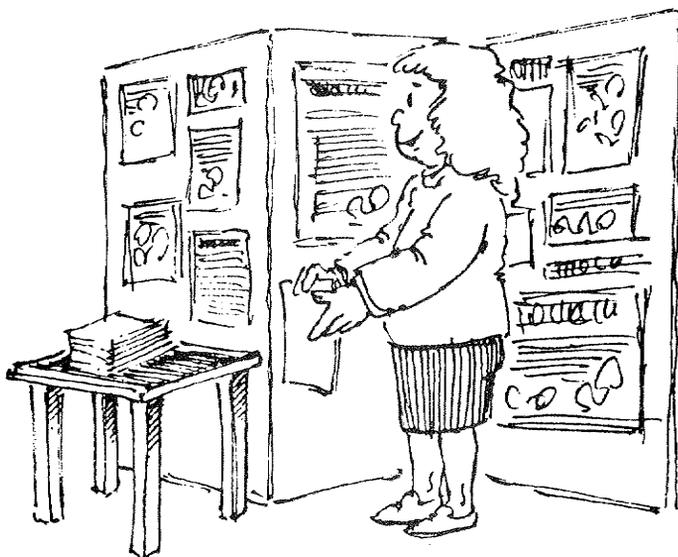


# 4



*Las monitoras,  
los Grupos de Salud y su acción*



## CAPITULO IV

### LAS MONITORAS, LOS GRUPOS Y SU ACCION

En este capítulo abordamos algunos aspectos que caracterizan a las integrantes de los grupos involucrados en el estudio, los cuales tienen una trayectoria de cuatro a diez años de trabajo sostenido en sus poblaciones.

Las monitoras involucradas en este estudio tienen una prolongada trayectoria de participación en los grupos de salud, que en la mayoría de los casos va de seis a diez años (76.3%), mientras que otras monitoras (23.7%) tienen uno a tres años en el grupo de salud. Buscamos reconstruir el sentido y significado que ellas otorgan a su acción, a través del análisis de sus motivaciones iniciales, cambios en su percepción de la población y en su concepto de salud, tipo de actividad que desarrollan, roles en la comunidad y cambios necesarios para mejorar la situación de salud de sus comunidades.

Concluimos recogiendo algunas sugerencias respecto de los contenidos de un currículum destinado a la capacitación de grupos de salud preventiva.

#### **1. MOTIVACIONES INICIALES PARA INCORPORARSE A LOS GRUPOS DE SALUD**

Entre las ONG que trabajan en salud, la pregunta sobre las motivaciones que llevan a las mujeres de sectores populares a participar en grupos de salud y a capacitarse como monitoras o promotoras, se ha hecho presente a la hora de compartir orientaciones del trabajo y constatar la existencia de muy diversas experiencias.

Algunas ONG han señalado que el interés de las mujeres por incorporarse a organizaciones de salud, estaría conectado al rol tradicional de

dueña de casa, que considera entre los deberes de la mujer el cuidado de la salud de la familia, por lo cual se trataría de <<Madres de familia que ven en el trabajo en salud una forma de extender su rol de madres hacia la comunidad, o una forma de lucha por la sobrevivencia>> (Marshall, 1986:54).

Un estudio realizado con grupos de salud poblacional de la zona sur oriente de Santiago concluye <<Que a la base de la motivación a participar en tales grupos, se encuentra un "sentido" o "espíritu de solidaridad", de prestar un servicio "a otros", el que motiva y fortalece a la misma. Esta búsqueda de prestar un servicio a sus comunidades, les lleva a diferenciarse de otros grupos populares en que la motivación para afiliarse a ellos, se relaciona con los beneficios directos que pueden reportar a sus integrantes (talleres laborales, grupo de desarrollo, comités de allegados, etc.)>> (Labra, 1990:66).<sup>20/</sup>

Recogiendo lo que dicen las propias monitoras acerca de su trabajo en la comunidad, encontramos que prioritariamente las motivaciones iniciales para incorporarse a las organizaciones de salud fueron la búsqueda de desarrollo personal y ayudar a la comunidad .

**Cuadro No. 20**  
**RAZONES PRIORITARIAS PARA INTEGRARSE**  
**AL GRUPO DE SALUD**

Razón/Motivo Inicial	1ª Prioridad		2ª Prioridad	
	No.	%	No.	%
Desarrollo personal	15	39.5	4	10.5
Ayudar a la familia	2	5.3	8	21.0
Salir de la casa	3	7.9	1	2.6
Ayudar a la comunidad	10	26.3	5	13.2
Aprender cosas nuevas	4	10.5	13	34.2
Varias anteriores/Otras	4	10.5	2	5.3
N/R	-	-	5	13.2
<b>TOTAL</b>	38	100.0	38	100.0

<sup>20/</sup> Un estudio sobre la situación de la mujer en la esfera pública señala que cuando las mujeres ingresan al mundo de las organizaciones sociales o políticas, lo hacen profundamente influidas por su papel tradicional como madres, con preocupaciones o

Cabe hacer la salvedad que nos encontramos frente a una visión retrospectiva de lo que fueron sus motivaciones iniciales, donde por una parte está la dificultad para retener en la memoria eventos pasados hace ya largo tiempo (6, 8 ó 10 años) y por otra, la fuerza de la experiencia de participación más reciente, que posiblemente tiña sus opiniones del presente. Sin embargo creemos que lo planteado por las monitoras, otorga pistas en cuanto a entender el sentido que tiene en estas mujeres la experiencia de incorporarse a organizaciones de salud.

En las cuatro principales motivaciones señaladas por las monitoras, observamos como elementos impulsores de la participación social, factores tradicionales y otros que se relacionan con las características que asumen los movimientos sociales populares desde fines de los 70 y en el curso de la década del 80.

Las nuevas organizaciones populares introdujeron necesidades y reivindicaciones del ámbito privado en la escena político-social, evidenciando con ello "que lo privado también es político". Una de las dimensiones de este nuevo contenido fue el de promoción de la mujer, desde el que tiene cabida el desarrollo personal.

Precisamente una de las motivaciones prioritarias que llevaron a las monitoras a integrarse a los grupos fue la búsqueda de espacios de "desarrollo personal", como también para "ayudar a la comunidad".

Estas motivaciones de carácter individual, no pueden verse aisladas del contexto social en que se desarrolla la experiencia de participación de las monitoras. La mayoría de las mujeres que integran los grupos capacitados por EPES, viven en poblaciones con una historia de organización, en las cuales durante los años 82-86 se extendieron los grupos relacionados a la subsistencia y otras formas de organización popular. Dado que estas poblaciones tuvieron un rol activo en la movilización social iniciada a comienzos de la década, la motivación por "ayudar a la comunidad", también puede leerse como la búsqueda de alternativas de defensa de los pobladores, frente a la acción represiva y excluyente del Estado.

Y ya que la convocatoria de EPES a formar grupos de salud se realizó entre las organizaciones existentes en las poblaciones, podría decirse en

---

responsabilidades análogas a las que ejecutan en la casa como protectoras, educadoras, encargadas del bienestar social, las condiciones de vida, etc. (Chaney, 1983: 37-39).

tonces, que estas motivaciones expresan a un sector de mujeres que ya se encontraban en proceso de incorporar un nuevo rol, el de "mujeres organizadas". Probablemente esto sucede con veintiuna monitoras que tenían una experiencia anterior, entre las cuales once mujeres venían participando en organizaciones desde la década del 70. Una de estas monitoras expresa el sentido que tenía para ella la integración al grupo de salud:

*"...eran tantas las motivaciones, por lo menos en nosotras que partimos desde otras organizaciones, desde antes del 80, las personas que partimos de antes del grupo de salud, cuando uno estaba en organizaciones de desarrollo personal donde ahí era prioridad para nosotros para valorarnos el creer en nosotras, para poder hacer aportes más que a la sociedad, como uno dice, uno quería ser actora, participar de lleno en estos cambios. Porque hasta ese momento yo no pensaba en entregar así... porque hay una visión así como que de señora buena, íbamos a aprender primeros auxilios y todas la cuestión de organizaciones para entregarlo a los demás, yo siento que muchas de nosotras quisimos ser actores, actores para participar de lleno para producir cambio ...".*

(Marcela)

La motivación por "ayudar a la comunidad", que tiene un sentido político para algunas monitoras –pues expresa la aspiración a participar protagónicamente en los cambios sociales, que el movimiento social popular esperaba producir en el país– es posible que para otro sector, ella traduzca la posibilidad de desplegar una vocación de servicio, de ser útil en la población en el campo de la salud.

Respecto de las motivaciones que se ubican en un segundo lugar de prioridad, las monitoras señalan con mayor fuerza la motivación por "aprender cosas nuevas". Por una parte ésta se relaciona al interés por obtener conocimientos en salud, terreno tradicionalmente reservado a expertos y negado a las clases populares; y por otra parte, con las expectativas creadas por las nuevas organizaciones populares, que ofrecían la oportunidad de múltiples aprendizajes, que excedían en mucho el problema central que las había originado.

En la motivación por "ayudar a la familia" aparece planteada más explícitamente la conexión con el rol doméstico, la que sin duda responde a la búsqueda de alternativas de solución a las necesidades de salud,

ante la situación de exclusión en que quedan los sectores populares por la mercantilización de la salud y deterioro de los servicios públicos.

Las motivaciones que expresan las monitoras para integrarse a grupos de salud, y que se refieren a la búsqueda de desarrollo personal y ayudar a la comunidad, aprender cosas nuevas y ayudar a la familia, reflejan que estas mujeres, **son mujeres de su tiempo**; es decir, de un período en el cual la mujer sale al espacio comunitario, para integrarse a organizaciones que se proponen generar alternativas de solución a problemas de sobrevivencia, donde también las mujeres avanzan en su comprensión de los problemas que buscan enfrentar, surgiendo nuevas motivaciones, que refuerzan su compromiso con las organizaciones.

Pero la necesidad que impulsa a la mujer a buscar alternativas comunitarias para resolver o paliar necesidades básicas, la confronta a romper el rol tradicional. El trabajo comunitario tiene sus demandas; hacer trámites, salir de la población, organizar el trabajo doméstico, negociar con su pareja e hijos el tiempo que necesita para abordar las tareas de la organización. Allí aflora o se refuerza la necesidad de desarrollo personal, de tener espacio donde dialogar sobre estas tensiones, para compartir con otras mujeres sus experiencias e integrar de una manera más armónica este nuevo rol.

Aunque la experiencia de las monitoras no se puede explicar sin considerar el contexto social en que ésta se desarrolla, la prolongada trayectoria de participación en salud que tienen las monitoras, hace pensar que sus motivaciones iniciales como también otras necesidades, encontraron satisfacción en los grupos de salud.

## 2. LAS MONITORAS: CAMBIOS EN SUS VISIONES Y CONCEPTOS

El trabajo educativo realizado por EPES, apunta a provocar cambios en la visión biologicista con que habitualmente se abordan los problemas de salud, de manera que la acción de las organizaciones de salud se proyecte más allá del autocuidado en salud.

Dicha comprensión biologicista es tan extendida, que a menudo encontramos personas que teniendo una alta valoración de la participación y organización popular, incluso militantes y dirigentes políticos de base, al explicar y buscar respuestas a los problemas de salud reproducen contenidos del discurso dominante.

Ello también se expresa en que generalmente las propuestas de solución a los problemas de salud, se reducen a la asignación de recursos para mejorar los deteriorados servicios de atención en salud. Siendo ésta una necesidad sentida, y hasta ahora imposible de absorber por la política neoliberal, ésta no constituye por sí misma una solución, pues no altera la situación de injusticia y pobreza, ni modifica las relaciones de poder y subordinación que determinan los problemas de salud de las mayorías.

Mediante el proceso de capacitación y acción comunitaria, EPES busca construir un concepto integral de salud, de modo que la práctica social de las organizaciones populares de salud, se oriente en una perspectiva de transformación. Ello no resulta posible desde una comprensión restringida de la salud, que responsabiliza exclusivamente a los individuos por los problemas que los afectan.

El diagnóstico y análisis de los problemas de la población, como asimismo el desarrollo de los contenidos de capacitación, se proponen incentivar en los grupos, el planteamiento de acciones comunitarias, que basadas en el conocimiento de su propia realidad, puedan contribuir efectivamente a la prevención en salud y difundir una visión social de los problemas de salud que afectan a los pobladores.

