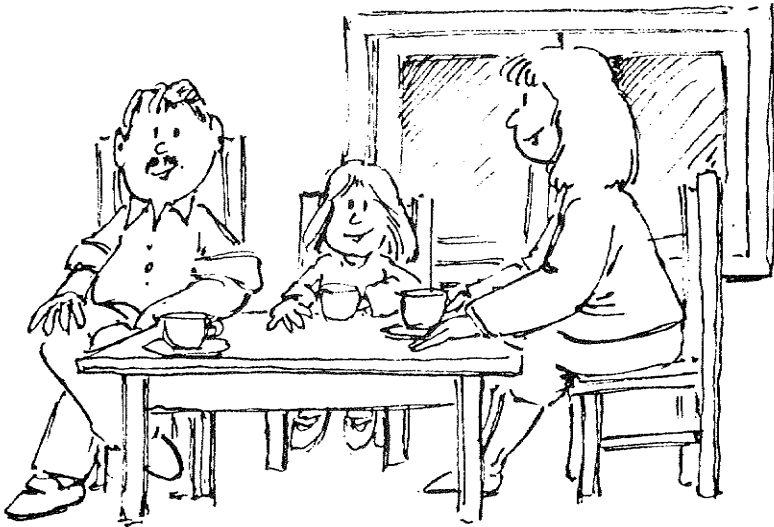


# 2



*Características personales, familiares  
y condiciones de vida de las monitoras*



## CAPITULO II

### CARACTERISTICAS PERSONALES, FAMILIARES Y CONDICIONES DE VIDA DE LAS MONITORAS

#### 1. CARACTERISTICAS DE LAS MONITORAS Y SUS FAMILIAS

*"El compromiso con la organización hace salir. La participación es parte de nuestra vida, yo no podría vivir sin participar. Es una opción y compromiso de vida, aunque tengamos todavía problemas en la casa. Es una necesidad de estar con otras, para crear condiciones distintas para la mayoría".*

*(Marcela)*

En esta sección abordaremos el perfil de las integrantes de los grupos de salud en cuanto a edad, estado civil, tipo y tamaño de familia, ciclo de vida y nivel de instrucción. El análisis busca dar cuenta de cómo estas características tendenciales facilitan o dificultan la participación, así como incorporar al análisis algunos de los condicionamientos de carácter estructural que influyen en la participación en organizaciones cuando sus integrantes son mujeres.

#### **Sexo y Estado Civil**

Al respecto es necesario señalar que EPES ha buscado convocar la participación de hombres y mujeres para la constitución de grupos de salud. Sin embargo la experiencia de capacitación de monitores, ha mostrado consistentemente que la convocatoria para capacitarse en salud lo-

gra captar a muy pocos varones. Aquellos grupos de constitución mixta inicial, a lo más han llegado a contar con tres hombres, los que luego de un año o dos han dejado de participar.<sup>5/</sup>

De hecho el colectivo de 38 personas que componen los grupos que participan en este estudio, está conformado por una mayoría absoluta de mujeres (97.4%) incluyendo sólo un varón. Asumiendo esta realidad, nos estamos refiriendo a "**monitoras de salud**".

Esta composición mayoritaria de mujeres en los grupos de salud, obedece a que la salud, en virtud de la división del trabajo por sexo, corresponde a una de las responsabilidades socialmente asignadas a la mujer, como componente de su rol doméstico. El análisis de algunas monitoras sigue la misma dirección al reflexionar sobre este hecho que ha marcado la historia de sus organizaciones:

*"En esta sociedad la mujer se hace cargo de la salud, es cosa de mujeres".*

*(Natalia)*

*"Los hombres no se hacen responsables de la salud, la mujer obligatoriamente debe asumir. La salud es responsabilidad familiar de la mujer. Es un papel dado por la sociedad. También es por machismo".*

*(Marcela)*

Además de este factor, las monitoras indicaron que un impedimento a la inclusión y permanencia de varones en los grupos de salud radica en

<sup>5/</sup> La predominancia de mujeres en grupos u organizaciones de salud comunitaria la encontramos en diversas latitudes, como lo muestran estudios de casos realizados en Nicaragua (Garfield y Frieden: 1987), en Sri Lanka (Walt, Perera y Heggenhougen: 1989). En Chile por observación directa constatamos que los más de 250 grupos de salud catastrados en 1987, estaban integrados por una mayoría de mujeres, siendo escasa la participación de varones. También en Perú las organizaciones de salud durante los años 80 estaban compuestas casi exclusivamente por mujeres. No obstante, también se encuentran experiencias de promotores de salud donde predominan los hombres. Un estudio sobre 14 programas nacionales informa de la existencia de programas cuyas composición es mayoritariamente masculina en China (1968), Burma (1978) e India (1977); o exclusivamente masculina en el caso programas en Etiopía (1978), Tanzania (década del 60), Zambia (1981) y en Perú en la década del 40 (Walt, et al. 1990: 18).

su dinámica de funcionamiento, ya que los horarios de trabajo de los hombres se superponen con las sesiones de los grupos:

*"Los hombres no tienen tiempo para asumir trabajo [en las organizaciones] en los horarios en que se reúnen las mujeres".*

(Raquel)

De otro lado, buscando las razones por las cuáles los hombres que se han motivado por desarrollar un trabajo en salud no han permanecido por mucho tiempo en los grupos, las monitoras identifican otros factores relacionados a la dinámica que se genera en grupos formados por una mayoría de mujeres:

*"Cuando los hombres se han integrado a los grupos de salud, como que no se identifican porque no están con sus pares, no sé, pero los hombres que han pasado por el grupo no logran mantenerse, también por problemas de trabajo. Además que pasa algo, cuando están en minoría como que se sienten en desventaja, o sea participar dos hombres en un grupo de nueve mujeres... quieren manejar la situación y como ven que no la están manejando, que están las mujeres dominando el asunto, se sienten en desventaja ... y no es así con las mujeres... las mujeres nos adaptamos bien a los grupos de hombres, nosotras tenemos esa capacidad..."*

(Teresa)

Aun cuando los grupos de salud no han logrado convocar la participación de muchos hombres, la composición mixta de los mismos ha sido apreciada por sus integrantes.

