuando un grupo identifica su problema en forma colectiva, aparece la necesidad de buscar una solución organizada y adecuada a esa problemática. **La organización** se constituye en ese momento para los grupos, en un problema concreto, que exige de una solución inmediata para un posterior trabajo.”*

“Se parte de la lucha diaria en la forma de acciones estructuradas, y paso a paso éstas se transforman en acciones más sistemáticas, políticas y reflexivas, hasta llegar a constituirse en una participación política metódica, que se erige como una acción consciente, orgánica y planeada.”

*“**La actividad dialéctica entre la acción y la reflexión** no garantiza por sí misma y de forma inmediata un comportamiento político adecuado de los sujetos” “Tampoco su existencia plantea soluciones, sino que ofrece al mismo tiempo nuevos problemas que deben ser reflexionados de nuevo en un cambio eventual de estrategias y tácticas “.*

“El comportamiento político amplía, renueva, actualiza constantemente la situación del análisis en la capacitación política. Los cambios políticos, que se perfilan en como meta, son pensados más a nivel de la toma de posiciones personales y políticas y de las estructuras de pensamiento de las/os participantes, que a nivel de grandes cambios en estructuras institucionales oficiales.”²³

Sintetizamos a modo esquemático el proceso que fuimos llevando a cabo, sabiendo que en el acción-reflexión continua van a ir modificándose las distintas variables; descartando algunas, y sumando otras. Un punto en lo que estamos de acuerdo con los autores es que ninguna/o de las/os involucradas/os es la/el misma/o después de esta experiencia.



Conclusiones

Este trabajo nos permitió como equipo de salud inserto en un barrio, remarcar la importancia que tienen los vínculos construidos con la comunidad, además de valorizar a cada integrante del grupo IAP.

Con una conformación que solo es posible cuando existe un trabajo previo (sensibilización de su gente ante las problemáticas), conocimiento de su gente y sus costumbres, su cotidianidad; que nos permite reflexionar con la/el otra/o, y poder a partir de la deconstrucción de lo aprendido y la incorporación de nuevos saberes, generar nuevas lógicas de trabajo en conjunto.

Esta reciprocidad comunidad-equipo, en la que hay una respuesta mutua para transformar la realidad; es el reflejo de un modelo de atención, donde se apunta a la horizontalidad y a mejorar la accesibilidad. Trabajar partiendo de las necesidades del barrio permite reflejarnos y hablar un mismo idioma. El trabajo previo, la cooperación y organización colectiva, la lucha y los vínculos construidos, que parten de un encuentro en la necesidad de búsqueda de alternativas ante una política de Estado ausente; nos potencia, nos estimula, y

nos fortalece, porque cada una/o de las/os integrantes del grupo puede contar con la/el otra/o. Esto no quiere decir que en su proceso no estemos encontrando dificultades, es parte del crecimiento reflexionar sobre ello, abriendo el debate.

Pensamos que superar esa asimetría que mencionamos en el análisis tiene que importar no sólo para el proyecto IAP, sino que tiene que ser un horizonte de construcción y acompañamiento a las personas en su proceso salud-enfermedad-atención, entendiendo a la Determinación Social de la Salud, esgrimiendo el concepto de Ferrara, donde la salud es entendida como la capacidad de dar la lucha a las vicisitudes de la vida, y a las adversidades que se generan en el afán de lucro producto de la explotación del hombre por el hombre.

Con respecto a la problemática trabajada, esta experiencia significó empezar a materializar estrategias emancipadoras innovadoras frente a un problema que cotidianamente enfrentamos solos como trabajadoras/es de la salud, como son las familias en situación de vulnerabilidad del barrio. En sus inicios no podíamos pensar otras estrategias que no fueran el acompañamiento interdisciplinario de las mismas, de forma *individual*. El hecho de que las situaciones del barrio no solo sean vistas y discutidas por el equipo de salud, sino también por una comunidad sensibilizada y con deseos de alojar y contener al otro, sin duda es un gran logro. Concretar un proyecto colectivo en donde se encuentren, por un lado NNyA vulneradas/os en sus derechos; y por otro mujeres con saberes nuevos, dispuestas a acompañar integralmente a las/os NNyA del barrio, rompe con los modelos tradicionales. Vimos que con su experiencia, empatía y lógicas nuevas de educación podían acercarse y generar un vínculo distinto con ellas/os, lo que nos demuestra que una salud construida por la mayoría es algo real y no discursivo. Tenemos como desafío seguir acercando este proyecto a más familias en la misma situación, que sabemos no es sencillo por la complejidad que trae cada una, pero ahora nos vemos muchísimo más fortalecidas/os, y con nuevas herramientas.

