



*EPES y los Grupos de Salud*



# CAPITULO I

## EPES Y LOS GRUPOS DE SALUD

### 1. NUESTRA OPCION DE TRABAJO EN SALUD

En 1982 surge EPES para desarrollar un trabajo de educación en salud, alentado por los planteamientos de profesionales y dirigentes sociales que venían trabajando en sectores populares, quienes constataban la necesidad de desarrollar un trabajo de prevención en salud, ya que su experiencia indicaba que los esfuerzos por combinar acciones de asistencia y promoción, difícilmente lograban concretarse por la presión de la demanda asistencial.

También fundamenta nuestra opción por desarrollar un trabajo preventivo y de promoción de la organización en salud, la convicción de que los problemas de salud prevalentes en sectores populares, están causalmente asociados a las condiciones de pobreza a que se ven enfrentados.

Con la disminución del gasto social en salud y el deterioro en las condiciones de vida de la población más pobre que se observa en Chile a partir de 1974, se produce un incremento de las enfermedades infecciosas en el país, tales como fiebre tifoidea, hepatitis, brotes recurrentes de meningitis, tos ferina y tos convulsiva entre otras enfermedades asociadas a la pobreza y desprotección en salud.<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> La tasa de morbilidad de la fiebre tifoidea que en 1974 era de 35.7 casos por 100 mil habitantes, aumentó a 120.8 por 100 mil en 1977 (Ministerio de Salud, 1988). La morbilidad por hepatitis A aumentó de 40 casos por 100 mil habitantes en 1973, a 80 por 100 mil en 1977. Asimismo, la morbilidad por disentería bacilar de 2.2 casos por 100 mil habitantes en 1974, se elevó a 6.6 por 100 mil en 1976. También entre los años 74 y 78, se produjeron brotes epidémicos de sarampión, tos ferina, tos convulsiva y de

Por otra parte, el incremento de estas enfermedades infecciosas se concentró en las áreas donde vive la población de escasos recursos. En el caso de la fiebre tifoidea las comunas de San Miguel y San Bernardo tenían 5 y 12 veces más casos que la comuna de Las Condes, donde se concentra la población de mayores recursos de la capital (Cabello, 1990:122).

El aumento en las tasas de enfermedades infecciosas como las mencionadas, así como la existencia de recurrentes brotes epidémicos de varicela y meningitis, entre otras enfermedades, durante todo el transcurso de los años 80, no hacen sino mostrar que su presencia está íntimamente asociada a la caída en las condiciones de vida para las mayorías y a la precarización de los servicios de salud otorgados por el Estado.

Como resultado del empobrecimiento sufrido por las familias populares, la desnutrición infantil alcanzó proporciones alarmantes. Ello fue demostrado por diversos estudios de casos realizados en ollas comunes y poblaciones populares, los cuales constataron que la desnutrición infantil prácticamente triplicaba los índices nacionales. <sup>2/</sup> Las cifras oficiales nunca reflejaron la magnitud del problema, pues ellas representan promedios nacionales que no dan cuenta de la situación por estrato socioeconómico. Asimismo se señaló que los datos de los servicios de salud presentaban un sesgo o distorsión, detectándose deficiencias en las técnica de peso y en la clasificación de los niños respecto a las tablas de peso/edad, entre otras, lo cual tendía a subestimar los valores reales (Jiménez, 1979: 61).

---

meningitis cerebro espinal, en circunstancias que al inicio de los años 70 había una franca tendencia al descenso de la morbilidad por estas enfermedades (Cabello, 1991:177).

