

CONCLUSIONES

Abordamos cuatro conclusiones gruesas, las cuales a nuestro juicio sólo reflejan una primera aproximación a los numerosos aprendizajes y desafíos que resultan de esta investigación. Comenzamos con los aspectos más específicos como el rol de las monitoras de salud; incidencia del proceso educativo y organizativo; el proceso de formación de grupos de salud; desafíos para EPES y las ONG que trabajan con sectores populares. Finalmente desarrollamos una reflexión más general identificando los conflictos centrales que las monitoras han enfrentado en el recorrido efectuado a lo largo de una década.

Nuestra investigación nos ha permitido examinar el largo camino seguido por las monitoras en el proceso de construir protagonismo social, modificar y reconstituir identidades como mujeres pobladoras organizadas y monitoras de salud en el Chile actual. El multifacético y complejo proceso vivido por ellas durante la última década se condensa en la afirmación de una de las monitoras:

"Ya no somos las mismas. Nosotras nos hicimos ver".

El hecho que estas mujeres evalúen positivamente la gran transformación vivida por ellas en cuanto a su visibilidad social e identidad resulta notable. Ello porque este proceso de crecimiento individual y colectivo se da en un contexto marcado por:

- a) grandes transformaciones económicas, institucionales y políticas generalmente adversas a los sectores populares: modelo económico neoliberal, régimen autoritario y proceso de transición política pactada

entre élites, y privatización de los servicios sociales, particularmente la salud.

- b) el empobrecimiento sostenido de las familias populares y la mayor carga y responsabilidades sobre las mujeres en la sobrevivencia familiar.

El Rol de las Monitoras de Salud

Nuestra investigación entrega nuevos antecedentes para el debate en torno al rol de las monitoras y participación de la comunidad en salud.

La larga trayectoria de las monitoras de salud involucradas en este estudio, a nuestro juicio se debe a que ellas han constituido una identidad común. Esta se ha construido diferenciándose de las prácticas de voluntarias, promotoras o trabajadores de salud comunitaria según han sido definidas por diferentes investigadores. Podríamos decir que las monitoras de salud capacitadas por EPES han impulsado un enfoque de la participación comunitaria en salud que las diferencia de otros enfoques en los siguientes siete aspectos:

- 1) Las monitoras de salud no son intermediarias de programas, o de servicios brindados por profesionales:
 - Las monitoras desarrollan una acción directa en su población, definida por ellas mismas, conforme a su análisis de los problemas comunitarios.
- 2) Las monitoras no se identifican en una labor destinada a la provisión de servicios curativos a la población:
 - Las monitoras se identifican con un trabajo de prevención en salud, el que ejecutan a través de una multiplicidad de medios: talleres educativos hacia organizaciones y población no organizada, campañas educativas ya sea generadas por los grupos o sumándose a iniciativas en desarrollo, actividades culturales en torno a salud, comunicación popular en salud, entre otros.
- 3) Las monitoras de salud no desarrollan una labor focalizada en algún o algunos problemas específicos de salud:
 - Las monitoras desarrollan su trabajo sobre una diversidad de problemas que afectan a sus comunidades. El diagnóstico realizado por los grupos y una programación flexible les permite realizar una acción que responde tanto a problemas de morbilidad

que alarman a la población, como a problemas y necesidades cuya resolución demanda un trabajo de más largo aliento. Es el caso del trabajo sobre problemas medioambientales (basurales principalmente), y de prevención del VIH/SIDA.

- 4) Las monitoras no comparten la visión de la salud como un problema técnico:
 - Las monitoras han construido una visión de salud, como problema social, ligado a las condiciones de vida y como derecho.
 - Dada esta visión el trabajo de las monitoras se orienta a promover la organización y movilización de la comunidad en torno a los problemas de salud.
- 5) Las monitoras no se identifican como agentes de salud individuales:
 - Las monitoras se identifican como componentes de una organización de salud y parte de un movimiento más amplio, por lo cual en su acción buscan coordinarse y articularse con otras organizaciones poblacionales y también con otros actores sociales.
- 6) Las monitoras no comparten la visión de participación restringida a la administración de algunos recursos o a la ejecución de determinadas acciones de salud en la comunidad:
 - Las monitoras comparten una visión de participación amplia, ligada a la toma de decisiones y no sólo en los aspectos relativos a la ejecución de las acciones de salud.
- 7) Las monitoras de salud no son funcionales al sistema de salud, en tanto su acción no reproduce la visión medicalizada y biologicista de salud.
 - Las monitoras desarrollan una práctica comunitaria que traduce una visión de salud integral. Su trabajo aborda la prevención de enfermedades prevalentes, acciones tendientes a lograr mejoras en la infraestructura comunitaria, acciones orientadas a sensibilizar y crear conciencia en la población sobre problemas de salud mental y otros problemas emergentes. A través de su trabajo de educación en salud ellas redistribuyen la información de que disponen, mostrando que la salud es un problema social, que es un derecho, haciendo visible la importancia de los cuidados domésticos en la prevención de enfermedades, mostrando también que los pobladores pueden ejecutar muchas de las acciones reservadas a los técnicos y que éstas pueden ser llevadas a cabo considerando a las personas en su integralidad física, emocional y social.