Aprendimos un nuevo recurso para el conocimiento de la realidad de nuestro barrio, como lo es la IAP. Al principio no estábamos del todo cómodas/os con la misma ya que nunca la habíamos utilizado. Acostumbrados a los esquemas tradicionales de investigación, entendimos que la IAP resulta de un armado más artesanal y por lo tanto más creativo que el que pudiéramos encontrar en los diseños habituales y eso muchas veces nos provocaba dudas acerca de si lo estábamos haciendo bien. Leyendo a muchos autores sin duda creemos que la IAP permite a la comunidad implicarse en sus problemas, conocerlos en más profundidad, buscar resolverlos colectivamente reflexionando, crear conciencia política, fortalecer la

organización y adentrarnos en un modo relacional de democracia participativa. Pero también queremos remarcar que ese mismo proceso lo estamos transcurriendo nosotras/os mismas/os como equipo de salud implicado, y que trabaja en la misma realidad. De eso, en parte, se trata la emancipación.²⁴

Por último, queremos destacar que esta experiencia transcurre en un contexto actual marcado por el ajuste económico, en un desguace sistemático del Estado, donde se cierran programas y planes; se disuelven ministerios; se incrementa la desocupación y la indigencia; y se profundizan los despidos y se precariza aún más el trabajo y la vida, con el resultado unívoco del incremento de la violencia. Frente a este embate del neoliberalismo; a esta coyuntura tan antipopular; creemos que no hay que retroceder en la batalla cultural, ni en ninguna de las batallas, y que pese a la consigna del “no te metas”, donde se demoniza a las organizaciones populares, sindicales y barriales; la única salida posible es la **lucha y la organización**, y este trabajo trata de dar cuenta, humildemente, de la necesidad de abrir espacios, incluir a las/os vecinas/os, en pos de crear poder popular.

A modo de cierre dejamos las palabras textuales de una tallerista, que transmite en su simpleza y calidez todo lo que sentimos:

*“Feliz muy feliz de **ser parte** de este hermoso grupo que formamos, jamás vi tantas caritas llena de felicidad, felicito a todos el gran esfuerzo realizado la verdad salió todo más que bien, salió todo perfecto, **mi corazón está muy feliz**, gracias muchas doctora por invitarme a ser parte de este grupo maravilloso, quienes hoy para mi forman una parte más de mi familia, porque así los veo y los siento a cada uno de los referentes, talleristas y al gran equipo de salud de cual tengo que aclarar que vos “A” ya pasaste a ser un familiar desde el **primer día que me diste tú atención** a ser mi médica cabecera y de mis 5 hijos quienes 3 ya son padres y ahora sos doctora de mis nietos, mil gracias por abirnos la puerta de tu corazón”(tallerista “M”)*

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, L. y Bernabé, A. (2016). Me pasa de todo. Acompañamiento integral de familias en situación de vulnerabilidad. *XXXI Congreso Nacional de Medicina General y Equipos de Salud*, Federación Argentina de Medicina General.
2. UNICEF (2016) Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Documento electrónico recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/SITAN.pdf>
3. Pogiese, H (2011). Escenarios del presente y futuro en la gestión democrática de las ciudades: metodologías y modelos decisionales alternativo. Documento electrónico recuperado de https://www.academia.edu/8552305/ESCENARIOS_DEL_PRESENTE_Y_DEL_FUTURO_EN_LA_GESTI%C3%93N_DEMOCR%C3%81TICA_DE_LAS_CIUDADES_METODOLOG%C3%8DAS_Y_MODELOS_DECISIONALES_ALTERNATIVOS
4. Sinigaglia, I; Borri, N; Jaimes, D (2006). PARTICIPAR PARA PODER Prácticas y roles de las organizaciones sociales en la construcción de políticas públicas para la infancia (cartilla 3). Argentina. Documento electrónico recuperado de <http://http://www.nuevatierra.org.ar/materialesmapas/tmp/07/PPI-cartilla3.pdf>
5. Poggiese, E, colaboración: Natenzon, C, De Rosas, F, Francioni, M (1993). METODOLOGÍA FLACSO DE PLANIFICACIÓN-GESTIÓN. Documento electrónico recuperado de http://legacy.flacso.org.ar/uploaded_files/Publicaciones/Metodologia.FLACSO.de.planificacion.gestion.pdf
6. Gutierrez Delgado, A (2002). LAS POLÍTICAS SOCIALES EN LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS Y LA JUSTICIA. Colombia, Bogotá. Documento electrónico recuperado de <https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf>
7. Organización de las Naciones Unidas. (2016). Pacto internacional de los derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1a edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Documento electrónico recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_07_derechos_economicos_sociales_culturales.pdf

8. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27. Colombia, Bogotá. Documento electrónico recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
9. Hernandez, M. (2014). La educación popular en la formación de sujetos libres. Documento electrónico recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/educaci%C3%B3n-popular-formaci%C3%B3n-sujetos-libres>
10. Grimau, R. (2009). Soberanía Contrahegemónica y Poder Popular. Documento electrónico recuperado de <http://rosogrimau.blogspot.com/2009/10/soberania-contrahegemonica-y-poder.html>
11. OMS. (1998). Promoción de la Salud. Documento electrónico recuperado de <http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
12. UNICEF. (2004). CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y DE LA NIÑA. Documento electrónico recuperado de https://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_convencion_espanol.pdf
13. Ortiz, M; Borjas, B. (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular *Espacio Abierto*, vol. 17, núm. 4. Maracaibo, Venezuela. Documento electrónico recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/122/12217404.pdf>
14. Souza Campos G. (1996-1997) La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada. Argentina, Buenos Aires. Documento electrónico recuperado de https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf
15. Ferrandini, D. Salud, opciones y paradigmas. Documento electrónico recuperado de <https://vdocuments.mx/salud-opciones-y-paradigmas-devora-ferrandini-9.html>
16. Le Boterf, G. (1979). La Investigación participativa como proceso de educación crítica: lineamientos metodológicos. Documento electrónico recuperado de http://unesdoc.unesco.org/Ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=222538&set=5260535E_0_335&gp=1&lin=1&ll=3
17. Ander-Egg, E. (1990). Repensando la Investigación-Acción Participativa comentarios, críticas y sugerencias. Vitoria-Gasteiz. Documento electrónico recuperado de

https://www.siiis.net/documentos/Digitalizados/22939_Repensando%20la%20investigacion.pdf

18. Oliveira Figueiredo, G. (2015). Investigación Acción Participativa: una alternativa para la epistemología social en Latinoamérica. Revista de Investigación, vol. 39, núm. 86, (271-290). Caracas, Venezuela. Documento electrónico recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/3761/376144131014.pdf>

19. Pereda, C; De Prada, M; Actis, W. (2003). Investigación acción participativa: Propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Madrid, España. Documento electrónico recuperado de https://documentop.com/investigacion-accion-participativa-colectivo-ioe_5a2545421723dd6ebb17090c.html

20. Colectivo, I. (2003). Investigación Acción Participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Documento electrónico recuperado de

https://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_articulos/show/id/95

21. Jelin, E, Paz, G. (1991). Familia/ Género en América Latina: Cuestiones históricas y contemporáneas. Buenos Aires. Documento electrónico recuperado de

22. Gonzalez Granados, P. (2011). Apuntes sobre la fotografía como metodología participativa en la etnografía con niños y adolescentes. Documento electrónico recuperado de

<https://www.raco.cat/index.php/AEC/article/viewFile/290199/378450>

23. Obando, O. (2006). La Investigación Acción Participativa (IAP) en los estudios de psicología política y de género. Colombia. Documento electrónico recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/48667064_La_Investigacion_Accion_Participativa_IAP_en_los_estudios_de_psicologia_politica_y_de_genero

24. Arellano, R ; Balcaza, F; Alvarado, F; Suarez, S. (2015). Una investigación acción participativa en una comunidad rural de México. Bogotá, Colombia. Documento electrónico recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n4/v14n4a03.pdf>