De esta forma, se espera que la percepción que tengan las monitoras de su población y de los problemas que afectan a los pobladores, esté estrechamente relacionada al concepto de salud que van construyendo a partir de su trabajo en el grupo de salud.

### **A) Cómo Ven las Monitoras su Población**

*"... pero hay gente que todavía piensa que la gente es cochina, porque quiere ser cochina. ¡Gente como ésa no puede ser monitora de salud, con esa visión del mundo! porque se necesitan personas que tengan la capacidad de ver la vida, la forma de ser del humano de una manera distinta".*

*(Marcela)*

La mayoría de las monitoras (84.2%) manifiesta que la participación en el grupo de salud, ha cambiado su forma de ver y entender los problemas de su población. Dos monitoras no reportan cambio y cuatro no responden.

Respecto de las treinta y dos monitoras que manifiestan cambios en su percepción de la población, el sentido de sus opiniones tendencialmente se distribuye en dos grupos:

- Dieciocho monitoras (56.2%) plantean que la participación en el grupo les ha permitido **darse cuenta** de los problemas que tiene la población, ampliar su comprensión de los mismos y desarrollar una actitud solidaria:

*"Sí, me sirvió harto, primero que todo a conocer la población, yo no la conocía, aprendí que había gente más pobre que yo, que habían pozos negros, muchos allegados..."*

(Claudia)

*"Sí, empezando a ver la gente como iguales, vivimos en las mismas condiciones. Aprender a ayudar a los demás, a estar con la gente cuando a una la necesitan, para un consejo, cuando puedo ayudar lo hago".*

(Graciela)

- Y trece monitoras (40.6%), expresan que la participación en el grupo les ha dado la oportunidad de tener una **nueva comprensión** de los problemas de pobreza, los cuales serían ocasionados por una negación de oportunidades:

*"Antes pensaba que la gente no quería superarse, que por flojos no trabajaban o no estaban estudiando; ahora me doy cuenta que no es así, que es un problema de oportunidades, que la gente no ha podido desarrollar sus capacidades. Eso me ha ayudado a entender y querer a mi propia gente".*

(Victoria)

*"Yo vivo en la pobreza, pero cuando uno ve la pobreza de otro es más impactante. Yo pensaba que la gente por pobre era cochina y no es así. Es la política del Estado que te mantiene a ti en lo que tú eres, entonces la imagen de la población cambia cuando tú ves que la responsabilidad de ser otra persona, va más allá de la persona, sino de lo que lo rodea, de quien tiene que darle las oportunidades o los recursos para poder ser".*

(Salomé)

*"Siempre he sentido desde que comencé a participar, que hay que querer a la gente, que su comportamiento depende del nivel cultural. Hoy escucho sus problemas, como es que la gente hace esfuerzos por vivir; la gente no tiene oportunidad de saber, ¿quién lo motiva?. Estoy muy metida con la gente, por eso sé cómo se vive, cómo duermen, como son sus camas, sus vergüenzas, sus ollas. Cambié mi forma de vivir, de aceptar la realidad de pobreza".*

(Marcela)

La visión inicial de las monitoras acerca de la población y en su relación con ésta, no deja de llamar la atención. La mayoría de ellas tenía experiencia de participación (55.3%); dada esta realidad, sus palabras reflejan la fuerza del discurso dominante y su capacidad de entronizarse en sectores que resisten y se movilizan contra el orden establecido. Al mismo tiempo, estos planteamientos expresan la fuerza transformadora del trabajo en salud que realizan las monitoras, que ha llevado a un cambio de conceptos, a una reformulación sobre cómo comprender la población y los problemas de los pobladores.

Al respecto, una de las monitoras con una trayectoria de trabajo en organizaciones populares, anterior a su integración al grupo de salud, reflexiona lo siguiente:

*"Yo creo que todas nosotras ahora vemos de otra manera la población. De repente tú vivís y vivís no más, sabís que tenís problemas, y qué sé yo vivís con ellos. Tengo experiencia de haber participado antes y decía antes de conocer el problema... ¡cómo no van a tener agua y jabón para andar limpio...! Después, tú escuchas a la vecina que te dice, ¡ay que no he comprado "Omo" porque la guata no me aguanta... por último lavo a medias! Ahí empezai a entender que cuando tú mirai así generalizado, no podís entender que la gente hace cosas que a lo mejor no están bien para lograr otras. Entonces cuando no te interiorizai, no percibís el sentido del problema. Pero cuando te metís en esto, ya te cambia y ya no podís hacer lo mismo. Suena a lo mejor raro, porque tú vivís con esos problemas y los reconocís, pero cuando te metís más a fondo encontrai el por qué. No sé, creo que suena como un cliché, decir ¿por qué te cambió?, porque me sirvió para ayudar, para organizarme y para todas esas cuestiones, si antes también lo podíai hacer, ¡es verdad! pero cuando te capacitaste y te interiorizaste*

*de la cuestión de salud y viste que iba más allá, viste las causas, ahí te cambia la visión".*

*(Teresa)*

Para la mayoría de las monitoras, la participación en el grupo de salud les ha permitido conocer la población, salir de los límites de la casa y su entorno inmediato y darse cuenta de los problemas que afectan a su población, develar la realidad. Para un número significativo de monitoras (40.6%) esta participación les ha posibilitado entender, que tras los problemas de la pobreza, hay una negación de oportunidades, lo cual en la mayoría de los casos ha implicado **cambios en la valoración de los pobladores y desarrollo de un sentido de pertenencia**, que se expresa en frases como: "**entender y querer a mi propia gente**", "**cambié mi forma de vivir, de aceptar la realidad de pobreza**".

## **B) Cambios en el Concepto de Salud de las Monitoras**

La práctica social de las organizaciones poblacionales de salud se desarrolla en un contexto donde prevalece una visión biologicista, medicalizada y eminentemente curativa. La construcción de un nuevo concepto de salud por tanto está en la base del trabajo educativo desarrollado por EPES y los grupos de salud, de allí que formulamos el siguiente supuesto de trabajo:

*<<Las monitoras capacitadas por EPES han experimentado cambios en su concepto de salud, desde una concepción biologicista inicial hacia una visión integral de salud que incorpora la dimensión económica, social y política asumiendo una comprensión de salud como derecho>>*

Las tendencias que evidencian los planteamientos de las monitoras, confirman la primera parte de nuestro supuesto pues la mayoría de las monitoras tenían un concepto de salud, inicialmente referido a la ausencia de enfermedad y al acceso a servicios médicos (cuadro No. 21).

**Cuadro No. 21**  
**CONCEPTO DE SALUD INICIAL**

Tipo de Concepto	ANTES	
	No.	%
Ausencia de enfermedad y tener acceso a atención	31	81.6
Salud un derecho	1	2.6
Salud ligado a condiciones de vida	-	-
Otros conceptos	1	2.6
No recuerda	4	10.5
No responde	1	2.6
<b>TOTALES</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Entre quienes comparten el concepto de salud inicial reflejado en la categoría "ausencia de enfermedad y tener acceso a atención", encontramos un grupo mayoritario (55.3%) que asocia salud directamente a la ausencia de enfermedad, y un grupo equivalente al 26.3% que relaciona salud con el acceso a servicios profesionales y como un campo institucional y de expertos (consultorio, hospital, médicos), ambos matices se representan en opiniones como las siguientes:

*"Salud era no estar enfermo, sólo cuando uno está enfermo se preocupa de la salud".*

*(Graciela)*

*"Salud para mí era no tener ninguna enfermedad que se viera, ni granos, ni un brazo quebrado, una herida, etc.".*

*(Mercedes)*

*"Salud era no enfermarse o recurrir al médico, al policlínico, a remedios".*

*(Amalia)*

Para apreciar como evoluciona el concepto inicial de salud, nos remiteremos a describir las tendencias de cambio en el grupo que asocia salud a la ausencia de enfermedad física y con servicios profesionales.

**Cuadro No. 22**  
**CONCEPTO DE SALUD ACTUAL**

Tipo de Concepto	AHORA	
	No.	%
Ausencia de enfermedad y tener acceso a atención	3	9.7
Salud un derecho	10	32.3
Salud ligado a condiciones de vida	12	38.7
Otros conceptos	6	19.3
TOTAL	31	100.0

El concepto de salud que tenía Graciela y que era compartido por la mayoría de las mujeres, cambia hacia una visión de salud estrechamente relacionada a las condiciones de vida. Como ella un 38.7% de las monitoras plantean conceptos como los siguientes:

*"Ahora es estar sano y también todo lo que nos rodea, tener mejores condiciones de vida, tener una casa, tener un espacio, recreación, muchas cosas juntas".*

*(Graciela)*

*"Ahora es diferente, es tener una buena vivienda, por supuesto el no estar enfermo, tener todo lo que una casa debe tener para que haya una buena salud, todas las comodidades en cuanto a gas, luz, agua, parafina en invierno, estar abrigado. Tener una mente sana, sentirse capacitada".*

*(Claudia)*

*"Ahora es otro concepto, implica vivir bien, tener salud y educación, trabajo, vivienda, estar bien física y síquicamente en mi casa y en mi comunidad, eso es salud para mí, ya no es sólo sentirme bien o enferma".*

(Raquel)

Mientras tanto, un 32.3% de las monitoras, actualmente van un paso adelante respecto a sus compañeras, ya que además de incorporar la dimensión social y económica, entienden la salud como derecho. Aquí aparece más nitidamente el componente político que se expresa en la referencia a la propia responsabilidad de lucha por la salud, a la participación y a un estado de armonía basado en la igualdad, dignidad y justicia social:

*"Ahora salud es todo lo que rodea al hombre para que pueda vivir bien: vivienda, trabajo, educación, recreación y todo lo que dice la Organización Mundial de la Salud, el concepto que quiero que se haga vida, por el que lucho".*

(Marcela)

*"La salud es un derecho y no un privilegio, concepto muy peleador, pelear para los derechos en salud. Nosotros podemos en los discursos, como no nos juntamos no podemos exigirlo. Salud es tener derecho a la recreación, a educación, al trabajo, buena salud mental, y como mujer tener un espacio dentro de la salud que fuera para y desde la mujer... vivienda, tener agua caliente, etc. etc."*

(Salomé)

*"Ahora entiendo que es más amplio el problema, que abarca todos los problemas de la sociedad: vivir dignamente, comer, vestirse, educarse, recrearse, aspirar aire puro, participación".*

(Victoria)

*"Estamos lejos todavía de lo que andamos buscando. Tener salud específicamente va a ser el día en que estemos equilibrados en todo sentido, no sólo mi familia sino todos los demás. Tener trabajo estable, salud para todos igual, una salud digna, una mente equilibrada, que no tengamos tremendos desequilibrios que no somos capaces de resolver, tener armonía consigo mismo, o sea sentirse bien, tener una*

*vivienda. El día que tengamos todas esas cosas va a haber una armonía, va a haber salud, porque aunque yo tengo previsión, casa, ingresos fijos, no puedo decir que tengo salud, ya que a mis hijos les falta y no sólo a mi familia, a muchas otras. Porque yo creo que uno no es feliz si uno tiene y otros no tienen nada. Hoy es difícil hablar de que tenemos salud".*

(Mercedes)

Luego está el sector de monitoras que se agrupa en la categoría "otros conceptos" (19.3%), las que también se apartan de la visión biologicista inicial, para manifestar una comprensión que siendo menos precisa, integra la dimensión social de salud, incluyendo la noción de participación y de solidaridad, como se aprecia directamente en sus palabras:

*"Ahora salud es vida, es sentirse bien, también para entregar, es participar en lo que esté a su alcance, en lo que pueda".*

(Daniela)

*"Ahora lo veo distinto, es todo lo que lo rodea a uno, la vivienda, la solidaridad, hasta la vida, todo es salud".*

(Sandra)

Un 9.7% de las monitoras mantiene su visión de salud como ausencia de enfermedad, aunque amplían su concepto inicial incorporando la noción de salud mental y de prevención:

*"Ahora salud es para mí una dieta equilibrada, es estar bien física y emocionalmente, es un estado general bien en lo físico y lo mental".*

(Amalia)

Dada la importancia que tiene el concepto de salud, el hecho que algunas monitoras mantengan una visión de salud como ausencia de enfermedad, se constituye en un desafío pendiente para nosotros como educadores, como también para los grupos que protagonizan este estudio: lograr una visión integral de salud, es una condición necesaria para desarrollar una práctica comunitaria en una perspectiva de cambio social.

