



Universidad de Chile
Facultad de Filosofía y Humanidades
Escuela de Pregrado
Departamento de Historia

La salud solidaria en la población La Victoria (1980-1990)

Experiencias del Grupo de Salud Solidario y el Grupo de Salud Poblacional

Informe para optar al grado de Licenciada en Historia
Seminario de Grado: Historia Social Contemporánea de Chile
Profesor: Gabriel Salazar Vergara
Estudiante: Jeaninne Vergara González

Santiago, 2017

Índice

	Página
Introducción.....	4-17
- <i>Sobre la investigación.....</i>	<i>4-8</i>
- <i>La Victoria, “unidos salimos adelante”. Los inicios de la toma y la lucha por una vida mejor.....</i>	<i>8-17</i>
Capítulo I: La salud en los años 80: condiciones de vida y acción del Estado.....	18-50
1.1 <i>Las condiciones de vida: pobreza y represión en la Población La Victoria. Sus repercusiones en la salud de la comunidad.....</i>	<i>18-39</i>
1.2 <i>Acción del Estado: cambios en la Política de Salud durante la dictadura militar.....</i>	<i>40-50</i>
Capítulo II: Emergencia de los grupos de salud en los años 80.....	51-68
Capítulo III: Presencia de la iglesia católica y formación del Grupo de Salud Solidario de La Victoria.....	69-110
3.1 <i>La iglesia católica y su labor social.....</i>	<i>69-81</i>
3.2 <i>La experiencia del Grupo de Salud Solidario de La Victoria.....</i>	<i>82-110</i>

Capítulo IV: Servicio Evangélico para el Desarrollo (SEPADE) y formación del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria.....	111-145
4.1 <i>La labor de SEPADE: educación y desarrollo de capacidades propias....</i>	111-124
4.2 <i>La experiencia del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria.....</i>	124-145
Conclusiones.....	146- 159
– <i>Solidaridad ante la adversidad: la acción comunitaria en salud en La Victoria.....</i>	146-152
– <i>La acción comunitaria en salud en La Victoria en el marco del desarrollo del movimiento de pobladores.....</i>	153- 159
Bibliografía.....	160-166

Introducción

– *Sobre la investigación*

Múltiples han sido los efectos que la brutal imposición de la dictadura militar ha dejado en el país. Transformaciones en términos políticos, sociales y económicos que hasta el día de hoy perduran, fueron iniciadas en la época con consecuencias inmediatas en la población. Al respecto, si observamos la situación de los sectores populares, podremos notar que una de las primeras acciones emprendidas fue obstaculizar el desarrollo de las organizaciones por medio de la represión ejercida por fuerzas armadas y policiales.

Después del golpe, al tercer día tuvimos un allanamiento, rodearon la casa, nos sacaron como bandidos, hiriendo a una persona al lado de la casa de nosotros [...] Yo me retiré un corto tiempo porque ya no podía trabajar en la población¹.

Pero la alarma y el temor a los allanamientos, persecuciones y detenciones ilegales que sostenidas en el tiempo marcaron un repliegue en la participación social, no constituyó la única preocupación. En las poblaciones, la calidad de vida también se vio dañada por los efectos económicos y sociales de una política que poco a poco se fue implantando.

Este periodo trajo consigo un cambio radical en el rol que el Estado había desempeñado hasta el momento: de asistencialista pasó a definirse como subsidiario lo que a su vez significó una dirección nueva en cuanto a políticas públicas ya que la categoría de “pueblo” se empezó a considerar desde ahí en términos económicos por lo que sus necesidades y requerimientos “pasaron a formar parte de un factor de “costo social”². En consecuencia, el Estado tendió a traspasar funciones y responsabilidades al sector privado, asumiendo sólo lo que no era rentable en términos de inversión.

¹ Testimonio de una pobladora de la población Lo Valledor. Segundo encuentro diálogo “Participación popular en salud”, Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, Cisme, Getep-Arcilla y EPES, 1974-1989, material ubicado en el archivo de EPES.

² ILLANES, María Angélica, En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia Social de la Salud Pública, Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

La política económica aplicada, caracterizada por la privatización de empresas del Estado, apertura comercial hacia el exterior y liberalización de precios terminó por provocar un alto costo social asumido, lamentablemente, por los sectores más vulnerables de la población. La precarización de los trabajos y los altos niveles de desempleo terminaron por impactar fuertemente el bolsillo de numerosas familias: los índices de pobreza aumentaron y con esto también las necesidades básicas para vivir.

En términos de política de salud, se tendió a replicar la misma lógica privatizante: disminución de la presencia estatal en el financiamiento de la salud para dar paso al sistema privado. La salud pública, en este sentido, a la que acceden los sectores populares, se vio afectada visiblemente, entre otras cosas, por la poca inversión en mantenimiento de hospitales, en equipamiento médico y en las malas condiciones laborales de profesionales y técnicos.

En el ámbito local, la municipalización de la salud se enmarcó también dentro de la política sanitaria. En este contexto, el estado delegó la administración de los consultorios al municipio bajo la idea de que así se estaría fortaleciendo a los gobiernos locales y se daría espacio a la participación de comunidades, sin embargo, sucedió que la desigualdad de los recursos disponibles entre una municipalidad y otra produjeron disparidades en los servicios. Por esto, en las municipalidades con menores recursos tanto la efectividad de la cobertura como la calidad de la atención podía dejar mucho que desear.

Es así como en suma, los sectores populares – vaya novedad- se convirtieron en los más desprotegidos y reprimidos de la población. Todo este panorama repercutió sin duda en la salud de las personas de diversas maneras, la falta de recursos, el hacinamiento, las malas condiciones sanitarias llevaron a la multiplicación de problemas alimenticios como la desnutrición, la falta de defensas repercutió en la propagación de enfermedades transmisibles y los cambios en el modelo de atención en salud a nivel local también dificultó el acceso a consultas y a información sobre métodos para prevenir estos problemas.

Pero el difícil panorama y los mecanismos represivos que restringieron la participación social, no impidieron la búsqueda de formas alternativas para hacer frente a todos estas necesidades en la población. En este sentido, uno de los primeros signos de apoyo provino desde la iglesia a través de diversas acciones asistenciales como la instalación de comedores infantiles que poco a poco fueron derivando hacia la gestión participativa de los pobladores.

Tanto la iglesia católica, como evangélica y organizaciones no gubernamentales, apoyaron con recursos y educación en múltiples instancias destinadas a paliar las necesidades de las comunidades. Así nacieron, a partir de la acción colectiva de los pobladores, los comprando juntos, aprendiendo juntos, la olla común, jardines infantiles y clubes de abstemios, entre muchas otras formas.

Este nivel de cohesión y participación logradas tomó gran fuerza en la década de los 80, periodo marcado por una crisis económica que agudizó los niveles de pobreza y el desarrollo de masivas protestas nacionales en contra del régimen.

Es en el marco de todas estas demostraciones de desarrollo local y articulación horizontal que la acción solidaria en salud tomó forma y orgánica propia: los grupos de salud. Espacios en que las mujeres pobladoras se unieron para asumir los crecientes problemas de salud en la comunidad, con apoyo, en términos formativos, de diversos profesionales y técnicos que las capacitaron para convertirse en monitoras y así traspasar los conocimientos adquiridos al resto de la población a través de acciones que variaron desde lo asistencial hasta lo educativo.

En la población La Victoria, dos fueron las experiencias que durante la década de los 80 destacaron y se movilizaron por la salud: el Grupo de Salud Solidario y el Grupo de Salud Poblacional.

El primero, de mayor trayectoria, tiene sus antecedentes hacia fines de la década de los 60, momento en que algunas pobladoras participantes de la comunidad cristiana de la población, solicitaron al diácono un curso de primeros auxilios. De ahí en adelante y hasta

la década de los 80 sus acciones se vincularon principalmente al trabajo con niños. Pero un factor determinante en el grupo fue la llegada a la población de un equipo de profesionales dispuestos por la Vicaría de la Solidaridad quienes pudieron ofrecer una formación más sistemática, que además de conocimientos técnicos, entregó herramientas para la educación y un espacio para el desarrollo de una conciencia más crítica sobre la realidad de la población.

El segundo grupo se inició bajo el alero del Servicio Evangélico para el Desarrollo (SEPADE) que durante la década de los 80 se dedicó a impulsar la formación de diversas instancias educativas hacia niños, jóvenes y adultos. Es en ese contexto que se realizó un curso en primeros auxilios que fue lentamente derivando en la formación de las monitoras del Grupo de Salud Poblacional.

Partiendo por el desarrollo de las capacidades propias, las pobladoras de uno y otro grupo, lograron abrirse a la participación y generar vínculos a través de las acciones que desde la salud se fueron realizando, bajo la clara idea de que mejorar la realidad, tan golpeada, tan difícil, debía asumirse en conjunto. Es así como la siguiente investigación pretende ahondar en estas dos experiencias a través de la visión de sus participantes. Experiencias que nunca fueron sistematizadas y que han sido poco visibilizadas tanto en el ámbito académico como en el contexto de la población en la actualidad.

Red de objetivos:

Objetivo General:

Analizar la conducta organizativa de los pobladores de La Victoria durante la década de los 80 frente al problema salud local, examinando las condiciones de vida en la población y los efectos de la acción del estado.

Objetivos específicos:

1. Describir y analizar las condiciones de salud en la población (1980-1990).
2. Caracterizar la situación de los grupos de salud en la época (1980-1990).
3. Analizar la respuesta de los pobladores frente al problema de salud local,

caracterizando la presencia e influencia de los organismos de apoyo (1980-1990).

4. Realizar un balance general respecto a la acción de los actores involucrados con el fin de motivar la reflexión en la población hoy.

En consecuencia, el siguiente escrito se estructura en cuatro capítulos: el primero se construye a partir de una revisión y análisis general sobre las condiciones de vida en la época, haciendo un recorrido por los efectos económicos y sociales derivados de las transformaciones realizadas en el periodo de la dictadura y sus efectos en la salud de la población. En el segundo capítulo se explica cómo en ese contexto nacen los grupos de salud y se analizan sus principales características. El tercer capítulo se divide en dos partes, la primera se refiere a la iglesia católica y los fundamentos de su acción social en el ámbito local para luego detallar la experiencia del Grupo de Salud Solidario en términos de sus objetivos, vínculos, actividades y resultados. Finalmente, el cuarto capítulo también se divide en dos partes, en el primer apartado se detalla el origen de SEPADE en el contexto de la preocupación social demostrada por una parte de la comunidad evangélica y los fundamentos que impulsaron su acción y luego se analiza el trayecto del Grupo de Salud Poblacional en términos de su formación, actividades, objetivos y resultados.

Antes de iniciar el recorrido por esta parte de la historia de la población La Victoria creemos necesario referirnos a los inicios de la misma en tanto constituyen las primeras demostraciones de asociatividad, solidaridad y organización dirigidas a resolver problemas comunes. En opinión de varios entrevistados, allí están los antecedentes de las acciones desarrolladas en la época de la dictadura y los orígenes de la condición solidaria como un elemento intrínseco de la población.

- *La Victoria: “unidos salimos adelante”. Los inicios de la toma y la lucha por una vida mejor*

Hacia mediados del siglo XX, el Primer Censo Nacional de la Vivienda arrojó que el déficit de viviendas en Santiago llegaba al 36.2%, así como también que “en términos de población, en las 104.531 viviendas precarias de Santiago vivían 447.026 personas mientras que en viviendas unifamiliares en mal estado lo hacían 85.745 lo que sumaba 534.771

habitantes que representaban el 30.5% de la población de la capital”³.

Al tiempo que el problema de la escasez de vivienda se hacía más visible, aumentaba la cantidad de personas que llegaba a la capital. Muchos de ellos, que se dedicaban a trabajar la tierra, se trasladaron junto a sus familias desde zonas rurales hasta Santiago como consecuencia de una crisis en el modelo exportador que “unida a un modelo de desarrollo con hegemonía industrial provocó un gran desmedro de la agricultura. Ello actuó como factor de expulsión de la población”⁴. Es así como los flujos de personas que acudían a las urbes en busca de trabajo y una mejor calidad de vida terminaron por provocar saturación en la infraestructura urbana lo que explica que hacia el año 1950 más de medio millón de personas se encontraba en Santiago viviendo en precaria situación, hacinados y en preocupantes condiciones sanitarias.

En los conventillos, construcciones ubicadas en el centro de capital, se generó una gran concentración de familias pobres. La densidad en estos espacios aumentaba cada vez y al mismo tiempo, también aumentaba el valor de los arriendos, situación que para muchos se hizo insostenible y que llevó a la búsqueda de soluciones por parte de los perjudicados. Es en este contexto que se da origen a las poblaciones callampa, un tipo de ocupación caracterizado por su espontaneidad y rápida multiplicación, siempre al margen de la legalidad y como respuesta a la necesidad de vivienda: familias completas comenzaron a instalarse en terrenos (fiscales o particulares) armando rápidamente pequeñas casas de material ligero.