ANEXO 1 – Historia del barrio

Nuestro barrio se encuentra en el conurbano bonaerense, partido de Florencio Varela, es humilde, como la gran mayoría de los barrios de esta localidad, consta de 110 manzanas y tiene aproximadamente 20 mil habitantes. Las calles son de tierra y de difícil acceso, solo se encuentra asfaltada la calle que rodea al centro de salud. La luminaria y otros servicios como el gas, red de agua, transporte, recolección de residuos, etc., son deficientes. Al recorrer el barrio se puede ver el movimiento de la gente durante las horas del día, teniendo que trasladarse caminando grandes distancias hasta sus lugares (escuela, comedores, Sociedad de Fomento, La Plaza frente a la Capilla Sagrada Familia, la Feria, club San Luis, club futbol los Bichos del arroyito, Club futbol Lujan, centro comercial cercano “el Rocio”, etc.) porque el transporte público no ingresa al interior del barrio. Es oportuno nombrar el colectivo que recorre el barrio, que las/os vecinas/os llaman “el trucho” (el urbano), es un colectivo histórico, que conecta las diferentes partes del barrio en horarios claves y desde muy temprano. Posibilitando que la gente llegue a tomar el transporte público formal, pagando una tarifa única muy accesible para las/os vecinas/os.

Este transporte atraviesa y conecta tres sectores bien diferenciados del barrio, desde el punto de vista socioeconómico: el sector Lujan (con mejores condiciones socioeconómicas y de acceso a servicios), sector medio (cercano al centro de salud y escuelas), y sector Tosquera o del fondo (de mayor vulnerabilidad, de difícil acceso donde se encuentra una tosquera abandonada). Para continuar la descripción del barrio comentaremos brevemente algunos datos del último ASIS 2016-2017, que detalla que es una población en que sus familias en su mayoría son de tipo nuclear y ensamblada; estables es decir se encuentran en el barrio hace más de 5 años. Predominan los adultos jóvenes y los niños en edad escolar. El 30% tiene Necesidades Básicas Insatisfechas. El 60% es asalariado, pero en su mayoría son trabajadores informales (en negro). La educación alcanzada por los adultos es la primaria incompleta. La cobertura de controles en niños de 0 a 2 años es de 62,5%, 3 a 5 años 60% y mayores de 5 años 72,4%, en cuanto a las vacunas en menores de 2 años 65% están completas y en mayores de 2 años 81% completas. Los adultos sin controles de salud en su mayoría y vacunas incompletas 72%. La mayoría de los niños se encuentra sin control odontológico, en cambio en el adulto 46% tenía control. En lo referente a planificación Familiar el 43% planifica y utiliza métodos anticonceptivos, los métodos más usados son el preservativo, y anticonceptivo oral, estos

indicadores señalan la importancia de este análisis, porque nos posibilita la conexión con la comunidad.

Las instituciones que posee nuestro barrio son: el Centro de Salud de Villa Hudson, tres escuelas de Educación básica EGB nº50 con ESB nº 16, EGB nº57 con ESB nº52 y EGB nº 5. Dos Jardines de Infantes 522 y 525, ESB 1ª ciclo nocturno. ESB 2º ciclo, se incorpora en el 2014, que hasta ese momento los jóvenes tenían que viajar hasta el centro de F.V para acceder a la educación secundaria.

Dispone además de una Sociedad de Fomento, una Unión de Gestión Local, comedores, entre ellos comedor de la sociedad de Fomento, Comedor y Centro Integrador comunitario "las Ardillitas", copa de leche de la Capilla "sagrada Familia", Copa de leche de Capilla Maria DesataNudos y Comedor Rincón de Esperanza. El centro de salud se encuentra funcionando desde hace más de 30 años, está constituido por un **Equipo Interdisciplinario** integrado por: Psicólogos, Psicopedagoga, Trabajadoras Sociales, Obstetra, Odontólogo, ginecóloga, Enfermeras/os, Medicxs Generalistas, Residentes de Medicina General, Promotoras de salud, personal administrativo y de limpieza. Es Sede de la Residencia de Medicina General, y trabaja en red con Instituciones del Barrio y la comunidad. Tiene una amplia demanda asistencial de todos los grupos etarios (con predominio de niños/as y adultos jóvenes) y cuenta con Espacios de Promoción de la Salud ya establecidos dentro y fuera del Centro de Salud. Recibe a estudiantes de la PFO (Practica Final Obligatoria) de la Universidad de La Plata, residentes de Pediatría, y Residentes de Medicina General de otras sedes.

Como dijimos esta numerosa **demand**a del centro de salud está conformada por consultas espontaneas, los turnos de control programados desde el nacimiento del/la niñx hasta los 6 años y de pacientes con patologías crónicas. Todos los días hay disponibilidad de turnos para realizar consultas de todos los grupos etarios, y controles de niñxs mayores de 6 años y adolescentes. Todo esto nos permite un seguimiento longitudinal de los mismos. Esto proporciona que las consultas también sean una oportunidad como en otros espacios de conocer las dificultades y realidades de las personas del barrio. En estos espacios de consulta se vio reflejada la falta de lugares donde los niños y adolescentes podrían asistir en su tiempo libre.