Más allá de quienes participan en este estudio, encontramos que en otras experiencias de trabajo comunitario en salud, se valora la integración de hombres y mujeres al trabajo que realizan. Al respecto las organizaciones de salud de la zona oriente de Santiago, que tienen una larga trayectoria de trabajo en sus poblaciones, plantean que el grupo de salud ideal: **<<Es aquel integrado por mujeres, hombres adultos, adolescentes, hombres y mujeres de la tercera edad, es decir, un grupo que represente al conjunto de personas que habitan en una población o comunidad>>** (Grupos de Salud, Zona Oriente, 1990: 7).

En términos de estado civil encontramos la siguiente situación: 71.1%

son casadas, 10.5% convive sin tener vínculo legal, 13.2% se ha separado de sus parejas y sólo un 5.2% son solteras. Los datos evidencian la existencia mayoritaria de parejas unidas por matrimonio, pero muestran también la presencia de otras formas en que se constituye familia en nuestra sociedad.

En síntesis, la mayoría absoluta (94.8%) de las mujeres que integran las organizaciones de monitoras que ha apoyado EPES, tiene en la actualidad o han tenido parejas en algún momento de sus vidas, constituyendo familia a partir de ese vínculo. Cabe aclarar que las monitoras provienen de 36 grupos familiares, pues dos de ellas son parte de un mismo núcleo familiar, en un caso por la relación madre e hija, y de cónyuges en el otro caso.

Al realizar el estudio el 81.6% de las monitoras vivían en pareja, diecisiete de ellas (47.2%) manifestaron haber tenido o tener todavía problemas en su relación debido a su decisión de participar en el grupo de salud. Analizando esta situación, las monitoras han señalado que mantenerse en el grupo de salud, ha sido fruto de su voluntad de confrontar, evadir o negociar el conflicto que esto ocasiona con sus parejas, como elocuentemente lo expresan algunas de ellas:

*"Yo no pedía permiso para salir, si él estaba no pedía permiso, le dejaba a los niños no más, le decía son hijos tuyos también, se los dejaba no más, aunque él alegaba, hacía problemas... ni tanto tampoco... igual yo salía. Pero no supe negociar como corresponde con él, no sé si lo habré intentado... porque yo la poderosa, ahí en la casa, la que lo podía hacer todo, pero no es así. Es para que no te griten, por las peleas y por todo lo que significa que la casa esté cochina".*

(Natalia)

*"No creía que estaba en las reuniones, había cosas de celos, de desconfianza, también tenía mucho miedo por mí y los niños, que nos pasara algo...".*

(Salomé)

*"Encontraba que era mucho el tiempo que dedicaba a la organización y que estaba dejando de lado la casa".*

(Sandra)

*"De día no tengo problemas para participar, pero sí para participar a la hora que él llega, porque le gusta que yo esté con él".*

*(Josefina)*

*"Salir más de un día a la semana es conflictivo y es peor si tenemos actividad los fines de semana cuando está la pareja".*

*(Elvira)*

*"Ahora ya no pescamos cuando dicen vai a huevear".*

*(Raquel)*

*"En un principio [dicen que] vai a guevear, a mover lengua, a perder el tiempo... pero después de un tiempo y cuando tú le cuentas, los maridos se integran y participan en las actividades ayudando, en campañas, en actividades de recreación o de financiamiento".*

*(Beatriz)*

Salir de la casa para participar y tener un rol en el espacio comunitario tiene costos; muchas son las ocasiones en que el trabajo del grupo se ha visto interrumpido para acoger a alguna de sus integrantes, apoyarla y compartir las estrategias que a otras mujeres les han servido para lograr su derecho a salir y tener sus propias actividades.

Sin embargo las dificultades para participar no sólo las presenta la pareja de la monitora; ellas también deben confrontar las presiones del medio, ya que en nuestra cultura no hay suficiente reconocimiento social al rol público que pueden tener las mujeres, como claramente lo explicita una de las monitoras:

*"Yo he sufrido por el machismo de los hombres, he sufrido por mi compañero, porque los amigos de él lo miran como un pobre huevón. La ... se va por tres días, lo deja botado, anda leseando y éste todavía con ella. Ahora mismo, yo me vengo para acá y él está al lado haciendo un trabajo con los vecinos y lo miran con compasión, como diciendo: ¡pobrecito! ¡todavía está hueveando esta mujer!... No es una no más la que se lleva la carga, también los hijos, porque a ellos les dicen: y tu mamá ¡tu mamá anda puro hueveando!".*

*(Salomé)*

Pero Teresa nos señala que también las mujeres que atisban la posibilidad de tener una actividad propia, fuera del espacio doméstico, han enfrentado el conflicto personal que entraña un rol profundamente internalizado:

*"Yo diría que hay un cuestionamiento de uno, más propio de la mujer... Es más difícil para ella sola romper su esquema, a veces se le echa la culpa a los maridos. Va a participar pero se siente tan responsable de su casa, de sus hijos, de su marido que va a llegar, y a veces el marido no dice nada, se acomoda; pero ¡pucha cómo no vai a estar!... Yo creo que va más en el cuestionamiento y la culpabilidad que a una la retiene, a veces no tenís problemas con los hijos, pero tú sola, esa es la cuestión más difícil que a nosotras nos cuesta romper, el tú, el tú, ¿cómo yo los voy a dejar abandonados? Tú no entendís que podís cumplir varias actividades sin ser irresponsable. Pónele tú, se nos junta un cumpleaños del hijo y chuta tenís una reunión, oye y ... ¿vai a dejarlo el día de su cumpleaños? ¡Imposible, cómo podís ser tan mala, no vai a estar con él! Eso yo creo que es más difícil que convencer a otro, porque eso lo tenís aquí, estai luchando con eso. Cuando tú llevai eso contigo es más difícil, eso yo creo que apuntaría a que la mujer, por el rol histórico que se nos achaca de mamá, dueña de casa, profesora y todos los títulos que nos dan, que uno se lo toma tan a pecho, que después cuesta sacárselo y decir... no pues si yo soy persona también, ¿qué quiero hacer yo? Eso me pasó a mí cuando empecé a participar, fue difícil para mí, se te da vuelta todo, llegai tarde, no tenís la ropa planchada, la comida a la hora. Se facilita si hay comunicación en la casa y te ayudan... vai mejorando, depende de lo que tengai en tu casa también. Pero yo creo que lo más difícil es el cuestionamiento que tú te hacís y sacarte la culpabilidad".*

Una de sus compañeras de grupo agrega que no basta tener una familia que entienda y apoye a la mujer, sino que:

*"Una tiene que aprender a hacer las cosas domésticas de otra forma, no en las rutinas de siempre, esas cosas las va aprendiendo la mujer, si una tiene un compromiso fuerte hacia su comunidad, logra romper y se le hace más fácil. No así cuando a una le da lo mismo, cuando es una cuestión de salir de la casa por salir no más, pero si hay un com-*



*promiso fuerte y tú sabes que tienes que estar ahí, la mujer se logra organizar bien y cumple adentro y afuera”.*

*(Beatriz)*

Hasta aquí podemos apreciar que aun cuando la salud es uno de los componentes del rol doméstico de las mujeres, por lo cual podría suponerse que la participación en organizaciones de este tipo, encontraría menos dificultades, la experiencia de las monitoras refleja que ello no ha sido así, en tanto un número significativo de ellas reconoce que el tener las responsabilidades de ser dueñas de casa, madres y esposas ha dificultado y en algunos casos todavía dificulta su participación en los grupos de salud.

### **Tamaño y Tipo de Familia**

Las familias que han formado las monitoras se caracterizan más bien por ser núcleos pequeños, integrados mayoritariamente por tres o cuatro componentes (47.2% de los casos); luego sigue un segundo grupo de familias de un mayor tamaño, compuestas por cinco a siete personas, que representa una alta proporción en el conjunto. (41.7% del total); el más pequeño, es el grupo integrado por familias más numerosas de ocho a diez miembros (11.1% de este colectivo) (Cuadro No. 1). Cabe agregar que el tamaño promedio de las familias de las monitoras es 4.91, o sea, cinco miembros.

**Cuadro No. 1**  
**TAMAÑO DE LAS FAMILIAS DE LAS MONITORAS**

Número de Integrantes	(*) No.	%
2 a 4 personas	17	47.2
5 a 7 personas	15	41.7
8 a 10 personas	4	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

(\*) No. = número de casos

% = porcentaje

Desde otro ángulo observamos que la mayoría de las familias de las monitoras son de tipo nuclear (65.8%). Existe también un conjunto importante de familias extendidas, que supera levemente al tercio, equivalente a un 34.2%. Pensamos que ambas situaciones, facilitan de alguna manera la participación de las mujeres en organizaciones sociales.

Por un lado, las familias nucleares son básicamente pequeñas (el 64% de las mismas corresponde a núcleos integrados por dos a cuatro personas), lo que daría lugar probablemente a menos responsabilidades domésticas. Y de otro lado la pertenencia a familias extendidas, posiblemente permita la delegación de algunas tareas en favor del trabajo comunitario. Algunas monitoras señalaron que la colaboración de parientes en el cuidado de los niños, les ha facilitado realizar sus actividades comunitarias; sin embargo, la ayuda se obtiene cuando la familia también entiende lo que están haciendo y empiezan a valorar el trabajo de la organización:

*"Cuando vivía con mis padres se me facilitaba participar; ahora tengo que correr todo el día, para hacer las cosas, organizar la casa, dejar todo listo, enviar a la niña al colegio, llegar a las reuniones y correr para ir a buscarla al colegio".*

(Raquel)

### **Ciclo de Vida, Edad de las Monitoras, Número y Edad de los Hijos**

Respecto a la edad de las monitoras encontramos que el grupo mayoritario, que se aproxima a la mitad del colectivo (47.4%), se ubica en la categoría usualmente denominada adulto joven, que en este caso corresponde al tramo que va de 31 a 40 años. Sin embargo hay también un importante número de mujeres jóvenes, de entre veinte y treinta años <sup>6/</sup> que comprende a algo más de la cuarta parte del conjunto, como podemos apreciar a continuación:

<sup>6/</sup> Según el Instituto Nacional de la Juventud (INJ), son jóvenes aquellas personas que se encuentran entre los 14 y 29 años de edad.