Entre las monitoras que tenían un concepto inicial de salud referido a la ausencia de enfermedad y campo de acción institucional y de expertos,

apreciamos tres formas de comprender la salud que se apartan de la visión dominante, corroborándose nuestro supuesto ya que **la mayoría de las monitoras, ha cambiado su visión biologicista inicial, transitando en el proceso de participación en el grupo, hacia un concepto de salud que integra la dimensión económica, social y política, entre las cuales un tercio de las monitoras explicita una comprensión de salud como derecho.**

### 3. ¿QUE HACEN LOS GRUPOS DE SALUD?

El trabajo comunitario que realizan las organizaciones poblacionales de salud, no se limita al campo de acción establecido por la estrategia de Atención Primaria en Salud para el trabajo de las monitoras, ni tampoco responde a un marco prefijado por EPES. No obstante, en la base de nuestro trabajo educativo hay una visión acerca del sentido que debería tener el quehacer de las monitoras y grupos de salud. El siguiente supuesto expresa algunos de los elementos que orientan el trabajo de capacitación y asesoría a grupos de salud:

*<<La concepción de educación popular que sustenta la capacitación de las monitoras apunta a perfilarlas como organizadoras y educadoras de su comunidad, lo cual debiera reflejarse en el carácter de las actividades en que mayoritariamente participan, así como en el desarrollo de acciones coordinadas con diversos tipos de organizaciones>>*

Para describir qué hacen y cómo se perfilan las monitoras y grupos de salud en su población, hemos agrupado las actividades comunitarias que más permanentemente realizan estas organizaciones en cinco categorías:

- actividades de movilización
- actividades educativas
- actividades de teorización y propuesta
- actividades de atención curativa
- actividades de representación

Las presentamos por separado para fines analíticos, ya que en la práctica éstas se complementan y articulan de muy diversas maneras.

Los grupos de salud desarrollan además actividades de carácter intragrupal, las que son indispensables para su desarrollo como organización. De tal forma sus programas de trabajo, también contemplan actividades destinadas a la formación social y capacitación para la acción, recreativas y de fortalecimiento grupal, así como acciones destinadas a captar recursos. No obstante la importancia que tienen estas acciones para la práctica comunitaria que realizan estas organizaciones, el análisis en profundidad de las mismas, excede las posibilidades de este estudio y no lo abordamos.

Respecto a las actividades que los grupos realizan en la población, distinguimos aquellas que implican la **movilización de la comunidad**, las que pueden ser organizadas directamente por los grupos o en coordinación con otras organizaciones. Estas asumen la forma de asambleas, marchas, actos públicos, apoyo en atención de salud y/o en organización de acciones de denuncia y reivindicación. En esta categoría se incluyen la organización de aniversarios de la población, la conmemoración del 1o. de Mayo; actos culturales por el derecho a la salud; denuncia y trabajo solidario para enfrentar emergencias. También en esta línea se inscriben campañas de denuncia e información a la población como "Campaña sobre meningitis", "Cólera, un efecto más de la miseria", "Campaña para la erradicación de basurales"; convocatoria y preparación de planteamientos públicos con ocasión de los Cabildos Abiertos realizados antes de las primeras elecciones municipales; encuentros locales "Por la Salud del Pueblo: Verdad y justicia", entre otras. (Ver anexo C).

Luego identificamos las actividades **educativas**, que se expresan en el desarrollo de talleres hacia organizaciones del sector y también hacia mujeres no organizadas y jóvenes, abordando temas como nutrición, enfermedades respiratorias, derechos en salud, sexualidad, VIH/SIDA, metodologías para el trabajo en salud poblacional, entre otros. También se incluyen aquí cursos de capacitación de monitoras destinados a mujeres no organizadas; prevención en salud mediante trabajo con títeres; video-foros en temas diversos como SIDA, enfermedades infecciosas, derecho a la salud. Otras actividades educativas y de carácter más masivo son: la elaboración y distribución de boletines informativos sobre enfermedades comunes y para compartir resultados de encuestas realizadas por los grupos; paneles informativos en la vía pública y en escuelas; campañas en escuelas (higiene bucal, prevención del embarazo adolescente); campañas masivas de prevención del cáncer cérvico-uterino.

Bajo el nombre de actividades orientadas a la **teorización y propuesta**, agrupamos aquellas relativas al diagnóstico de problemas específicos de salud; es el caso de la encuesta sobre conocimientos y creencias sobre SIDA en mujeres entre 16 y 50 años del Campamento Almendro 1. Asimismo los grupos han desarrollado diagnósticos de las condiciones de vida de las familias referidos a la situación de ingresos, deudas por consumo, hacinamiento, promiscuidad y cuantificación de familias sin casa. Se incluyen en esta categoría la elaboración de ponencias sobre el trabajo del grupo para eventos de carácter técnico-profesional, ecuménico y multisectorial; como asimismo la elaboración de propuestas sobre problemas específicos: cólera, saneamiento ambiental, prevención de VIH/SIDA, salud reproductiva, embarazo adolescente, como también su participación en la elaboración de la propuesta de Salud Integral y Popular de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional.<sup>21/</sup>

Entre las actividades comunitarias también se incluye la **atención curativa a vecinos**, ya que aunque es una práctica desarrollada a nivel individual por las monitoras, es valorada por los grupos pues les permite resolver problemas concretos y asegurar la legitimidad del grupo y de las monitoras en lo que la población identifica como "lo de salud".

Aunque las monitoras no identifican la atención curativa como una actividad central en el trabajo de sus grupos, la falta de resolución de los problemas de salud lleva a que sus vecinos las requieran para diagnosticar o tratar diferentes enfermedades. En ocasiones esto adquiere rasgos dramáticos, ya que por situaciones de emergencia o por insuficiencia de camas en el hospital, las monitoras han tenido que administrar el tratamiento a lactantes que deberían haber sido hospitalizados.

Finalmente distinguimos las actividades de **representación**, categoría bajo la cual entendemos el trabajo que desarrollan las monitoras a fin de establecer vínculos; presentar ponencias y participar en instancias amplias de debate orientadas a la colaboración y coordinación con otros actores sociales como profesionales y estudiantes del área de salud, organismos ecuménicos, ONG, pobladores, sindicatos, movimiento de mujeres y derechos humanos.

<sup>21/</sup> Esta propuesta se elaboró entre 1989 y 1990, marcando un hito en el grado de articulación, reflexión y elaboración de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, en especial de sus grupos dirigentes, en el sentido de expresar y levantar un pliego por la salud al primer gobierno elegido democráticamente.

Respecto a la participación individual de las monitoras en el desarrollo de estos cinco tipos de actividades comunitarias, lo primero que llama la atención, es el alto nivel de involucramiento que tienen las monitoras en el conjunto de ellas .

**Cuadro No. 23**  
**PARTICIPACION DE LAS MONITORAS EN LAS ACTIVIDADES**  
**REALIZADAS POR LOS GRUPOS DE SALUD (1990-1991)**

TIPOS DE ACTIVIDAD	No.	%
Movilización	28	73.7
Educativas	37	97.4
Teorización y Propuesta	26	68.4
Curativas	17	44.7
Representación	19	50.0

Destaca el hecho que **casi el 100% de las monitoras participa en la realización de actividades educativas**, es decir planifica, ejecuta y evalúa una actividad destinada a compartir conocimientos. Esta no es una tarea sencilla, ya que requiere de manejo de información sobre un determinado problema, preparación de materiales y fundamentalmente de la disposición a enfrentar a personas y grupos que habitualmente no están acostumbrados a que sean otras mujeres pobladoras, quienes realicen este tipo de trabajo.

Le siguen las actividades de movilización, en cuyo desarrollo participa el 73.7% de las monitoras. Ello no resulta extraño en tanto estas actividades cuando son impulsadas por los grupos de salud; en general son precedidas por el desarrollo de acciones educativas.

El tercer tipo de actividad en que mayoritariamente participan las monitoras (68.4%) son aquellas relativas a la teorización y propuesta.

También habría que destacar que la mayoría de las monitoras (57.9%), participa en todos los tipos de acciones que impulsa el grupo de salud (de 4 y 5 categorías distintas), esto significa que más de la mitad de las monitoras está en permanente actividad. Consideramos que esta proporción es alta, pues se trata de un rango amplio de actividades, que tienen también cierto grado de complejidad.

De hecho el proceso de elaboración escrita del trabajo de diagnóstico y formulación de propuestas generadas grupalmente, así como las actividades de representación, son tareas complejas. Especialmente la segunda requiere de una combinación de aptitudes personales, conocimiento y voluntad política, que no son fáciles de desarrollar para el común de las mujeres, y menos aún para mujeres de clases populares que tienen que superar las limitaciones que impone la doble discriminación de clase y género.

Observamos que diecinueve monitoras (50%) participan en actividades de representación. Esta proporción no es baja tratándose de grupos pequeños; sin embargo, ello indica que la responsabilidad de estas tareas está recayendo sobre dos o tres integrantes por grupo, que generalmente son sus coordinadoras. Esta realidad sigue siendo un desafío para el trabajo de capacitación y asesoría a los grupos de salud, en la perspectiva de avanzar hacia formas no delegativas de participación.

Respecto de la atención curativa, en cuyo ejercicio se involucran diecisiete monitoras, habría que señalar que en nuestra experiencia hemos apreciado que aun cuando hay un gran interés por aprender primeros auxilios, colocar inyecciones y acceder a información que permita diagnosticar y tratar problemas de salud, finalmente quienes desarrollan esta práctica, son aquellas monitoras que tienen mayores habilidades en este sentido y que a su vez sienten un alto grado de satisfacción en el desarrollo de este tipo de servicio a la población.

Estos distintos tipos de actividades, ha sido un elemento muy valorado por los grupos, pues los identifica en un trabajo con la comunidad. Esta labor excede en mucho la provisión de atención curativa a los pobladores, que es lo que más frecuentemente caracteriza a los grupos de salud. Por ello interesó conocer la importancia que cada monitora asigna a estos tipos de actividades en la vida de su organización.

Las prioridades asignadas por las monitoras, entregan a los grupos y a EPES una valiosa información respecto a las necesidades de capacitación en función de las acciones que habría que enfatizar a futuro. (ii)

Las tendencias que arrojan las respuestas de las monitoras, indican

- (ii) Estamos conscientes que las respuestas pueden tener un énfasis relacionado con la experiencia acumulada por las monitoras, por lo cual sería esperable que se atribuya mayor importancia a aquellas actividades en que se ha participado directamente.

sin lugar a dudas que **las actividades más importantes en la vida de los grupos de salud son las de carácter educativo** (ver cuadro No. 24). Asimismo las cifras señalan que la segunda y tercera prioridad, es decir, las actividades de movilización y de **teorización y propuesta** respectivamente, siendo –importantes para la organización–, no alcanzan el nivel de relevancia que tienen las acciones educativas en la opinión del conjunto de las monitoras.

**Cuadro No. 24**  
**ACTIVIDADES PRIORITARIAS PARA LA VIDA GRUPAL**

Tipo de Actividad	1a. Prioridad		2a. Prioridad		3a. Prioridad	
	No.	%	No.	%	No.	%
Movilización	5	13.2	<b>14</b>	<b>36.8</b>	6	15.8
Educativas	<b>28</b>	<b>73.7</b>	7	18.4	1	2.6
Teorización y Propuesta	3	7.9	3	7.9	<b>12</b>	<b>31.6</b>
Atención Curativa	-	-	9	23.7	5	13.2
Representación	-	-	1	2.6	4	10.5
N/R	2	5.2	4	10.5	10	26.3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

El orden de importancia que otorgan las monitoras a estos tres tipos de actividades grupales, es consistente con lo que refleja su participación individual; especialmente en la importancia asignada al trabajo educativo, pues como señalamos el conjunto de las monitoras ha participado en su desarrollo.

La marcada diferencia con que las monitoras priorizan estos tres tipos de actividades, se relaciona al contexto de crisis de participación, donde por una parte los grupos encuentran dificultades para el desarrollo

de actividades movilizadoras, y por otra a que el esfuerzo por elaborar propuestas tiene resultados inciertos dada la falta de instancias de participación e interlocución con las autoridades donde éstas tengan acogida. De allí también que las actividades educativas tengan la más alta valoración, por cuanto continúan siendo necesarias, validadas por la comunidad, provocando con ello un alto grado de satisfacción en los grupos.