Una Fortaleza del equipo de salud es **la Residencia de medicina general**. Desde el año 1998 rotaba solo tres meses por el centro de salud, tenía sede en el Htal Mi pueblo y desde el año 2002 al 2005, también se sumaron a la rotación todas las residencias

de medicina general de región sanitaria sexta. Durante la misma realizaban un ASIS (Análisis de Situación de Salud) recorriendo el barrio y visitando a su gente, recolectando datos para luego mediante la planificación local Participativa con referentes del barrio, vecinos, e instituciones planificaban acciones en conjunto según sus necesidades y prioridades. Afortunadamente desde el año 2011 la Residencia de medicina general tiene sede en el Centro de Salud del Barrio, porque consideramos que la formación de un generalista debe realizarse en el ámbito donde desempeñará sus habilidades, que va adquiriendo en el lugar “el Barrio”, conociendo su realidad, sus determinaciones e interactuando con la comunidad, que es la fuente del aprendizaje, con acompañamiento de generalistas y el equipo de salud en su totalidad, compartiendo saberes, abordando las diferentes situaciones de manera integral, y de acuerdo a las necesidades y singularidades, de la población a cargo. Generando programas de funcionamiento local, interdisciplinariamente, en conexión con instituciones, red de vecinos, de manera que se construya un abordaje viable, posible, real que resulte a partir de todos sus actores (equipo, instituciones, vecinos, etc.).

Es por eso que el primer paso para poder conocer la realidad y los determinantes de las familias del lugar en donde se formaran y comenzaran el camino en la Medicina General, es **el ASIS**. Porque a partir de este análisis y sus diferentes etapas conocemos el Barrio, sus diferentes sectores, sus costumbres, sus actividades, condiciones de vida, etc; se conectara con referentes vecinales, instituciones, vecinos que tienen posibilidad de asistir, y otros que no asisten al Centro de Salud, es decir” con su gente” que es la guía de las acciones y fuente de información y conocimientos. Así comienza el vínculo con la comunidad y seguimiento de familias que se incorporan a partir de estas visitas. Además, al compartir sus resultados, y realizar su análisis y reflexión en conjunto (Equipo de Salud, Red de Instituciones, Comunidad) se construyen estrategias para mejorar el abordaje y el seguimiento de las diferentes situaciones, y las problemáticas, apuntando siempre a mejorar la participación comunitaria. Trabajando desde los principios de Atención Primaria, desde un modelo en donde se parte de las necesidades de las personas y desde la perspectiva de Derechos y de Género.

De esta manera la Residencia se forma inmersa en un Equipo de Salud, de manera que el trabajo interdisciplinario e intersectorial sea un ejercicio habitual, natural, que el/la residente irá incorporando y adquiriendo como práctica desde el inicio de la residencia. Por ello se realizan actividades en conjunto. Son ejemplo de ello: **Espacio de promotores Adolescentes**: Donde en cada reunión con los adolescentes se reflexiona sobre lo que ellos

proponen y a partir de sus inquietudes se planifica las actividades en conjunto. Esta actividad dejó en evidencia mediante el mapeo colectivo, sus recorridos y la falta de espacios recreativos de su interés. **El abordaje de Familias vulnerables:** en el que nos dimos cuenta que muchas veces el abordaje tiene resultados con altibajos y que solo se puede abordar aquello que la familia considere prioritario desde sus deseos y necesidades, respetando su autonomía y singularidad, sus subjetividades, posicionamientos frente al mundo y sus historias de vida. Teniendo en cuenta su determinación social, y esta mirada hace posible que dichas familias pasen de un estado de indefensión a un estado progresivo de lucha por la resolución de conflictos, imposible sin un equipo interdisciplinario con vínculos intersectoriales con responsabilidad geográfica poblacional que acompañen en el proceso. A partir de aquí, el hecho de contribuir al desarrollo local integrando a dichas familias fue un elemento más para sensibilizarnos en la creación del proyecto de espacios saludables en el barrio.

Cuando hablamos de vínculos intersectoriales, no podemos de dejar de mencionar al comedor “**Rincon de esperanza**” del barrio, por su historia y porque su nacimiento representa un ejemplo de lucha, que no deja de emocionarnos y generar orgullo de tener entre nuestra gente a cada una de las personas e instituciones que hicieron posible su construcción.

