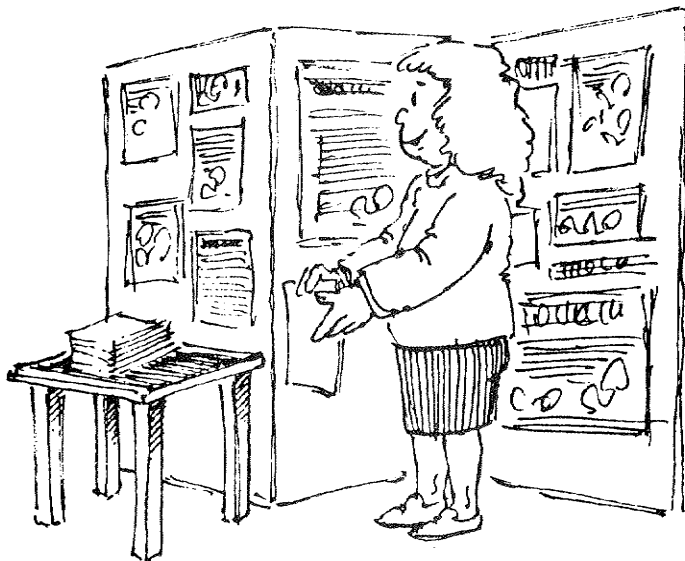


# 4



*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>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

<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
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>

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-