Muchas de estas familias se instalaron a orillas del Zanjón de la Aguada, que llegó a ser conocido como el “Cordón de la Miseria”, la materialización de la pobreza: preocupantes condiciones de vida, sin elementos básicos como agua o sistema de alcantarillado, ni mucho menos luz. Como consecuencia, la situación sanitaria dejaba expuesta a toda la población a múltiples enfermedades e infecciones. Los siguientes testimonios, en parte, grafican la situación:

³ GARCÉS, Mario, Los pobladores refundan la ciudad, en sitio de Archivo Chile.

⁴ ESPINOZA, Vicente, Para una historia de los pobres de la ciudad, p. 245

– *Era tan terrible la forma de vida de la gente del Zanjón, ahí vivían en chozas de cartón y en hoyos que se hacían en las orillas, hacían sus necesidades y tomaban de su misma agua.*

– *En el mismo Zanjón, la gente para vivir hacía hoyos a orillas del canal y la gente se enfermaba que era un horror, con mujeres que daban luz ahí mismo y todo lo lavaban en el mismo Zanjón.*⁵

Llegaron a ser alrededor de seis mil familias asentadas a lo largo de cinco kilómetros de río, esforzándose por sobrevivir, con el anhelo de obtener un lugar definitivo, la vivienda propia y así poder tener una vida mejor. Es por esto que, bajo un objetivo común y sufriendo las mismas necesidades, los habitantes de la callampa se reconocieron, se asociaron e intercambiaron percepciones, lo que favoreció el desarrollo de lazos de solidaridad y compañerismo: así surgió la organización y la fuerza para exigir soluciones a las autoridades, a través de la voz de los dirigentes del Zanjón.

El gobierno de ese entonces, con el presidente Carlos Ibañez del Campo a la cabeza, debió enfrentar esta crítica situación, en primer lugar, consintiendo momentáneamente la ocupación y buscando soluciones para menguar esta crisis.

Primero se les planteó a los pobladores la posibilidad de construir viviendas de emergencia, pero los trabajos nunca se iniciaron bajo el argumento de que el terreno finalmente no era apto. Mientras, los pobladores, escépticos, seguían presionando, solicitando reuniones, estableciendo comités de familias sin casa y fortaleciendo su organización:

De los contactos que se iban haciendo, fueron saliendo los comités de familias sin casa, se crearon comités en todas las poblaciones del área sur de Santiago, y a lo largo del Zanjón de la Aguada, que iba desde Vicuña Mackenna hasta el lugar donde está canalizado y después de San Diego,

⁵ PAIVA, Manuel y Grupo de Salud Poblacional. Pasado: Victoria del presente, Santiago, Talleres Vicaría Zona Oeste, 1989, p. 2.

*seguían hacia pasado Lo Valledor. En todo el trayecto del canal había personas viviendo y tenían comités por cada cuadra*⁶

La crítica situación de los pobladores del Zanjón se agudizaba con las inundaciones y las enfermedades, pero hubo un hecho detonante para el desarrollo de acciones más radicales: una serie de incendios ocurridos en un corto lapso de tiempo y que dejaron a cientos de damnificados. Al respecto, Alexis Cortés señala que “este hecho provocó la creación del Comando de Damnificados del Zanjón, que con autogestión y apoyo de políticos de izquierda (Mario Palestro, diputado; Julio Palestro, alcalde; Iris Figueroa, regidora) lograron entrevistas con las autoridades y la realización de un Cabildo en el que, incluso, asistirían los cuatro candidatos a la presidencia de la República. Lamentablemente, un día antes de la realización del Cabildo, otro incendio afectó ahora a 200 familias y a cerca de 1100 personas⁷”.

Años de presiones y exigencias a las autoridades sin soluciones concretas fueron sumando una gran cantidad de promesas incumplidas. Vicente Espinoza⁸ señala que incluso se llegó a hablar de la asignación de terrenos definitivos ubicados en Lo Valledor y la Chacra la Feria. A su vez, los pobladores, claros en sus objetivos, no se mostraban dispuestos a aceptar soluciones “parche” al problema como cuando se les ofreció dar albergue a los damnificados.

Es así como llegó un momento en el que ya no se pudo esperar más y se tomó la determinación de que la solución era la acción, sin ayuda del gobierno y desafiando nuevamente la legalidad: “la madrugada del 30 de octubre de 1957, 1200 familias, bajo la consigna “*trabajar sin transar ni descansar, hasta la casa conquistar*”, con nada más que unos pocos enseres, tres palpos y una bandera chilena, se tomaron los terrenos de la chacra La Feria y fundaron el campamento La Victoria⁹”.

⁶ Íbid. p. 3.

⁷ CORTÉS, Alexis. Identidad Barrial y Toma de Terrenos: Biografía Social de La Población La Victoria (Santiago de Chile). IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008, p. 5.

⁸ Espinoza, Vicente, Op. Cit., p. 249.

⁹ CORTÉS, Alexis. El movimiento de pobladores chilenos y la población La Victoria: ejemplaridad,

Muchas de las familias que llegaron al lugar estaban organizadas en comités constituidos previamente no sólo en el Zanjón, también llegaron desde otros sectores de Santiago. Los testimonios dan cuenta de familias provenientes de Germán Riesco, La Legua, San Gregorio y Los Nogales.

Independiente de los lugares de origen, desde aquel momento en adelante la tarea fue trabajar en conjunto, urbanizar y defender lo tomado, es decir, dotar al lugar de los elementos básicos para vivir y protegerse ante la posibilidad de desalojo.

Ya en la toma, el Comité Central de Pobladores inició la tarea de organización. En primera instancia se realizaron encuestas, determinando, según el lugar de procedencia, la zona a ocupar. El proceso para algunos no fue fácil, ya que había pobladores que se unieron a la acción espontáneamente y no pertenecían a ningún comité, por lo que a ellos les costó encontrar un lugar donde asentarse. Así lo relata Regina Cea, quien llegó con su familia desde La Legua:

Los organizados, ellos quedaron todos juntos, todos los vecinos quedaron juntos ahí, porque ellos venían organizados y nosotros no. Le preguntaban a mi mami “ustedes de qué comité son” y nosotros no teníamos comité, nosotros llegamos así, de paracaidistas, así que como nosotros no pertenecíamos a ningún comité nos cambiaron de ahí de Avenida La Feria, allá al final, después de allá del final, de la Dos de Abril, Carlos Marx, por ahí, nos tiraron para atrás y así dimos vuelta toda La Victoria, nos iban tirando, tirando...¹⁰

Cuando finalmente se instalaron, se inició el proceso de urbanización y construcción de viviendas:

movimientos sociales y el derecho a la ciudad. Revista EURE - Revista De Estudios Urbano Regionales, 40(119): 239-260, 2014, p. 242.

¹⁰ Entrevista a Regina Cea.

*La gente se iba acomodando en los espacios, se iba poniendo sus frazaditas, sus cosas, sus ponchos, haciendo sus ruquitas así, sus cuadraditos, toda la gente haciendo lo mismo y la que no lo podía hacer, el de al lado lo ayudaba*¹¹

Aquí el sentido de lo colectivo y el trabajo comunitario se observa desde el primer momento, materializado en las acciones, bajo la idea de que mejorar las condiciones de vida y mantener la estabilidad de la ocupación era posible sólo si se trabajaba en conjunto y teniendo plena conciencia de ello. Al respecto Cortés señala que, “con la acción colectiva de quienes deciden organizar la Toma de Terrenos, el “sueño de la casa propia” se materializa colectivamente y sobre todo en los primeros años, el destino de los vecinos es el destino propio, en tanto la posibilidad de permanencia en el sitio dependerá sólo de la fuerza organizativa para resistir el emplazamiento fuera de los parámetros del Estado”¹²

En términos legales, al gobierno le correspondía desalojar a los ocupantes, pero la postura de las autoridades no era del todo clara. Si bien se inició un bloqueo por intermedio de la fuerza policial que impedía la entrada o salida de la población, el desalojo no se hacía efectivo. Vicente Espinoza¹³ señala que entre todas las gestiones realizadas para impedir la expulsión, la mediación del Cardenal José María Caro fue determinante: luego de una entrevista con el presidente de la república, se suspendió el desalojo. Pero la lucha por defender el terreno ocupado continuaba ya que, aunque el riesgo de desocupación no estaba presente, tampoco se había llegado a una solución definitiva.

Al respecto, los testimonios señalan que el Hogar de Cristo fue muy activo al denunciar la necesidad urgente de llegar a acuerdo, sin embargo, mientras el gobierno argumentaba que las condiciones sanitarias del lugar hacían necesario el traslado de las familias, los pobladores mantenían firme su postura de no abandonar la toma. Ellos planteaban la autoconstrucción.

¹¹ Íbid

¹² CORTÉS, Alexis. Identidad barrial... Op. Cit., p. 8.

¹³ ESPINOZA, Vicente, Op. Cit., p. 253-255

Una reunión con el intendente de Santiago enfrentó a ambas posturas. “Asistieron los dirigentes de los pobladores, los diputados Palestro y Poblete (del FRAP), el responsable del Hogar de Cristo junto al padre Morán, del Zanjón de la Aguada y el arquitecto Carlos Venegas, asistieron también el vicepresidente de la CORVI y algunos arquitectos de esa repartición, junto a oficiales de Carabineros, el presidente de la ASICH y el director del Servicio Nacional de Salud de San Miguel”¹⁴.

La movilización de los pobladores por el derecho a la vivienda que, en este punto había convocado a los distintos actores involucrados, estaba por obtener un logro histórico. La larga trayectoria de promesas no cumplidas durante los años anteriores había generado entre ellos la necesidad de plantear soluciones por si mismos: la ocupación y administración autónoma del espacio. Esa era la postura de los pobladores del campamento La Feria. Sin embargo, en la reunión el gobierno señaló que, por falta de recursos, no podía ofrecer rápidamente una solución concreta al problema. Mientras, el Hogar de Cristo aseguró que podía tomar parte en la construcción de las viviendas. El intercambio de perspectivas se mantuvo hasta que finalmente el intendente aceptó lo propuesto bajo la condición de que los pobladores no debían permitir el ingreso de más ocupantes.

Es así como la toma pasó a ser Población La Victoria, sentando un precedente para la acción de muchos otros pobladores que en los años siguientes actuarían bajo la misma lógica y con el mismo resultado: “la territorialización de la política popular y el desmantelamiento de la política formal”¹⁵.

Pero la historia no terminó allí. Administrar autónomamente el espacio de la población, dotarlo de los elementos básicos para la vida requería una gran organización. Había mucho por hacer y las necesidades no se hacían esperar. Sobre las condiciones del terreno una pobladora señala:

Esto era un potrero, así que tenía que haber de todo aquí, habían ratones,

¹⁴ p. 256.

¹⁵ SALAZAR, Gabriel, La violencia política popular en las “grandes alamedas”, Santiago, LOM, 2006, p. 253

lagartijas y unos bichos negros [...] Se levantaba una almohada y nosotros no podíamos hacer nada contra los bichos, si ellos eran los dueños, ellos vivían aquí. Nosotros nos vinimos a meter en sus terrenos, obligados por necesidad¹⁶.

Sin luz y sin agua, ante la falta de alimentos y de atención médica, necesidades comunes a todos los pobladores, se realizó un trabajo en conjunto, a veces, con la ayuda solidaria de personas externas:

Nosotros como grupo éramos como hormiguitas y aquí teníamos una Olla Común y la compañera Iris Figueroa enviaba los camiones de la basura a recolectar víveres en el matadero, entonces eso era traído desde afuera y aquí se hacían los turnos para cocinar, un día un grupo, otro día otro. Por eso parecíamos hormigas unas van y otras vienen, así nos arreglamos en esta población¹⁷.

Los problemas sanitarios afectaban seriamente la salud de la población, muchas familias dormían en el suelo y con la ropa mojada. Los testimonios dan cuenta de la propagación de enfermedades como la bronconeumonía y la diarrea. Incluso sufrieron la muerte de algunos pobladores:

Aquí no había consultorio, nosotros cuando llegamos aquí se murieron hartos ancianos y bebés, como once personas murieron en la población, entonces se hizo un funeral masivo, todos los muertitos los fueron a dejar el mismo día al cementerio general, en caravana de a pie, de aquí al general, medio pique, valientes los viejos¹⁸.

Pese a todas las tragedias vividas, se siguió trabajando. En este proceso, la labor de los estudiantes de la Universidad de Chile y de la Universidad Católica fue muy importante,

¹⁶ PAIVA, Manuel, Op. Cit., p. 6.

¹⁷ Íbid., p. 15.

¹⁸ Entrevista a Regina Cea.

en la colaboración que prestaron tanto para lotear los terrenos, como para resolver algunos problemas sanitarios, enseñando a las familias, por ejemplo, que los pozos negros debían hacerse alejados de la cocina o que, si se ocupaba agua de una acequia, se debía hervir y colar y volver a hervir para recién dársela a los niños.

Para enfrentar los problemas de salud, se instaló un consultorio de forma provisoria que más bien era una pieza donde atendía una enfermera. Pero con el pasar del tiempo, los pobladores demostraron la inquietud por tener un policlínico que pudiese resolver las necesidades que se tenían a nivel local ya que, hasta el momento, cada vez que se presentaba una emergencia debían acudir al Hospital Barros Luco. Así se iniciaron las gestiones con las autoridades, llevadas a cabo principalmente por las mujeres de la población:

Empezamos a pelearla para que se hiciera un policlínico, parecíamos brujas tanto ir a los ministerios a pedir que nos hicieran un policlínico¹⁹.