En plena crisis socio económica del 2001-2002 se organiza una reunión impulsada por el centro de salud , convocando a las autoridades de las escuela N57, N 50 y N5, el cura párroco del barrio, algunos representantes del municipio y vecinos , ante el gran aumento de la desnutrición en niños que asistían al centro de salud. En dicha reunión nace la idea de crear un comedor para que los niños y sus familias tengan derecho a la cena” comedor Nocturno”. Se organizaron y mediante donaciones en su gran mayoría (escuelas, vecinos, caritas) y poca intervención municipal casi nula (aportó algunas chapas para realizar el techo del comedor en sus comienzos) se crea el comedor Rincon de esperanza”. Además, se crea una huerta comunitaria gracias a las semillas que aportaron las escuelas y la gente; con el trabajo de vecinos y vecinas del barrio. Fue así que a partir de este momento se hizo frente a una crisis que no encontraba salida y que gracias a la “Esperanza” de su gente dio lugar a la idea de una vida mejor con el convencimiento de que sus vínculos les daría la fortaleza para reconstruirse.

Estos vínculos hicieron posible la generación de una red de instituciones.

La Red de Villa Hudson es un entramado de actores constituido por vecinos, diversas instituciones y organizaciones que, en tanto sistema abierto y multicéntrico, y a partir de una

interacción dinámica entre sus integrantes y/o en articulación con otros colectivos reflexiona y analiza, crea alternativas y genera acciones para la transformación de la realidad social de la comunidad, en el barrio de Villa Hudson y Villa San Luis, Florencio Varela. La red conforma un espacio colectivo de trabajo, que desarrolla sus actividades y se organiza desde una estructura participativa y horizontal con el objetivo de construir espacios saludables en el territorio. En ella interactúa una pluralidad de actores (ya que es un grupo abierto, donde se escucha a todos los que se incorporan) a saber: Promotora de Salud CIC “El Rocío”, comedor de la Sociedad de Fomento “Rayito de luz”, Sociedad de Fomento de Villa Hudson, Equipo Técnico Territorial del Programa Nacional “Primera Infancia”, Unidad de Gestión Local, Equipo de Inclusión Educativa, Cáritas, Capilla “Desatanudos”, Comedor Comunitario “Rincón de Esperanza”, Centro de Salud de Villa Hudson, Secretaría de Salud, UNAJ, Comedor Comunitario “Sagrada Familia”, Equipo Técnico de Niñez CIC “El Rocío”, Equipo Técnico de la Dirección de Género, facilitadoras del Programa “Primera infancia”, Dirección de Salud Comunitaria de la Secretaría de Salud, Escuela N° 57, Escuela N°50, Escuela Secundaria N° 16, Escuela N° 5, Casa Abierta Silvia Schand, vecinxs de Villa Hudson y Villa San Luis, que en red, a partir de la valoración fundamental de los lazos comunitarios, buscan favorecer procesos de efectivización de derechos y construcción de ciudadanía, de promoción de la salud, instancias de aprendizaje y apropiación de saberes, tanto referidos a cuestiones vinculadas a la salud como a otros órdenes de conocimientos y que incluyan a tod@s en el barrio, formen o no parte de la red. Consideramos que la complejidad de las problemáticas que afectan al barrio (carencia de espacios recreativos, culturales y educativos para niñ@s, jóvenes y adultos; escasez de recursos y obras de servicios públicos, problemas ambientales y de salud, problemáticas de violencia de género, adicciones y consumo, deserción escolar, por mencionar ejemplos) sólo pueden abordarse desde el trabajo en conjunto, a través del diálogo y socializando diferentes puntos de vista para elaborar aprendizajes activos desde los cuales repensar y actuar sobre la realidad. Más allá de que, por la naturaleza de sus objetivos y la voluntad del conjunto a no renunciar a formas de diálogo y gestión colectiva, los procesos suelen implicar una construcción no exenta de desaciertos, crisis, diferencias y/o desacuerdos; el espacio de la red se constituye para sus participantes como un lugar de contención, de encuentro, y en ocasiones, de auténtica celebración. Como es todos lxs años el festejo del día de la niñez.