Sin embargo, la menor participación y la consistente baja prioridad que tienen las actividades de representación llaman a reflexión, ya que estas actividades contribuyen de manera significativa a que las organizaciones populares puedan establecer relaciones de trabajo con otros organismos, promover iniciativas, incidir en procesos de coordinación y articulación de organizaciones populares y por ende involucrarse en acciones sociales más amplias.

Algunas de las monitoras al revisar estos resultados, señalaron que efectivamente había dificultad en el trabajo de representación, que les cuesta más asumir estas tareas, y que éstas tendrían un menor reconocimiento por parte de los grupos. Aun así sería mayor el número de monitoras que participan en el desarrollo de estas actividades:

*"Yo creo que tiene que ver con la invisibilización de roles, porque son como trabajos menores, el último punto de la tabla son las representaciones. Pero ¿por qué se invisibiliza este trabajo? ¿Qué está pasando con este trabajo que el grupo exige que se haga y luego no se reconoce?... Yo creo que tiene que ver con el poder, con el miedo a asumir papeles importantes y por el poder que te da la palabra en otros espacios. Porque nosotras las mujeres tenemos hartos problemas con el poder. También porque asumir la representación del grupo significa un compromiso contigo... qué pasa contigo después, no podés abandonar porque ya entraste en el camino. Uno asume el desafío porque tenés la voluntad política de incidencia, porque tú querés que tu voz y la que estai representando sea escuchada, y querés que eso sea y por eso te atrevis, más que por otra cosa".*

(Nadia)

*"Las actividades de representación no las hace todo el grupo. Cuando una es elegida para representar o se moviliza para representar algo, también una no quiere reconocer por modestia, por humildad, para que las compañeras no se sientan mal, porque algunas sienten que*

*quieren hacerlo, pero piensan que no pueden hacerlo. A veces las compañeras no dicen que están representando al grupo y lo están haciendo, por ejemplo cuando se propone alguna actividad de educación en la escuela, no se piensa que lo que se está haciendo es representación y pasa por invisible”.*

(Salomé)

Otra de las monitoras agrega que sin duda, las actividades de representación son difíciles de asumir, y que aunque ella se ha desafiado muchas veces, hablar en público es algo que ella no puede hacer, enfatizando que lo importante es valorar el aporte de cada quien:

*“Cada persona del grupo es un recurso, sirve para una actividad específica. Yo te puedo ayudar a redactar, y tú soy la portadora de lo que vamos a decir, la cosa es entregarlo bien”.*

(Natalia)

Las dificultades para asumir las actividades de representación, tienen que ver con el hecho que éstas desafían a las monitoras a exponer sus opiniones y hacer presente los planteamientos del grupo de salud en asambleas, a otras organizaciones y a autoridades. Allí las mujeres se encuentran con los arraigados aprendizajes de género, que las dejan sin voz propia, en una posición de receptoras, lo cual entra en contradicción con el debate y los objetivos que se plantean como organización.

De otro lado, la condición de género significa también que además de la voluntad personal para asumir estas tareas, que a menudo involucran desplazamientos y más tiempo disponible, las mujeres necesitan contar al menos con la comprensión de sus familias:

*“Las compañeras que más han participado, que han tenido más coordinaciones y han tenido que ocupar más tiempo en salir, es debido a que han logrado que sus compañeros entiendan, por eso han podido tener la oportunidad de salir”.*

(Beatriz)

Otro aspecto importante en la caracterización del trabajo de estas organizaciones, y también elemento central de la apuesta educativa presente en las orientaciones de capacitación y asesoría a los grupos de sa-

lud; ha sido nuestra comprensión de que el trabajo en salud comunitaria, requiere crear vínculos con otras expresiones de trabajo popular. Resultaba necesario por tanto, dimensionar en qué medida los grupos de salud se coordinan para el desarrollo de sus acciones con otras organizaciones.

**Cuadro No. 25**  
**TIPOS DE ORGANIZACIONES CON QUE SE COORDINAN**  
**LOS GRUPOS DE SALUD**

Tipo de Organización	No.	%
Sólo organizaciones poblacionales	22	57.9
Sólo sindicatos	1	2.6
Sólo redes o coordinaciones (*)	1	2.6
Con 2 o más de los tipos anteriores	10	26.3
No se coordinan	1	2.6
N/R	3	7.9
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

(\*) Las redes o coordinaciones en que participan los grupos están integradas por servicios de salud, organizaciones poblacionales, ONG y otros tipos de organizaciones sociales.

La **mayoría absoluta (89.5%) de las monitoras señaló que su grupo se coordina con otras organizaciones en el desarrollo de su trabajo** (cuadro No. 25). En un 57.9% de los casos las monitoras indicaron que la coordinación se realiza con otras organizaciones poblacionales; mientras que un porcentaje significativo de monitoras (31.5%), planteó que su grupo se coordina ya sea con sindicatos, redes o dos o más de los tipos de organizaciones que identificamos.

La coordinación con organizaciones poblacionales es la más frecuente y opera a través de los nexos que establece el grupo como tal vía representación y acción directa en un territorio común, por otra parte esta coordinación se facilita por los vínculos que crean las monitoras individualmente, a partir de su participación múltiple en organizaciones populares del sector.

Las instancias de coordinación y redes que involucran a profesiona-

les, servicios de salud y a organizaciones poblacionales son recientes, su existencia en los territorios en que trabajamos se remonta al año 1991. Anteriormente fue difícil establecer formas de colaboración entre organizaciones populares, ONG y servicios de salud, ya que muchas veces la relación se dio en términos confrontacionales.

La información entregada por las monitoras, indica que los grupos de salud buscan articularse con organizaciones poblacionales y a otras organizaciones sociales, mediante una acción específica como es la coordinación de actividades en el espacio territorial y también fuera de sus límites. Algunos de ellos participan en la Red de Organismos Sociales y No Gubernamentales con trabajo en VIH/SIDA, que tiene carácter temático y a la cual convergen ONG, grupos de salud, organizaciones de la comunidad homosexual, grupos de prevención ligados a la Iglesia Luterana, artistas y profesores.<sup>22/</sup>

Centrando la reflexión en nuestro supuesto de trabajo referido a que el quehacer de los grupos de salud convertiría a las monitoras en educadoras y organizadoras, el análisis realizado hasta aquí, nos permite una verificación parcial del mismo. Por una parte se confirma de manera muy fluida que efectivamente las monitoras se han constituido en educadoras de la comunidad, ya que prácticamente la totalidad de ellas (97.4%) han realizado actividades de esta naturaleza, siendo también consideradas por la mayoría de las monitoras (73.7%), como las actividades más importantes en las vida de las organizaciones de salud.

Sin embargo no podemos arribar a una comprobación concluyente respecto a que las monitoras se hayan convertido en organizadoras de sus comunidades. Las evidencias de que disponemos no son suficientes, ya que la encuesta aplicada no recogió información que pudiera precisar la forma en que participan en las actividades de movilización comunitaria, ni tampoco el rol que asumen las monitoras en el trabajo de coordinación de actividades con otras organizaciones sociales.

Aunque no podemos arribar a conclusiones sobre el perfil de organizadoras de las monitoras de salud, el que ellas participen mayoritariamente en la realización de actividades educativas, de movilización comunitaria, de teorización y elaboración de propuestas; que a estas actividades las

<sup>22/</sup> A partir de 1993 esta organización se denomina Red de Acción Comunitaria en VIH/SIDA.

monitoras le asignen un carácter prioritario en la vida grupal, así como el hecho que coordinen acciones con diversas organizaciones sociales; permite afirmar que los **grupos de salud desarrollan una práctica social que se orienta a la organización de la comunidad.**

El hecho que las monitoras tengan un alto nivel de participación individual en las actividades desarrolladas por sus grupos, donde encontramos que una mayoría de ellas (57.9%) participa en a lo menos cuatro de los cinco tipos de actividades que realizan los grupos de salud, indica que estas organizaciones tienen una práctica comunitaria, que ofrece a sus integrantes oportunidades de aprendizaje y de desarrollo de capacidades, que les ayudarían a asumir roles de liderazgo en su grupo y en la comunidad.

La prolongada trayectoria de participación múltiple que tiene la mayoría de las monitoras, es un antecedente que entrega pistas respecto al carácter de organizadoras que tendría un grupo importante de ellas, pues muestra que son parte del activo social de sus poblaciones. Sin embargo, por ahora sólo hemos constatado este hecho; falta explorar en profundidad el proceso, su contenido, el carácter de la participación de las monitoras en otras organizaciones populares, las acciones y vínculos que a partir de dicha pertenencia establecen con su población.

Por nuestra parte, en el trabajo de asesoría a las organizaciones de salud, hemos constatado que la participación múltiple en organizaciones ha posibilitado a las monitoras aumentar su conocimiento e información de lo que sucede en el sector. Ello ha enriquecido el diagnóstico y plan de acción de los grupos, permitiendo identificar y dimensionar mejor los problemas que están afectando a los pobladores; prever conflictos y conocer las iniciativas en desarrollo, facilitando también la coordinación entre los grupos y el proceso de articulación de organizaciones populares.

#### 4. LAS MONITORAS DE SALUD Y LA VISION DE SU ROL

*<<...somos capaces de conducir, organizar, educar en la construcción de una sociedad más justa...>>*

*(Grupo de Salud Llaretá, 1990: 7)*

##### A) Los Roles Asignados a las Monitoras

La salud es una preocupación antigua del mundo popular. Los primeros antecedentes de un trabajo de medicina social en Chile surgieron desde las organizaciones laborales que se constituyeron en el siglo pasado. <sup>23/</sup> Posteriormente, aparecen iniciativas autónomas de acción popular en salud, vinculadas a la lucha de los pobladores sin casa, las cuales se ligaron al objetivo de control del espacio comunitario conquistado (Castells, 1971:58-66).

También el Estado, desde mediados de la década del 60 y durante el gobierno de la Unidad Popular, impulsó programas destinados a ampliar la cobertura de servicios curativos y preventivos con la participación de la comunidad, mediante la capacitación de voluntarias y líderes de salud. En general su trabajo estuvo subordinado a criterios técnicos; de tal forma, las voluntarias y líderes de salud tuvieron un rol auxiliar en la acción de los equipos profesionales. Los mayores avances en términos de participación en la gestión de salud, corresponden a la experiencia de los Consejos Locales de Salud, que se constituyen a partir del decreto ley 602 de 1972, que ofreció una estructura para la participación de los trabajadores de la salud y de los representantes de la comunidad.

<sup>23/</sup> En 1853 se fundó la "Sociedad Tipográfica de Socorros Mutuos", el objetivo de ésta y las que desde entonces se fueron organizando, fue dar a sus miembros protección solidaria ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar, con la creación de un sistema de seguridad social sustentado en el ahorro de sus asociados. Estas organizaciones desarrollaron un concepto de medicina social, donde el enfermo es un sujeto integral, asumido en su realidad social, familiar y cultural. La organización de las Sociedades de Socorros Mutuos se basó en la solidaridad pero y en un humanismo popular, como una alternativa contrapuesta a la caridad pública y a la falta de derechos sociales en que se encontraban los trabajadores de esa época (Illanes, 1989:37-39).

Los Consejos Locales tuvieron como objetivo: <<... **Discutir los problemas de salud de la comunidad, sugerir soluciones, cooperar en la promoción de campañas sanitarias (antidiarrea, bronconeumonía, recolección de basura, etc.) y actuar como un vínculo asesor entre SNS [Servicio Nacional de Salud] y la comunidad.>> Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, et al. 1989: 14).**

Desde finales de 1972 se registran experiencias donde la participación comunitaria se hizo más fuerte, la que se relacionó con la integración de los Consejos Locales de Salud a <<...**organizaciones de más amplia base que tenían que ver con la distribución de alimentos, el transporte, la seguridad local y la producción industrial>> (Waitzkin; Modell:1982).**

A nivel mundial y luego que en 1978 la Conferencia de Alma Ata realizada en la ex Unión Soviética, le atribuyera a los agentes comunitarios de salud, un rol fundamental en el éxito de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se iniciaron programas de capacitación de trabajadores de salud comunitaria, monitoras o promotoras de salud, de pequeña y gran escala, en prácticamente todos los países del llamado Tercer Mundo.