Las compañeras fueron las que pasaron metidas en el Ministerio de Salud y para que el policlínico se pusiera aquí, porque lo iban a colocar fuera de la población, pelearon las mujeres hasta que consiguieron el policlínico, eso fue el año 65²⁰.

La obtención del policlínico fue resultado de conversaciones previas y asambleas que se realizaban en cada cuadra. Desde ahí se tomó la determinación de que el centro asistencial era necesario y que se llevarían a cabo las acciones necesarias para exigirlo por lo que el triunfo de haberlo conseguido era fruto del trabajo de toda la población.

Como ocurrió desde los inicios de la toma, la fuerza organizativa era y siguió siendo crucial para mejorar las condiciones de vida: las viviendas, la escuela, el policlínico.

Así es como cada acto llevado a cabo por los pobladores, desde el Zanjón de la

¹⁹ PAIVA, Op. Cit., p. 37.

²⁰ Íbid., p. 51.

Aguada hasta la Chacra La FERIA fue quedando registrado en la memoria de la comunidad, memoria de una “solidaridad como forma de vida” lista para ser transmitida, tal como señala el siguiente testimonio de un poblador de La Victoria:

En la medida que van pasando los años, hay una sabiduría que se va acumulando en las personas y eso, ustedes lo han dejado muy bien demostrado en esta oportunidad y ese es el rol principal de las personas, cuando han pasado los años y ya no tiene tantas habilidades para estar en una barricada o haciendo un rayado mural. El traspasar a las nuevas generaciones la historia de la práctica vivida, de una experiencia obtenida de la práctica misma. Hay una solidaridad como forma de vida que fue parte de la toma y que hoy día necesitamos rescatar y en cualquier material que hagamos, solidaridad de clase, debe ser el eje de nuestro trabajo²¹

²¹ Íbid., p. 58.

Capítulo I. La salud en los años 80: condiciones de vida y acción del Estado

1.1 Las condiciones de vida: pobreza y represión en la Población La Victoria. Sus repercusiones en la salud de la comunidad

La política económica que, luego de algunas vacilaciones, se decidió aplicar durante el periodo dictatorial en base al diagnóstico entregado por los “chicago boys”, se tradujo en un cambio radical en relación a lo que hasta antes de 1973 se venía desarrollando: una fuerte intervención estatal en la conducción de un tipo de desarrollo hacia adentro con énfasis en la industrialización, protección de los mercados internos y el propósito de llevar a cabo una política expropiatoria²² en relación a la inversión extranjera. Para los economistas de Chicago, la manera de enfrentar los problemas que derivaron de las administraciones anteriores y alcanzar el desarrollo, era dejando que el mercado a través del libre juego entre oferta y demanda actúe como regulador del sistema, evitando los obstáculos que anteriormente presentaba la acción estatal.

En esta línea, el Estado debía reducir al mínimo su participación en la economía, su rol estaba en “velar por el buen funcionamiento de los mercados y no intervenir en ellos²³” y ya no le correspondería ocuparse del bienestar social, “no deberá participar en absoluto en la producción de bienes, ni siquiera en los bienes sociales: solo se preocupará de velar para que se cumplan ciertos niveles mínimos de educación y salud²⁴”.

Así, la implantación del modelo neoliberal apuntó a la privatización de las empresas que hasta ese momento se encontraban en manos del Estado, a la liberalización de precios, a la apertura de la economía hacia el mercado internacional para incentivar la inversión tanto de empresas extranjeras como nacionales en el país, todo esto bajo la idea de que el

²² SALAZAR, Gabriel y Pinto, Julio, Historia Contemporánea de Chile III. La economía: mercados, empresarios y trabajadores, Santiago, LOM, 2002, p. 46.

²³ SCHKOLNIK, Mariana y Teitelboim, Berta, Pobreza y desempleo en poblaciones. La otra cara del modelo neoliberal, Santiago, PET, 1988, p.19.

²⁴ MELLER, Patricio: Un siglo de economía política chilena (1890-1990), Santiago, Andrés Bello, 1998, p. 184.

sector privado debía convertirse en la principal fuerza de crecimiento económico.

Además se observó una constante reducción del gasto público; de un 20% del PGB a principios de los años 70, a 15% en el año 75 y hasta un 12% en 1981. Al Estado benefactor anterior, que dirigía sus esfuerzos en pos de responder las necesidades de los ciudadanos, se contrapuso la lógica neoliberal que enaltece al sector privado y subraya la importancia de que cada individuo, conforme a su esfuerzo, puede hacer frente a las necesidades y problemas propios. Este planteamiento sirvió de fundamento para la reducción del gasto social mencionado, la disminución de las inversiones hechas por el Estado y la serie de privatizaciones y reprivatizaciones impulsadas en el periodo.

Los efectos derivados de esta política neoliberal fueron bastante diversos y se pueden observar en múltiples sectores. Los defensores del sistema hacían hincapié en las mejoras de las variables económicas con respecto a los años anteriores: la disminución de la inflación que en 1973 era superior al 600% y en 1981 no superaba el 10%, el aumento de las exportaciones que crecieron 3 y hasta 4 veces su valor en dólares desde el inicio de la dictadura hasta 1980, el aumento de la productividad y, en definitiva, el crecimiento económico que entre 1976 y 1981 casi alcanzaba la cifra de 8% anual²⁵ eran algunos de los indicadores que daban cuenta de un positivo avance en el desarrollo económico. La doctrina del *laissez faire* parecía estar funcionando tal como los economistas habían señalado.

Pero estos logros suponían una serie de costos: una característica propia del modelo fue el establecimiento de una profunda dependencia económica con el exterior lo que, en parte, explicaba la vulnerabilidad del sistema – en el periodo se vivieron dos crisis recesivas 1975 y 1982- y la concentración de la riqueza en manos de unos pocos que derivó en una ampliación de una brecha que hasta el día de hoy divide a quienes poseen más de quienes poseen menos dinero. Pero uno de los efectos más palpables, sobre todo en los sectores populares fue el incremento del nivel de desempleo y, con esto, el aumento de la pobreza.

²⁵ Cifras extraídas de MELLER, Patricio, Op. Cit., p. 195.

Despidos masivos en el sector público, además del desmantelamiento de la industria sustitutiva de importaciones, ahora, sin protección arancelaria²⁶, llevaron a un aumento significativo de los niveles de desempleo en relación a años anteriores, “durante el decenio 1974-1983 la desocupación real (incluyendo a los adscritos al PEM y al POJH) ha sido de 19,7% frente a un 5,2% en el decenio de 1964-73²⁷.” Ante esta situación se crearon los programas de empleo mínimo²⁸ en donde los trabajadores debían realizar tareas como limpieza de canales, reparación de carreteras y construcción de viviendas de emergencia, con remuneraciones que, generalmente, no permitían solventar las necesidades básicas para vivir.

Pero incluso quienes mantenían su trabajo fuera de los programas mencionados se vieron afectados, ya que, con la flexibilización laboral impuesta, las condiciones mantenidas en años anteriores se modificaron, se flexibilizaron los reglamentos sobre inamovilidad laboral, se debilitó el poder de negociación de los sindicatos, el aporte previsional de los empleadores disminuyó y también hubo una disminución de los salarios reales: “para el caso específico de los obreros, Edwards y Cox han calculado que el salario real de 1970 no se recuperó hasta 1981, y sólo para volver a colapsar con la recesión de 1982-83²⁹”. Esto, sin duda, impactó directamente en el poder adquisitivo de las familias.

Como vemos, el costo social resultante de la aplicación de la doctrina neoliberal en el país fue bastante alto, especialmente en los sectores populares quienes vivieron en carne propia el drama de tener que sobrevivir sin trabajo o con sueldos mínimos.

La situación se agudizó hacia 1981-82, cuando una crisis recesiva con causas tanto externas como internas azotó la economía nacional: la fuerte dependencia frente a las fluctuaciones del mercado afectó la economía del país, además de los desbalances que a nivel interno sufrió el sistema financiero. Como resultado “el PGB cayó en 14,4%, y la

²⁶ SALAZAR, Gabriel y Pinto Julio, Op. Cit., p. 53.

²⁷ RUIZ-TAGLE, Jaime y Urmeneta, Roberto, Los trabajadores del programa del empleo mínimo, Santiago, PET y Academia de Humanismo Cristiano, 1984, p.11.

²⁸ Programas como el PEM, Programa de Empleo Mínimo creado en 1975 y el POJH, Programa de Ocupación para Jefes de Hogar creado en 1982.

²⁹ SALAZAR, Gabriel y Pinto, Julio, Op. Cit., p. 54

tasa de crecimiento económico también fue negativa para 1983; la industria y la construcción registraron tasas de crecimiento negativo de -21,2% y -23,4% respectivamente³⁰, el promedio de quiebras al año se triplicó en 1982 llegando a un total de 810 y la tasa de inflación superó el 20%.

El problema de la cesantía se vio agravado, llegando a superar el 30% en el año 1983. Ya en 1982 el panorama era el siguiente “dirigentes de los diversos gremios de la producción y el comercio han expresado su preocupación por la cifras de desocupación del Gran Santiago, las que según el INE se elevó al 21 por ciento en el trimestre mayo-junio, sin contar el PEM. La verdad es que este dato parece subestimar la dramática situación, ya que la encuesta de desocupación de la U. de Chile habría cuantificado un 23 por ciento en junio; pero dicho índice no ha sido conocido oficialmente porque su auspiciador (el Banco Central) se habría negado a darlo a conocer³¹”. A simple vista la diferencia entre la cifra del INE y la presentada por la U. de Chile parece ser menor, pero si se considera que aquellos dos puntos correspondían a un total de 29.700 personas cesantes residentes en Santiago, entenderemos lo dramático de la situación y lo que, en la práctica pueden llegar a ser los efectos de que tal cantidad de personas se encuentren sin sustento, las repercusiones en sus familias y la dificultad para satisfacer las necesidades básicas para vivir.

Un ejemplo concreto de las consecuencias que tales condiciones producían fue el problema del agua en las poblaciones. En agosto de 1982 el diario Las Últimas Noticias publicaba: “[los pobladores] claman por agua potable. A miles de familias en Santiago les han cortado el agua potable por falta de pago. En la población Wolff, en el sector de Recoleta, a varios domicilios les han arrancado las matrices (...)”³².

Pese a lo anterior y, considerando la gravedad de la crisis, las autoridades adoptaron un rol pasivo, es decir, no se realizaron acciones inmediatas para evitar la agudización del problema ya que, en teoría, el modelo contaba con mecanismos automáticos de reajuste. Pero las presiones ejercidas y los cada vez más desfavorables índices económicos hacían

³⁰ MELLER, Patricio, Op. Cit., p. 198.

³¹ SUR, Centro de Documentación, Cesantía en poblaciones, Hechos Urbanos N°13, 1982, p. 1.

³² Íbid., p. 9. Citado de Las Últimas Noticias, con fecha 7 de agosto de 1982.

ver que el llamado “reajuste automático” no parecía estar actuando de la manera prevista y, directamente, se cuestionó el modelo. Así es como hacia 1983, cuando el colapso se hacía evidente, el Estado se vio obligado a intervenir, actuando sobre el sistema financiero con la adopción de medidas sobre el tipo de cambio y la política monetaria. Este “regreso” a la política anterior en que el Estado participaba directamente en la economía, se mantuvo sólo hasta que se observó una mejora en la situación: hacia 1985 se retomó el camino trazado por los economistas de Chicago.

La realidad sacudida por el llamado costo social de las acciones emprendidas llevó a un agravamiento de las condiciones de vida, las necesidades eran ineludibles. Clarisa Hardy³³ analiza la situación de la pobreza en las poblaciones en lo que señala son sus tres dimensiones: la estructural, la urbana y la cultural. Sobre la dimensión estructural, la autora examina las transformaciones ocupacionales, ya que, señala que en el centro de los problemas que surgen a partir de la dificultad de satisfacer múltiples y crecientes necesidades en las familias está la escasez de recursos provocado por la falta de remuneraciones. Una de las causas de estos problemas, como hemos señalado anteriormente, era el desempleo, que si bien se puede observar a través de los múltiples análisis cuantitativos realizados, si se lo analiza a partir de sus características constitutivas, se observará que los afectados en su mayoría eran jefes de hogar de entre 25 y 44 años, obreros, provenientes de sectores populares, es decir, muchos de ellos principales proveedores en sus familias.

Además, junto con el desempleo se extendió otro fenómeno que, de igual manera afectaba la calidad de vida de las personas: la subocupación que, en definitiva, se trataba de trabajos desprotegidos, irregulares y mal pagados, realizados principalmente en el área de los servicios, como el comercio ambulante.