**Cuadro No. 2**  
**EDAD DE LAS MONITORAS**

Edad	No.	%
20 - 30	10	26.3
31 - 40	18	47.4
41 - 50	7	18.4
51 - 60	3	7.9
TOTAL	38	100.0

Estos dos grupos etáreos más bien jóvenes constituyen el grueso de las participantes (73.7%), situación bastante favorable para la organización, por distintas razones, según lo han señalado algunos investigadores. Se ha planteado que las personas más jóvenes son más sensibles a la movilización para realizar trabajos comunitarios o voluntarios (Garfield y Frieden, 1987). A estos rangos de edad se les reconoce una alta productividad en el trabajo comunitario (Vaughn, 1980). La predominancia de adultos jóvenes, constituiría un factor favorable que aportaría estabilidad a la organización, ya que las personas de esta edad tendrían una vida más establecida, incluso mayor permanencia en sus lugares de residencia, por lo cual se estima que asumirían compromisos más firmes y permanentes en el trabajo comunitario (Vaughn, 1980; Goethal y Doerfman, 1983).

Si unimos los dos tramos restantes, que corresponden a las monitoras de mayor edad, entre 41 y 60 años, este subconjunto alcanza una magnitud idéntica al grupo más joven, 26.3%, lo que indica que algo más de una cuarta parte de las monitoras son de edad madura. No obstante esta importante proporción, en este grupo etáreo se produce una caída en el número de participantes, que es más pronunciada cuanto más aumenta la edad, como podemos apreciar en las categorías desagregadas en el cuadro No. 2.

Respecto a la edad y su relación con la participación en los grupos de salud, las monitoras coincidieron en que las adultas jóvenes tienen su vida más establecida, con una proyección más de largo plazo y con responsabilidades sociales más claras:

*"Es cierto que los adultos jóvenes están más establecidos, arriendo de casa, colegio de los niños, etc. y por eso también tienen mayor disposición a asumir responsabilidades en el trabajo en salud que los jóvenes".*

(Natalia)

Considerando que veintinueve monitoras tienen entre seis y diez años de participación en el grupo de salud, podemos afirmar que quienes se han integrado a ellos tendencialmente han sido mujeres jóvenes y adultas jóvenes. Asimismo, y más allá de las monitoras que participan actualmente en los grupos de salud, hemos constatado que las mujeres más jóvenes que en algún momento participaron y que permanecieron por largos períodos en los grupos, fueron mujeres que ya tenían hijos.

El desarrollo de la experiencia ha mostrado que las mujeres jóvenes sin hijos, después de terminado el curso que ha dado origen a estos grupos, se han retirado. Algunas monitoras agregan que las jóvenes que han participado en los grupos habitualmente han sido personas que tenían experiencias previas en grupos comunitarios o pertenecían a familias vinculadas a organizaciones donde existía una valoración positiva de la participación social.

*"Las jóvenes que se han integrado a los grupos de salud antes habían participado en otras organizaciones o bien eran hijas de mujeres organizadas. En mi caso mi viejo cuando trabajaba, era del sindicato, en la casa siempre se hablaba de lo que pasaba con el sindicato, pero después cuando se salió de su trabajo, ya no se habló nada más".*

(Gloria)

También las monitoras señalan que se producen dificultades en la comunicación e integración entre mujeres muy jóvenes y mujeres adultas:

*"... Yo creo que no se da la cosa de jovencitas con mujeres... la experiencia que tengo es que no funciona, las viejas como que ya tenemos una trayectoria, tenemos más facilidad para hablar, como que las caras se chupan y entonces no se sienten cómodas".*

(Salomé)

Otra monitora reflexiona sobre el proceso de búsqueda de los jóvenes, y que en este sentido su entrada a los grupos de salud y posterior abandono, tendría que ver con el proceso de desarrollo que viven los jóvenes:

*"La gente más joven con menos de 20 años como que no tienen la visión de la salud como algo que a ellos les importe mucho, son jóvenes... a ellos no les duele nada, entonces la salud es para ellos una cosa secundaria y cuando participan... es para aprender algo que a ellos les sirve, pero no con una proyección, no como para continuar porque no tienen hijos o gente que dependa de ellos, ni una visión muy clara de qué es lo que quieren para adelante, porque son jóvenes, y como ellos andan buscando... no sólo pasan por los grupos de salud, muchos también pasan por los grupos culturales y de otro tipo y también se van, porque andan buscando; cuando encuentren lo que a ellos más les interese se quedarán. Yo creo que es eso, que los jóvenes buscan, y buscan distintas instancias donde participar".*

(Nadia)

En relación al número de hijos apreciamos que el promedio es de 2.43 o sea entre dos y tres hijos, sin embargo frente a esta característica las familias presentan dos situaciones bien marcadas y diferenciadas. Por una parte la mayoría de las monitoras tienen hasta dos hijos (52.5%), seguidas a distancia por otro sector que tiene entre tres y cuatro hijos (34.2%). Ambas situaciones caracterizan al colectivo de monitoras pues agrupan al 86.8% de los casos, siendo escasas las mujeres sin hijos (7.9%) o con cinco o seis (5.3%), que en conjunto alcanzan al 13.2%

Si afinamos el análisis y revisamos la variable ciclo de vida familiar (procesada desde el indicador edad de los hijos), verificamos la existencia de dos situaciones que marcan al colectivo, en términos de su concentración en el ciclo de vida medio y adulto, que en conjunto comprenden al 82.7% de los grupos familiares como se aprecia en el cuadro a continuación:

**Cuadro No. 3**  
**CICLO DE VIDA FAMILIAR**

Etapa del ciclo de vida	No.	%
CICLO DE VIDA JOVEN (mujer con hijo mayor hasta 6 años)	6	16.2
CICLO DE VIDA MEDIO (mujer con hijos entre 7 y 18 años)	21	56.8
CICLO DE VIDA ADULTO (mujer con hijos de 19 y más años.	10	27.0
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>

Más de la mitad de las monitoras se ubican en el ciclo de vida medio (56.8%), ello indica la presencia preeminente de familias donde la mujer o madre se inscribe en el grupo etáreo del adulto joven (o en sus proximidades) y tiene hijos en edad escolar y adolescente. Un poco más de la cuarta parte del colectivo de monitoras (27%) se ubica en el ciclo de vida adulto, cuyas edades corresponden a mujeres que se aproximan al término de su vida fértil y otras que ya viven la etapa del adulto mayor, y que tienen hijos de diecinueve y más años, algunos de los cuales ya salieron de su hogar de origen para constituir su propia familia.

La situación descrita da cuenta de la existencia de condiciones más favorables para la participación social de la mujer, dado que escolares, adolescentes y jóvenes son menos dependientes del trabajo doméstico y crianza de la madre que los lactantes y preescolares, y por consiguiente más autónomos a medida que avanzan en edad. Esto conduce a una liberación paulatina de tareas y tiempo dedicado a las labores domésticas, tiempo que puede ser destinado al trabajo comunitario en organizaciones populares, como ocurre con las monitoras que participan en grupos de salud.

De allí que el grupo minoritario sea precisamente el de las monitoras que se encuentran en la etapa del ciclo de vida joven, con hijos párvulos y lactantes, que dependen absolutamente de la madre y donde el trabajo

que demandan estos menores, como lo han demostrado algunos estudios, extiende la duración de la jornada doméstica de mujeres de clases populares, muy por encima del estándar de la jornada laboral de ocho horas (Grandón, 1990:59).

Las monitoras señalan al respecto, que efectivamente cuando sus hijos son más grandes (adolescentes) les ayudan cuidando a sus hermanos menores, pero también indican que socialmente existe la presión para que la mujer permanezca en la casa al cuidado de sus hijos:

*"Es cierto que las mujeres tenemos más tiempo a medida que los hijos crecen, pero la presión social hace que los hijos te sigan presionando por más tiempo, los profesores, los parientes".*

(Natalia)

Continuando en esta línea de reflexión con las monitoras, apreciamos los conflictos que les ocasiona compatibilizar las demandas del rol tradicional de mujer y madre, con las necesidades que las impulsan a participar.

Algunas de las monitoras señalan que su voluntad de participar en organizaciones les ha significado entrar en contradicciones con las pautas de crianza aprendidas, enfrentar el temor a que sus hijos sean víctimas de violencia, así como sentimientos de culpa por la delegación de tareas que se hace en las hijas e hijos mayores:

*"Cuando se quedan los hijos mayores con los más chicos uno tiene ahí tantas culpas, las mujeres manejamos tantas culpas de eso, yo por ejemplo no hubiera podido participar nunca en tantas cosas si no hubiera tenido a mi hija mayor, ella se quedaba a cargo del barco, era la única con quien yo contaba para que cuidara a la niña, porque ella a las finales se resistía a cualquier reunión, lloraba y lloraba si sabía que yo iba a salir; prefería quedarse donde fuera pero no ir conmigo. Y entonces uno le da chances a los hijos que la ayudan para eso, permiso para salir, plata para salir... es una pequeña pega, estar en la casa, cuidar a la hermana".*

(Salomé)

Nadia agrega que cuando las mujeres tienen un rol público, la presencia de situaciones como el embarazo de una hija adolescente, o

cualquier problema con los hijos, habitualmente acrecienta la culpa que tiene la mujer que participa, como también la crítica y censura que recae sobre la mujer que no está dedicada con exclusividad a su familia:

*"Yo recuerdo a la hija de una dirigente de la olla cuando se quedó embarazada y tenía 15 años, las vecinas dijeron ¡claro, ella se dedicó a la ollas y la cabra chica no tuvo nunca a la mamá! Pero no se vio a todas las otras niñas del barrio que habían quedado embarazadas, en ese mismo tiempo antes o después y que las mamás jamás habían salido de la casa, y que iban sólo a la feria o a comprar las cosas, pero la hija de ella..."*

Pese a las dificultades y limitaciones que enfrentan las mujeres para cambiar las valoraciones y aprendizaje de roles tradicionales, y los sentimientos de culpa que ocasiona no estar cumpliendo con el rol de madre en los términos que socialmente se concibe, reconocen que haber participado ha significado que sus hijos han tenido mayores posibilidades de desarrollo. Sus palabras estarían indicando que al romper el círculo doméstico, acceder a otros estímulos y encarar la situación de subordinación, las mujeres pueden cambiar las formas de ejercicio de autoridad con sus hijos, respetando su autonomía y afirmación de su propia individualidad:

*"Yo le digo a los niños si ustedes fracasan van a fracasar ustedes, no voy a fracasar yo, porque yo siempre he respetado su vida, siempre, siempre. Si tú te mandai una embarrada es tu embarrá y si yo lo hago es mi problema, yo no te voy a culpar a ti ni a nadie. Muchas veces nos cuesta reconocer que los errores que cometen los cabros no es problema de uno. Es difícil, pero siempre digo... yo hice todo lo que pude, lo que yo pude porque no pude más. En la medida que tú no te sintai culpable, el cabro chico va a poder salir de la embarrá que se está mandando, porque va a poder asumir esa responsabilidad, su vida".*