Las conceptualizaciones provenientes de la Atención Primaria en Salud, en general describen a los trabajadores de salud comunitaria, como personas seleccionadas por la comunidad, que cuentan con su confianza, que pueden ser entrenados para llevar a cabo tareas específicas de bajo costo y por períodos de tiempo relativamente cortos, y que serían capaces de establecer la unión entre la comunidad y los servicios de salud nacionales (Stark, 1983:230; Matamora, 1989:1084).

En Chile hay una vasta experiencia de trabajo en salud inmediatamente posterior al golpe militar, la que se prolonga a la década del 80 en que aumentó notoriamente el número de grupos de salud y las ONG que trabajaban ya sea con grupos o monitoras; sin embargo, no hay estudios que den cuenta del surgimiento de un rol alternativo al definido por Alma Ata para el trabajo con monitoras de salud. Se ha señalado que el rol de los grupos se relaciona a la visión que cada institución tiene de ellos y que la capacitación tiene un peso fundamental en lo que será el quehacer de las monitoras y grupos de salud (Vicaría Oriente, 1988: 9).

La experiencia latinoamericana de trabajo en salud, da cuenta de una visión en la cual se concibe a las monitoras o promotoras de salud como intermediarias entre programas y comunidad, señalándose que <<El

**trabajo con los promotores es una realidad en la mayoría de las experiencias y curiosamente comparten rasgos de identidad. Resalta como personaje clave, dinamizador, indispensable en el desarrollo de los programas. Considerado vínculo, puente, lazo entre dos culturas, entre comunidad y técnicos del programa>> (Marshall, 1986: 54).**

Pese a la extensión del trabajo con monitoras y la identificación de características comunes, también entre ONG latinoamericanas se constatan dudas respecto a la identidad y funciones de las promotoras. Para algunas, la identidad de las monitoras no es clara, señalando que éstas se identifican más con los programas o servicios oficiales que con la comunidad. Otras ONG identifican una crisis de rol y pertenencia, señalando que **<<... las promotoras que son mujeres de sectores populares, se sienten aisladas, realizando un trabajo, pero sin captar su dimensión. Es el deseo de ser útiles y prestar un servicio, más no la percepción organizativa y política>> (Marshall, 1986: 55).**

En Chile a partir de 1990, el gobierno de Aylwin asumió en su programa para el sector salud, algunos de los planteamientos de Alma Ata; de tal modo se han desarrollado acciones tendientes a la formación de monitoras de salud. Asimismo, en algunas comunas las monitoras y grupos de salud han sido convocados por consultorios de atención primaria y por organismos estatales, para asumir un rol de colaboración en la ejecución de proyectos orientados a sectores de extrema pobreza, los cuales han considerado la realización de acciones tales como distribución de suplementos nutricionales y campañas preventivas.

En algunos servicios del nivel primario de atención, también se han formado instancias de participación comunitaria como redes, comisiones, colectivos de salud o coordinaciones, a las que se integró el personal de salud y a las cuales se convocó a organizaciones vecinales, grupos de salud, monitoras de salud, ONG y otras organizaciones comunitarias. Dichas formas de participación en salud, se acercan a lo que Patricio Hevia (1989:29) define como Comités de Salud Local, pues tienen carácter consultivo y de apoyo en la ejecución de actividades de diagnóstico y promoción de la salud. De acuerdo a lo que hemos podido apreciar, su funcionamiento experimenta dificultades para mantener los niveles de participación con que se inician estos espacios de interlocución, así como falta de seguimiento a las medidas que se desprenden del diagnóstico realizado con la comunidad.

Las propuestas actuales de participación en la atención primaria a nivel local, mantienen la visión de la comunidad como un recurso de apoyo a la labor profesional, pese a que el discurso público interpreta el carácter participativo de la atención primaria en los siguientes términos <<... **asegurándole a las organizaciones sociales un rol permanente y coadyudador en todo el proceso de la gestión en salud desde el diagnóstico participativo, hasta el diseño de los programas de salud, su implementación y la evaluación permanente de todo el proceso de la AP**>> (Belmar, R. 1990: 23).

Contradictoriamente con dicho planteamiento, la propuesta de instancias orgánicas que canalizarían la participación social en salud a nivel comunal, no consideran a las organizaciones populares de salud, entre las entidades que deberían tener una representación directa en las mismas, <<**El proceso de participación local se inicia con la creación de los Consejos Comunales, para integrar, a nivel de cada comuna, al sector público, representado por los consultorios municipalizados, al sector solidario, representado por las Organizaciones No Gubernamentales de salud y a los diversos componentes de la medicina privada... >> (Belmar, 1990:24).**

En la práctica y en el mejor de los casos, la participación se ha reducido a asambleas organizadas por consultorios u organismos comunales de salud, cuyos objetivos se han orientado al diagnóstico, y más frecuentemente a la ejecución de algunas actividades en la comunidad. Obviamente la planeación de las mismas, no considera la experiencia acumulada por las organizaciones de salud en el trabajo preventivo, ni se visualiza que los grupos de salud, quieran y puedan tener ingerencia en los objetivos, metodologías y contenidos de las campañas de prevención de enfermedades respiratorias y de cáncer cérvico-uterino que se han realizado masivamente a la fecha.

En el proceso también ha quedado de manifiesto, que cuando el sistema oficial trata de poner en práctica las directrices de promoción de la salud con la participación de la comunidad, habitualmente la convocatoria se dirige a organizaciones formales como juntas de vecinos y centros de madres y a monitoras de salud a nivel individual, desconociendo en los hechos la existencia de las organizaciones de salud.

No obstante la falta de estudios o nuevas aproximaciones al rol de las monitoras de salud, por parte de organismos profesionales, es necesario

destacar, que la preocupación por definir un rol para los grupos de salud, estuvo en el debate que precedió a la constitución de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional (CMSP). Si bien no hay material publicado que lo recoga sino hasta 1989, donde los organizadores de la II Jornada Nacional señalaron <<**Sabemos que debemos desarrollar una organización con la fuerza suficiente que nos permita ser parte activa, en la construcción de nuestro proyecto de salud como pueblo**>>. <<**Compañeras, es amplia y grande nuestra tarea y estamos seguros que podemos ser actores en la lucha social y política, por nuestras reivindicaciones en la salud y nuestra experiencia aportaría a desarrollar una verdadera y democrática concepción, de cómo debiera ser la participación social en salud, desarrollando programas, políticas y leyes que nos lleven a cambios estructurales**>> (Documento Final II Jornada Nacional de Salud Poblacional, 1989: 6).

Luego, en 1990, la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional ratifica <<**Los grupos de salud somos y seremos un aporte a las luchas reivindicativas de nuestro pueblo y trabajaremos por una participación real en las definiciones de Políticas y Programas de Salud; hacia eso apunta nuestra lucha: Defender los Derechos del Pueblo en Salud**>> (Propuesta de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, 1990: 1).

Sin embargo, esta definición del rol de los grupos de salud se planteó en una coyuntura muy compleja, donde predomina un discurso participativo, mientras la acción comunitaria que se promueve se limita a la autoayuda; se abren espacios de diálogo, pero éstos tienen sólo carácter consultivo. Los grupos de salud pueden postular a pequeños financiamientos para proyectos educativos y asistenciales, pero con la intermediación de organismos técnicos (ONG) y/o transformándose en organizaciones de derecho, con reconocimiento legal. Las orientaciones concretas del trabajo de los servicios estatales, se dirigen a captar la colaboración de las organizaciones populares bajo la supervisión y tutela profesional.

Reflexionando con las monitoras sobre las contradicciones entre el discurso y la práctica de los servicios de salud, Salomé recuerda un debate en el que participaron trabajadores de salud, y en el que se analizaba el rol de los grupos de salud y su visión de la participación:

*"...En el 90 yo planteaba que los grupos de salud deberían participar en la distribución de los recursos públicos, la persona que estaba del*

*consultorio, dijo que era una utopía. Para mí esa es la pelea si se habla de participación, si el gobierno está hablando tanto de participación, si se decían tantas cosas, entonces ese era mi discurso cuando la gente decía... no pero estamos participando, ¿pero en qué?, ésa es la cosa...".*

Marcela agrega que no sólo los funcionarios de salud tienen una visión restringida de la participación, que también entre los grupos de salud habían diferentes opiniones:

*"...después nos damos cuenta qué tipo de participación tenían, y toda la gente empezó a darse cuenta de que... pero también a muchos les gustó ese tipo de participación, y de hecho hubo grupos que se disolvieron, que les gustó eso de llevar gente a tomarse exámenes... pero uno que se da cuenta qué tipo de participación es, qué se entiende por participación, porque el concepto de participación que manejábamos nosotros y que manejaban ellos es muy distinto. El de nosotros es mucho más integrador, decidimos en conjunto, elaboramos tal vez una propuesta, diagnosticamos en conjunto, después se recoge todo; pero el concepto de participación que ellos manejaban era solamente, y ya no quiero usar eso de mano de obra barata, ¡pero era eso!, era pescar a los monitores, hacer ese trabajo porque no tenían tiempo para hacerlo y punto, eso era todo".*

Raquel plantea otra consideración que tiene que ver con el poder del conocimiento y como éste se asocia al uso de ciertos símbolos; sin embargo sus palabras dan cuenta también que el alcance de las acciones desarrolladas con la colaboración de la comunidad han sido muy limitadas:

*"Nosotras tenemos otras aspiraciones, pero alguna gente tiene la aspiración de ponerse un delantal blanco y estar dentro de una sala manejando cosas, esa es una cuota de poder y con eso se conforman; nosotras vamos más allá de eso, y de hecho no lo necesitamos y no nos interesa el uniforme blanco, porque sabemos la capacidad que tenemos sin uniforme. Pero también somos pocos los que pensamos así. Nosotros tenemos una visión más colectiva, pensamos que la mayoría debería tener las posibilidades y no dos ni tres personas a las que lograste que se atendieran".*

Siguiendo en esta dirección, Nadia, que participó activamente en el

nivel metropolitano de la Coordinadora de Grupos de Salud Poblacional, hace el siguiente comentario:

*"La relación con el Estado ha sido difícil. Nosotros queríamos discutir los problemas, conocer las políticas, los recursos que habían, pero ellos querían sólo que nosotros les presentáramos los problemas que habían, que detectáramos los problemas, pero que no hiciéramos nada al respecto. Frente al problema de meningitis, nos acusaron de traidores porque convocamos a una movilización para que se hiciera tratamiento preventivo; entonces la relación prácticamente se rompió. Nosotros les dijimos que nosotros nunca nos habíamos hecho súbditos de ellos, y que no era traición, porque nosotros estábamos en nuestro papel que era como organización de salud, la defensa de los derechos de salud del pueblo, y opinábamos que debería hacerse más por la gente que moría, y que eran los hijos de los pobres". 24/*

Conjuntamente a la apertura de esta nueva forma de relación de las organizaciones populares con el aparato de Estado, disminuye la cooperación internacional que sostenía el trabajo de las ONG, situación que algunas enfrentan mediante una progresiva adecuación de sus programas, de manera de acceder a financiamientos estatales y a otras formas de financiamiento nacional, desapareciendo muchas en el camino. En el intertanto, los grupos de salud van quedando sin los apoyos institucionales con que habían contado, siendo muchos de ellos cooptados en un rol de ejecutores de la política de salud de gobierno, mientras que aquellos que no lograron redefinir un rol acorde al debate que se venía realizando a nivel de la CMSP y comprensión de las nuevas circunstancias del país, paulatinamente fueron desapareciendo.

Estos antecedentes permiten dimensionar que aun cuando los grupos de salud poblacional, no lograron constituirse en un actor social con un rol reconocido, la experiencia de los años 80 y comienzos de los 90, muestra que estas organizaciones han buscado apartarse del rol de ayudantes de la labor ejecutada por profesionales y/o servicios de salud, desarrollando un proceso de reflexión colectiva que les permitió reconocer-

24/ Esto hace alusión a la marcha desarrollada en 1990 por la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional hacia el Ministerio de Salud, ocasión en la que algunas autoridades de Atención Primaria de ese primer año de transición, cuestionaron la legitimidad de dicha movilización.

se como organizaciones populares con un **rol educativo y de defensa del derecho a la salud**.