Al desempleo y la precariedad laboral como fenómenos generadores de pobreza, se sumaba otra característica que Hardy señala, constituía la dimensión urbana de la pobreza. Esta consistía en la concentración de población en situación de pobreza en puntos

³³ HARDY, Clarisa, Organizarse para vivir. Pobreza urbana y organización popular, Santiago, PET, 1987.

determinados de la ciudad y segregados de otros. Espacios que se caracterizaban por mantener altos grados de desempleo, problemas de alimentación, particularmente de desnutrición infantil y un alto número de allegados que, coincidentemente, correspondían en términos administrativos a las municipalidades de menos recursos. Lejos de ser una coincidencia, la autora sugiere que la situación responde a políticas dirigidas, con la intención manifiesta de concentrar la pobreza en ciertos sectores.

En este sentido, la reforma comunal impulsada en dictadura y justificada bajo la idea de que reducir el espacio de las comunas con la creación de otras nuevas haría más eficiente la gestión administrativa y mejoraría la distribución y alcance de los servicios, no hizo sino segregar aquellas que contenían más población en situación de pobreza de aquellas que gozaban de mejores condiciones. El resultado: la concentración de población empobrecida.

Si bien la autora no lo menciona particularmente como ejemplo de lo anteriormente planteado, podríamos señalar que la situación de la actual comuna de Pedro Aguirre Cerda – a la que pertenece la población La Victoria- se enmarca igualmente dentro de las políticas aplicadas que dieron por resultado la segregación socioeconómica de sus habitantes. El 17 de marzo de 1981, el DFL 1-3260 establecía los límites de la región metropolitana y fijaba la creación de nuevas comunas con sus respectivas delimitaciones. La nueva comuna de Pedro Aguirre Cerda comprendería “el área de la actual comuna de San Miguel ubicada al poniente de la carretera Presidente José Joaquín Prieto (ex-Ochagavía)”, “el área de la actual comuna de Santiago ubicada al sur del zanjón de La Aguada y al oriente de la línea del ferrocarril longitudinal” y “el área de la actual comuna de La Cisterna ubicada al oriente de la línea del ferrocarril, al norte de la avenida Lo Sierra (ex Lo Espejo) y al poniente de la carretera Presidente José Joaquín Prieto (ex-Ochagavía)”. Como resultado, Pedro Aguirre Cerda queda constituida por múltiples poblaciones como Villa Sur, San Joaquín, Los Maitenes, Lo Valledor y La Victoria. Georgina Aceituno explica que: “su territorio desprendido de tres comunas constituye una suerte de patio trasero de estas, con áreas económicamente deprimidas”, además de que “estos sectores compuestos por grupos sociales en su gran mayoría pertenecientes a los sectores populares dan identidad a barrios

calificados como 'bravos' o 'peligrosos'" ³⁴.

La condición de concentración económica y social configura a su vez la tercera dimensión de la pobreza: su ámbito cultural. El carácter territorial de la pobreza explica, en parte, el desarrollo de lazos solidarios y de compañerismo con quienes “sufren la misma suerte”, los vecinos de la población. Juntos y reconociendo una condición común y, en ocasiones, un pasado común, inician acciones para hacer frente a la adversidad. “Las necesidades insatisfechas de los pobladores generan demandas y respuestas que tienden a localizarse territorializadamente”³⁵. Nos dedicaremos de manera particular a este asunto en los siguientes capítulos, analizando, como ya hemos indicado, la acción comunitaria sobre los problemas de salud. Pero antes es necesario caracterizar las condiciones de vida y salud de los pobladores en el periodo, para luego referirnos especialmente a la población La Victoria.

La pobreza tanto en su ámbito estructural, como territorial provocó una condición de riesgo latente en la población. El Centro de Estudios del Desarrollo (CED) se refería a una “vulnerabilidad a múltiples riesgos (problemas de alimentación, vivienda, saneamiento, violencia, etc.)”³⁶ que en su conjunto provocaron una serie de problemas de salud.

Ahora bien, presentar un panorama acabado y cercano a la realidad de la época se vuelve una tarea compleja si sólo consideramos cifras oficiales sobre indicadores de salud, ya que, hubo una serie de críticas a la manera en cómo éstas se mostraban ante la opinión pública. A los ojos de muchos no representaban la realidad ya que los informes otorgaban datos e interpretaciones que, en su mayoría, correspondían a contextos generales, haciendo bastante difícil la lectura en función de los distintos sectores socioeconómicos y realidades territoriales. Por ejemplo, el mostrar que los indicadores de mortalidad y morbilidad en

³⁴ ACEITUNO, Georgina, Pobreza y modelo económico neoliberal. La percepción de mujeres pobres de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, [en línea] <http://www.archivochile.com/Mov_sociales/mov_mujeres/MSmovmujeres0034.pdf> [consulta: 14 julio 2014], p. 46-47.

³⁵ Hardy, Clarisa, Op. Cit., p. 29- 30.

³⁶ Centro de Estudios del Desarrollo (CED), El desafío de la salud en el gobierno democrático. Visión de los actores, Cuadernos del CED. Documento ubicado en los archivos de Epes, Código 002.04. Doc007. Sist. Salud C.1., p. 2.

términos generales se encontraban en descenso, no quería decir que esta fuese una condición uniforme para todas las regiones del país: en efecto, existían en la época diferencias sostenibles en el tiempo según zona geográfica. Para el CED “el régimen militar se encargó sólo de difundir aquellas estadísticas que eran compatibles con la imagen de un modelo exitoso en lo económico y en lo social³⁷”.

En este sentido si vemos, por ejemplo, los índices de mortalidad en Chile bajo una perspectiva amplia a través de los años, notaremos que en las primeras décadas del siglo XX ésta era de 38 por cada mil habitantes y no hizo sino disminuir a través de los años: entre 1933 y 1961 pasó de 25 a 12, para llegar a 6 en 1990³⁸. Efectivamente los números dan cuenta de una mejora constante, pero ¿son estas cifras suficientes para conocer cómo era la salud?

En el año 1986 el doctor Alejandro Goic señalaba que superada la etapa en que los indicadores de vida y muerte empiezan a mejorar, la evaluación de otros indicadores es imprescindible, refiriéndose a éstos como los que “dicen relación con la calidad de vida de las personas y los factores ambientales que inciden en el sufrimiento, enfermedad y eventualmente, la muerte”³⁹.

Entonces ¿cómo era la calidad de vida de la población, cómo se vio afectada la salud?

La situación de los trabajadores es uno de los tantos ejemplos que grafican la estrecha relación existente entre salud y el devenir económico en el país, la manera en que la implantación del modelo económico afectó la calidad de vida de las personas: “el trabajo informal, la subcontratación, la temporalidad del empleo han sido recursos que el capital ha utilizado sin recaudo en la salud de los trabajadores. Las nuevas tecnologías incorporadas en ciertos sectores de la producción sin adecuado adiestramiento y protección a los trabajadores, ha significado un sostenido aumento de la accidentabilidad y de la frecuencia

³⁷ Íbid., p. 3.

³⁸ Cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, www.ine.cl

³⁹ GOIC, Alejandro, Salud: ¿qué pasa en Chile?. Revista Mensaje N°347, marzo abril 1986 p. 93.

de enfermedades laborales⁴⁰”. Al daño físico, además, se sumaban las consecuencias a nivel psicológico: la inestabilidad económica, el hacinamiento en los hogares, a raíz de esto, los problemas familiares, la violencia, constituyeron elementos que llegaron a provocar desánimo, cuadros depresivos y hasta alcoholismo.

Una situación que se hizo bastante visible en la época fueron los efectos que la falta de recursos provocó en términos de nutrición. Los documentos revisados dan cuenta de la gran preocupación que causaba la condición alimenticia de la población. Informes oficiales, pero sobretudo, artículos médicos, escritos de ONGs y denuncias de pobladores alertaban sobre el problema que, en su mayoría, afectaba a niños y adolescentes, pero que también golpeaba a adultos y ancianos.

En el caso de los menores, la insuficiente ingesta de alimentos más la presencia de enfermedades como la diarrea provocaron un déficit en nutrientes, vitaminas y minerales lo que se manifestaba en diversos problemas de crecimiento y una notable pérdida de peso. Y es que en las poblaciones, la situación económica, no permitía saciar el hambre, lo que provocaba falta de calorías y, eventualmente, la desnutrición. Las siguientes cifras grafican la realidad del problema que se vivía: “Scherman cita diversos estudios: en uno de ellos se reporta la cifra de 53% de escolares desnutridos que asistían a comedores populares de la iglesia. En otro estudio efectuado en 1985 en niños de 6 a 14 años, hijos de familiares de ollas comunes de la Zona Oriente de Santiago, se encontró un 28 % de desnutridos en esas edades⁴¹”.

Además, el déficit calórico provocaba inevitablemente una baja de las defensas en los niños que, sumado a otros factores como la condición de las viviendas y la falta de higiene, los dejaba vulnerables a enfermedades como las de tipo infeccioso.

Es por esto que, en el área metropolitana, enfermedades recurrentes eran las de tipo transmisible como la hepatitis, el tifus (de transmisión hídrica), el sarampión, la poliomielitis, la sarna y la pediculosis. Para graficar la magnitud del problema, sabemos

⁴⁰ Centro de Estudios del Desarrollo (CED), Op. Cit., p. 9.

⁴¹ Íbid, p. 9.

que “en 1988 se atendieron en el SNSS⁴² 198.599 personas en tratamiento de sarna y 56.969 casos de pediculosis”. Estas afecciones tenían en común, el ser causadas por situaciones similares: ambientes insalubres, falta de hábitos de higiene, ingestión de agua o alimentos contaminados y llevar una dieta deficiente que, en definitiva, respondían a carencias materiales derivadas de los niveles de pobreza, pero también a la falta de información sobre estas enfermedades para llevar a cabo acciones preventivas al interior de las familias. Esto llevado al ámbito territorial explicaba los brotes epidémicos presentados a nivel local.

Sin duda las características territoriales, demográficas y físicas de una comunidad sumado a su situación social y cultural condicionan y moldean las formas de vida, lo hemos visto particularmente en relación a la salud. Es por esto que, muchas de las enfermedades que, en la época se visibilizaron por afectar a un gran número de personas fueron también en parte determinadas por situaciones mantenidas históricamente, decisiones administrativas, políticas económicas y muchos otros factores que sobrepasan lo “estrictamente médico”.

La condición particular de la población La Victoria no se alejaba demasiado del panorama anteriormente descrito. Una de las características que en primer lugar se destaca es la situación de hacinamiento: en el año 1986, la población contaba con un total de 21.000 habitantes y 3.700 viviendas, es decir, había una promedio de 5.7 personas por casa.

Una explicación al aumento de densidad y hacinamiento estaba en la política por parte del régimen, de desarticular asentamientos de pobladores alrededor de todo Santiago: entre 1979 y 1984 un total de 187 mil pobladores fueron removidos de sus campamentos, lo que repercutió a su vez en la ampliación de otro fenómeno, el de los allegados. Rafael Pizarro, en esos años asistente social de SEPADE⁴³ señala:

Llegó a haber en ese entonces una población de 1200 familias de allegados y la toma de La Victoria se hizo con 1500 familias, después

⁴² Sistema Nacional de Servicios de Salud.

⁴³ Servicio Evangélico Para el Desarrollo.

de varios años tenía casi la misma cantidad de allegados⁴⁴.

Emma Hernández, monitora de salud, también recuerda la realidad de algunas familias de La Victoria:

En un cuartucho de madera, yo creo que tenía que haber sido de dos por dos, estaba la cama, botellas ahí porque como no había baño... cuando veo... era la pobreza más grande, limpiando escaras... una miseria terrible... un día fuimos a una casa... en una pieza de tres por tres yo creo que vivían como doce personas⁴⁵

Del total de viviendas en La Victoria, un 88.2% estaban constituidas por más de una familia. Además 1/3 de ellas (30.9%) estaban construidas con materiales ligeros.

En términos económicos, la población no presentaba un perfil homogéneo, pero el diagnóstico realizado por Jaime Cornejo sobre la situación de salud en el consultorio de La Victoria⁴⁶, se indica que la población correspondía “en general a la clasificación de pobres, con algunos sectores de extrema pobreza⁴⁷”.

En 1981 el nivel de desocupación alcanzaba el 40%. Hecho que se podía constatar en la población, ya que durante el día se veían muchos jóvenes deambulando por las calles, llenando esquinas, sin tener mucho que hacer. Rafael Pizarro señala que incluso algunos llegaron a convertirse en “patos malos”:

Otra forma en la que uno notaba la pobreza era la delincuencia que había, pero no al interior sino que era pa afuera⁴⁸.

⁴⁴ Entrevista a Rafael Pizarro.

⁴⁵ Entrevista a Emma Hernández.

⁴⁶ No fue posible encontrar el diagnóstico íntegro, pero pudimos acceder a su contenido a partir del siguiente texto: CONTRERAS, Rodrigo, Solange Duhart, Magdalena Echeverría y Haydée López, La salud solidaria en Chile, Programa de Economía del trabajo. Documento ubicado en los archivos de EPES.

⁴⁷ Ibid., p. 90.

⁴⁸ Entrevista a Rafael Pizarro.

