

**UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN EL BAJO FLORES.**

Procesos comunitarios que reproducen Salud.

Por:

Alicio, Esteban

Delgado, María de los Angeles

Gargiulo, María Lorena

Mendes, María Eva

Pagliari, Aldo

Rubinstein, Mariano * ([Datos sobre los autores](#))

INTRODUCCION:

El presente trabajo se propone transmitir un proyecto de salud reproductiva con abordaje comunitario en la villa del Bajo Flores desde los centros de salud N° 19 y N° 20 (CeSAC). El mismo se viene llevando a cabo desde agosto de 2000. Su fundamento se basa en razones de índole epidemiológico, sanitario y sociocultural. La metodología diseñada e implementada tiene un doble valor estratégico ya que por un lado se propone facilitar el acceso de la población a los efectores de salud en pos de disminuir la morbimortalidad de las mujeres en edad fértil del área programática de los CeSAC y por otro fortalecer y potenciar prácticas enriquecedoras para la vida comunitaria.

Se exponen algunos de los resultados obtenidos hasta el momento, obstáculos visualizados y conclusiones.

FUNDAMENTACIÓN:

El presente proyecto surge como consecuencia de las necesidades planteadas por un grupo de mujeres de un comedor comunitario y vecinos que concurren al mismo.

La división social y cultural de roles en base a los géneros deja a la mujer a cargo de todo lo que se refiera al hogar y a los hijos (en el mundo privado), mientras que los hombres asumen el rol de productores que se desenvuelven en el ámbito laboral y el mundo público. La unidad doméstica, en tanto está a cargo de las tareas cotidianas de mantenimiento y reproducción, se integra a redes más amplias de ayuda mutua (de parentesco o vecindad). Especialmente en los sectores populares esta inserción cobra importancia en la resolución de necesidades cotidianas. Son redes activadas y mantenidas por mujeres, aún cuando sirven a las necesidades de todos los miembros de la familia o la comunidad. Se trata de un fenómeno estable en la estructuración de las relaciones sociales urbanas cotidianas, cuya importancia crece en la medida que escasean los recursos institucionales estatales, tales como guarderías, jardines maternos, comedores comunitarios, etc.

La crisis de los servicios públicos y del Estado “recae fundamentalmente sobre las mujeres a cargo de las tareas reproductivas. Las esperas en hospitales para la atención médica o aun la inaccesibilidad de estos servicios, el deterioro o ausencia de servicios habitacionales y barriales, deben ser suplidos por un incremento de la actividad doméstica y una intensificación de las ayudas informales a cargo de las mujeres.”¹

En abril de 2000 se realizó en el Comedor Niños Felices una reunión a la que asistieron más de 50 personas en las que se pusieron de manifiesto las necesidades que sirvieron como disparador para la planificación y ejecución de este proyecto. En aquella oportunidad surgieron las siguientes demandas:

- Necesidad de contar con mayor información:

“Es bueno que explique todo esto porque por ejemplo el preservativo hay gente que lo usa medio mal lo usan después de penetrar, lo sacan y ahí se lo ponen y eso está mal no?”

Taller en comedor Los Payasitos 21/02/00;

- Necesidad de contar con servicios más accesibles en cuanto a turnos y a distancia puesto que aun contando con efectores de salud cercanos es una realidad que los episodios de violencia urbana (robos mayormente) obstaculizan la concurrencia a los Centros de Salud:

“No seguí yendo porque me dan miedo los chorros. Esta zona es muy peligrosa.”

(Participante de la reunión mencionada).

Asimismo, la sobrevivencia cotidiana hace que el ir a buscar un anticonceptivo se vea postergado o bien que en algunos casos el varón no permita ir a la mujer en busca del mismo:

“Vino y nos dijo: ¿Ustedes son un Comedor o un hospital?, yo no le di permiso a mi esposa para ver a un médico(en relación a la participación de su esposa en los talleres de salud reproductiva en ese comedor). Después la encerró y no la dejó ir a la consulta médica.”

Taller en comedor La chispa 28/02/01

A esta situación se suma la escasez de recursos humanos y de insumos necesarios para la atención de la mujer en edad fértil. Como también el hecho de que, en numerosas ocasiones, los discursos y prácticas del equipo de salud no contemplan las creencias y prácticas de las mujeres y varones en relación a los procesos de salud reproductiva y sexualidad.