(Natalia)

*"En general yo pienso que los cabros de todas las monitoras y de todas las mujeres que han participado tienen una visión distinta de su propia persona, de lo que es el mundo y tienen más posibilidades, muchas más posibilidades que otros cabros. Yo lo noto en la escuela,*



*en la forma como se paran para defender sus derechos, en la forma como ellos se relacionan con otra gente, con otros cabros, con otros adultos, con los profesores; ellos negocian, pelean por sus cosas. A mí me da seguridad saber que mis cabros tienen un desarrollo más grande que el que hubieran tenido si yo no hubiera participado, pero también siento que hay toda una acusación social, por el rol de madre que supuestamente una no cumplió”.*

(Nadia)

## Nivel de Escolaridad de las Monitoras

El nivel de escolaridad que presentan las monitoras es heterogéneo, sin embargo dos situaciones caracterizan al colectivo:

- un grupo importante de las monitoras (42.2%) exhibe instrucción básica completa e incompleta, y
- un sector mayoritario que ha cursado educación media completa o incompleta, que comprende a más de la mitad de las monitoras (55.2%).

**Cuadro No. 4**  
**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MONITORAS**

Escolaridad	No.	%
Básica incompleta	8	21.1
Básica completa	8	21.1
Media o téc. incompleta	11	28.9
Media o tec. completa	10	26.3
Superior incompleta	1	2.6
Total	38	100.0

La presencia de sólo una monitora con estudios superiores, es indicativo que para este grupo específico de pobladoras, el acceso a este nivel de enseñanza es excepcional y que en el caso de ingresar, prontamente deben desertar por la falta de condiciones materiales para sostener los costos que hoy en día representa la enseñanza universitaria.

La media de escolaridad de las integrantes de los grupos de salud es de 9.18 años de estudio. En términos relativos, el cuadro educativo que presentan las monitoras, es un tanto mejor que la situación general que encontramos en sectores populares.<sup>7/</sup> Estudios recientes efectuados en poblaciones de Santiago, señalan que en la población Las Araucarias, comuna de la Florida, el promedio de años de estudio que exhibían las mujeres mayores de dieciocho años era de 5.94 años (González y Pinto: 1993). Un diagnóstico socioeconómico realizado en la población La Portada de San Bernardo, evidenció una acusada concentración en algún grado de educación básica (70.3%) en las mujeres esposas (o parejas), donde la tendencia mayoritaria se ubicaba en educación básica incompleta que agrupaba al 55.8% de las mujeres, agregándose un 5.2% sin estudios y donde sólo una cuarta parte logró acceder a algún grado de educación media 24.67% (Cuevas y Flores, 1993: 15).

Sin embargo esta situación de más años de estudios de las monitoras, se ve relativizada por la presencia de un 13.2% que señaló tener dificultades para leer, grupo que se distribuye curiosamente entre las cuatro categorías de mayor frecuencia que cubren educación básica y media, lo cual probablemente obedece a un ejercicio muy ocasional de la lectura. Consideramos que dicha dificultad no constituye un dato marginal, pues el impacto del proceso de masificación de la enseñanza básica y media que se viene produciendo en Chile desde los años 60, se relativiza en las últimas dos décadas al examinar la calidad de la educación.<sup>8/</sup>

Esta situación de escolaridad más alta de los integrantes de organizaciones populares de salud que la de sus comunidades, también fue verificada en un estudio a nivel nacional con brigadistas y multiplicadores de salud realizado en Nicaragua. Entre los multiplicadores -dirigentes po-

<sup>7/</sup> Myriam Waiser (1992 : 54) al analizar la encuesta CASEN 90 constató una vez más las desigualdades educativas que afectan a los más pobres de nuestro país, así quienes se ubicaban en el primer decil de ingresos mostraban un promedio de 7.3 años de escolaridad (lo que implicaría que no alcanzan a completar la educación básica), mientras quienes se ubican en el decil más alto presentaban una media de 13 años de estudio.

<sup>8/</sup> El Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE) que se aplica en Chile a los establecimientos de enseñanza básica y media, en su dimensión de logro de objetivos de aprendizaje, muestra que en general los puntajes promedios son bajos. En las mediciones realizadas en 1990 se observó que en los colegios municipalizados -a los que asiste la población más pobre- los promedios alcanzados eran en más de un 30% inferiores a los obtenidos por alumnos de escuelas particulares pagadas (Waiser, 1992: 85).

pulares con un trabajo permanente en salud al interior de sus comunidades- se encontró que un 31% de los casos tenía enseñanza media incompleta, un 13% había completado estudios secundarios y un 5% tenía algún grado de estudios superiores (Garfield y Frieden, 1987).

Dado que los cursos de capacitación de monitoras desarrollados por EPES, no plantean requisitos de escolaridad, los grupos de salud han contado con integrantes con diferentes grados de educación formal, tal como se evidencia en este estudio. Respecto de las personas con menor nivel educativo, la experiencia nos ha mostrado que mujeres con enseñanza básica incompleta han asumido roles de liderazgo, han sido voceras de sus organizaciones en foros, paneles o asambleas junto a académicos y autoridades. También monitoras con este nivel de escolaridad han destacado por sus habilidades y destrezas para la atención en salud (diagnóstico de enfermedades comunes, primeros auxilios, inyecciones, y administración de medicamentos básicos), lo que estaría ejemplificando que el nivel de escolaridad no tiene incidencia sobre el desempeño de las monitoras, lo cual ha sido señalado por algunas investigaciones. A nuestro juicio esta constatación, debe entenderse como un antecedente de un proceso de desarrollo personal, relacionado a largas trayectorias de participación en organizaciones.