En efecto, ante el desempleo y la falta de recursos, la delincuencia se transformó en una forma de sobrevivencia. Habitualmente el robo se hacía afuera, los delincuentes salían en busca de recursos que luego ingresaban a la población:

Existían los “cuchillos largos” y las “casacas negras” que se llamaban, que eran organizaciones de delincuentes duros, pero ellos iban afuera y traían recursos a la población, repartían⁴⁹

En el otro extremo, de los pobladores que se encontraban empleados, las ocupaciones más frecuentes eran la de “obrero, fundamentalmente textil y municipal, y de pequeño comerciante⁵⁰” aunque, debido a la inestabilidad laboral, había ocasiones en que muchos de ellos se sumaban a la lista de personas desocupadas.

La situación económica y social, tal como sucedía en otros sectores, tuvo serios efectos en la nutrición de los niños, aunque debemos aclarar que no fue una condición exclusiva del periodo. El problema de la desnutrición infantil en Chile se había venido arrastrando desde décadas anteriores, condicionando incluso por muchos años, las cifras de mortalidad infantil: prueba de ello es que cuando los números comenzaron a descender, se observó paralelamente la disminución constante de las cifras de desnutrición desde 1960 en adelante en que se pasó de un 37% a un 11.5% en 1980⁵¹.

Sin embargo, hacia la década de los 80 la situación -si bien se consideraba mejor que antes- persistía. Para el doctor Monckeberg⁵² es un hecho evidente que la principal causa de desnutrición fue la pobreza y el subdesarrollo que, como un círculo vicioso, fue vulnerando la salud de las personas. Ya observamos los índices de desempleo en la época y la agudización del problema producto de las crisis económicas. En este sentido, existen registros de que durante la crisis de 1982 se observó un incremento de la desnutrición infantil (según el sistema de vigilancia nutricional existente). Pero luego, esos índices

⁴⁹ *Íbid.*

⁵⁰ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 91.

⁵¹ MONCKEBERG, Fernando. Prevención de la desnutrición en Chile experiencia vivida por un actor y espectador. *Rev. chil. Nutr.* [online]. 2003, vol.30, suppl.1, pp. 160-176 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003030100002&lng=es&nrm=iso>.

⁵² *Íbid.*

recobraron la tendencia al descenso.

¿Cómo se explica entonces la alerta que esta época se produjo sobre el problema de la desnutrición a la luz de aquellos números que, en definitiva dan cuenta de un panorama cada vez más positivo? Sabemos que la política económica del país, entre sus múltiples efectos, trajo consigo una ampliación sostenida de la brecha entre ricos y pobres y, con esto, diferencias sustanciales entre las condiciones de vida de unos y otros, de vivienda, de educación, de acceso a la salud, etc. Es por esto que, a la hora de analizar una cifra que se presenta en términos globales -como un promedio- sobre la realidad nacional se debe considerar que, en ocasiones, ésta puede no corresponder a situaciones que se observan a nivel local y que están presentes en testimonios o estudios específicos.

En el caso de La Victoria, la desnutrición infantil fue, efectivamente, un problema observable. El diagnóstico de Jaime Cornejo anteriormente citado explicaba que “de los niños controlados en el consultorio de La Feria, había un 9.8% de desnutrición en niños menores de 2 años y el mayor porcentaje lo concentraban niños de 12-23 meses”⁵³. A este resultado 'oficial' desde el consultorio, se sumaba además la cifra derivada del trabajo realizado por organizaciones de pobladores: los grupos de salud de La Victoria a través de una encuesta aplicada a toda la población en 1985 arrojaba un “27% de desnutrición en niños entre 1 y 7 años”⁵⁴. Bajo este contexto, la falta de recursos se traducía en una dieta pobre, que no lograba superar lo mínimo requerido en calorías.

Pero la pobreza y la disminución de ingresos no fue factor exclusivo para explicar la falta de alimentos al interior de los hogares: una crisis en el sector del agro con consecuencias tanto en la producción ganadera como agrícola hizo disminuir la disponibilidad de alimentos aumentando, además, su costo. Entre 1982 y 1983, la superficie sembrada de catorce cultivos considerados tradicionales⁵⁵ fue considerablemente menor. Esto sin duda tuvo un costo en términos nutricionales ya que “los cereales, papas,

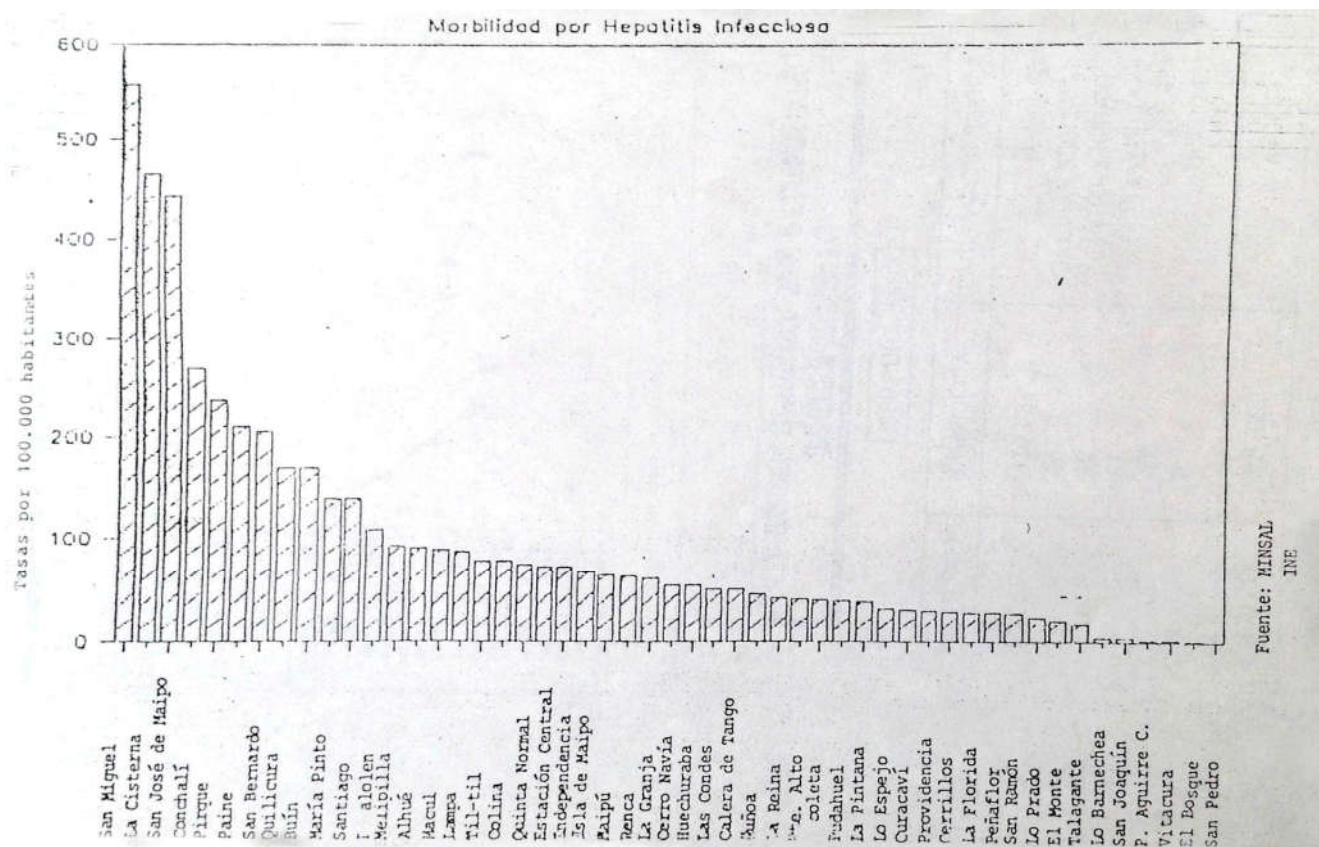
⁵³ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 92.

⁵⁴ Íbid.

⁵⁵ Estos son trigo, cebada, centeno, avena, arroz, maíz, porotos, arvejas, garbanzos, lentejas, papas, maravilla, raps y remolacha. Información en: GALLARDO Bernarda, “El redescubrimiento del carácter social del hambre: las ollas comunes” en Espacio y poder. Los pobladores, FLACSO, 1987, Santiago, p. 174.

leguminosas, aceite y azúcar aportan en conjunto el 75% de las calorías y el 51% de las proteínas de la dieta promedio de la población⁵⁶.”

Ahora bien, además de lo relacionado a la situación nutricional, otra condición que se observó fue la presencia de enfermedades transmisibles. El Centro de Estudios del Desarrollo, explica que en el caso de la hepatitis de transmisión hídrica, los más altos índices de contagio se presentaban en las comunas más pobres de la región metropolitana.



⁵⁶ Ibid.

En la lámina se observa que hacia el año 1986, San Miguel -comuna de la que, en ese período, formaba parte la población La Victoria- se encontraba primero en la lista con un promedio de alrededor de 550 casos de hepatitis por cien mil habitantes. Como su nombre lo indica, la hepatitis hídrica era causada principalmente por la contaminación del agua que se ingiere lo que, a la vez, se relacionaba directamente a los hábitos de higiene, la incorrecta manipulación de los alimentos y, también, la falta de información sobre cómo adoptar medidas preventivas.

Otras enfermedades de tipo transmisible que también son recurrentes en los testimonios de pobladores y profesionales de la salud son la sarna y la pediculosis, que llegaron a afectar de gran manera a la población. El testimonio de Ema Hernández da cuenta de aquello, cuando en un momento los grupos de salud debieron hacer frente a la situación:

*Nosotras hacíamos tratamientos de pediculosis, con tarros de lindano hacíamos tratamiento de pediculosis y sarna*⁵⁷

Así se muestra también en el testimonio del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria:

*Se han sostenido constantemente campañas hacia la población para prevenir y curar sarnas, pediculosis, curaciones, inyecciones, promoviendo las vacunas de los niños*⁵⁸

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁹ se explica que este tipo de enfermedades llamadas 'parasitosis epidérmicas' se tienden a dar en poblaciones con pocos recursos, es decir, hay una relación directa entre su propagación y la pobreza. El hacinamiento, la falta de higiene, falta de tratamiento o tratamiento inadecuado y malnutrición son algunas de las causas que explican su propagación.

⁵⁷ Entrevista a Emma Hernández.

⁵⁸ PAIVA, Manuel, Op Cit. (presentación)

⁵⁹ FELDMEIERS, Hermann y HEUKELBACH, Jorg. Parasitosis epidérmicas: un problema desatendido asociado a la pobreza . Boletín Organización Mundial de la Salud [online]. 2009, vol.87, n.2, pp. 152-159 . Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862009000200018&lng=es&nrm=iso>

Relacionado a lo anterior -la consecuente baja de defensas y los factores ambientales, como las condiciones de la vivienda- se observaban también enfermedades de tipo diarreicas. Producidas por virus, bacterias u hongos, sus efectos llevaban a la deshidratación, fiebre y vómitos, por lo que también se vinculaba a aspectos como la manipulación de los alimentos, la ingesta de agua, que ésta sea segura (hervida), etc.

Las cifras manejadas desde el consultorio nos permiten también conocer las enfermedades más recurrentes según el nivel de las consultas⁶⁰. En el caso de los niños, éstas eran las de tipo respiratorias (alrededor de un 50%) y en el caso de los adultos las de tipo respiratorias y gastrointestinales. Pero también existía un alto grado de visitas por afecciones psicológicas: la neurosis ocupaba el tercer lugar.

Si bien no existen estadísticas completas sobre la situación de salud mental en la época, “se conoce el efecto negativo del desempleo, subempleo, el hacinamiento, la inestabilidad familiar, la violencia, la destrucción de las redes de apoyo social, entre otros factores psicosociales que dañan la salud mental del individuo, la familia y la colectividad⁶¹”. Teresa Riesen cuenta lo observado en relación a los hombres:

Eran muchas veces cesantes, había mucha violencia, mucho alcohol, mucha desesperación, mucha depre...

Para Rafael Pizarro, la principal causa de neurosis era la represión y la tensión producida por la violencia y la persecución política en la época. Una situación que particularmente le llamaba la atención era la actitud adoptada por muchas pobladoras que terminaron por alejarse de la comunidad, viviendo encerradas en sus casas, desinteresadas de lo que sucedía en el exterior:

Nosotros observábamos que las mujeres estaban con niveles de neurosis muy altas, tensiones, por las represiones, los allanamientos,

⁶⁰ Información extraída de CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 92.

⁶¹ Centro de Estudios del Desarrollo (CED), Op. Cit., p. 10.

temores...

Sabemos que un rasgo característico del régimen político adoptado bajo el golpe de Estado fue el uso de la represión como forma de disuasión de organizaciones sociales y partidos políticos. El fundamento a todo esto se encontraba en la Doctrina de Seguridad Nacional que planteaba la necesidad de enfrentar la amenaza de grupos subversivos ya que el enemigo se podría encontrar dentro de la sociedad.