De más está aclarar las razones de índole sanitarias, de prevenir la morbilidad materno-infantil a través de un adecuado control de salud reproductiva.

En este sentido, Argentina presenta todavía una relativamente alta tasa de mortalidad materna en relación a la disponibilidad de servicios de atención de la salud y a nivel promedio de desarrollo alcanzado.

En el año 1998 morían 38 mamás cada 100 mil nacidos vivos; en 1999, 41 mamás. Asimismo, según cifras del Ministerio de Salud, se practican alrededor de 500 mil abortos por año, y sólo un 29 por ciento de las argentinas en edad fértil – entre los 14 y 45 años aproximadamente – usan métodos anticonceptivos seguros. (Datos extraídos de Publimetro, del 9-5-01, Ministerio de Salud. Centro Latinoamericano de Salud y Mujer.)

En lo que refiere a la legislación existente en relación a esta problemática cabe mencionar que en el año 2000 en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, se sancionó la ley nº 418, cuyo objeto es garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable.

En el marco de este objetivo y teniendo en cuenta las necesidades planteadas por los vecinos, es que surge como primordial elaborar estrategias que posibiliten el acceso a la información, a los servicios y a la distribución de anticonceptivos de manera más cómoda y eficaz respetando las creencias, percepciones y temores como también el contexto socio – económico de los mismos. Estrategias estas, que acompañen y fortalezcan modalidades propias de organización – participación y los lazos solidarios y de confianza existentes entre los vecinos.

Se coincide con Eduardo Menéndez cuando plantea que es casi un lugar común reconocer que el proceso salud-enfermedad-atención constituye parte de la vida práctica e imaginaria de los conjuntos sociales, que éstos crean representaciones y prácticas para convivir, modificar y de ser posible erradicar algunos de sus padecimientos. Además se ha reconocido que es a nivel del grupo doméstico y de otros microgrupos, que se realiza el mayor número de actividades –incluidas las participativas- referidas al proceso de s/e/a, y que dichas actividades están centradas en la mujer en su rol de esposa/ madre.

Es la familia quien se moviliza en la búsqueda y satisfacción de la atención de la salud familiar; y las organizaciones comunitarias, que además de cubrir necesidades básicas como la alimentación, realizan tareas promocionales y se preocupan por la prevención de temas como la salud reproductiva. Tareas que responden también, a instancias en las que se interpela y se exige a los servicios de salud pública que hagan efectivo el derecho a la salud.

Se coincide nuevamente con Menéndez cuando plantea el tipo de participación social que se expresa en distintas unidades y actores sociales. Los autores del presente trabajo toman dos de los tres actores sociales que él distingue, a saber:

- a. Personas y microgrupos espontáneos: (especialmente en el grupo doméstico, la P.S. opera en términos de curación, prevención, ayuda mutua, etc.). A partir de actividades producidas espontáneamente, que suponen la construcción y desempeño de roles específicos. Forman

parte del proceso de autoatención, al que se considera como una estructura básica para el proceso de reproducción biosocial.

- b. Microgrupos y mesogrupos contruidos: incluye grupos organizados intencionalmente para la realización de acciones inmediatas o a mediano plazo que suponen una organización formal momentánea o permanente. En este se ubicarían las mencionadas organizaciones comunitarias. (Menéndez: 1998).

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION.

En este contexto, el área del CESAC N°19 comprende los barrios Rivadavia I y II, los cuales cuentan aproximadamente con 5000 y 2000 familias respectivamente;² y parte de la Villa 1-11-14 cuya población esta estimada en 5000 familias³. Esta última es también el área de cobertura del CESAC N°20, los mismos tienen bajo su área de cobertura poblaciones cuyos derechos a la salud, la vivienda, y la educación entre otros, son seriamente vulnerados.

Cabe aclarar que, en lo que refiere al CESAC N°19 si bien su área de cobertura es la mencionada, su área de influencia se reduce a la Villa 1- 11-14 ya que de ese barrio provienen el 85% de las personas que utilizan las prestaciones del Centro de Salud.