<sup>2/</sup> Los índices nacionales de desnutrición entre niños de 0 a 6 años, mostraron cifras que alcanzaron al 14.9% en 1979, 12.2% en 1981, 8.4% en 1984 y 8.7 en 1985. Estudios de casos en sectores populares comprobaron que en 1979, la desnutrición afectaba al 44.0% de los niños que asistían a comedores populares de Santiago; en 1981 al 29.0% de los niños de comedores populares del sector oriente de la capital y en 1984 al 27.8% de los niños de la toma de terreno Campamento Raúl Silva Henríquez (Scherman, 1986:7). El flagelo de la desnutrición se hacía más evidente al considerar la población infantil de 0 a 14 años, pues la política de salud del régimen dictatorial dejó fuera de sus programas a la población escolar. La evaluación nutricional de 601 menores, que asistían a 15 ollas comunes de Santiago, evidenció que un 25% sufría desnutrición, la cual se elevaba a 28% en el tramo de 6 a 14 años. El estudio también mostró que entre los niños evaluados un 34% correspondía al grupo de desnutridos recuperados, y que por consiguiente el 59% de los niños, sufrían o habían sufrido episodios de desnutrición en algún período de sus vidas (Jansana, 1985:12-14).

Otro problema constatado, pero no suficientemente cuantificado en el transcurso de los años 70 y 80, fue el aumento de los problemas de salud mental. La precariedad económica condujo a una transformación profunda en los roles de pareja en la familia; la incertidumbre respecto a la satisfacción de la más elemental de las necesidades, como es la alimentación; la vivencia sostenida de la represión y la autocensura, son algunas de las condiciones que explican el incremento de la neurosis, angustia, depresión, alcoholismo y consumo de drogas, entre otros problemas de salud mental.

Estas situaciones, que constituyen expresiones de profundas desigualdades que vulneran el derecho a la salud, nos condujeron a un trabajo preventivo basado en la promoción de la organización popular en salud.

Optamos por una modalidad de trabajo que busca contribuir desde una práctica educativa al proceso de organización y participación popular en salud, teniendo como referentes para su desarrollo, las experiencias anteriores al golpe militar, donde se combinan iniciativas autónomas ligadas a la autodefensa y lucha del movimiento de pobladores y aquellas que emergen alentadas por políticas estatales. Asimismo rescatamos las formas de trabajo y organización en salud que emergen en el período 1973-1981, como también la concepción de Atención Primaria en Salud que surge a partir de la Conferencia de Alma Ata, y que da lugar en diversas partes del mundo al surgimiento de nuevas prácticas de participación comunitaria en salud.

Nuestra visión de la salud como problema social, económico y político, nos condujo a una opción de trabajo en salud preventiva, en que la capacitación y formación de **grupos de salud** la entendemos como una alternativa organizativa específica para la defensa del derecho a la salud.

Partiendo de esta visión de la salud, nuestro trabajo educativo se aparta de las visiones biologicistas que llevan a una sobrevaloración del conocimiento técnico, a una práctica eminentemente asistencial y a una acción preventiva reducida al ámbito de acción individual, orientándose al cambio de hábitos y actitudes considerados nocivos para la salud.

Compartimos la visión de David Werner, activista de salud internacionalmente conocido, respecto a que las profundas desigualdades en el acceso a la salud, requieren de **<<Cambios básicos de la situación social y económica de la mayoría pobre>>** y que **<<esos cambios están relacionados con cuestiones de justicia social, un acceso equitati-**

**vo a los recursos disponibles y una remuneración justa por el trabajo que hacen las personas>> (Werner, 1988:2).** De tal forma, vemos en la organización y participación popular una alternativa que históricamente ha llevado a los pueblos a generar este tipo de cambios.

El enfoque de trabajo en salud preventiva que EPES promueve, se sustenta en el desarrollo de la organización de base, en la capacidad de éstas de generar alternativas para resolver problemas concretos y en un proceso educativo que busca potenciar las capacidades de individuos y grupos en una perspectiva de cambio social.

Con la intención de apoyar y fortalecer los procesos de organización y acción comunitaria de las localidades, poblaciones o barrios populares, hemos buscado desarrollar nuestro trabajo de capacitación en salud, en aquellas poblaciones que cuentan con una trayectoria de desarrollo organizacional, motivando la capacitación y acción en salud a partir de las organizaciones ya existentes.