- La práctica de los grupos de salud está profundamente influida por los acontecimientos de la coyuntura política, por lo cual los procesos de movilización social tienen resonancia en su práctica de salud.
- Aunque la acción movilizadora o reivindicativa no pueda expresarse en un determinado momento, el trabajo educativo desarrollado por los grupos tiene un contenido profundamente concientizador, que posibilita la reproducción de su acción en la población.

En un contexto de profundas desigualdades sociales, de concentración de la riqueza, de falta de representación de los intereses de las mayorías, la acción de la comunidad en salud no puede convocarse desde la validación técnica de determinadas acciones. Como señalaba una monitora, en otro contexto, en otras condiciones, donde los intereses de la población estuvieran representados; allí tal vez la acción de los grupos podría orientarse a la colaboración en la ejecución de algunas tareas con el Estado. Sin resolver las contradicciones, discriminación y exclusión que genera el actual sistema de dominación, la organización y participación comunitaria en salud, potencialmente continuará siendo expresión de resistencia y defensa del pueblo.

Incidencia del Proceso Educativo y Práctica Organizativa

El proceso educativo y la práctica desarrollada por los grupos de salud ha provocado cambios en las personas. Las monitoras han procesado las contradicciones que enfrentan en su vida cotidiana, como mujeres, trabajadoras, pobladoras, aumentando su nivel de conciencia respecto de los problemas que las afectan a ellas y a sus comunidades. Constatamos además cambios en la autoestima, desarrollo de nuevas habilidades, y el surgimiento de un sentido de comunidad.

Autoestima: Constatamos que las monitoras en su conjunto han mejorado la valoración que tienen de sí mismas. En el grupo de salud las mujeres encuentran un espacio donde sus opiniones son valoradas y escuchadas, donde comparten sus prácticas de cuidado de la salud, donde son desafiadas a emprender diferentes tareas, actividades que antes no imaginaron que podrían hacer, donde también a través del diálogo y la identificación de objetivos comunes superan tensiones, celos, competencias que afloran en el desarrollo de su trabajo, donde construyen relaciones democráticas y se crean profundos lazos de amistad y solidaridad.

El contacto con otras mujeres les permite reflexionar sobre la viven-

cia de la opresión por género, aprender de sus compañeras otras formas de enfrentar los conflictos que de allí devienen. Se dan cuenta que tienen capacidad para emprender otras tareas además de las domésticas.

Desde el grupo de salud también se abren otras ventanas, algunas empiezan a conocer la ciudad, concurren a eventos, conocen otras realidades, comparten su experiencia, establecen nuevas relaciones. Porque la exclusión también se expresa en segregación espacial, en mundos divididos, traspasar las fronteras de la población otorga seguridades para emprender otras tareas.

Desarrollo de nuevas habilidades: También los cambios en la autoestima de las monitoras se relaciona con descubrir que tienen capacidades, valorar los conocimientos que poseen, descubrir que pueden aprender. Ellas reconocen que en el grupo han adquirido nuevos conocimientos, que les permiten desarrollar actividades educativas en su población, realizar talleres, campañas y otras acciones destinadas a compartir información y difundir su visión de salud.

Asimismo, las monitoras destacan haber desarrollado destrezas para la atención curativa, que les permiten resolver problemas inmediatos en su familia y entre sus vecinos. Tanto como reconocen el poder que otorga en nuestra sociedad el tener conocimientos en salud, ellas buscan compartir, redistribuir este poder en su población, relevando la necesidad de enseñar a sus vecinos a resolver por sí mismos los problemas de cuidado y atención de enfermos. La autoayuda, la asistencia que otorgan se orienta valóricamente, se trata de asistir a otros respetando su dignidad.