Se trata de una población de alrededor de 20.000 habitantes; de los cuales; según datos de la Comisión Municipal de la Vivienda, un 56,10% de la población es nacida en otro país (73 % Bolivia; 17 % Paraguay; 9% Perú; 0,76 % Chile); y el 40,2 % es argentina. Son familias con un alto índice de desocupación y trabajo informal. El índice de analfabetismo y escolaridad incompleta es alto; las instituciones educativas de la zona tanto en inicial como en primaria y media no alcanzan a dar una mínima respuesta a las necesidades y demandas de la población. En lo que refiere al aspecto habitacional, este se caracteriza por viviendas sumamente precarias y por la carencia o insuficiencia de los servicios básicos (cloacas, recolección de basura, luz; agua). Los servicios sanitarios también atraviesan por la misma situación.

En cuanto a la cantidad de mujeres en edad fértil (14 a 49 años) encontramos 5136.⁴

Los cambios producidos en el mercado de trabajo (desempleo, subocupación, precarización, etc.) provocaron un aumento en la inserción de las mujeres de los sectores populares al ámbito laboral, por lo que algunas pasaron a ser el soporte económico del hogar. Esto se debe a que en las actuales condiciones del mercado de trabajo la alternativa más factible sea conseguir un empleo doméstico. Pero la transformación va mucho más allá del mercado de trabajo, ya que implica un cambio en la organización de la vida cotidiana. Aunque en la división intradoméstica del trabajo siguen siendo las mujeres las responsables de las tareas domésticas, más allá de su condición laboral.

La población está inserta en la compleja trama de relaciones urbanas en la que se incluyen la explotación del trabajo y las relaciones de poder. Las mismas

restringen las posibilidades de acceso a los bienes y servicios producidos socialmente. Este acceso diferencial produce una condición de desigualdad y subordinación de este sector en el marco de la compleja trama de relaciones sociales.⁵

METODOLOGIA DE TRABAJO.

La metodología de trabajo tendrá como eje la participación de organizaciones y vecinos en el diagnóstico, la planificación, ejecución y evaluación del proyecto; el cual como ha sido mencionado en la fundamentación surge de una demanda de la gente del barrio. El equipo de profesionales intervinientes se propone un acompañamiento interdisciplinario del proyecto.

La estrategia de trabajo diseñada estuvo orientada a facilitar el acceso tanto a la información sobre métodos anticonceptivos (MAC) como a las prestaciones del CESAC.

La intervención profesional, en este contexto, se desarrolló en torno a tres ejes que se apoyaron en la participación comunitaria, entendida como el proceso social a través del cual los distintos actores de la comunidad, en función de sus problemas y necesidades, asumen un rol protagónico en torno a la reivindicación y resolución de los mismos.

Dichos ejes fueron:

- **Sensibilización y discusión en relación a los procesos de salud reproductiva y sexualidad con las mujeres del barrio.**

Este eje se trabajó a través de la pedagogía de taller la temática con los vecinos, lo cual supone partir de los conocimientos y saberes que cada persona porta, “produciendo así un proceso de enseñanza- aprendizaje que surge como producto social de un grupo.”⁶

La realización de los talleres se efectuó en organizaciones barriales que tienen arraigo y convocatoria en el barrio; de esta forma, teniendo en cuenta la situación de crisis actual, las organizaciones por excelencia fueron los comedores comunitarios. Quienes a su vez propiciaron que algunos de los talleres se efectuaran en casas de vecinas del barrio.

- **Conformación de una red comunitaria que posibilite un mejor acceso a los métodos anticonceptivos y as los controles de salud.**

Entendiendo que la comunidad debe ser sujeto de sus procesos de salud-enfermedad –atención; esta estrategia se oriento a la conformación de una red integrada por las organizaciones barriales y aquellas vecinas sensibilizados por la temática.

La finalidad que se perseguía con la misma, era que luego de efectuado los talleres, cada uno de esos lugares se constituyera en un centro de referencia al cual los vecinos pudieran acudir en busca de algunos métodos anticonceptivos

(anovulatorios orales y preservativos); y turnos programados para el control de salud de la mujer.

Para ello paralelamente, junto con los demás integrantes del equipo de salud (médicos generalistas y psicólogo); se realizaba la capacitación de referentes barriales en relación al uso de los diferentes MAC; como así también a las principales dudas que podían surgir en torno a la utilización de los mismos y que eran susceptibles de ser abordadas por ellos.