Tras el objetivo de fortalecer la organización, hay una opción inicial de trabajo preventivo mediante la capacitación de grupos y no de individuos. Asimismo la capacitación se orienta hacia el desarrollo de acciones educativas en la población y en espacios comunitarios en los cuales otras organizaciones también desarrollan sus actividades (jardines infantiles, ollas comunes, locales de iglesias). La capacitación se dirige a posibilitar un trabajo educativo y de promoción de la organización popular en salud.

El proceso de capacitación y formación de grupos de salud lo abordamos desde la metodología de educación popular. El concepto de educación popular que suscribimos nos orienta a una práctica social que trasciende lo meramente educativo, para inscribirse en un proceso más amplio que busca que los sectores populares se constituyan en un sujeto político consciente y organizado (Hernández, 1985).

La formación de grupos de salud tiene su origen en el desarrollo de cursos de capacitación de monitoras en salud preventiva. Aunque la metodología se ha ido precisando con el correr de los años, ha mantenido las características que tuvo la implementación de los primeros cursos desarrollados por EPES.

El proceso de capacitación y formación de grupos poblacionales de salud considera tres etapas: motivación y selección, capacitación y consolidación grupal.

La **etapa de motivación y selección** comprende primeramente la determinación del sector (población, barrio) en que se realizará el curso, sobre la base de criterios de pobreza, historia de organización y necesidades de acceso a la salud. Para ello consideramos los antecedentes de diagnóstico disponibles, los contactos establecidos, acciones educativas o de asesoría desarrolladas con organizaciones del sector, existencia de local donde realizar el curso, características de las organizaciones y cuando existe un grupo de salud, buscar su compromiso para apoyar el proceso de formación de un nuevo grupo de salud.

En un segundo momento, iniciamos el trabajo de motivar la participación de las organizaciones. Asistimos a reuniones de las organizaciones donde explicamos las orientaciones y metodología de trabajo; distribuimos afiches y material informativo sobre el curso; nos entrevistamos con dirigentes de grupos sociales e inscribimos a las personas interesadas. Posteriormente desarrollamos entrevistas individuales con las personas inscritas, para luego seleccionar 18 a 25 integrantes considerando edad, experiencia de participación en organizaciones del sector, interés específico detectado en la entrevista, disponibilidad de tiempo para trabajar en grupo, participación y conocimiento de actividades realizadas en su población. En una segunda visita les invitamos a la primera reunión en que se dará inicio al curso.

La **etapa de capacitación** se inicia con el diagnóstico de necesidades de salud que realizan las participantes, para determinar los objetivos y contenidos de capacitación, incluyendo una proposición de contenidos básicos definidos por el equipo de EPES que se orienta a posibilitar el desarrollo de confianza y cohesión grupal, la planificación y realización de actividades comunitarias de acuerdo al diagnóstico de problemas y la vinculación con organizaciones del sector. Con el desarrollo del diagnóstico también se busca promover una identificación de las participantes con los problemas y realidad de sus poblaciones.

La capacitación se aborda con una metodología activa, empleando materiales educativos que propician la discusión en torno a su realidad, buscando develar las causas de los problemas de salud que el grupo identifica, estimulando un proceso de revaloración del saber que tiene cada una de las participantes (ver anexo A: láminas generadoras).

El proceso educativo se propone que las participantes puedan apropiarse tanto de conocimientos de salud como de una metodología de tra-

bajo; de tal forma explicitamos las intencionalidades del proceso de formación de organizaciones de salud, referidas a potenciar liderazgo y autonomía, como también los objetivos de aprendizaje y técnicas empleadas en cada sesión, procurando devolver a las participantes un material escrito que recoja el análisis construido por el grupo.

Los cursos han tenido una duración variable. En los primeros años contemplaron aproximadamente 32 sesiones, con una frecuencia semanal, las que posteriormente se redujeron a 20 (aproximadamente 60 horas). Del conjunto, un máximo de diez sesiones corresponden al desarrollo de los contenidos propuestos por el equipo (ver anexo B: Temarios de cursos).

Durante el desarrollo de esta etapa, realizamos visitas domiciliarias a los integrantes del grupo, para recoger sus apreciaciones sobre el desarrollo del curso, proceso grupal y proyección del trabajo en salud. La etapa de capacitación concluye con un acto de graduación de las participantes del curso, en la que participan sus familiares, dirigentes de organizaciones populares del sector, líderes de iglesias y autoridades de salud cuando corresponde.