Ser parte de una comunidad: La permanencia en la organización tiene se relaciona con el sentirse parte de una comunidad, de un espacio en el cual cristalizan en acción colectiva proyectos de vida, las esperanzas de cambio, valores y afectos. Salomé enfatizaba el sentido de su permanencia en el grupo de salud:

"... porque si en su formación una encuentra a sus pares una puede seguir manteniéndose bien, eso es lo importante. Por eso una se mantiene. Si uno ve que ese círculo de su gente se cae, una empieza a cagarse la onda. Y cuando yo digo irse a la casa es dejar de tener ese sueño, ideales en común, sentimientos en común. Yo creo que la motivación principal para permanecer es cuando tú te empezai a dar cuenta que la salud encierra todo. La salud integral te da todo. Te da un campo abierto para tantas cosas".

Este sentido de comunidad, creado a partir de un quehacer común, donde se aúnan voluntades, capacidades, una forma de interpretar la realidad, se ha visto estimulado por una visión integral de salud. Confrontándose a la situación de exclusión, de falta de respuesta a una necesidad tan vital, las monitoras comienzan a visualizar que a través de su acción en salud pueden aportar a contrarrestar las demás opresiones, discriminaciones y exclusiones que afectan a sus comunidades.

Las monitoras de salud se reconocen como sujetos, como actores que contribuyen con su trabajo a transformar la realidad de la población. Esta visión y reconocimiento de sí mismas busca formas de proyectarse.

El Proceso de Formación de Grupos de Salud

Las intencionalidades del proceso educativo propiciado por EPES se han visto validadas por los resultados que entrega la investigación. Nuestra opción por motivar la formación de organizaciones de salud al interior de la comunidad organizada, presenta resultados favorables en dos sentidos:

- a) **La capacitación en salud entrega nuevas herramientas para el trabajo de las organizaciones**, que se expresan en una nueva comprensión de los problemas de la población, en una visión de salud integral, que incorpora los ámbitos de acción de las demás organizaciones en que participan las monitoras.
- b) **El trabajo en salud no ha restado a las monitoras de su vinculación a otras organizaciones**, más bien ha estimulado la participación de aquellas mujeres que no tenían experiencia previa. Ello muestra que cuando la acción comunitaria obedece a los intereses de sus integrantes, no se producen problemas de competencia por tiempo, recursos, influencia u otras razones que en definitiva merman la autonomía y capacidad de acción de las mismas.

El proceso de capacitación junto a una práctica organizativa en salud y en otras organizaciones sociales, que se prolonga en el tiempo, han posibilitado a las monitoras acceder a un manejo práctico de conocimientos en salud y métodos organizativos. Esto impulsa a la adquisición de nuevos aprendizajes, así como a un proceso de identificación creciente de sus propios recursos cognitivos y organizacionales, lo que fortalece

la capacidad de acción de los grupos de salud y probablemente también, de las otras organizaciones en las que participan.

Las monitoras se han apropiado de una metodología de trabajo que les posibilita poner en práctica sus conocimientos de salud en la población, así como aportar a los procesos de coordinación y organización comunitaria. Su acción en salud muestra un trabajo con proyección de largo plazo, en tanto han resistido el proceso de desarticulación que se inicia a partir de 1986 y que se profundiza con el advenimiento de la transición.

Frente a la falta de iniciativas y desaparición de organizaciones poblacionales, debilitamiento y posterior desaparición del referente metropolitano (CMSP), los grupos de salud buscaron alianzas con nuevos actores sociales. Nos referimos al trabajo en redes temáticas (salud y derechos reproductivos, red de salud mental, en la actual red de Acción Comunitaria en VIH/SIDA, entre otras).

En el período de transición, el trabajo de los grupos integra nuevos contenidos, que se traducen en acciones educativas en la población aunque varias de estas redes tengan carácter extraterritorial. El trabajo en prevención del VIH/SIDA, los problemas de salud de la mujer, la salud mental, problemas medioambientales, que expresan necesidades emergentes, también sirven al objetivo de introducir en su acción elementos que resultan novedosos para la población, lo cual cobra relevancia en un período de apatía y crisis de participación.