Los integrantes de la red pensamos que la única manera de abordar la complejidad de las problemáticas que afectan nuestro barrio es a través del trabajo conjunto, colectivo. La organización que nos lleva a involucrarnos comunitariamente y sentirnos protagonistas de nuestra realidad cotidiana. Además, creemos que esta organización debe ser participativa y horizontal. Entendemos que a través del diálogo y socializando nuestros diferentes puntos de vista generamos procesos de aprendizaje activo donde podemos repensar la realidad de nuestra comunidad. Por otro lado, este espacio nos permite articular y compartir los diferentes recursos con que contamos en cada institución. Además, el espacio de la red es un espacio de contención, donde nos encontramos con compañeros y compañeras que nos comprenden y nos ayudamos mutuamente.”

Logros de la Red:

-la creación de diferentes espacios en el barrio que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población, en las instituciones

-escuela de deportes

-espacio de mujeres

- acompañamiento a micro emprendedores

-espacios de adolescentes y jóvenes

-apoyo escolar

- copa de leche

- equipamiento de comedores

-campañas de prevención en salud

- jornadas sobre salud mental

- jornadas sobre redes

-participación en el congreso de atención primaria a la salud -articulación con otras instituciones y actores estatales.

-Participación Jornada de Prim 2016

-Reconocimiento de la RED en la UNAJ 2018

-Festejo día de la Niñez

- Jornada de INTERREDES distrital

-Se concreto el pedido de una Psicopedagoga para el CAPS

-Se concreto la Posta sanitaria de salud.

-Proyecto audiovisuales –Unaj - finalizado

-Proyecto Electricidad – Unaj – aprobado -2018

-Proyecto Sistematización – Libro de la RED 2018 (Aprobado)

Nos parece pertinente describir brevemente dos espacios que se generaron a partir de la red.

La casa del adolescente: Fue un emprendimiento colectivo barrial, producto de la ausencia total de espacios en ese momento de recreación y educación no formal donde aprovechado los saberes de los/as vecinas que se agrupan en forma voluntaria en la sociedad de fomento, se constituyen lugares para aprender a coser, bailar folklore, porcelana fría, electricidad, herrería, apoyo escolar, vóley que dura desde el año 2009 al 2010 autosostenido.

Posta Sanitaria Movil: tiene como objetivo general aumentar el Acceso a la Atención de la Salud de la comunidad, en los tres sectores del barrio, co-gestionando interinstitucionalmente los espacios seleccionados por los vecinxs en forma estratégica, de manera que se pueda: captar a la población que no accede al Centro de Salud, Generar la Participación del Equipo interdisciplinario en la Actividad de Campo .Reforzar los Vínculos con las instituciones del Barrio. Ampliar los Escenarios de Atención. Dar respuesta a las demandas insatisfechas de las problemáticas prevalentes. Conocer las percepciones de las instituciones y de los Vecinos sobre la posta para generar cambios.

La idea inicial, era atender especialmente los controles a menores de 2 años, grupo etario en el que la cobertura disminuyó en gran medida; pero en la práctica se vió la necesidad de ampliar esta limitación, por la demanda de las personas de la comunidad; a controles de salud de niños/as, adolescentes, atención de demanda Espontanea, captación de gestantes, dación de métodos anticonceptivos y Vacunación. Actualmente ademas se realiza testeo de vih, mapeo colectivo .Así es como se conformó el grupo de trabajo: Odontólogos, Médicos Generales, Obstetras, Promotores, Administrativa y Enfermeros; junto con Estudiantes de las Facultades de medicina (UNLP y UBA), Residentes de medicina general rotantes y los coordinadores de las Instituciones (Comedor Rincón de Esperanza, Sociedad de Fomento, Capilla María que desata los nudos, Club los Bichitos, de la Laguna, Centro de desarrollo infantil “Las Ardillitas”). Se sumaron posteriormente al espacio por pedido de lxs vecinos, trabajo social(que realiza actividades de sensibilización y reflexión sobre temas como derechos, género y violencia) y psicología colabora con las actividades y además realiza mapeo colectivo.(que consiste indagar a lxs vecinos que participan en la posta sobre los lugares por los que ellxs frecuentan en forma cotidiana).Este último nos señaló una vez más la falta de espacios en el barrio.

El festejo del día de la niñez se planifica en conjunto con la colaboración de todas las instituciones del barrio. Consiste en un kermés en la que todxs somos parte , donde las instituciones aportan desde sus lugares, lxs recursos para brindar a todxs lxs que asisten una merienda, algunas golosinas y se cierra con número de circo. Pero en esta oportunidad se sumó a todas estas actividades la presencia de lxs talleristas de los Espacios que mostraron al barrio sus trabajos , además de contarle a cada persona interesaba en qué consiste su trabajo, informando lugares y horarios donde podrían asistir.