La **etapa de consolidación grupal** es el período inmediatamente posterior a la graduación y se orienta a fortalecer el desarrollo grupal y su proyección como organización de salud. En esta etapa, que dura tres a siete meses, las coordinadoras o dirigentas del grupo se incorporan a la planificación y conducción de las sesiones semanales, a la vez que apoyamos metodológicamente al grupo en la programación semestral de su trabajo, estimulando la realización de actividades comunitarias y de autofinanciamiento grupal.

Terminado el curso en sus tres etapas, acordamos un programa de asesoría con los grupos de salud, que se orienta a fortalecer la dinámica interna de la organización, promoviendo un liderazgo democrático, así como su trabajo con la comunidad. La asesoría contempla apoyo metodológico en planificación y evaluación de sus actividades, acompañamiento en la ejecución de algunas acciones comunitarias; capacitación de acuerdo a los problemas que se han planteado abordar, apoyo en recursos educativos para el desarrollo de sus actividades comunitarias (material educativo, bibliográfico, equipos audiovisuales), como también, referencias de instituciones y organizaciones que podrían colaborar en la capacitación del grupo y la realización de sus actividades.



Entre los años 1982 y 1992, hemos capacitado a través de la modalidad de cursos un total de veinte grupos de salud, con los cuales en la mayoría de los casos, hemos mantenido una relación de asesoría posterior al curso.

Algunos de estos grupos, principalmente los que se constituyeron entre los años 1983 y 1985, se disolvieron a partir de 1987, producto de las particulares condiciones políticas que se dieron en este tiempo, las que se conjugaron con factores tales como bajos niveles de organización de sus poblaciones, pérdida de legitimidad de algunos de sus integrantes, temor a la represión, como también con problemas de orden personal y familiar de quienes integraron estos grupos.

Al iniciarse la investigación en 1992, estábamos trabajando con diez grupos de salud, de los cuales siete reunían las condiciones previstas por el estudio. Cinco de estas organizaciones de salud se ubican en poblaciones de Santiago y dos en la localidad de Hualpencillo en Concepción.

## **2. ORIGEN Y UBICACION TERRITORIAL DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO**

Al 23 de marzo de 1982 se remonta el nacimiento del grupo de salud "**Yo soy Pobladora**" de Villa O'Higgins, comuna de La Florida, constituido con la participación de mujeres provenientes de distintas experiencias de organización poblacional vinculadas a la sobrevivencia (comedores populares, talleres laborales), a comunidades cristianas y a organizaciones culturales. Algunas mujeres no estaban participando pero habían tenido experiencia en organizaciones sociales con anterioridad al golpe militar; otras no tenían ninguna experiencia organizacional, salvo su vinculación como apoderadas al jardín infantil de la IELCH, local comunitario en el cual se desarrolló la capacitación y donde el grupo se reunió por varios años.

En 1983 se capacitó un grupo de salud en la población La Faena, comuna de Peñalolén, al cual se integraron mujeres ligadas a grupos de la Comunidad Luterana y de la Iglesia Católica del sector, como también algunos varones, los que luego de permanecer por uno a dos años se retiraron de la organización. Posteriormente en 1986, se realizó un nuevo curso para capacitar a las mujeres que se habían incorporado al grupo, las

cuales estaban participando en otras organizaciones sociales de la comuna, constituyéndose así el grupo de salud "**LLacolén**".

En 1984 se realizó el curso que dio origen al grupo de salud "**Llaretá**" (**Flor que nace en el desierto**) de la población La Bandera, comuna de La Granja, y que actualmente corresponde a la comuna de San Ramón, en el cual participaron también algunos varones. La mayoría de sus integrantes eran personas que tenían un alto nivel de participación en organizaciones poblacionales, y por años habían venido trabajando para hacer frente al problema del hambre, la cesantía y la defensa de los derechos humanos. También se incorporaron a este grupo personas que no pertenecían a organizaciones, pero que eran parte de la comunidad organizada del sector en tanto participaban de sus actividades.