Como señalamos antes la participación de la comunidad en salud mayormente ha estado subordinada a criterios técnicos, ya sea con un énfasis curativo o de promoción de la salud. De tal forma el proceso de construcción de una práctica distinta, ha requerido de un proceso de formación de largo aliento. Hay allí entonces un desafío que es el generar alternativas educacionales que puedan responder a las demandas de capacitación que una acción en salud de estas características requiere.

En este sentido recuperamos las palabras de las monitoras al analizar su situación de escolaridad, y su esfuerzo por concluir la enseñanza media y en algunos casos proyectarse hacia la enseñanza universitaria. Las monitoras han descubierto sus capacidades, al mismo tiempo visualizan la necesidad de que las organizaciones del mundo popular, puedan contar con recursos humanos formados técnicamente, de una parte para que continúen el trabajo de formación de sus miembros, y de otra para mejorar su capacidad de propuesta y defensa de sus intereses.

Las orientaciones que ellas entregan respecto a la capacitación de grupos de salud poblacional, muestra la necesidad de continuar desarrollando procesos educativos integrales, donde ellas asignan prioridad a la formación organizativa y social, en la perspectiva de constituir organizaciones de salud que puedan emprender una acción comunitaria que aporte a los procesos de participación y movilización por el derecho a la salud.

Desafíos para EPES y las ONG que Trabajan en Educación Popular y Salud Comunitaria

Un primer desafío para EPES es la necesidad de incorporar de una manera más sistemática la perspectiva de género. La investigación muestra que las monitoras tienen dificultad para reconocer sus capacidades de liderazgo, así como para asumir labores de representación de la organización. El desarrollo de capacidades organizativas, y de formas de participación no delegativas, se constituye en una necesidad desde las propuestas de educación popular que buscan fortalecer la identidad y protagonismo de los movimientos sociales.

Un segundo desafío dice relación con la proyección y permanencia en el tiempo que tendrán los grupos capacitados por EPES de 1992 en adelante (4 nuevos grupos), pues su proceso de formación se lleva a cabo en un período distinto, la movilización es escasa y los grupos recién constituidos inician una relación con consultorios de atención primaria, donde van enfrentando tensiones, pero sin la solidez de planteamientos alcanzada por los grupos de larga trayectoria que participaron en el estudio.

Otro desafío surge de la constatación de que se ha reducido el número de ONG que desarrollan un trabajo de promoción de la organización popular. Debido a esto el proceso de capacitación de los nuevos grupos, ya no cuenta con la disponibilidad de recursos educativos posibles de conseguir gratuitamente hasta hace un par de años atrás. Esto coloca un obstáculo adicional en el proceso de formación y fortalecimiento de la capacidad de acción de los grupos de salud.

La privatización de la salud en Chile es un fenómeno creciente. Lenta y cotidianamente la población ha ido incorporando diversas formas de compra y venta de la salud. De tal forma, se constituye en un tremendo desafío poder desarrollar una práctica educativa que pueda aportar a resolver problemas en el espacio local, junto con contrarrestar más ampliamente la ideología de mercado que ha inundado nuestra sociedad.

El fortalecimiento de la sociedad civil difícilmente podrá trascender el carácter de discurso, frente a hechos como la falta de políticas sociales que promuevan la organización y participación profunda y autónoma de la comunidad, y la presión de un contexto nacional e internacional que ha llevado a que muchas ONG hayan optado por transformarse en consultoras u organismos técnicos de ejecución (OTE), mientras otras se han visto imposibilitadas de sostener su tradicional trabajo en apoyo a las organizaciones del mundo popular.

Una Mirada Más General

Nuestra reflexión surge al constatar que a pesar de los obstáculos y adversidades la experiencia de las monitoras muestra resultados favorables.

¿Qué factores explican los logros alcanzados?

Los significativos cambios estructurales experimentados por la sociedad chilena no explican por sí mismos la capacidad de estas mujeres para romper ataduras y subordinaciones. Más bien comprender cabalmente el complejo proceso mediante el cual las monitoras de salud "se hicieron ver" nos obliga a profundizar como ellas lidiaron con aquellos conflictos surgidos del: (1) sistema de división del trabajo por sexo; (2) sistema político; y (3) sistema de salud y rol asignado a las monitoras y organizaciones poblacionales de salud. El proceso de transformación que culmina con el reconocimiento de que "ya no somos las mismas" debe ser examinado a partir de como enfrentaron estos conflictos en su triple condición de mujeres, pobladoras y mujeres organizadas.