Los actuales niveles de escolaridad se relacionan también al hecho que en los últimos años, las monitoras han mostrado un interés creciente por concluir sus estudios. Al momento de hacerse el estudio, cinco de ellas se habían reincorporado a escuelas de enseñanza básica y media, lo que representa una proporción equivalente al 13.2%. Posteriormente se ha incrementado el número de monitoras que han buscado concluir su enseñanza escolar. Al respecto las monitoras señalan:

*"... cuando uno se organiza también se hace otras proyecciones... Crece la estima de uno, tú te dai cuenta de que soi capaz y podís seguir adelante. Por ejemplo yo hice el cuarto y no me lo reconocieron, entonces cuando una se organiza empieza como a motivarse nuevamente y con otro fin. Cuando uno es joven y estudia, estudia porque los papás le dicen tenís que estudiar; entonces ahora, aunque una seguramente no vaya a cumplir la meta, por ejemplo de llegar a la universidad, por falta de plata o de lo que sea, uno se hace igual el proyecto, y quiere terminar. La idea mía es dar la prueba, espero quedar en la universidad y estudiar. Ahora si no lo hago, bueno... buscaré otro*

*camino, pero aunque una sepa que es más grande la posibilidad de no estudiar, igual una lo hace porque está motivada".*

(Gloria)

*"No haber terminado era una mochila. Haber terminado me da seguridad como persona, quiero estudiar también por la necesidad de la organización, porque quiero que mi aporte sea más efectivo".*

(Marcela)

Reafirmando lo señalado por Marcela, algunas monitoras sostienen que su trayectoria de participación ha estimulado la necesidad de aumentar sus niveles de escolaridad, precisando que ello ayuda al proceso de organización; sin embargo, son enfáticas al plantear que una mayor escolaridad no es determinante para la participación en grupos de salud:

*"El participar te abre necesidades que antes no tenías, porque si estai participando en una organización, si eres dirigente, si tienes que hacer talleres con otra gente, tienes que escribir en un papelógrafo, hablar con otras personas, leer libros para estudiar lo que vai a trabajar con otra gente, entonces te abre necesidades que antes tú no tenías y que tienes que ir cubriendo de una u otra forma. Una tiene que ir mejorando porque uno quiere mejorar los niveles de uno y de la otra gente también".*

(Nadia)

*"El mayor nivel educativo permite entender más, sin embargo es la conciencia del entorno lo que lleva a organizarse, gente con cuarto medio también se fue. Es también el interés que uno tiene en el proyecto que compartimos".*

(Gloria)

De otro lado también se plantea que aunque la inquietud por terminar los estudios ha estado siempre presente en los grupos, la decisión de concretar esta aspiración se vio influida por los cambios que se produjeron en el país a partir de 1989. Algunas de ellas señalan al respecto:

*"Siempre en los grupos hubo la inquietud por estudiar, pero cuando empezó concretamente en los grupos el asunto de las nivelaciones, fue cuando se terminó la dictadura, al inicio de la desesperanza y la*

falta de referentes. Yo me acuerdo que tuvimos una reunión y dijimos, los dirigentes necesitamos una fuerza distinta, necesitamos saber más cosas, necesitamos tener otras experiencias, otras cosas que nos avalen para seguir adelante, porque nos faltan cosas. En mi caso y en el caso de otros compañeros que estábamos conduciendo una organización que se nos venía abajo y veíamos... cómo me preparo yo ante todos estos... del Estado que te dicen, yo soy doctorado en salud pública, como te parai tú para decir bueno nosotros no somos doctorados en esto, pero sabemos qué es lo que pasa en las poblaciones y nuestras propuestas concretas son éstas en base a esta ley, o sea eso nos motivó a nosotros.

Nosotros pensamos en ese momento que no íbamos a lograr los cambios que queríamos a nivel del Estado, pero que teníamos que pensar en que los dirigentes de las organizaciones sociales, tenían que tener una base más sólida en cuanto a cuestiones técnicas”.

(Nadia)

“Es que empieza un cambio muy radical también es eso, empiezan los títulos, ya no se presentan como antes en dictadura, antes se presentaban por su nombre; después no, yo soy médico y mi nombre es tanto, yo soy profesora y mi nombre es tanto, así empieza la cosa. Lo técnico empieza a primar y la cosa de la clase, eso tiene mucho que ver también, la clase social empieza a influir harto, porque tú te presentai como pobladora y ya no es lo mismo como antes, entonces ya es otra cosa... todo el discurso, tanto del gobierno como de la gente que estaba en otra, empieza a cambiar. Se empiezan a usar otras palabras, se empiezan a usar las cifras; o sea todo para que la gente como nosotros, la gente pobre, no tenga ninguna posibilidad de discusión, de discusión ante la cosa económica, ante la cosa de salud, ante todo lo que ellos empiezan a presentar, el plan nuevo... Entonces uno necesita aprender, necesita saber sobre esas cosas, y eso es lo que más la motiva a una para pelear. Porque en las organizaciones en que yo participaba, en el nivel en que yo me movía, yo necesitaba saber manejar lo que se manejaba en cuanto a economía, cuando te hablaban, cuando la gente no sabía y una tenía que explicar con sus propias palabras”.