Pareciera que esta reflexión en torno al rol de las monitoras y grupos de salud es compartida por otros grupos de salud de la región. En un encuentro realizado en Chile, en el que participaron diecisiete organizaciones de salud, provenientes de ocho países latinoamericanos, se concluye que la solución de los problemas de salud requiere de cambios profundos, ya que éstos son el resultado de un ordenamiento económico, social, político e ideológico que excluye a las mayorías. Consecuentemente, la acción en salud debe estar fuertemente ligada al proceso de liberación del pueblo, lo que pasa por promover su organización y movilización. Respecto de la contribución específica de los monitores de salud, resulta representativo del debate realizado, el siguiente planteamiento de una de las comisiones de trabajo:

**<<Como monitores de salud ¿cómo contribuimos a estos cambios?**

- **Educando, haciendo tomar conciencia a la comunidad para que defienda sus derechos.**
- **Haciendo participar a la comunidad en la organización y movilización.**
- **Tomando en cuenta todos los aspectos (políticos, económicos, sociales).**
- **Consecuencia y coherencia que se refleje en un testimonio de vida (vivir lo que se dice)>> (American Friend Service Committee, 1990: 50 - 51).**

Desde nuestra experiencia de trabajo, constatamos que aunque no haya una identificación unívoca del rol de las monitoras y grupos de salud, la práctica que en particular han desarrollado las organizaciones poblacionales de salud, escapa a las necesidades de colaboración que tienen los servicios oficiales de salud, como asimismo a las de los proyectos de instituciones de apoyo, lo cual se evidencia en la experiencia chilena al momento en que los grupos de salud avanzan en su nivel de articulación y perfilan su función política.

La práctica de monitoras y grupos que se sustenta en una visión política de salud, se estrella en este período de transición con dos obstáculos: la visión y expectativas de subordinación a una acción técnica que tienen

los profesionales y servicios de salud y por otra parte con políticas públicas, cuyo contenido participativo es dual. El discurso político valora el potencial de trabajo que tienen las organizaciones populares de salud; sin embargo las iniciativas de los grupos sistemáticamente son bloqueadas por estructuras contenedoras de las reivindicaciones de salud y participación.

## B) El Rol Actual de los Grupos de Salud

El trabajo de capacitación y asesoría realizado por EPES, se ha orientado a perfilar a las monitoras y grupos como organizadores y educadores comunitarios, con una capacidad de analizar las necesidades de sus comunidades desde una visión social y política de salud, desarrollando un trabajo definido por ellos conforme a las necesidades y demandas de salud de los pobladores. Desde esta orientación se espera que:

*<<Las monitoras planteen una visión del rol que les compete a los grupos de salud, en el cual se identifican aspiraciones de autonomía y protagonismo social>>*

En los planteamientos de las monitoras distinguimos cuatro formas de concebir el rol que cumplen los grupos de salud en la población. Cabe precisar que una de las entrevistas no se completó en este punto y que cinco monitoras no definen un rol para el grupo sino que formulan apreciaciones en torno a la necesidad de que el grupo se fortalezca. Ambas situaciones corresponden al 15.8% del colectivo.

- 34.2% educar y capacitar a la población
- 26.3% resolver problemas concretos de la población
- 13.2% denunciar problemas y defender el derecho a la salud
- 10.5% aportar a la articulación de las organizaciones poblacionales

Para las trece monitoras (34.2%) que plantean que el rol de los grupos es **educar y capacitar a la población**, la acción educativa incorpora el aspecto organizativo buscando promover el surgimiento de nuevas organizaciones; se trata de educar para organizarse. Esta visión del rol educativo de los grupos considera sujetos específicos, las mujeres, y temáticas que abordan la prevención:

*"La prevención en salud, entregando contenidos, en lo que es organizativo en la población, capacitando cada vez más gente".*

*(Teresa)*

*"Yo nunca voy a descartar los talleres a mujeres porque la mujer es la más desamparada en conocimientos".*

*(Pilar)*

*"Educar, talleres, a eso nos dedicamos principalmente el año pasado, para promover nuevas organizaciones y campañas sobre medio ambiente".*

*(Victoria)*

Para diez monitoras (26.3%) el rol de los grupos de salud es resolver **problemas concretos de la comunidad**, y trabajar hacia la comunidad. Este planteamiento refleja una característica del trabajo de los grupos de salud y en particular de los grupos involucrados en el estudio, que es el hecho que estas organizaciones se definen por un trabajo hacia afuera, hacia la población, tal como lo precisan algunas monitoras:

*"Yo pienso que está bien como está el grupo de salud, que está bien encaminado hacia la comunidad y hacia las participantes del grupo también. El trabajo hacia la comunidad porque se hace trabajo hacia afuera, eso es lo que más me gusta a mí".*

*(Sandra)*

*"Trabajar con las necesidades que hayan en la población".*

*(Daniela)*

*"Problemas comunes de la población, sarna, desnutrición, alcantarillado, basurales, SIDA".*

*(Francisca)*

Para cinco monitoras (13.2%), el rol de los grupos de salud es **denunciar los problemas y defender el derecho a la salud**. Los planteamientos de las monitoras indican que el trabajo de denuncia está asociado a la educación de los pobladores para lograr una conciencia de los problemas de salud compartidos y una comprensión más global de los problemas concretos que afectan a sus comunidades:

*"Trabajo de denuncia, porque se ha trabajado harto en hacer conciencia a la gente, lo que es el cólera y otras enfermedades que como que han estado de moda y yo veo que es un trabajo de denuncia a nivel público, no ha estado encerrado, es un trabajo en la calle".*

*(Valentina)*

*"Seguir trabajando hacia la comunidad, pienso que en la defensa de los derechos en salud a través de las actividades que realizamos. Hacer entender a la gente por qué está pasando esto con la salud".*

*(Mireya)*

*"Pienso que seguir haciendo conciencia en la gente que no porque estamos en democracia estamos bien. Estamos muy abocados al tema de SIDA".*

*(Elena)*

El trabajo de denuncia parte de las necesidades y problemas concretos que afectan al sector poblacional, pero también, se busca crear conciencia sobre otros problemas, que tal vez no ocupen el primer lugar en las preocupaciones de la población, pero que requieren de una acción educativa y de recursos preventivos desde ahora, como es el caso de su trabajo en torno a la pandemia del SIDA.

Para cuatro monitoras (10.5%) el rol de los grupos de salud, es **aportar a la articulación de las organizaciones poblacionales** apoyando diversos esfuerzos organizativos de los pobladores:

*"Estar vigente en todo lo que es poblacional, en el aniversario, en la junta de vecinos, el 8 de marzo, porque eso da credibilidad en la gente, porque somos reconocidos. Mover gente, darle auge al movimiento poblacional, nuestra tarea es difícil, es volver a empezar, levantar a la gente dormida, como una tarea de hormigas".*

*(Paola)*

*"Organizar a la población para cualquier actividad. Estamos como grupo organizándonos con todas las otras organizaciones que hayan, para cualquier actividad, no solamente de salud sino de cualquier índole. Es que la gente ya no nos ve como curativos, ya no nos ven como los que ponemos inyecciones, sino que mucho más, somos las*

*personas que podríamos ayudar en cualquiera cosa, cualquier problema que surja aquí en la población”.*

*(Raquel)*

En estos planteamientos subyace la visión de que la acción de los grupos de salud, debe insertarse en el quehacer del conjunto de las organizaciones populares, y no sólo desde las actividades específicas de salud, sino que también en aquellas que representan un esfuerzo por mantener la memoria histórica. Ellas citan la celebración del aniversario de la población, pues allí ven un esfuerzo concreto por generar identidad y sentido de pertenencia, entendiendo además que ese tipo de acciones otorga legitimidad y credibilidad a quienes se involucran. Esta idea es reforzada por una de las monitoras que plantea que la población no las ve como "curativas" y que espera que el grupo ayude en la resolución de distintos tipos de problemas, es más, de "cualquier problema", lo que hace vislumbrar un reconocimiento de las monitoras como dirigentas sociales.

Un análisis de síntesis de los pesos relativos que alcanzan estas definiciones en el conjunto de las monitoras, observamos que la mayoría (60.5%) se ubicó ya sea en un rol de educadoras o en una labor orientada a la resolución de problemas de salud de la comunidad. Ello se relaciona al tipo de actividad a las que los grupos han dedicado sus mayores esfuerzos, pues como señalamos anteriormente 97.4% de las monitoras han participado en actividades educativas. En este sentido cabe hacer notar que los grupos visualizan en el trabajo educativo un medio para la resolución de los problemas de salud.

De otro lado apreciamos que las definiciones de rol que integran el componente reivindicativo, de denuncia de los problemas de salud y articulación de las organizaciones poblacionales, son planteadas por una menor proporción de las monitoras (23.7%).

Situándonos estrictamente en los contenidos de las cuatro definiciones de rol a que arriban ellas, podemos decir que las monitoras se visualizan como una "organización popular poblacional" que se identifica fundamentalmente con un trabajo educativo en salud, que recoge las necesidades de la población, buscando a través de medios colectivos como talleres, campañas y organización entre otros, encontrar vías de resolución a dichas necesidades.

Llama la atención que las monitoras no se hayan planteado defini-

ciones más integradoras que enlazaran los elementos que formularon por separado, considerando que su trabajo en la población en el período que va de 1990 a 1991 ha contemplado acciones en los cuatro ámbitos que recogen las definiciones de rol. Desde esta perspectiva, a nuestro juicio, los contenidos de dichas definiciones constituirían dimensiones del rol de los grupos de salud.

Estimamos que uno de los factores que incidió en esta desconexión fueron las desfavorables condiciones que afectaban al movimiento popular, ya que en el nuevo y confuso escenario de transición, donde se habla de participación, pero donde las iniciativas de esta naturaleza son contenidas, quizás más tardíamente que otras organizaciones del mundo poblacional, también las organizaciones populares de salud se debilitaron. De tal modo, y aun cuando los grupos que protagonizan este estudio mantienen su trabajo, amplían su participación en coordinaciones y redes y participan en distintas instancias de interlocución con el sistema de salud oficial, dichas condiciones generan incertidumbre respecto a las estrategias a seguir.

## **B) El Rol Deseado**

Frente a lo que podría ser el rol futuro o deseado la mayoría de las monitoras (57.9%) no se planteó en términos distintos a su actual identificación de rol (1992); es decir, relevan el rol educativo referido a la difusión de conocimientos de salud y crear conciencia, y una acción destinada a enfrentar los problemas que afectan a sus poblaciones.

Sin embargo dieciséis monitoras (42.1%), plantearon una visión de rol hacia futuro en la cual se aprecia una mayor integración de las dimensiones que identificamos al analizar el rol actual de los grupos de salud y que se plasma en opiniones como las siguientes:

*"Desarrollar una capacidad de legitimidad en la población que permita aportar en la prevención y la educación en cuanto a temas de salud propiamente tal y también lograr una preparación que sirva como aporte para ayudar en diferentes situaciones como defensa de la población en lo que es medio ambiente, recreación y organización; o sea, una organización masiva".*

*(Teresa)*

*"Preocuparse de la salud de la comunidad y también de aprender cuáles son las leyes de salud que se dictan, cuáles están a favor o en contra del poblador, integrarse al conjunto de organizaciones de la población".*

(Mariela)

*"Una educación a la población, que sea más amplio en cuanto a la educación, pero también tener un botiquín no asistencial, pero para urgencias pequeñas, tenerlo porque aquí no lo tenemos. Ser la voz viva de la población estar siempre y tratar de moverse y tratar de ser la voz de alerta de todos los problemas que nos aquejan a nosotros. Ser luchadores, reclamar por las cosas que no corresponden, hacerle conciencia a la gente que no se puede tolerar lo que están haciendo con uno y tratar de ir con las autoridades".*

(Valentina)

Tras esta visión del rol que aspira tener este importante número de monitoras, aparece más nítidamente la valoración de la condición autónoma de sus organizaciones; asimismo, subyace en sus planteamientos una visión de ganar poder en el acto de organizarse, de trabajar con otros, de educar para crear conciencia, de estar en lo que fortalece la acción del mundo popular organizado.