1. **Sistema de división del trabajo por sexo** : El rol asignado a la mujer en la esfera de la reproducción la encierra en la casa y en el mundo privado. Para que una mujer pobladora pueda participar en organizaciones sociales, ha debido enfrentar las expectativas de su pareja, negociando y/o confrontando las de los demás integrantes del grupo familiar, las cuales son modeladas en gran parte, por convenciones sociales que definen un rol subordinado e invisible para la mujer.

El derecho a participar y acceder a "lo público" es una conquista para las mujeres. Lograrlo requiere de una voluntad de persistir y confrontar cotidianamente por un largo período, las tensiones que provoca su salida del hogar.

El conflicto no siempre se resuelve. Ante la mantención del mismo, las monitoras optan por distintas tácticas para poder continuar participando. Eluden el conflicto hacen adaptaciones en la ejecución de las tareas domésticas de manera que su ausencia no sea advertida; un ejemplo de ello es levantarse al amanecer para cocinar y dejar la mesa puesta, y poder así salir "tranquila" hacia una actividad que durará todo el día.

La presión también viene de los hijos. Habitualmente con ellos llegan a un acuerdo, en algunos casos logran una redistribución de las tareas domésticas; en otros casos se trata más bien de una negociación condicionada, especialmente con las hijas mayores, las que se hacen cargo del cuidado de sus hermanos durante la ausencia de la madre. En raras ocasiones el conflicto se resuelve redefiniendo los roles y la carga de trabajo doméstico con la pareja.

Pero más allá de la responsabilidad del trabajo doméstico que con dificultad se puede redistribuir entre los miembros de la familia, las monitoras también deben confrontar los sentimientos de culpa que genera en ellas el tener actividades propias. La culpa es una expresión muy clara del peso que tiene la ideología de género sobre la actuación de las mujeres: ellas sienten culpa por postergar algunas tareas domésticas, por encargar otras a los hijos; culpa por dejarlos en la casa o no estar esperando su regreso todos los días. Como señalaba una de las monitoras, esta introyección de los deberes impuestos por el aprendizaje de género, constituye quizás una de las barreras más difíciles de romper para que las mujeres puedan asumir un rol en el espacio público.

2. **Sistema político:** Redefinir sus identidades y "hacerse ver" ha obligado a las monitoras a luchar palmo a palmo para conquistar espacios de participación, superando los obstáculos impuestos tanto por las políticas represivas del régimen militar, como por las políticas elitistas de los gobiernos civiles posteriores.

En el período dictatorial, el mundo popular encaró una situación de abierta exclusión, donde la necesidad de generar iniciativas autónomas y prácticas de autoayuda se enfrentaban a la represión y al temor masificado.

A pesar de estos obstáculos, la mayoría de las monitoras participa además en otras organizaciones sociales simultáneamente. Allí van buscando paliar y generar alternativas que les permitan resolver

necesidades básicas, pero también necesidades de carácter social y de expresión. Ello se refleja en su vinculación a grupos de mujeres, comunidades cristianas, como también en organizaciones que se definen por su contenido político y reivindicativo como son las organizaciones culturales y de derechos humanos. Durante el gobierno militar el conjunto de estas organizaciones fueron parte activa del proceso de movilización social antidictatorial.

En cada una de las organizaciones en que las monitoras participan se confrontan contradicciones distintas, pero hay un elemento común: el territorio, la población. Allí se desarrolla su acción, desde allí parte. Así, la necesidad que origina la organización, el lugar en que ésta lleva a cabo su trabajo, y la posibilidad de encuentro con otras y otros va dando lugar a una conciencia de nosotros, nosotros los pobladores, nosotras las pobladoras, nosotras las mujeres organizadas.

Sin embargo este elemento, que constituye la base de su fuerza, forma parte también de su debilidad. La movilización y protesta social anclada en una comunidad o población es fácilmente cercada y anulada por el aparato represivo del régimen militar, sin encontrar el espacio político para validarse ante el conjunto de la sociedad. En el marco del Estado dictatorial, no hay respuesta a la demanda. Este hecho impuesto originalmente por la violencia, transita en el curso de los 80 hacia una situación normada jurídicamente.