Como consecuencia de lo anterior, al interior de las poblaciones se vivió el cierre de los espacios de participación a través de reformas legales (leyes sindicales, control de juntas vecinales, centros de madre, etc.) y de actos represivos. Un documento de la Vicaría de la Solidaridad denunciaba lo sucedido en la Población La Victoria: “fueron detenidas 30 personas entre el 25 y el 27 de marzo de 1974 por personas vestidas de civil. Hasta la fecha se desconoce la ubicación de todas ellas”.

Reiterados son los testimonios que dan cuenta de los allanamientos, persecuciones, acusaciones y detenciones de pobladores. Alicia Cáceres, directora del jardín infantil “Nuestra señora de La Victoria” recuerda:

Me citaron a la cuarta fiscalía militar, me acusaban de hacer concientización marxista a las tías, me allanaron no sé cuántas veces.

Por su parte Lily Pérez, monitora de salud explica:

Una vez vinieron a allanar acá, revisaron las camas, pero no tanto al extremo como en otros lados, ellos parece que tenían la información de la gente que parece que era más comprometida, gente que estaba inscrita en el partido comunista, en el MIR.

Tania Núñez señala que en un momento los allanamientos fueron generalizados en la población:

Apenas lograron cerrar las calles, empezaron a meterse a hacer allanamientos selectivos y después masivos... si aquí sacaban a todos los hombres allá a Departamental que era un peladero, sacaban a los hombres y nosotras quedábamos todas encerradas en las casas.

En efecto, “fueron los marginados, los pobladores, los sujetos más reprimidos durante esta época. Este hecho está marcado por la masividad con que el Estado y sus aparatos represivos actuaron frente a todos los habitantes, a veces en forma selectiva, pero cuando más en duros allanamientos a las poblaciones marginales⁶²”. La Victoria, La Legua, La Bandera, Santa Adriana y tantas otras poblaciones se presentaban como blanco de los dispositivos represivos. Para Alexis Cortés⁶³, la violencia estatal ejercida en La Victoria respondía en gran parte a la larga historia de organización que la caracteriza, por la cantidad de militantes de izquierda y por su identificación con Allende.

Gloria Rodríguez, pobladora de La Victoria explica cómo finalmente la represión era generalizada hacia todos los habitantes de la población quienes, a su vez, se identificaban como contrarios y críticos de la dictadura:

Como la toma de terrenos fue mayoritariamente dirigida por gente de izquierda, fue guiada, conducida por el Partido Comunista y por el Partido Socialista, inmediatamente la dictadura tuvo un sesgo con nuestra población, nos acusaron a todos de comunistas. Por lo tanto, fuimos la población que más allanaron, que más reprimieron y nosotros a su vez nos declaramos abiertamente contra la dictadura⁶⁴.

Las acciones represivas fueron aumentando con el desarrollo de la protesta social.

⁶² Colectivo de Memoria Histórica Corporación José Domingo Cañas, Tortura en Poblaciones del Gran Santiago (1973-1990), Santiago, Corporación José Domingo Cañas, 2005, p. 39.

⁶³ Cortés, Alexis, La Población La Victoria: Memoria heroica e identidad barrial, Santiago, Revista Rufián, 2013, p.16 – 23.

⁶⁴ CORTÉS, Alexis. El movimiento de pobladores..., Op. Cit., p. 250.

Especialmente durante la década de los 80, cuando la postura de oposición crítica y directa a la dictadura se masificó en un contexto de crisis económica, cesantía, problemas de salud, vivienda, etc.

Ya los pobladores venían paulatinamente organizándose, denunciando, muchas veces al alero de organizaciones no gubernamentales y sectores de la iglesia católica y evangélica. Pero fue durante la década de los 80 que la presión llegó a un punto cúlmine, cuando amplios sectores de la sociedad confluyeron en las jornadas de protesta nacional: 15 en total entre los años 1983 y 1986.

En 1983 la Confederación de Trabajadores del Cobre llamaba a la primera jornada de movilización para el 11 de mayo. Aquel día obreros, pobladores, estudiantes, se volcaron a las calles contra el régimen. “Esta primera movilización contó con amplia participación de los sectores poblacionales pues el aguante de los pobladores estalló ese día; una consigna suya lo expresa bien: 'morir luchando; de hambre, ni cagando'⁶⁵”.

Las formas de manifestación eran bastante diversas⁶⁶, en el sector laboral consistía en paros, ausentismo, trabajo lento, declaraciones, marchas; en las universidades se realizaban asambleas, paros, tomas y también eran recurrentes las manifestaciones en el centro de Santiago.

En respuesta, la represión se hizo sentir inmediatamente, más fuerte y violenta que antes, con el uso de bombas lacrimógenas y balines. En las poblaciones, fuerzas uniformadas y civiles ingresaban a enfrentar a los manifestantes. Allí la protesta generalmente se iniciaba al caer la noche, siendo el “encendido de barricadas, el caceroleo, el grito de consignas, los miguelitos barridos por las calles, las zanjas y los numerosos cortes de luz⁶⁷”, las principales formas de lucha de los pobladores.

⁶⁵ IGLESIAS, Mónica, Rompiendo el cerco. El movimiento de pobladores contra la dictadura, Santiago, Radio Universidad de Chile Ediciones, 2011, p. 228.

⁶⁶ DE LA MAZA, Gonzalo y Mario Garcés, La explosión de las mayorías. Protesta Nacional 1983- 1984, Santiago, ECO, 1985, p. 29.

⁶⁷ GARCÉS, Antonia, Los rostros de la protesta. Actores sociales y políticos de las jornadas de protesta contra la dictadura militar (1983-1986), Tesis para obtener el grado de Licenciada en Historia, USACH, Facultad de Humanidades, Santiago, 2011, p. 106

El Mercurio publicaba el 21 de mayo de 1983: “una serie de denuncias por supuestos malos tratos de parte de efectivos encargados del operativo de persecución delictual efectuado el día 14 de mayo en la población La Victoria, denunciaron ayer los pobladores de ese sector. Las personas que se identificaron como representantes de organizaciones poblacionales de La Victoria ofrecieron una conferencia de prensa en la parroquia de la población a cargo del religioso francés Pierre Dubois”.

La violencia en los enfrentamientos tuvo graves consecuencias en la salud de las personas y, pronto, la situación fue llamando la atención de instituciones como la Vicaría de la Solidaridad y diversos organismos de derechos humanos. Ellos denunciaban una “verdadera emergencia médica, comparable a lo que se observa en catástrofes naturales o en estados de guerra declarada”, agregando que “la gravedad del problema médico tiene directa relación con la brutalidad del sadismo que ha caracterizado la actuación de las FF.AA. y de Orden durante las protestas y en los días posteriores a ellas”.

Dimensionar la gravedad de la situación en términos de salud no era posible si sólo se tomaba en cuenta la cantidad de pacientes que llegaban a las áreas de urgencia de hospitales y centros médicos, ya que, en la realidad, muchos se abstendían de asistir por temor a ser detenidos.

Es por esto que la Vicaría de la Solidaridad se ocupó de, en lo posible, llevar registro sobre los efectos en la salud a raíz de la represión en protestas y allanamientos. Las siguientes cifras, correspondientes a los meses de mayo a noviembre de 1983, dan cuenta de la emergencia:

- Contusiones múltiples, generalizadas en el cuerpo a consecuencia de brutales golpizas con objetos contundentes (palos, lumas, culatas, arma de fuego, etc): 593 casos.
- Heridas en diversas regiones del cuerpo provocadas por golpes con objetos contundentes: 160 casos.

- Traumatismo encéfalo craneanos provocados por golpes en la región cefálica: 68 casos.
- Heridas a balas en diversas regiones del cuerpo: 61 casos.
- Heridas en diversas regiones del cuerpo provocados por proyectiles de acero (perdigones): 40 casos.
- Fracturas a consecuencia de los golpes: clavícula, extremidades superiores e inferiores, costados: 25 casos.
- Tratos crueles, inhumanos y degradantes (Tortura) con electricidad, golpes repetitivos en plantas de los pies: personas desnudadas y lanzadas a las calles: 38 casos.
- Quemaduras en diversas regiones del cuerpo, manos, glúteos, etc. a consecuencia de haber sido obligados a apagar el fuego con el cuerpo: 8 casos.
- Heridas con arma cortopunzante: 7 casos.
- Heridas por mordedura de perro policial: 5 casos.
- Pérdida de globo ocular por proyectil (balines de acero): 3 casos.
- Contusión renal: 1 caso.
- Ruptura del tímpano: 1 caso”

Al momento de la protesta, La Victoria se convertía en un foco de violencia, humo y estruendos, mientras las poblaciones de los alrededores seguían en su cotidianidad. Así lo vivía Tania Núñez, para ella el enfrentamiento entre los pobladores y la fuerza policial se vivía como una guerra:

... para nosotros el día de la protesta era una guerra. Y era tan terrible que de Avenida La Feria para allá, por La Marina, la gente andaba comprando el pan con su cartera, los niños jugando en la calle, el auto circulaba y aquí humo, balazos, balines, todos corríamos, bombas lacrimógenas y atravesabas la calle y era otro mundo, era como que esto era una película de guerra y de allá todos miraban para acá.

Como señalábamos, las repercusiones en la salud de los pobladores participantes de las protestas fueron múltiples, entre fracturas, heridas de balines, traumatismos, contusiones. A veces la situación se tornaba incluso más grave.

... Por ejemplo un niño que le desgarraron los cabellos... Había otro caballero de aquí que era de la otra cuadra, le pegaron tanto que tuvieron que llevarlo y después el caballero falleció. Entonces había casos muy extremos si se puede decir⁶⁸.

La violencia en la protesta era mutua, aunque no se ejercía desde ambas partes con la misma intensidad. Lo que sí queda claro es que el problema de los heridos terminó por alertar a los mismos pobladores y la necesidad por atender la emergencia se convirtió en otra forma de resistencia y organización, situación que trataremos en los próximos capítulos.

Como vimos, la acumulación de daños en la salud de los pobladores fue resultado de la interacción de múltiples factores como la situación económica, las condiciones sociales, los hábitos cotidianos y la represión vivida durante la época. Tal señalan los médicos Ana María Kaempfer y Ernesto Medina corresponde a “las condiciones sociales y culturales que englobamos en la expresión nivel de vida y cuyos principales componentes vinculados a la salud son la nutrición, el saneamiento ambiental y, finalmente, la cobertura y eficiencia de los sistemas de atención de salud⁶⁹”.

A continuación nos enfocaremos en este último punto, un factor decisivo y que está en directa relación con las políticas adoptadas durante la dictadura militar en lo que se refiera a economía y beneficios sociales. Revisaremos la manera en que el Estado se planteó frente a los problemas de salud de la época, los cambios implementados sobre la política de salud y su impacto en la población.

⁶⁸ Entrevista a Lily Pérez.

⁶⁹ KAEMPFER, Ana María y Medina, Ernesto, La Salud Infantil en Chile durante la Década del Setenta, Revista Chilena de Pediatría Vol. 53 N° 5 p. 474- 475.

1.2 Acción del Estado: cambios en la Política de Salud durante la dictadura militar

La política de salud adoptada en dictadura estuvo en directa concordancia con el modelo económico implantado: múltiples cambios se fueron realizando en el sector, incluyendo medidas que progresivamente llevaron a la privatización. El anterior Estado asistencial en Chile que, en términos de salud se presentaba como protector y principal responsable de las necesidades y carencias del pueblo, pasó a definirse como “subsidiario”, es decir, que “subsidia o se hace cargo momentáneamente de aquellas actividades que el sector privado no asume por poco rentables, riesgosas o por requerir de una inversión cuyo plazo de retorno no aparece conveniente al interés del capital privado⁷⁰”. En la práctica, esto significó una drástica reducción de la acción del Estado y la transferencia de funciones al sector privado. Las políticas llevadas a cabo desde el gobierno tendían a centrarse sólo en algunos sectores y aspectos de la sociedad -extrema pobreza, situación madre-hijo, nutrición-.

La salud vista desde este punto se convirtió en un elemento más dentro de la economía de libre mercado, en donde, aspectos tan importantes como la atención médica pasaron a estar regulados por el libre juego entre oferta y demanda. Ya desde los primeros años, la dictadura militar dejó plasmados en una serie de documentos⁷¹ los principales lineamientos de su política en relación a la salud. En ellos se puede observar claramente la perspectiva de libre mercado. Algunas afirmaciones señalan que “todos deben tener acceso libre e igualitario a las acciones que procura la salud”, que “todos deben concurrir a financiar estas acciones en una medida proporcional a sus ingresos”, que “a la entrega de las acciones deben concurrir sectores públicos, privados y mixtos” y que “debe haber libertad de elegir un sistema de los que se ofrecen⁷²”. Privatización, acceso a la atención médica en función de los ingresos de cada paciente -¿libre acceso?- y, por lo tanto, desigualdad en el acceso, son algunas de las ideas que se desprenden.

⁷⁰ GALLARDO Bernarda, Op. Cit., p. 176.

⁷¹ Declaración de Principios del Gobierno de Chile, actas constitucionales, directivas del Presidente de la República al Ministro de Salud, orientaciones presidenciales al Ministerio de Salud.

⁷² Vicaría de la Solidaridad, Departamento de Zonas, Las repercusiones de la política económica en la política de salud y en la salud de la población infantil, Documento ubicado en el Archivo de la Vicaría de la Solidaridad, N° 001948.