En ese mismo año, el equipo EPES realizó varios talleres educativos con pobladores de un sector de campamentos de la comuna de La Cisterna, y que actualmente corresponde a la jurisdicción territorial de la comuna de El Bosque. Los talleres se realizaron a solicitud de mujeres y líderes de la Iglesia Católica del sector, que deseaban capacitarse en salud para cambiar el carácter asistencial de las organizaciones a las que estaban vinculadas.

La tarea no era fácil, pues el sector se estaba conformando a partir de pequeños grupos de familias erradicadas desde distintas comunas de la capital, y sus condiciones de vida eran de extrema precariedad. Después de un año de actividades educativas en el sector, las dirigentes y el equipo de EPES, iniciaron el trabajo de motivación e inscripción para el curso de capacitación de monitoras en salud preventiva, que dio origen en 1985, al grupo de salud "**Renato Castillo**".<sup>3/</sup> Integraron este grupo mujeres de los campamentos El Almendro 1 y 14 de Enero, de la Villa El Puelche, incorporándose después mujeres del campamento Valparaíso.

En Concepción, el equipo EPES inicia la capacitación de grupos de monitoras de salud, con el curso realizado en la caleta de pescadores Lo

<sup>3/</sup> Renato Castillo fue un chileno forzado al exilio, quien al llegar a Francia a poco tiempo del golpe militar, inicia un trabajo de apoyo a los exiliados latinoamericanos, el que continúa en México hasta su fallecimiento en Mayo de 1990. El grupo toma su nombre en reconocimiento a cientos de personas que anónimamente como él, dedicaron su vida a la defensa de los derechos humanos, dando testimonio de solidaridad y compromiso con la vida.

Rojas en la Comuna de Coronel, experiencia que el equipo asesora hasta finales de 1984.

Entre 1984 y 1985, EPES capacita cuatro grupos de salud en diferentes localidades de la VIII Región. En Talcahuano se realiza un curso de salud en la población Libertad, campamento enclavado en el antiguo basural de la ciudad. En el barrio La Candelaria, se capacita simultáneamente otro grupo que cuenta con la participación de las madres del Jardín Infantil Piecercitos de la Iglesia Evangélica Alemana de Concepción. También se realiza un curso en Nonguén, un barrio aislado por cerros y sus malos caminos, caracterizado por una nutrida historia de organización.

Otra experiencia que se inicia en 1984 es la de Chaimávida, único grupo rural que capacita y asesora el equipo de EPES hasta 1987. Esta comunidad se ubica en un fundo expropiado por el Gobierno de la Unidad Popular y entregado a los campesinos por la Corporación de Reforma Agraria (CORA). A partir de 1973, al ponerse en duda la propiedad de su tierra, además del aislamiento geográfico, sus habitantes comienzan a sufrir de persecución y amedrentamiento. La capacitación se orientó principalmente a desarrollar habilidades para la atención de primeros auxilios, dada su lejanía de cualquier centro asistencial y en segundo lugar a posibilitar un trabajo preventivo en la comunidad.

En 1986, después de haber realizado estos cursos en comunidades de características muy distintas y dispersas, el equipo EPES de Concepción, tomó la decisión de continuar el trabajo de capacitación de monitoras centrando su esfuerzo en una sola localidad. El trabajo se dirigió hacia Hualpencillo, en la comuna de Talcahuano, dados los problemas medioambientales existentes y porque esta localidad había alcanzado un importante nivel de organización desde comienzos de los 80, aun cuando en 1986 ya se empezaba a hacer visible la desaparición de organizaciones y la falta de nuevas iniciativas populares.

El primer curso desarrollado en Hualpencillo dio origen al grupo de salud "**Domohuallipén**" (**Mujeres Alerta**), constituido por mujeres que provenían de las poblaciones Crispulo Gándara, Lan C y Hualpén Peñuelas. La mayoría de sus integrantes tenían experiencia en organizaciones de mujeres y de derechos humanos, aunque algunas ya se habían desintegrado.