La transición de un régimen militar a un régimen civil no amplió significativamente el campo de acción de las organizaciones sociales populares, ni generó canales de participación profundos y verdaderos. Ello por dos razones:

a) En la transición hacia la actual democracia restringida el legado institucional de la dictadura no ha sido tocado en sus núcleos fundamentales (Constitución del 80, Consejo de Seguridad del Estado, rol tutelar de las fuerzas armadas, etc.);

b) La acción de la élite política, ha generado un discurso que busca ampliar el consenso y la legitimidad de las instituciones públicas. De allí que el discurso político oficial incorpore junto a la defensa de la continuidad del modelo económico, el llamado a la "participación" e "integración de los pobres al desarrollo".

Esta convocatoria se dirige hacia la sociedad civil en su conjunto, pero reconociendo un actor privilegiado: la empresa privada, a la

que se le otorga un rol fundamental en el desarrollo y crecimiento económico del país. Asimismo este discurso busca apropiarse y canalizar la iniciativa, creatividad y capacidad de trabajo de las clases populares para sobrevivir. Paralelamente que proclama el imperativo moral del conjunto de la sociedad para erradicar la extrema pobreza, promueve una acción estatal focalizada socialmente, que no implique mayores impuestos para los ricos ni un aumento significativo en el gasto social. Esta situación contradictoria es captada por las monitoras, al respecto Nadia relata:

" Yo fui a una sesión del Concejo Municipal, y estaba una mujer de un grupo de salud con un trabajo de años. Un tremendo trabajo sin ningún recurso, porque no tienen recursos las cabras, están así no más. Entonces ellos decían ... "¡Qué bueno que estas señoras, estas buenas señoras tengan esta actitud solidaria con sus vecinos! ¡Qué bueno que los pobres ayuden a los más pobres! Realmente no podemos aportar recursos como para colaborar, aunque alabamos su capacidad". Y ahí otro empieza a darle consejo más encima: de que había que priorizar los problemas, si es tan problemático, entonces "¡No pueden hacer tantas cosas chiquillas!, ¡no pueden! Ustedes deberían priorizar los problemas" ... "

En este contexto -de mantención del modelo económico neo liberal, de reducción del tamaño del Estado, de crecimiento económico pero sin redistribución- la política social de gobierno busca rendimiento, eficacia, visibilidad en el corto plazo. Y las organizaciones populares son un recurso cuya acción también se intenta enmarcar dentro de estos criterios.

El discurso tecnocrático actual busca contener las demandas de las organizaciones sociales, reconociéndolas como interlocutores, en tanto éstas acepten ser ejecutores de acciones definidas por la autoridad. Estamos pues frente a una situación en que sistemáticamente se intenta vaciar la participación y los procesos de organización de las clases y sectores excluidos de su carácter político.

Las monitoras ya sea como dirigentas sociales o como integrantes de organizaciones vecinales, han visto como se desgastan tratando de conseguir que los vecinos paguen la cuota que les corresponde para proyectos de mejoramiento de la infraestructura comunitaria. Allí

los dirigentes se enfrentan a la contradicción de exigir el pago de la cuota a familias que viven con menos de un salario mínimo y a la presión de aquellos que pueden asumir los costos. El desánimo, la burocracia, la falta de resolución de las necesidades, y la exclusión en que quedan sectores de la población en el marco de estas iniciativas "participativas", terminan por agotar a los más entusiastas.

Podemos decir que lograr la participación de la comunidad en los términos que ésta se promueve, es otra forma de descargar los costos de los servicios sociales sobre los propios usuarios mediante el copago en educación, salud, proyectos de pavimentación, etc. Y ello ha comenzado a ser constatado por las monitoras, obligándolas a repensar y redefinir el trabajo comunitario, las relaciones con la autoridad, y el carácter de una verdadera participación.

3. **Sistema de salud y rol asignado a monitoras y organizaciones poblacionales de salud desde el Estado:** Las monitoras han asumido el trabajo de defensa de la salud en un contexto en que ésta se ha convertido en otro bien de mercado al que se accede dependiendo de la capacidad de pago que cada cual tiene.

El Estado se hace responsable del otorgamiento de prestaciones básicas a la población que no puede acceder al sistema privado. Sin embargo, mientras los servicios de salud donde se atienden los pobres (público-municipal), carecen de recursos esenciales para asegurar la atención de sus beneficiarios, nos encontramos frente a la paradoja de un Estado que subsidia a la empresa privada de salud, en todos aquellos prestaciones que a ésta no le resultan rentables (acciones de fomento y prevención de la salud).