(Salomé)

En las palabras de las monitoras se constata, que si bien la aspiración de concluir los estudios estaba presente en muchas de ellas, la decisión

de hacerlo, se relaciona con la toma de conciencia de sus propias potencialidades y descubrimiento que pueden plantearse metas distintas, así como con situaciones que conforman el nuevo escenario político de transición, donde las organizaciones de salud se ven desafiadas a aumentar su capacidad de generar propuestas, defenderlas y a elevar su capacidad de comprensión e interlocución en un contexto donde priman las posturas tecnocráticas.

Finalmente no podemos dejar de señalar que aun cuando las monitoras presenten una media de escolaridad un poco más alta que la que registran estudios en sectores populares, en concreto un 71.1% de las monitoras no había concluido en 1992 su enseñanza media. Esta situación representa una necesidad muy sentida, por las razones que han expuesto las monitoras, como también porque los bajos niveles de escolaridad y la falta de calificación ocupacional que deriva de dicha situación, representan una de sus muchas limitaciones para incorporarse al mercado de trabajo. Es más, éste es un factor de exclusión, ya que actualmente haber concluido la enseñanza media, se ha convertido en una exigencia para optar a ocupaciones que no sean los servicios domésticos u otros empleos igualmente precarios.<sup>9/</sup>

Acerca de las otras características personales y familiares que presentan las monitoras, nos llama la atención la particular distribución que asumen las variables tamaño y tipo de familia, edad y ciclo de vida de las monitoras, cuya expresión indicaría que en los grupos de salud tienden a participar en mayor medida, mujeres cuya situación registra en términos relativos, menos ataduras o sujeción al trabajo doméstico y crianza de los hijos.

<sup>9/</sup> Aunque el bajo nivel educativo se ha constituido en un factor de exclusión para optar a ocupaciones, en 1991 se constataba que entre los ocupados informales un 24.8% había concluido su enseñanza media, un 3.1% tenía enseñanza técnica superior; o universitaria incompleta y un 2.2 había completado enseñanza técnica superior, es decir un 30.1 de los trabajadores informales habían completado su enseñanza media (Teitelboim, 1992: cuadro 19). Por lo tanto estamos frente a una situación en que tampoco los mayores niveles educativos, permiten salir de este tipo de ocupaciones.

<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS MAS IMPORTANTES DE LAS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE SALUD</b>	
Mujeres	97.4%
Mujeres que han constituido familia	94.8%
Mujeres con familias nucleares compuestas en un 64% por dos a cuatro personas	65.8%
Mujeres jóvenes y adultas jóvenes (20 a 40 años)	73.7%
Mujeres en ciclo de vida medio con hijos escolares y adolescentes (7 a 18 años)	56.8%
Mujeres que han cursado enseñanza media completa o incompleta.	55.2%

## **2. LAS MONITORAS Y SU LUCHA POR LA SOBREVIVENCIA**

¿Qué está ocurriendo en las vidas de las monitoras de salud y sus familias en 1992, a tres años de un gobierno democráticamente elegido? ¿Cómo reúnen los recursos necesarios para su sostenimiento?, son algunas de las preguntas que nos motivaron a indagar sobre trabajo, previsión, ingresos y vivienda, para entender en qué condiciones se lleva a cabo la reproducción de la fuerza de trabajo de las familias de las monitoras.

Quando hablamos de reproducción de la fuerza de trabajo hacemos referencia a un proceso social complejo, cuyo actor principal es la familia y se despliega en el espacio de la vida cotidiana, y en términos de tiempo se lleva a cabo diaria y generacionalmente. Este proceso se desarrolla en tres niveles:

**La reconstitución** del (de la) trabajador(a) supone la satisfacción diaria de necesidades básicas para renovar las energías gastadas en el trabajo y estar en condiciones de ofrecer constantemente su fuerza de trabajo en el mercado.

**El mantenimiento** del (de la) trabajador(a) hace referencia a la disponibilidad de recursos para preservar la fuerza de trabajo en períodos de inactividad, ya sea por desempleo, enfermedad o como miembro del ejército industrial de reserva.

**La reposición** del (de la) trabajador(a) es un proceso de larga duración en que tiene lugar la formación de una nueva generación de trabajadores, de acuerdo a las características técnicas y culturales que precisa el capital.

Para asegurar la reproducción, tanto cotidiana como generacional de los (las) trabajadores(as) se requiere la presencia de tres factores o condiciones que son fuentes de recursos: los ingresos directos, ingresos indirectos y el trabajo doméstico (Grandón, 1990: 25-28).

En primer lugar la satisfacción cotidiana de múltiples necesidades, requiere que cada trabajador genere un **salario o ingreso directo** que posibilite adquirir los bienes y servicios que necesita el trabajador (a) y su grupo familiar.

Una segunda condición es la existencia de **ingresos indirectos** que corresponden a aquella fracción del producto social que el Estado destina a la entrega de recursos y servicios en salud, educación, seguridad social, transporte, recreación, vivienda, servicios y equipamiento urbano básico.

La tercera fuente de recursos y condición fundamental en la reproducción de la fuerza de trabajo, es el **trabajo doméstico** realizado principalmente por la mujer que provee al grupo familiar, de múltiples bienes y servicios indispensables para el consumo inmediato.

Es necesario precisar que la suma de medios de subsistencia o recursos de que disponen los trabajadores para reproducir su fuerza de trabajo, está determinada por condiciones históricas y culturales concretas y fundamentalmente por la capacidad de lucha de los trabajadores por obtener mejor salario, conquistar y hacer respetar sus derechos.

En Chile, los niveles de organización alcanzados por la clase trabajadora, la presión que ejercieron sobre el empresariado y sobre el Estado, a través de la movilización social y representación política de sus intereses desde las primeras décadas de este siglo, posibilitaron la conquista de