En la población Malaquías Concha, comuna de La Granja (Santiago) en 1988 se capacitó un nuevo grupo de salud, respondiendo a la solicitud

de las dirigentes de la "Casa de Salud Integral", quienes habían sido apoyadas por un equipo voluntario de profesionales, los cuales no podían continuar su labor. EPES asumió el trabajo de capacitación de monitoras de salud partiendo desde los objetivos de la Casa de Salud: "integrar más gente a su organización y ampliar el trabajo dando énfasis a los aspectos de prevención en salud". En conjunto con las dirigentes de la Casa se realizó el trabajo de motivación para convocar al curso con el cual se constituyó el grupo de salud "**Malaquías Concha**", integrado por mujeres que en su mayoría no tenían experiencia de participación, y por un varón que permaneció durante dos años en la organización.

También en 1988, en la población Armando Alarcón del Canto de la localidad de Hualpencillo, Concepción, se formó el grupo de salud "**TRASSIN**" (**Trabajo Social en Salud Integral**) constituido en su mayoría por jóvenes, algunos de los cuales venían de organizaciones culturales y de derechos humanos que se habían desintegrado y también, por mujeres adultas sin experiencias de participación. Luego de tres años de funcionamiento permanecen en el grupo sólo mujeres.

Otros antecedentes para situar la realidad en que se insertan estos siete grupos de salud, es su localización y experiencia de sus campamentos o poblaciones en procesos de participación popular.

Las poblaciones donde se ubican los grupos de salud "Yo Soy Pobladora", "Llacolén", "Llaretta", "Renato Castillo" y "Malaquías Concha" de Santiago, se localizan a distancias que oscilan entre 15 y 25 kilómetros del centro de la ciudad, correspondiendo al cordón de marginalidad urbana que rodea la capital. Su nivel de urbanización y de servicios comunitarios es precario, carecen de farmacias y centros comerciales, y en la mayoría de estos sectores poblacionales hay insuficiencia de establecimientos educacionales que impartan enseñanza preescolar, media y/o técnica-profesional.

Todas estas poblaciones tienen grandes dificultades en el acceso a centros hospitalarios y de atención de urgencia por la distancia en que éstos se ubican, como asimismo por la incapacidad de estos servicios para absorber las necesidades de varias comunas, las que en los últimos años han multiplicado sus habitantes. Ello también se manifiesta en los establecimientos del nivel primario (consultorios), pues éstos no están equipados para atender una población que a veces duplica el número de habitantes que originalmente les fue asignado.

Algunos de estos asentamientos poblacionales tienen 25 a 35 años de antigüedad. Los más recientes están constituidos por los campamentos Valparaíso y El Almendro 1 que tienen seis y catorce años de existencia, respectivamente. El primero se origina en una toma de terreno realizada en 1983, mientras que el segundo de ellos, responde a la política de erradicaciones del gobierno de Pinochet, que relocalizó a pobladores insertos en comunas de clase media y alta, en sectores alejados de la ciudad.

Las poblaciones más antiguas, a excepción de La Faena, cuentan con una vasta trayectoria de organización comunitaria y movilización social, que se remonta a la década del 60 y 70, hecho que de alguna manera incide sobre los niveles de organización y movilización popular que experimentaron las poblaciones entre los años 1982 a 1986.

En la ciudad de Concepción los grupos de salud "Domohuallipén" y "TRASSIN" se ubican en la localidad de Hualpencillo, a 17 kilómetros de distancia del centro de la ciudad y a 12 kilómetros del hospital más cercano. El acceso a la atención en salud en el nivel primario es deficiente, en tanto el consultorio tiene una población asignada de 36.000 habitantes, mientras que en el sector residen 140.000.

Las monitoras capacitadas en Concepción provienen de poblaciones, en las que se aprecia una mayor heterogeneidad socioeconómica, pues se encuentran allí familias y sectores del barrio con características propias de la antigua clase obrera industrial y sectores en evidente condición de indigencia.