Pero la puesta en marcha de políticas para la realización de los cambios que se estimaban necesarios no fue fácil. Tampoco se hizo inmediatamente. Tal como señala el doctor Jorge Jiménez, la reforma se inició recién hacia principios de la década de los 80: “hubo 7 años de resistencia interna, incluso de participantes del mismo gobierno⁷³”.

El debate se dio entre sectores de la opinión pública y profesionales de la salud en torno a si ésta debía ser considerada como un bien de mercado o como un servicio hacia toda la población. Muchos terminaron reclamando por parte del Estado “un rol activo para satisfacer las demandas de Salud de la mayoría de la población⁷⁴”, pero no hubo una incidencia real. Es más, en ese momento, “toda opinión del Colegio Médico [era] considerada por las autoridades como una indebida injerencia política⁷⁵”.

Así es como, la aplicación de los principios neoliberales se llevó a cabo a casi 7 años del inicio de la dictadura, en una etapa que algunos autores denominan “«neoliberalismo radical» o «neoliberalismo global» [donde] se buscó extender la lógica privatizadora y liberalizante a otras esferas del quehacer social, como las relaciones laborales, la previsión, la educación y la salud⁷⁶”.

En 1979 el Decreto Ley N°2763 establecía la fusión del Servicio Nacional de Salud (SNS) con el, hasta entonces, Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena). A su vez se intentó llevar a cabo la descentralización administrativa del SNS con la creación de un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que sumaba en total 26 servicios a lo largo de todo el país. Regionalizar, descentralizar y delegar funciones, estos eran los objetivos propuestos.

Mientras, las críticas salían a la luz. Para el doctor Jorge Jiménez, las acciones de regionalización y descentralización no hicieron más eficiente la gestión en salud, ya que, un sistema ordenado en niveles -primario, secundario, terciario- exigía mantener un grado de

⁷³ JIMÉNEZ, Jorge, Hacia una salud moderna y solidaria, Revista de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 58, 1990, p. 97.

⁷⁴ GOIC, Alejandro, Salud: ¿Qué pasa en Chile?, Revista Mensaje 347, Marzo-Abril 1986, p. 89.

⁷⁵ Íbid.

⁷⁶ SALAZAR, Gabriel y Julio Pinto, Op. Cit., p. 49.

fluidez y diálogo. Al contrario, en palabras del mismo médico, el resultado no fue una descentralización sino una desarticulación administrativa⁷⁷.

Por su parte, el doctor Alejandro Goic señalaba que la llamada descentralización del SNS quedó sólo en la teoría. En la práctica, la administración de la institución fue absorbida por el Ministerio de Salud por lo que quedó más centralizado que antes y, peor aún, a merced del poder político. A la vez, los resultantes 26 servicios de salud, sin poder de decisión y con directores asignados por el gobierno se convirtieron en organismos desfinanciados y desabastecidos⁷⁸.

Como vemos, los posibles efectos de la desarticulación del SNS ya habían alarmado a los profesionales de la salud y también al Colegio Médico⁷⁹ quienes hicieron públicas sus preocupaciones: preveían el fin de la planificación nacional de salud, disminución de la promoción y prevención en salud, incremento de los costos en salud, deterioro en la ética de la medicina, entre otros puntos.

Sin embargo, las transformaciones ya se habían iniciado y durante los años siguientes continuaron. En el año 1981 se estableció la cotización obligatoria del 4%⁸⁰, monto asumido por los trabajadores y descontados de sus salarios para financiar beneficios de salud y pensiones. Así, el trabajador, paciente o usuario comenzaba a hacerse cargo económicamente de los costos en salud⁸¹ justificado bajo la idea antes señalada: “todos deben concurrir a financiar estas acciones en una medida proporcional a sus ingresos”.

Otra situación no menos importante en la época fue la municipalización de la atención primaria en salud. Mediante una serie de decretos⁸² se establece el traspaso de servicios (salud y también educación) desde el sector público a las municipalidades. Éstas

⁷⁷ JIMÉNEZ, Jorge, Op. Cit., p. 98.

⁷⁸ GOIC, Alejandro, Op. Cit., p. 90.

⁷⁹ ILLANES, María Angélica, Op. Cit., p. 507- 508.

⁸⁰ Decreto Ley N° 3501.

⁸¹ El monto aportado por los trabajadores fue aumentando progresivamente. En 1986 llegó a un 7%.

⁸² DFL 1-3063 DL 3477/352.

tomaron responsabilidad sobre los consultorios y otras unidades de atención a nivel primario encargadas del diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación en las comunidades, debiendo estar en concordancia con los planes y programas establecidos por el Ministerio de Salud, brindando una atención de calidad y manteniendo un suministro de medicamentos adecuado. A la vez, los diversos servicios de salud debían evaluar y controlar esta labor desempeñada a nivel local.

Sin embargo, en la práctica una serie de problemas se desprendieron de esta gran transformación sobre la atención primaria. Cada uno de los municipios, individualmente, debió gestionar y asignar presupuestos al sector salud por lo que se generaron diferencias significativas entre las realidades vividas en cada zona. Esto porque cada municipio no contaba con la misma cantidad de recursos: la realidad demostraba que, tal como sucede hasta el día de hoy, hay comunas más pobres que otras y eso, inevitablemente, tiene efecto en la administración y asignación de recursos de cada municipalidad.

Otra crítica hecha sobre la municipalización de la salud es que ésta -tal y como ha resultado con otras políticas aplicadas en dictadura- responde al concepto de “pueblo-objeto”, es decir, a la lógica neoliberal en que la sociedad y, en este caso, sus necesidades en salud, se consideran un factor de “costo social” dentro del mercado más que un derecho al que todos pueden acceder. Sobre esto, señala Illanes, “la salud municipal actúa verticalmente, prestando la asistencialidad mínima propiamente requerida⁸³”. Esto, a la vez, generó dificultades a la hora de cumplir programas de salud y su nivel de cobertura en el ámbito local. Por ejemplo, en el caso de los programas sobre nutrición el doctor Jorge Jiménez señalaba: “es sabido que por decisión del actual gobierno se dejó fuera de los programas de alimentación complementaria (Plan de Leche) del SNS al escolar y al adolescente, para concentrarse en el niño menor de seis años⁸⁴”.

Por otra parte, los profesionales de la salud también se vieron perjudicados porque

⁸³ ILLANES, María Angélica, Op. Cit., p. 512.

⁸⁴ JIMÉNEZ, Jorge, Desnutrición infantil: problema siempre presente, Revista Mensaje N° 276, 1979, p. 60

perdieron su calidad de funcionarios públicos. Además, en términos administrativos muchas veces, aparte de la necesidad de recursos, faltaba capacidad de gestión y se presentaban problemas como la desorganización de registros de información sobre los pacientes o se vivían graves congestionamientos en la atención a la comunidad. Se carecía de una real coordinación tanto en términos técnicos como administrativos entre las municipalidades, los servicios de salud y el ministerio.

Siguiendo con las transformaciones sobre el sistema de salud, en el año 1981 el DFL 3⁸⁵ crea las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Éstas, según queda señalado en dicho Decreto, “sustituirán en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y al Fondo Nacional en Salud”. Se constituyen como organismos privados con fines de lucro que operan en el ámbito financiero a través de la transacción de planes de salud. Los trabajadores, voluntariamente, podían optar por un plan específico, ofrecido por alguna de estas instituciones, a través del pago de cotizaciones establecido en un contrato. Y, además, según sea el caso, los cotizantes podrían realizar pagos adicionales.

El DFL 3 fijó la posibilidad de acceder a la atención en salud a manos de privados y según la capacidad monetaria de quienes decidan cotizar en este tipo de instituciones. Lo que en lo concreto se produjo, fue el inicio de una profunda e indiscutible desigualdad sanitaria. La dictadura terminó por negar el derecho fundamental a una salud gratuita e igualitaria para todos, transformándolo en el “derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse”. Es más, el gobierno dictatorial creó las condiciones necesarias para impulsar la “industria de la salud” y hacerla crecer exponencialmente: “el número de Isapre pasó de 6 en 1981 a 23 en 1989, abarcando al 21% de la población⁸⁶”. Esto se hizo posible a través de una serie de incentivos hacia el ámbito privado como fue la “exención de pagar el auxilio maternidad, que se mantuvo a cargo del Estado⁸⁷.”

⁸⁵ <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3570>

⁸⁶ LABRA, María Eliana, La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Cad. Saúde Pública, 18 (4): 1041-1052, jul-ago. 2002, p. 1046.

⁸⁷ Ibid.

En 1985, la Ley 18.469, Nueva Ley de Salud, presentó las alternativas de atención en salud: atención institucional y libre elección. La atención institucional se definió como la entregada por las instituciones públicas -hospitales, consultorios- y, por su parte, la libre elección, como la atención ofrecida por instituciones de salud privada que mantienen acuerdos con el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este servicio sería pagado por medio de un Bono de Atención y, como indica su nombre, el paciente tendría la libertad de elegir el profesional o establecimiento donde atenderse. También se estipuló que las personas afiliadas a FONASA debían contribuir al financiamiento de la prestación en proporción a sus niveles de ingreso, clasificados en grupos: (A) personas indigentes o carentes de recursos, (B) personas con ingreso mensual no superior al mínimo aplicado a trabajadores de entre 18 y 65 años, (C) personas con ingreso mensual superior al mínimo aplicado a trabajadores de entre 18 y 65 años, (D) personas cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicado a trabajadores entre 18 y 65 años de edad y siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos.

Queda establecida, de esta manera, la estratificación del acceso a la atención médica: las personas con mayores recursos podrían comprar los paquetes de seguros ofrecidos por la ISAPRE a elección y el resto quedaría dividido entre el régimen de libre elección de FONASA y quienes son atendidos en los servicios públicos gratuitamente por no contar con ingresos o por ser estos muy bajos.

A todas estas transformaciones se agregó una fuerte disminución de la inversión en salud por parte del Estado mientras, paulatinamente, los trabajadores pasaron a asumir la mayor parte del costo de los servicios de salud -eliminándose además el aporte de los empleadores-, aumentándose sus cotizaciones previsionales y debiendo asumir el copago de las atenciones.

Del total de aportes que suman el presupuesto del sector salud, “el aporte del Estado

disminuyó de 60% en 1974 a solo un 17.3% en 1989, mientras que el aporte del usuario⁸⁸ se elevó de un 20 a sobre el 80% en ese periodo, reduciéndose a casi cero el aporte del empleador⁸⁹”. Y si se observa cómo se distribuyen los aportes sólo en el sector público, se concluye que “el Estado ha ido reduciendo aceleradamente su aporte, obedeciendo al papel subsidiario que se le asigna. En 1989, el 61,8% del financiamiento de gasto público en salud corresponde al aporte del usuario⁹⁰” (sumando la cotización previsional y el copago a la prestación).

La disminución de la inversión en salud pública pronto se hizo notar en centros asistenciales, en los edificios, en la falta de insumos y en la situación de los trabajadores de la salud: en los hospitales la “falta de recursos y el abandono estatal se va a manifestar, silenciosa y endémicamente, en sus muros descascarados, en el frío siberiano de sus corredores y sus salas, en la ausencia de material quirúrgico, en la falta de toda clase de implementos domésticos y de medicamentos⁹¹”. La escasez de recursos provocó el deterioro de los equipos necesarios y, además, al no existir una política clara de reposición de los insumos requeridos, la atención tendió a volverse cada vez más ineficiente.

“-En el Instituto Traumatológico se trabaja con un aparato de Rx [rayos x] de 1938, por ello hay que repetir las placas varias veces.

-En el Hospital de Valdivia se redujo la capacidad de una sala de medicina de 24 a 14 camas: falta de fondos y personal⁹²”.

Los trabajadores de la salud pública se vieron sobrecargados de trabajo, faltos de implementos para desempeñar su labor y con menos remuneraciones. Como efecto hubo una reducción de personal: la carencia de recursos para contratar médicos dejó a bastantes profesionales recién titulados sin contrato y, como consecuencia de esto, se evidenció una fuga de médicos hacia el sector privado. Miembros del Colegio Médico señalaban “estamos llegando al nivel que hay gente del empleo mínimo en establecimientos hospitalarios,

⁸⁸ Sumando los subsistemas público y privado.

⁸⁹ Centro de Estudios del Desarrollo (CED), Op. Cit., p. 15.

⁹⁰ Íbid., p. 16.

⁹¹ ILLANES, María Angélica, Op. Cit., p. 506.

⁹² CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 4.

felizmente, la mayoría de ellos en tareas de servicio, pero algunos en funciones de auxiliares, como Colegio nos oponemos a ello⁹³”.