- **Coordinación y articulación de las prestaciones de los efectores de salud de la zona a través de los referentes barriales.**

En lo que refiere a las prestaciones del CESAC N °19 y N ° 20; se planteó la implementación de turnos programados e insumos a través de los referentes de manera de facilitar el acceso (administrativo, geográfico, etc.).

Asimismo, se acordó con los demás efectores de salud de la zona (Unidad de Servicios del Barrio Illia; Centro de salud del Barrio Charrúa); criterios de derivación que posibilitaran un mejor acceso a estos servicios.

Dichas acciones comenzaron a implementarse a mediados del año 2000. Hasta el momento, se implementaron 10 talleres, con una asistencia de más de 140 mujeres, y unos pocos hombres.

Además, se realizaron tres reuniones con referentes barriales, para acordar criterios, evaluar la marcha de los talleres y el acceso de las mujeres a los efectores de salud.

En 8 oportunidades los talleres se efectuaron en comedores comunitarios mientras que en 2 caso se realizaron en casas de vecinas del barrio. Constituyéndose dos centros de referencia.

ALGUNOS RESULTADOS:

1. Cuantitativos:

- Cantidad de talleres realizados: 10
- Número de participantes en los talleres: 172
- Turnos efectivizados en relación a turnos solicitados:

En el CeSAC 19 de 30 turnos solicitados se efectivizaron 9 (30%).

En el CeSAC 20 de 39 turnos solicitados se efectivizaron 15 (38%).

Lo que da un total de 35% de turnos efectivizados.

1. Cualitativos:

1.-Extraídos de lo verbalizado por 10 mujeres que solicitaron un turno pero no lo concretaron

- **Motivaciones para solicitar un turno:**

Sobre un total de 10 mujeres encuestadas 8 expresaron su intención de cuidarse para no quedar embarazada, de las cuales tres manifestaron querer adoptar un método definido y por último otras dos plantearon haber solicitado el turno para poder controlarse.

- **Razones por las que no se concretó el turno solicitado:**

De las diez mujeres encuestadas 5 refirieron motivos que tienen que ver con problemas de comunicación (falta de aviso por parte de su referente o persona que le tomó el turno) o por dificultades administrativas en el CeSAC. Se detectaron malos entendidos en la recepción de algunas mujeres en los efectores de salud que ocasionaron la pérdida de algunas consultas (información confusa respecto a cambio de turnos; días de atención; y servicios encargados de la atención)

4 personas expresaron razones relacionadas a la organización familiar (enfermedad y cuidado de los niños básicamente). 1 no concurrió por un problema de salud.

Las mujeres priorizan las obligaciones de la organización familiar por sobre su salud y el cuidado de sí mismas. Desde las percepciones femeninas de salud los hijos son los únicos que pueden enfermarse. La enfermedad en las mujeres es vivida como la causa que rompe el ritmo de lo cotidiano. La mujer, responsable de la reproducción doméstica, no solamente siente que su cuerpo debe soportar el peso de la cotidianeidad sino que además debe ser olvidado, negado en función de todas las tareas diarias

- **Opinión de la pareja sobre la utilización de métodos anticonceptivos:**

5 de las mujeres comentaron que sus parejas están de acuerdo con que ellas utilicen MAC. 1 de ellos usa preservativo, los demás dejarían esa responsabilidad en manos de la mujer. Otras 2 expresaron que para sus parejas el empleo de MAC es peligroso para la salud. 2 no tenían compañero y una no fue interrogada al respecto.

- **Cantidad de hijos que tuvieron sus madres:**

Dos de ellas tuvieron 6 hijos, dos 7 hijos, dos 8, dos 9, una 11.

2- Extraídos de los talleres.

- **Obstáculos detectados y valorados por el equipo profesional:**

Se visualizó como una experiencia de maltrato institucional de una mujer influyó negativamente en el acceso al servicio, de las vecinas cercanas a ella, perdiéndose una oportunidad, a veces única, de acercamiento a los efectores de salud.

“Los talleres están muy bien pero no sirven si después vas a la salita y el médico que te va a atender no es el que te dio la charla y además te trata mal y aunque tengas turno no quiere atenderte porque se quiere ir antes...”