Las poblaciones Crispulo Gándara, Armando Alarcón del Canto y Lan C se constituyeron entre los años 1965 y 1968, mientras que la población Hualpén Peñuelas corresponde a un plan habitacional del año 79. Hualpencillo se ha ido poblando aceleradamente en el curso de los años 80, existiendo actualmente serios problemas de saneamiento ambiental por la saturación del sistema de alcantarillado, la falta de evacuación de aguas de lluvia, ausencia de veredas y pavimentación en la mayoría de sus calles. Cabe señalar que el anexamiento de nuevas poblaciones construidas en terrenos bajos y aledaños al río Biobío, ha incrementado los problemas derivados de la insuficiencia del sistema de alcantarillado, como también, aumentado el riesgo de inundación en una vasta extensión de la localidad de Hualpencillo.

A dichos problemas de contaminación ambiental, se suman las emanaciones de gases provenientes de las industrias petroquímicas, de gas,

cemento y pintura que rodean Hualpencillo, los basurales existentes en la ribera del río Biobío y los gases del vertedero municipal de la comuna de Talcahuano, el cual fue clausurado recién en 1990, pero que aún no cuenta con un relleno sanitario.

En Hualpencillo, en la década del 70, se dieron importantes niveles de organización popular. Posteriormente en el período 82-86 esta localidad se constituyó en uno de los centros de la movilización antidictatorial, donde las organizaciones lograron articularse en un referente local, la Coordinadora de Organizaciones Populares de Hualpencillo (OPH), a la que se integraron algunas de las coordinadoras de organizaciones de mujeres y de grupos culturales, que por varios años venían trabajando en el sector.

Estos siete grupos de salud fueron capacitados entre los años 1982 y 1988, por lo cual acumulan trayectorias de cuatro a diez años de trabajo en sus poblaciones. La historia de estos grupos da cuenta de una rotatoria de sus integrantes, producto de múltiples razones, siendo las más frecuentes la inserción laboral, el cambio de lugar de residencia, la represión directa o indirecta que ha afectado a las monitoras y sus familias, así como problemas familiares que han obstaculizado especialmente la participación de las mujeres.

Actualmente estas organizaciones cuentan con miembros que tienen una dilatada experiencia, entre las cuales se encuentran algunas de sus fundadoras y también con integrantes que tienen un poco más de un año de participación. De este modo de las 38 monitoras involucradas en este estudio, 23.7% –o sea nueve monitoras– tienen entre diecisiete meses y tres años de participación en el grupo de salud, y un 76.3% –es decir veintinueve monitoras– tienen entre seis y diez años de trabajo en su organización, por lo cual se trata de monitoras con una larga **trayectoria de participación en salud.**<sup>4/</sup>

<sup>4/</sup> La media de participación de las monitoras en los grupos de salud involucrados en el estudio, es de 6.2 años.

## GRUPOS DE SALUD QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO

NOMBRE DEL GRUPO AÑO DE FORMACION	Nº. MONITORAS GRADUADAS	POBLACIONES Y COMUNA	ORIGEN DE LA POBLACION
"Yo Soy Pobladora" 1982	10	Villa O'Higgins, 3er. sector, comuna de La Florida	Toma de terreno y posterior asignación sitio
"Llacolén" 1983 - 1986	14	La Faena, comuna de Peñalolén	Asignación sitio, Plan de vivienda
"Llaretá" 1984	15	La Bandera, 2o. y 4o. sector, y Villa La Cultura, co- muna de San Ramón	Toma de terreno y posterior asignación sitio Viviendas de emergencia.
"Renato Castillo" 1985	14	El Almendro 1 Villa El Puelche Campamento 14 de Enero Campamento Valparaíso comuna El Bosque	Erradicación Plan de vivienda Toma de terrenos
"Domohuallipén" 1986	10	Crispulo Gándara, Lan C Hualpén Peñuelas Hualpencillo, comuna de Talcahuano	Plan regular de vivienda social
"Malaquías Concha" 1988	10	Malaquías Concha	Cooperativa Asignación sitio
"TRASSIN" 1988	8	Aramando Alarcón del Canto	Plan habitacional