Ratificando el peso que tiene la coyuntura política en la definición de su rol, algunas de estas monitoras señalaron su dificultad para precisar en el actual período, lo que podría ser su rol futuro, reiterando a su vez el sentido de autonomía presente en su concepción de las organizaciones de salud:

*"Es difícil porque por los años de experiencia hemos cumplido diferentes roles, en defender, en la prevención. Desde la defensa de los derechos humanos abarcando muchos objetivos, durante este período es tan difícil definir cuál es el rol, porque el rol podría seguir siendo la defensa de los derechos humanos o la defensa de la salud pero como ámbito general, porque se siguen atropellando nuestros derechos de toda índole, tanto psicológicos como apremio a las personas; en vivienda, educación y salud. Ese rol no debe cambiar, el de defensa, el de denuncia, buscando parar el atropello".*

(Victoria)

*"Siempre estar al lado de los intereses del pueblo, independientemente del gobierno que esté, estar a la defensiva cuando no se cumplan las promesas y no se responda a las necesidades, estar en desacuerdo cuando no se cumplan objetivos, por eso los grupos tienen que tener autonomía".*

(Paola)

Nadia fue más lejos, dando cuenta de una visión más política e ideológica del rol de los grupos de salud, por cuanto precisó que éste va a depender del carácter del Estado, afirmando la necesidad de que los grupos participen a nivel de la toma de decisiones y que la colaboración, incluso la gratuidad del trabajo dependerá de la correspondencia que haya entre las políticas y acciones del Estado con los objetivos populares:

*"En su sector, tener poder de toma de decisiones en las inversiones del Estado, ese sería el rol central. Después participar en la definición de objetivos, programas. Si tuviéramos otra sociedad, colaborar, apoyar a realizar lo que se ha propuesto, ahí no importaría trabajar gratis".*

Centrando el análisis en nuestro supuesto de trabajo, desde el cual se postulaba que las opiniones de las monitoras respecto a su rol para el momento presente (1992) y para el futuro, plasmarían aspiraciones de autonomía y protagonismo social, constatamos en primer lugar la presencia de una **marcada voluntad de autonomía**.

Apreciamos que los cuatro elementos con que las monitoras conceptúan su rol actual, reaparecen en su formulación del rol futuro. Ellas no introducen nuevos contenidos, lo cual estaría indicando que dichos componentes constituyen directrices adecuadas de su quehacer.

Tanto en las definiciones que se formulan en un único sentido (educar y capacitar; resolver problemas, denunciar y defender el derecho a la salud, aportar a la articulación de las organizaciones poblacionales), como en la visión que integra estas dimensiones, y que aparece con fuerza al pensar en el rol futuro, se constata que las monitoras se identifican como componentes de una organización popular. Afirman así una postura autónoma de los servicios de salud o como voluntarias de éstas u otras entidades.

Al concebirse como agentes educativos, que se plantean la resolución colectiva de problemas de salud con los pobladores, las monitoras

expresan una opción por realizar un trabajo de acción directa, donde se plasma una posición de independencia que pone por delante los intereses de los pobladores en materia de salud.

Otras monitoras integran además la acción reivindicativa, planteándose la denuncia de los problemas, porque la salud se asume como derecho, reiterando así su independencia en la defensa de los intereses de salud popular.

Entre quienes enfatizan la necesidad de trabajar por la articulación de las organizaciones poblacionales, subyace una identificación de su carácter de organización popular y componente del movimiento poblacional, reconociendo una situación de debilitamiento, que las convoca a la tarea de fortalecer la organización poblacional, para tener fuerza y poder representar en el escenario político social, sus múltiples reivindicaciones.

Las organizaciones poblacionales de salud apoyadas por EPES, afirman una posición de autonomía desde distintos ángulos. La fuerza con que ésta se plantea y el hecho que los grupos de salud, proyecten su labor a futuro considerando una acción directa de educación, denuncia, resolución de problemas concretos y de articulación con otras organizaciones sociales, reafeja consistencia en términos del tipo de acción que actualmente las identifica en su territorio.

El hecho que ellas se identifiquen y proyecten tan nítidamente con un trabajo de acción directa, que excede la autoprovisión de servicios curativos, que sus planteamientos consideren el acontecer político, que en las conceptualizaciones que integran las definiciones que se presentan por separado, aparezca con fuerza la necesidad de trabajar para fortalecer la organización de los pobladores, son elementos que afirman la segunda parte de nuestro supuesto: los grupos de salud **tienen aspiraciones de protagonismo social.**

En la coyuntura de 1992, los grupos tienen cabal conciencia de la situación de debilitamiento del movimiento social, y de la imposibilidad de incidir con sus necesidades en la formulación de las políticas públicas y en el espacio social más amplio, revelan entonces la necesidad de fortalecimiento, emprender la tarea de reconstrucción:

*"Porque en el 92 había como una vuelta a la construcción desde abajo, eso tiene que ver con este rol de construcción dentro de la pobla-*

*ción para después proponerse otra cosa. En ese tiempo también estábamos bajoneadas por la desaparición de las organizaciones. Alrededor de nosotros se caían todas las cosas”.*

*(Marcela)*

*“Teníamos que pensar en cómo continuar. Sabíamos que no nos íbamos a desarmar, fue como tomarse un tiempo para poder empezar de nuevo. Es la porfía de uno por tratar de seguir, de continuar. Yo me acuerdo de todo el esfuerzo por tirar para arriba la organización metropolitana de los grupos de salud, las discusiones que teníamos. Es la porfía de no darse por vencida”.*

*(Nadia)*

## **5. LOS CAMBIOS QUE SE NECESITAN Y PAPEL DE LOS GRUPOS DE SALUD**

*“... El pueblo no más, no hay otra forma, los que tenemos las carencias tenemos que organizarnos para luchar...”.*

*(Marcela)*

En esta sección abordaremos las opiniones de las monitoras en cuanto a los cambios que deberían producirse en el país para mejorar la situación de salud de los sectores populares, quiénes deberían hacer estos cambios y el papel de los grupos de salud en ellos. Resulta evidente que situadas en un plano más concreto, las monitoras aportan una riqueza de antecedentes que deben ser analizados en la perspectiva de contribuir a lo que será el trabajo de los grupos de salud en el presente y también a un futuro más próximo.

Respecto a los cambios necesarios para mejorar la situación de salud del país, encontramos que las monitoras identificaron tres áreas:

- mejorar la atención en salud,
- cambiar el sistema de salud privatizado y el rol del Estado en el cuidado de la salud,
- cambiar las condiciones de distribución de la riqueza.

Respecto al peso relativo que tienen estas tres visiones de cambio, observamos la siguiente distribución:

- Diecisiete monitoras (44.7%), señalaron la necesidad de mejorar la atención en salud, refiriéndose concretamente a elevar la calidad de los programas de prevención y fomento de la salud, mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención:

*"Pienso que deberían haber varios cambios. El primer cambio sería el regreso a la leche, entrega de "leche-leche" en el consultorio. No tener que hacer tanta cola, que la gente pueda tener más acceso a las partes donde la pueden atender, porque no es ni una gracia levantarse tan temprano para que le den una aspirina".*

(Elena)

- Trece monitoras (34.2%), indicaron que debería cambiar el actual sistema de salud, rechazando la privatización y planteando que el Estado debería recuperar su antiguo rol en salud. Entre estas monitoras prácticamente la mitad explícitamente señalaron la necesidad de un cambio en el modelo económico y en la conciencia de la gente para reivindicar el derecho a la salud. Ambos grupos pueden representarse en las siguientes opiniones:

*"Una cantidad enorme de cambios, que hubiera plata suficiente para el sector salud, que la salud dependa del Estado y que se terminara la salud comercializada que es para algunos pocos".*

(Mariela)

*"Cambios en el modelo económico, porque eso determina las políticas del Estado, el modelo económico está de la mano con el Estado que tenemos. No se va a invertir en salud con este modelo que dice que tú lo tienes que pagar. También tiene que haber una conciencia de la gente para pedir cambios, los cambios no van venir solos".*

(Nadia)

- Ocho monitoras (21.1%), plantearon que la situación de salud de los sectores populares cambiaría con una mejor distribución de los ingresos, elevando la calidad de vida de la gente:

*"Cambiar el país. Tener un presidente que tire para los pobres, que sea realmente democrático, que no se hable de que las cosas para los pobres van a cambiar, sino que hayan cambios concretos, trabajo, que no se hable de un cambio que no existe, o sea de la boca para afuera. Es que habiendo gente que tire realmente para los pobres va a cambiar todo dentro de la población. Un buen alcalde también. Un buen sistema de salud. Plazas, parques para la recreación y los pobres vamos a estar mejor y con más trabajo".*

(Raquel)

Consultadas las monitoras respecto a quiénes deberían hacer estos cambios, ellas identificaron dos actores fundamentales: las autoridades y el pueblo organizado. Sin embargo, en el conjunto se aprecian tres formas de entender el proceso que llevaría a producir los cambios que proponen, las que se distribuyen de la siguiente manera:

- Dieciocho monitoras (47.4%), señalaron que estos cambios deben hacerlo las autoridades y el pueblo, mediante la presión y movilización de las organizaciones:

*"El pueblo no más, no hay otra forma, los que tenemos las carencias tenemos que organizarnos para luchar, tomar conciencia sobre como vivo y quienes son los responsables, luchar para que no estén en el poder, luchar por un Estado que sea garante de nuestros derechos".*

(Marcela)

*"Estos cambios no los va a regalar el gobierno, ni el presidente, ni ninguna autoridad; yo creo que los cambios se tienen que exigir, como se ha hecho en todas las luchas de la clase obrera. Todos los cambios se exigen, hay que ser constantes, hay que luchar, hay que pelearla, no nos regalan nada".*

(Mercedes)

Cabe señalar que compartieron esta visión la mayoría de las monitoras que a su vez plantearon su rechazo al actual sistema de salud, a la privatización de la salud y al modelo económico neoliberal, así como la mayoría absoluta de las monitoras que identificaron la necesidad de cambios en las condiciones de distribución de la riqueza.

- Trece monitoras (34.2%), indicaron que estos cambios deberían ser realizados por las autoridades de gobierno y específicamente por las autoridades de salud:

*"El gobierno, el ministerio de salud, hay que empezar de arriba".*

*(Sandra)*

En este grupo se concentró la mayoría de las monitoras que a su vez plantearon la necesidad de cambios en orden a mejorar la atención en salud.

- Siete monitoras (18.4%), plantearon que estos cambios se van a producir teniendo al pueblo excluido y marginado como protagonistas:

*"Nosotros los marginados, los pobladores, los profesionales, las prostitutas, los homosexuales, jóvenes y niños, todos tenemos que cambiar este país".*

*(Salomé)*

No se aprecia en este grupo una relación tan clara entre tipo de cambio postulado y papel del pueblo, aunque se da una cierta primacía de aquellas monitoras que señalaron la necesidad en el cambio del carácter del Estado y modelo económico.

Respecto del papel que concretamente deberían asumir los grupos de salud para lograr dichos cambios, las respuestas de las monitoras se distribuyeron también en tres categorías, como se aprecia a continuación:

- Dieciocho monitoras (47.4%), precisaron que lograr estos cambios requiere que los grupos de salud sigan educando para organizar la población. Con este papel se indentifican la mayoría absoluta de las monitoras que señalaron la necesidad de cambios en la distribución de la riqueza para mejorar la situación de salud de los sectores populares:

*"Uno bien importante, por ejemplo incentivando a la gente a exigir sus derechos, enseñando a participar en organizaciones de cualquier tipo; así la gente adquiere nociones, conciencia".*

*(Graciela)*

*"Seguir en la pará que estamos, educar, orientar a nuestra gente sobre cuáles son nuestras necesidades y derechos. Ver al consultorio como el lugar donde nos atendemos y hacer presión. Pelear por ocupar los sitios que están abandonados, luchar contra los basurales".*

(Paola)

- Doce monitoras (31.6%), señalaron que el papel de los grupos de salud es movilizarse para provocar estos cambios, mediante marchas, cartas y otras formas de presión a las autoridades:

*"Luchar más por la salud, o sea hacer más campañas, denuncias en salud, no sólo en las poblaciones, sino que ir directamente al ministerio, allá al ministerio de salud, para que se den cuenta que en realidad las poblaciones, el pueblo entero necesita una mejor atención, más fácil y económica".*

(Claudia)

En este grupo se concentró la mayoría de las monitoras que plantearon la necesidad de mejorar la atención en salud.