Referente comunitaria Mz13 20/03/01

En cuanto discursos y prácticas médicas instituidas respecto de algunos métodos anticonceptivos, en particular se pudo observar que en el caso del **DIU** una vez que las mujeres han sorteado el escollo de los mitos y temores en relación al mismo y deciden su colocación se encuentran con el obstáculo en el que se convierten las prácticas diagnósticas previas (cultivo

de flujo, PAP y ecografía). Ya que existen muy pocas probabilidades que las mismas, que son sumamente necesarias, se efectúen con celeridad.

“Tengo entendido que el DIU se suele expulsar además me dijeron que es doloroso”

Taller en comedor Niños Felices. 03/01/01

“Tengo miedo que te pueda traer cáncer de matriz.”

Taller en comedor Menari 24/01/01

“Se hace difícil porque cuando conseguís el turno para hacerte un estudio se te vence el otro que te hiciste y tenés que esperar treinta días o a veces más”

Taller en casa de una vecina Mz 13. 17/01/01

De esta forma, desde el momento que las mujeres toman la decisión hasta que logran su colocación pasan meses y muchas refieren haber desistido de la idea de utilizar este método.

Sobre los **anovulatorios especiales par el período de lactancia** se vio que existen discursos médicos contradictorios mientras unos plantean que son efectivas solo hasta los seis meses de vida del bebé; otros plantean que si bien su efectividad disminuye (de un 99% a un 88%)a medida que el bebe va creciendo siguen siendo efectivas mientras dure el período de lactancia.

“Me quede embarazada mientras amamantaba a mi primer hijo, no sabía que había que cambiar de pastillas después de un tiempo...”

Taller en comedor La chispa 14/03/01

Conclusiones:

De los datos aportados por algunas mujeres y de lo surgido en los talleres, podría inferirse que la apropiación de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres populares se ve inhibida por una diversidad de creencias y prácticas.

Por otra parte, si se parte de considerar que las decisiones en torno a la sexualidad y la reproducción son parte del ejercicio de los derechos humanos básicos, lo expuesto con antelación permite vislumbrar que las desigualdades de género existentes hacen que no todas las personas tengan la posibilidad de decidir de igual modo sobre esta cuestión.

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 en la actualidad debe afrontar además las exigencias el ámbito público (que históricamente estuvieron vinculadas al hombre). Es decir, la mujer debe ocuparse de la crianza de los hijos, de las tareas domésticas y en muchos casos ser el sostén económico de la familia. De esta forma en el caso de las mujeres pobres urbanas el ingreso al ámbito de lo público está lejos de suponer un reconocimiento de sus derechos y una mayor igualdad; por el contrario la sumerge en un estado de mayor vulnerabilidad.

Esta construcción cultural sobre el rol preponderante de la mujer en la regulación de la fecundidad y en aquellos aspectos que atañen a la reproducción familiar, está tan internalizada

por ellas que orienta sus prácticas. Desde las instituciones y los medios de comunicación se fortalece este mandato a través de mensajes que dejan de lado al hombre en cuestiones que tienen que ver con la maternidad y el cuidado de los hijos. Es por eso que “el protagonismo femenino en las familias populares es más que la reiteración de una pauta cultural. Es también resultado práctico de mensajes contradictorios entre sí que se originan en las instancias de saber poder legítimas.”⁷

En este marco entonces, es fundamental comenzar por discutir y ampliar las concepciones que restringen la reproducción a eventos biológicos y responsabilizan a las mujeres como agentes exclusivos de decisiones y cuidados. Es decir, es necesario hacer visible la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva y sexualidad. Ya que, tomando al género como construcción social, debemos entender a los procesos de salud reproductiva y sexualidad como el resultado de una construcción relacional de las identidades de género.

En cuanto a la efectividad cuantitativa del proyecto hasta el momento podemos decir que 172 (mujeres y varones) vecinos participantes en 10 talleres es un nivel de participación satisfactorio ya que representa un promedio de 17 personas por taller teniendo en cuenta que la asistencia es voluntaria y esto se atribuye entre otras cosas a que son vecinas referentes las que realizan la convocatoria.

La cantidad de turnos solicitados también se considera aceptable ya que representa un 40 % del total de los participantes del taller (cabe tener en cuenta que algunos eran varones y que algunas mujeres estaban utilizando ya algún MAC)

Estos datos, sumados a la información brindada por algunas vecinas estarían indicando y verificando que un proyecto de salud reproductiva responde a una necesidad planteada por la población y que el acceso a un servicio de salud se ve favorecido por ser los referentes barriales los que lo vehiculizan.