Las monitoras han encarado uno de los planos donde se expresa más descarnadamente la desigualdad e injusticia del sistema actual, aquel que tiene que ver directamente con la vida de las personas, constatando como el derecho a la vida es subordinado al lucro y a políticas públicas tecnocráticas.

Las monitoras y los grupos de salud han visto que las prioridades para el trabajo de prevención en salud son definidas centralmente, con un criterio normativo cuyo fundamento se encuentra en las tasas de morbilidad. La población puede participar, facilitando las condiciones para el trabajo de los profesionales en terreno, en tareas

de difusión y como personal auxiliar en la ejecución de las campañas.

Se trata de una **participación sin poder, colaborativa y subordinada**. Las organizaciones populares de salud se encuentran con que su capacidad técnica para resolver necesidades inmediatas y de educación en salud, no es considerada, ni valorada por los profesionales del sector. Estas experiencias han obligado a las monitoras a discutir su rol en la defensa de la salud y a lidiar con la visión paternalista y/o elitista de parte de los funcionarios de salud.

Las experiencias exitosas de trabajo conjunto entre grupos de salud, profesionales de salud y gobierno, se ubican en sectores donde confluyen voluntades políticas personales y la experiencia adquirida por los profesionales de salud en el trabajo de ONG. Se trata de experiencias muy vulnerables, sujetas a la permanencia de dichos profesionales en sus puestos de trabajo. El cuestionamiento a su trabajo y la amenaza de sanciones se cierne sobre aquellos que asumen una posición más activa en el trabajo comunitario y que desarrollan una práctica respetuosa de la autonomía de las organizaciones sociales.

Sin recursos suficientes para resolver las demandas de atención curativa básica, sin recursos para abordar el trabajo con la comunidad, la visión asistencialista termina por imponerse. Claramente para las autoridades municipales y de gobierno la respuesta a las necesidades inmediatas tiene prioridad, por la presión que hacen los usuarios sobre los servicios, por el costo económico para el país y por el grado de legitimidad que otorga el mejoramiento relativo en la atención curativa. Como dice Beatriz:

"... los políticos ven más la cuestión de hospitales, pero no ven la situación de las familias".

Sin embargo la visión de salud construida por las monitoras sí integra estos dos elementos, así como una visión de más largo plazo, no sesgada por cálculo político electoral de corto plazo.

En su práctica organizativa las monitoras fueron enfrentando estos tres obstáculos, definiendo alternativas de acción, negociando y tomando opciones para superarlos, ganando una experiencia que ha marcado y

alimentado su proceso de concientización. Cada uno de estos ejes de conflictos crearon a partir de las vivencias más íntimas y en distintos planos de la vida cotidiana, un campo de experiencias y significados compartidos que hicieron posible la constitución y reconocimiento de identidades colectivas: "nosotras las mujeres", "nuestra clase", "nuestra gente", "nosotros los pobres", "nosotros los marginados".

Sin embargo, la iniciativa popular requiere ser apoyada para fortalecer su presencia primero en el espacio local, y con mayor razón para proyectarse más allá de este límite. Se necesita un proceso de formación, acceso a medios de comunicación, abrir nuevos espacios que acogan las reivindicaciones y propuestas que surgen de los sectores populares. El fortalecimiento de la democracia no resulta posible si no se abren caminos de encuentro en esta sociedad que ha sido profundamente segmentada.

La experiencia de las monitoras muestra su capacidad y creatividad para resistir los efectos desintegradores de la dictadura militar y luego de la mezquina transición. Su trabajo en la población demuestra que la defensa del derecho a la salud y la vida, la reivindicación por un acceso igualitario a la atención en salud y la necesidad de elevar la calidad de vida del pueblo continúan siendo tareas plenamente vigentes.

Sin lugar a dudas el trabajo de los grupos, la experiencia que han acumulado las monitoras, seguirá siendo un aporte en la construcción de una verdadera democracia. Ellas no están solas. Como ellas, otras y otros están luchando y continuarán luchando para conquistar el derecho a decidir y a vivir dignamente; para que así, alguna vez "la vida en abundancia" deje de ser privilegio de unos pocos, y comience a ser una realidad construida y compartida por todos los hombres y todas las mujeres de nuestro país.