Para finalizar nos gustaría resaltar que a pesar de diferentes obstáculos, El Barrio de Villa Hudson se fue construyendo gracias al impulso de su gente y la unión de las instituciones que posee. Este posicionamiento es la representación una reacción en respuesta a la no respuesta “de sus necesidades”, en forma histórica por parte de las políticas de Estado, que determinó la generación de estrategias locales para enfrentar diferentes situaciones económicas , sociales y ambientales del barrio. Es una característica del Barrio su capacidad para reinventarse y transformarse ante las adversidades. Es conmovedor como desde la vulnerabilidad de aquellas personas que hace un tiempo atrás se vieron atravesadas por situaciones que marcaron su vida , hoy se reconstruyen y, en ese proceso generaron espacios en el que sus experiencias de vida, posibilita acompañar y crear cosas tan valiosas para las personas del barrio.

ANEXO 2 – Cronograma de actividades:

LUGAR	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Comedor R	Reciclado artístico 10a11hs Apoyo escolar 16a17hs	Lencería 15a16hs	Apoyo escolar 10a11hs Fotografía 14a15hs Canto 16a17hs		Educación física 16.30a 17.30hs	
CAPILLA D	Educación física 16a17hs	Zumba 16a17hs	Educación física 16.30a 17.30hs	Reciclado artístico 14a16hs	Manualidades 15a16hs	
SOCIEDAD de FOMENTO	Folklore 14a16hs		Lencería 14a15hs		Salsa 14a16hs Apoyo escolar 16a17hs	Reciclado artístico 9a11hs
CAPILLA S	Lencería 14 a 15hs	Apoyo escolar 9ª11hs	Kick boxing 9a11hs Piñatas 14a16hs	Apoyo escolar 11a12hs	Folklore 14a16hs	
ESCUELA	<u>Patios Abiertos:</u> deportes, murga, banda, arte. Sábados de 9 a 13 hs.					

ANEXO 3:**TEMAS DE EVALUACIÓN
EN UN PROCESO DE IAP**

Criterio	Temas a evaluar
1 Articular el protagonismo de la población afectada. Papel subsidiario de profesionales, voluntarios e instituciones	<ul style="list-style-type: none">- ¿Se han explorado las redes de agentes implicados en el problema que se quiere abordar?, ¿se les ha invitado a participar?- ¿Qué canales de comunicación se han establecido con ellos?, ¿se promueven todas las vías posibles de participación?- ¿Se han explorado y aprovechado los recursos disponibles en la propia comunidad de afectados?- ¿Cuál ha sido el papel de los voluntarios, los profesionales y los políticos?, ¿han potenciado el protagonismo de la población afectada o lo han suplantado?, ¿han adaptado su lenguaje al nivel de comprensión del colectivo afectado?
2 Partir de las demandas sentidas por la población	<ul style="list-style-type: none">- ¿Responden los objetivos de la IAP a demandas sentidas por la población afectada?- ¿Se ha dado oportunidad a los afectados para que planteen o replanteen el objeto de la IAP?- ¿Se adaptan el Grupo Promotor y los técnicos al ritmo y nivel de comprensión de la población afectada?
3 Unir la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados	<ul style="list-style-type: none">- El problema sentido ¿ha sido objeto de una reflexión e investigación suficientes a fin de delimitar con precisión los objetivos de la IAP?, ¿hay disposición al autoanálisis por parte de los agentes implicados en el programa?- Los medios y procedimientos que se han instrumentado ¿responden adecuadamente a los objetivos planteados?- Los resultados de investigación, acción y movilización a los que se llega con la IAP ¿son los que se pretendían?
4 Conjugar los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja a la vez.	<ul style="list-style-type: none">- ¿Se aborda el problema sentido teniendo en cuenta a la vez a los protagonistas más directos y a las instituciones y contextos generales que lo condicionan?- ¿Se ha reflexionado sobre la existencia de otros colectivos afectados por problemas similares?- ¿Se ha conectado con ellos a fin de lograr una convergencia de la acción para abordar los problemas comunes?
5 Reforzar la movilización y emancipación de los marginados.	<ul style="list-style-type: none">- El proceso de IAP, ¿contribuye a reforzar la autoorganización y la autonomía de pensamiento y acción del colectivo afectado?- La participación de los voluntarios, profesionales y políticos, ¿se inscribe en una estrategia de contención y gestión de los marginados o persigue su emancipación social y política?