En cuanto a los turnos efectivizados un 35%, si bien representa sólo algo más de la tercera parte de los turnos solicitados, contamos ya con algunas hipótesis sobre las razones que influyen en la concreción de los turnos y en consecuencia, sobre cuáles de ellas podría incidirse mediante la intervención profesional para lograr resultados más óptimos - como por ejemplo trabajar el aspecto de la comunicación en lo referido a los turnos entre las vecinas, los referentes comunitarios y las instituciones de salud -.

La organización familiar como obstáculo para el acceso a los servicios de salud vendría a verificar una de las hipótesis de la fundamentación del proyecto y reafirmar la necesidad del mismo en cuanto a facilitar los mecanismos de acceso a los efectores de salud.

Por eso es necesario revisar la propuesta institucional, evaluando la oferta, su calidad y la forma de satisfacer las necesidades; ya que como ha quedado de manifiesto las dificultades que se presentan para la realización de las prácticas diagnósticas previas y en algunos casos el maltrato institucional se convierten en un obstáculo para el efectivo acceso a los métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFIA

- Blach, Adriana. “El taller como pedagogía de conocimiento”. Ficha del curso permanente de Educación para la Salud. Municipalidad de Lomas de Zamora.
- Grassi, E. (Coord.). “Las cosas del poder. Acerca del Estado, la política y la vida cotidiana”. Espacio Editorial, Buenos Aires. Pág. 91.
- Jelín, E. y Paz, G. “Familia/ Género en América Latina: Cuestiones históricas y contemporáneas.” Bs. As., CEDES, 1991.
- Menéndez, Eduardo. “Participación Social en salud como Realidad Técnica y como Imaginario Social Privado” en Cuadernos Médico Sociales N°73, Mayo de 1998.
- Informe de la Comisión Municipal de la Vivienda sobre la Villa 1-11-14 – Años 1999 y 2000.

- Memoria Anual del CeSAC. N° 19 –Año 1998.
- Publimetro. Miércoles 9 de Mayo de 2001, cifras extraídas del Ministerio de Salud. Centro Latinoamericano de Salud y Mujer

NOTAS

1 Jelin, E. y Paz, G. “Familia/ Género en América Latina: Cuestiones históricas y contemporáneas”. Bs. As., CEDES, 1991. Pág.21

2 Estos datos surgen de un relevamiento del CESAC N ° 19 que data del año 1998, los datos son sólo aproximados; puesto que el subalquiler de piezas es un fenómeno muy extendido en estos barrios.

3 Los datos en este casos fueron aportados por la Comisión Municipal de la Vivienda quien realizo un censo en el año 99. Cabe señalar que tampoco son muy precisos. Por el mismo fenómeno que en los barrios anteriores como así también por el constante flujo inmigratorio que se asienta en la villa.

4 Estos datos excluyen ausentes (800) y 217 menores de 18 años. (Fuente: Censo de 1999 de la C.M.V.)

5 Podemos hacer referencia en este momento al fenómeno de “**expoliación urbana**” desarrollado por Lucio Kowarick (1984), que alude a la “sumatoria de extorsiones que se produce a través de la inexistencia o precariedad de los servicios de consumo colectivo, que conjuntamente con el acceso a la tierra y la vivienda se presentan como socialmente necesarios para la reproducción de los trabajadores y agudiza aún más la dilapidación que caracteriza la explotación del trabajo o lo que es peor la falta de éste.” (Citado por Grassi, E. en “Las cosas del Poder. Acerca del Estado, la política y la vida cotidiana.” Pág. 23)

6 Blach, Adriana. “El taller como pedagogía de conocimiento”.Ficha del curso permanente de educación para la salud. Municipalidad de Lomas de Zamora.

7 Grassi, E. (Coord.). “Las cosas del poder. Acerca del Estado, la política y la vida cotidiana”. Espacio Editorial, Buenos Aires. Pág. 91.

* **Datos sobre los autores:**

- * **Alicio, Esteban** (Médico Generalista)
- * **Delgado, María de los Angeles** (Trabajadora Social)
- * **Gargiulo, María Lorena** (Trabajadora Social)
- * **Mendes, María Eva** (Trabajadora Social)
- * **Pagliari, Aldo** (Psicólogo)
- * **Rubinstein, Mariano** (Médico Generalista)