- Siete monitoras (18.4%), opinaron que lograr estos cambios requiere que los grupos de salud continúen su trabajo ampliando y fortaleciendo las organizaciones poblacionales, movilizándose y articulándose en una acción amplia y concertada con organizaciones de otros frentes del movimiento popular:

*"Deberíamos estar presentes en todos los acontecimientos de un sector determinado, interesarse por los demás sectores que están en la lucha, no hacerlo como algo parcial, como grupos de salud; tiene que ir acompañada de todas las reivindicaciones que tienen las otras organizaciones, todo lo que tiene que ver con vivienda, ir acompañando y hacer vida nuestro concepto de salud, eso permite un gran movimiento y no parcelado".*

(Marcela)

Lo que hemos analizado en esta sección, permite primeramente corroborar desde la percepción de las monitoras, que en 1992 se mantienen las dificultades de las clases populares para acceder a la atención en salud.

Constatamos que sus planteamientos respecto a los cambios que se

necesitan para mejorar la situación de salud del país, incorporan una visión integral de salud, pues sus opiniones consideraron la necesidad de elevar la calidad de vida de las clases populares, cambios en la distribución de la riqueza, en el rol del Estado y en la política económica.

Las opiniones respecto a quienes son los responsables de hacer estos cambios, demuestran que las monitoras mayoritariamente sitúan a las organizaciones del mundo popular como protagonistas en la generación de los cambios que postulan.

Respecto al papel específico que deberían asumir los grupos de salud para provocar dichos cambios, el conjunto de las monitoras plantea un rol en la organización y movilización de la comunidad por el derecho a la salud. El sentido político de la acción del mundo popular organizado y en concreto del trabajo en salud, se confirma categóricamente al analizar el papel que les correspondería desarrollar a los grupos de salud. Incluso el grupo que releva la necesidad de mejorar la atención en salud, se aparta en su totalidad de la generación de alternativas de autocuidado, y mayoritariamente se ubica en un plano de reivindicación de la salud como derecho.

Estos planteamientos de las monitoras refuerzan la visión de rol de los grupos, como educadores comunitarios; asimismo se perfila más nítidamente el sentido del trabajo educativo ya que con éste se busca organizar y movilizar la población tras la defensa del derecho a la salud. Se aspira concretamente a hacer del sector poblacional, un actor social que se impone en el espacio público por su capacidad de organización y articulación en torno a la necesidad de elevar la calidad de vida.

## **6. SUGERENCIAS PARA LA CAPACITACION DE GRUPOS DE SALUD**

En los programas que trabajan con monitoras de salud, la preocupación por el tipo de capacitación y los contenidos que ésta debería incluir siempre ha estado presente. De hecho las evaluaciones del trabajo con promotores de salud arrojan indicaciones tales como la introducción de acercamientos educacionales más amplios, incluyendo educación popular, mejorar las oportunidades de educación y entrenamiento avanzado, mayor énfasis en medicina curativa, promoción del intercambio y comunicación entre monitoras, entre otras (Bond, 1985: 450; Werner, 1980: 11). También son muchos los manuales en que se abordan las materias básicas que los trabajadores de salud comunitaria deberían conocer.

Hay consenso en cuanto a que la capacitación es un elemento central para el trabajo que realizan las monitoras, como asimismo, en cuanto a que ésta debería tener un carácter continuo. También se ha señalado que la educación popular constituye un valioso aporte en las experiencias de trabajo popular en salud, aun cuando surgen interrogantes acerca de la aplicación de la metodología de educación popular en el trabajo en salud a nivel comunitario.

Constatamos también que no hay información acerca de las necesidades y visión que tienen las propias organizaciones de salud referente a la capacitación. De allí que nos interesó consultar a las monitoras respecto al proceso que debería seguir la capacitación para fortalecer el trabajo que desde su óptica deben realizar los grupos de salud en la población.

Las monitoras reiteraron que el trabajo comunitario que desarrollan los grupos de salud, requiere de un proceso de capacitación continua. Así también, una mayoría absoluta (81.6%) señala que la capacitación debería considerar la realidad política del país.

Partiendo del supuesto que la capacitación de los grupos de salud es un proceso, se pidió a las monitoras que priorizaran los contenidos que se deberían enfatizar en los primeros tres años de vida grupal, a fin de lograr una visión integral de salud. Cabe precisar que EPES inicia la capacitación con el curso, una vez que el grupo ya se ha constituido como tal, se acuerda un programa de asesoría que contempla la capacitación para la acción. Los grupos por su parte también incorporan actividades de autcapacitación y/o buscan resolver sus necesidades formativas con otros grupos o instituciones.

Las recomendaciones de las monitoras se pueden apreciar gráficamente en el cuadro No. 26. Para el primer año de vida grupal las monitoras asignan **mayor prioridad a la información organizativa** (39.5% de los casos). En dicha categoría hemos considerado contenidos tales como programación, evaluación, comunicación popular, recuperación de la memoria histórica de las poblaciones y pobladores, enfatizando en las herramientas para trabajar en grupos. En un segundo lugar de prioridad ubican la información de carácter preventivo (23.7), entendiendo en este rubro prevención y tratamiento temprano de enfermedades comunes, con énfasis en la comprensión de las condiciones sociales y económicas que determinan el estado de salud de la población.

**Cuadro No. 26**  
**CONTENIDOS PRIORITARIOS POR AÑO**

Tipo de Información	1er. Año		2o. Año		3er. Año	
	No.	%	No.	%	No.	%
Curativa	3	7.9	8	21.1	7	18.4
Preventiva	9	23.7	6	15.8	3	7.9
Formación Social	6	15.8	<b>14</b>	<b>36.8</b>	11	28.9
Organizativa	<b>15</b>	<b>39.5</b>	5	13.1	<b>12</b>	<b>31.6</b>
N/R	5	13.1	5	13.1	5	13.1
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Para el segundo año de vida grupal, las monitoras otorgan **mayor prioridad a la categoría formación social** (36.8%) bajo la cual comprendemos información que permita el análisis de las estructuras sociales, económicas y políticas que condicionan la situación de salud del pueblo. Las monitoras asignan un segundo lugar de importancia (21.1%) a la información curativa, orientada a desarrollar capacidades de diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes, así como la atención de primeros auxilios.

Este orden de prioridades para el primer y segundo año de vida grupal da cuenta que el énfasis está puesto en aquellos contenidos que posibilitan la constitución del grupo como tal, y el desarrollo de un trabajo concreto de prevención en salud en la población, como bien lo expresa una de las monitoras:

*"En este momento creo que lo más importante es que el grupo tenga un quehacer y ésto se lo da la información organizativa y preventiva. La formación social debería ir en el segundo año o cuando un grupo ya está bien constituido, como lo hacían ustedes [EPES] en el primer año. La información curativa debe ir en el tercer año, porque en este*

*contexto [1992], en que la gente está cansada, el objetivo debe ser organizar”.*

*(Nadia)*

En el tercer año de vida grupal, aunque las prioridades de contenidos aparecen menos marcadas, las monitoras igualmente asignan una mayor **importancia a la información organizativa**, la que es seleccionada por un 31.1% de las monitoras, siguiéndole a poca distancia la categoría formación social con un 28.9%.

Comentando estas tendencias con algunas monitoras, ellas reiteran la necesidad que el trabajo en salud preventiva se oriente a la creación de organizaciones, rescatando su propio proceso de aprendizaje, aunque al mismo tiempo reconocen lo difícil que es el trabajo de organización en salud:

*“Estas prioridades también tienen que ver con nuestro proceso de aprendizaje, y porque el proceso de organización es lo único que te permite hacer cambio. Para provocar cambio, si tú estás sola no se puede hacer nada, pero si estás organizada es distinto, pero uno sabe también que organizar es la cosa más importante y difícil”.*

*(Gloria)*

*“Lo primero cuando uno quiere formar un grupo, es la organización, si no el grupo va a morir. Eso lo vi como una prueba el año pasado en el block. Empecé primero con primeros auxilios, caídas, golpes, lo más elemental, pero no enseñé lo que significaba organizarse para poder utilizar lo que se aprendió y no resultó. Entonces lo primero es formación social y organizativa, después veamos si prevenimos, curamos, qué se yo.*

*Organizar es lo más difícil, como veíamos ahora mismo en el campamento, todo [el trabajo] por tratar de organizar a esa gente que no tiene ninguna cosa. Es una toma donde hay 72 familias que están viviendo pero de una forma terrible y no hay ninguna organización, o sea, no tienen nada, solamente la presidenta y la tesorera. La presidenta que está a cargo de movilizarse un poco con los allegados y la tesorera que está reuniendo el dinero. No hay un comité de salud que ahí es lo primero, lo primordial, entonces ha costado un mundo, hemos ido no sé cuántas veces a ofrecerles talleres para que la gente se organice, y cuesta...”.*

*(Raquel)*

La reflexión de las monitoras apunta también a que el desarrollo de destrezas curativas debe ser posterior a la constitución del grupo y de su definición por el trabajo preventivo. Queda de manifiesto en sus apreciaciones, que el desarrollo de la capacidad de dar respuesta a problemas inmediatos de atención en salud, no se constituye en una finalidad de los grupos, aun cuando se reconoce su necesidad. Las monitoras le otorgan sentido en el marco de un trabajo grupal de prevención en salud:

*"La lógica del primer año es poder fortalecer el grupo. Esta lógica yo la encuentro buena, porque si tú refuerzas prevención y organización en el primer año, y tocas en parte lo curativo y la formación social, tampoco podís asustar la gente. Para el segundo año es lógico que lo curativo tenga más importancia, porque ya el grupo está constituido, tiene una visión de cuál es su objetivo primero, la prevención; pero tiene que consolidarse en la población, y para consolidarse en la población tiene que tener conocimientos que la población respete, entonces en ese aspecto, ¡qué es más respetable!, que tú podan colocar una inyección a tiempo, hacer una curación, responder a una necesidad urgente de la gente que está ahí, es la forma de hacerse reconocido. Igual la capacitación en prevención es importante, pero se da más importancia a la formación social, o sea se le da un contenido más político al grupo en este momento, se le muestra la historia, se le da una identidad dentro del sector".*

(Nadia)

Estas sugerencias de las monitoras respecto a orientaciones para establecer un currículum para la capacitación de grupos de salud, muestra que las monitoras priorizan por contenidos que lleven a formar el grupo en tanto organización, pues para los tres años las categorías correspondientes a formación social y organización, concitan en conjunto más alta prioridad, que la que concentran las categorías referidas a información curativa y preventiva.

Estas prioridades son significativas en términos que la especificidad de los grupos de salud, tiene relevancia a partir de su capacidad de "pararse" como organización frente a las necesidades de salud que afectan a sus poblaciones.

Las orientaciones que se desprenden de estos planteamientos de las monitoras, reiteran el sentido político que tiene la acción en salud por parte de los pobladores. No se trata meramente de resolver necesidades,

de sobrevivir de mejor manera, sino que a partir de una comprensión de los problemas que les afectan, desarrollar una acción educativa y de organización que conduzca a la solución de los mismos; es decir, a provocar cambios en las condiciones que los generan. En el proceso las monitoras requieren de información y desarrollo de capacidades específicas en salud, necesarias para dar respuesta a problemas sentidos por la población, los cuales son abordados desde una concepción integral de salud y con un profundo sentido de solidaridad:

*"La gente siente que puede recurrir a una con seguridad y que van a ser tratados con cariño, que van a ser acogidos, porque hacer una acción curativa, no es sólo poner el parche, sino que tú acoges a la persona en su dolor, en su problema, sirves de mediadora a veces..."*

*(Marcela)*

Estas sugerencias también nos desafían a los educadores populares a desarrollar un proceso de reflexión y capacitación que nos permita responder a las necesidades que señalan las monitoras. Claramente la valoración que ellas hacen de estos distintos contenidos, expresa la necesidad de fortalecer la organización de base y su capacidad de actuar basada en una comprensión de las raíces de los problemas de sus comunidades. Esto significa poder incorporar el análisis social y económico en el abordaje de los problemas de salud, así como transferir metodologías de trabajo y conocimientos en salud que efectivamente respondan a las necesidades de las comunidades. Sin embargo, el desafío es bastante mayor, si pensamos que la educación popular debe contribuir a un proceso de democratización real, donde las mayorías populares puedan efectivamente influir en materias que competen al conjunto de la sociedad.