Por otro lado, muchos cotizantes, teniendo mayores ingresos, optaron por el sistema privado afiliándose a una ISAPRE, lo que también constituyó una causa de la disminución de recursos en el subsistema público. Las diferencias entre los sectores público y privado daban cuenta del nivel de desigualdad existente. Por ejemplo, “a un beneficiario del subsistema ISAPRES le corresponde un per cápita 6.5 veces superior al que le corresponde a un beneficiario del subsistema público⁹⁴” (87900 pesos frente a 13700 pesos por habitante). El subsistema ISAPRE, teniendo mayores recursos, atiende a un número menor de población mientras que el subsistema público, con menos recursos, atendía a un mayor número de población. Una situación inversamente proporcional que muestra las contradicciones de un sistema implantado por un gobierno que no se encargó de aplicar una política redistributiva para garantizar el derecho a la salud o el acceso a las atenciones de forma igualitaria, al contrario, trabajó por conjugar todos los elementos necesarios para hacer posible la mercantilización de la salud.

Los cambios realizados al sector salud terminaron por modificar sustancialmente su sistema de financiamiento. La idea de dotar al Estado de un rol subsidiario favoreciendo el traspaso de la salud al mercado tuvo diversos efectos en la población, en relación a la atención y cobertura de programas. El Centro de Estudios para el Desarrollo explicaba, por ejemplo, que el número de vacunas colocadas disminuyó así como también el de camas hospitalarias disponibles, que pasaron de 3.8 en 1974 a 3.4 en el año 1988.

Los programas de salud planeados por el gobierno, a primera vista, abarcaban todos los grupos de atención: madre y niño, adultos, medioambiente, prevención, fomento, pero el problema estaba en la efectiva llegada de estos programas a la realidad de la población. En el Consultorio La Feria de la población La Victoria “el programa de alimentación complementaria había sido cubierto en un 62.5%, muy por debajo de lo programado por el

⁹³ Íbid.

⁹⁴ Centro de Estudios del Desarrollo (CED), Op. Cit., p. 17.

consultorio, tanto en niños como en embarazadas⁹⁵”. Además, este tipo de programas se enfocaban sólo en el problema y en la necesidad de revertir las preocupantes cifras de desnutrición y no en las posibles causas que la provocaron: condiciones de vida, cesantía, educación, etc.

Paulatinamente, tanto organizaciones sociales como pobladores y otros sectores de la sociedad al tanto de los cambios y problemas evidenciados en salud, presentaron sus opiniones y cuestionamientos. El 9 de abril de 1986 se dio a conocer un comunicado a la opinión pública, redactado con participación de las monitoras de salud de La Victoria que decía:

*En nuestros sectores, la atención se limita sólo a un mero diagnóstico sin un tratamiento efectivo y oportuno. Sufrimos la falta de medicamentos, materiales de primeros auxilios, falta de implementos mínimos para el buen funcionamiento de Hospitales y Policlínicos Periféricos...*⁹⁶

En el Tercer Encuentro Diálogo sobre Participación Popular en Salud en 1989 se hacía notar que:

El nivel primario⁹⁷ está absolutamente abandonado, siendo los más perjudicados los sectores marginales. De este sector los niños y las mujeres han sufrido diversas formas de postergación⁹⁸

La crítica también se enfocaba en la atención y acceso a la salud, el hecho mismo de tener que pagar por la consulta médica y la “exigencia cada vez mayor de documentación que pruebe que se es beneficiario, la tramitación burocrática para que se determine la calidad de indigente de la persona, trato inadecuado o mal trato, rechazo y/o atención

⁹⁵ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 92.

⁹⁶ Íbid.

⁹⁷ Atención realizada en consultorios.

⁹⁸ Tercer encuentro diálogo “Participación popular en salud”, Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, Cisme, Getep-Arcilla y EPES, 1989, material ubicado en el archivo de EPES, código 002.04 DOC 019, participación salud C.1, p. 6

diferida⁹⁹,

La situación, tanto en salud primaria como en los niveles superiores de atención¹⁰⁰, era percibida, en mayor medida, por los sectores más afectados de la población, aquellos que debieron convivir directamente con los múltiples cambios aplicados.

El sector hospitalario público, que cubre el 80% de la atención secundaria y terciaria del país, se ve enfrentado a una severa crisis provocada por la disminución del gasto estatal. Existe un claro deterioro de la atención de salud hospitalaria para los sectores medios y pobres de la población.

Hay desabastecimiento de insumos, retraso tecnológico, malas condiciones de atención a los pacientes y de trabajo para sus profesionales y empleados¹⁰¹

El diagnóstico también era compartido por los trabajadores de la salud, la Federación Nacional de Sindicatos de la Salud Privada (FENASSAP) en 1989 declaraba:

Nuestra práctica diaria nos demuestra que se aprecia un daño progresivo en la salud de la población, frente al cual se dispone de escaso número de establecimientos y en ellos hay un déficit de recursos humanos, materiales y financieros. El recurso humano ha sido desvalorizado, incluso en lo que se refiere a capacitación y perfeccionamiento. El sistema otorga cobertura insuficiente a la población, a la cual además estratifica y discrimina económicamente¹⁰².

La disminución del presupuesto en salud pública y la delegación a instituciones

⁹⁹ Vicaría de la Solidaridad, Departamento de Zonas, Las repercusiones..., Op. Cit., p. 2.

¹⁰⁰ Atenciones de mediana y alta complejidad.

¹⁰¹ Tercer encuentro diálogo "Participación popular en salud", Op. Cit., p. 49.

¹⁰² Íbid., p. 6

privadas de un importante espacio en materia de atención en salud marcó un importante grado de desigualdad en salud, existente hasta el día de hoy. A partir de aquel momento el paciente -convertido en cliente- debió hacerse cargo, según su nivel ingreso, del tipo y calidad de la atención médica recibida, es decir, a más recursos, mejores edificios, mejores implementos, más médicos.

La lógica neoliberal aplicada a las reformas realizadas en salud planteaba el principio de “la inequidad como un fenómeno “natural” que solamente la libre competencia mercantil y el esfuerzo individual podrían corregir¹⁰³”. Sin embargo, en los sectores más afectados, esta idea no era tan simple de aplicar. Así sucedía en las poblaciones y sectores populares donde, además, se vivía el problema de la falta de trabajo, el aumento de allegados y la represión y persecución policial.

Ante tal situación, muchas comunidades, en sus respectivos espacios locales y, conscientes de las necesidades presentes en salud, iniciaron acciones solidarias destinadas a paliar las carencias que el sistema no era capaz de resolver.

¹⁰³ LABRA, María Eliana, Op. Cit., p. 1045.

Capítulo II: Emergencia de los grupos de salud en los años 80

*“Pero ahora nos sobreponemos
a tanto dolor y maldad
pues juntas trabajaremos
entregando lo que sabemos
ya sea aquí o allá
para los hijos que vienen
dar una vida mejor
todo lo lograremos
si lo hacemos con amor”¹⁰⁴”*

El golpe de Estado impactó violentamente la vida social y el trabajo comunitario desarrollado en las poblaciones. Rápidamente, la represión se instaló en las calles bajo un clima de tensión y miedo, mientras diversas formas de organización comunitaria desarrolladas hasta el momento eran intervenidas, borrándose prácticamente todo rastro de participación autónoma. Así lo explicaba una dirigente poblacional:

Hubo un tiempo en que las organizaciones que surgían no morían y se podían mantener y podían mantener su autonomía conducidas o no por partidos políticos, eso se perdió en el camino de la represión donde se desarticuló el movimiento popular, murieron montones de dirigentes, se cuestionó a los partidos políticos, se tenía como muy feo participar, como dicen las chiquillas era clandestino tener reuniones, también eso influyó en la gente¹⁰⁵.

La fuerza militar ingresaba con violencia en calles y pasajes, registrando hogares en busca de cualquier indicio de disidencia al régimen. Especial impacto tuvieron estas

104

Extracto de un poema de una pobladora de Lo Valledor, en Segundo encuentro diálogo “Participación popular en salud”, Op. Cit., 31.

¹⁰⁵ Testimonio expresado en el marco del Segundo Encuentro sobre Participación Popular en Salud, Íbid, p. 50.

acciones en dirigentes comunitarios y personas vinculadas a la Unidad Popular, muchas de ellas detenidas e incluso desaparecidas hasta la actualidad.

Los campamentos y poblaciones que se habían destacado por su organización y combatividad son allanados por fuerzas militares¹⁰⁶.

Sumado a la represión física, a través de la aplicación de una serie de decretos leyes y otras disposiciones, se logró restringir la participación en el ámbito local. El 22 de septiembre de 1973, por medio del Decreto N°25, se declaraba que todos los alcaldes cesaban en sus funciones: éstos pasaban a ser designados por la junta militar¹⁰⁷ por lo que muchos terminaron siendo “uniformados o individuos vinculados a la derecha golpista¹⁰⁸”.

El control político a nivel territorial se dirigió, de igual forma, sobre las organizaciones comunitarias: si bien la Ley N°16.880 -que las reconocía e incluso las dotaba de personalidad jurídica- no se derogó, se le aplicaron una serie de modificaciones tendientes a reducir toda posibilidad de acción autónoma o reivindicación de derechos. Entre los Decreto-Ley más importantes está el DL N° 349 de marzo de 1974 que permitía solicitar la renuncia a los miembros de las directivas de las organizaciones comunitarias además de la designación de nuevos miembros 'incondicionales al régimen'. Incluso se establecía el control de las reuniones, que debían desarrollarse “conforme a las normas que sobre la materia imparta el Ministerio del Interior”.

Otros elementos restrictivos eran circulares que desde el Ministerio del Interior planteaban, por ejemplo, que era el alcalde quién debía aprobar los estatutos de las Juntas de Vecinos y también, designar la directiva de la unión comunal de Juntas de Vecinos o que al alcalde y al gobernador provincial les correspondía el control financiero de las actividades de los organismos comunitarios¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Íbid., p. 3.

¹⁰⁷ Ratificado en el Decreto Ley N° 1.289 que da forma a la Ley Orgánica de Municipios y Administración comunal, 1975.

¹⁰⁸ Colectivo de Memoria Histórica Corporación José Domingo Cañas, Op. Cit., 2005, p. 42.

¹⁰⁹ CISTERNAS, Claudia, María Paz Miquel y Vania Neculqueo, Cambios en la participación social y política después de la dictadura militar en Chile, Tesis para optar al título de trabajadora social, Santiago, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Trabajo Social, 2008, p. 146-148.

En definitiva, se trataba de una articulación de redes destinadas al control político a nivel local, un entramado que reunía a dirigentes designados, alcaldes designados y fuerzas represivas.

Tal como sucedió con la gran mayoría de las organizaciones sociales dentro de las poblaciones, la participación popular también disminuyó en el campo de la salud. Y si antes los esfuerzos se habían volcado en incluir a las comunidades en la solución de sus propios problemas de salud a través de instancias como los Comités Paritarios de Salud¹¹⁰, posteriormente la relación entre comunidad-pobladores y sistema de salud, se redujo exclusivamente a la modalidad médico-paciente, en un sentido meramente asistencial. Para Illanes el trabajo en salud que se había venido desarrollando derivó en “una salud curativa mínima, basada principalmente en la Dipirona, la Penicilina y sobre todo, en el Diazepán” además de una “política preventiva que se expresará sólo en un abúlico reparto de leche a los sectores tradicionalmente prioritarios (el binomio madre-niño) y en la distribución de vacunas¹¹¹”.

El régimen había obstaculizado la participación comunitaria, reducido la participación del Estado en políticas sociales y resguardo de derechos además de imponer un sistema económico que, de forma manifiesta en los sectores populares, tendió a agravar los índices de cesantía y pobreza: las múltiples necesidades derivadas de tales condiciones se hacían cada vez más visibles siendo algunas de las más urgentes, la salud y la alimentación.

La situación imperante presionaba a buscar soluciones, a crear espacios alternativos de trabajo en conjunto. Alternativos, porque debían ser instancias fuera de las formas de participación convencionales -ya intervenidas-, con espacio para la acción verdaderamente autónoma y en comunidad.

¹¹⁰ Véase en ILLANES, María Angélica, La medicina comunitaria y la democratización del Estado Asistencial en Op. Cit.

¹¹¹ ILLANES, María Angélica, Op. Cit., p. 509

Es así como en esta búsqueda, un papel esencial fue ocupado por la iglesia que prestó ayuda, inicialmente, en pos de satisfacer las necesidades más importantes e inmediatas de la población. En primera instancia y ante la precariedad económica, se trataba de trabajar por la sobrevivencia.

Una de las primeras respuestas a esta situación fue el desarrollo de los comedores populares. Originados por iniciativa externa más que por voluntad de los mismos pobladores, fueron producto del trabajo solidario y de corte asistencial de parroquias que, en el espacio local, se esforzaban en dar respuesta a los problemas de alimentación: “la característica central de estos comedores populares es el intentar una solución parcial a la necesidad de alimentación que experimentan algunos miembros empobrecidos de las comunidades, por medio de la entrega de un número determinado de raciones que se consumen en un recinto especialmente habilitado para este propósito¹¹²”. Se trataba de aportar, en la medida de lo posible, a la deficiente alimentación de muchos pobladores que no lograban conseguir por sus propios medios los alimentos necesarios. Así, una vez al día, generalmente en horario de almuerzo, los beneficiarios acudían a las parroquias donde se encontraban los comedores a recibir esta ayuda.

Por su parte, entre los pobladores el proceso de reorganización fue paulatino. Al principio el miedo a la represión tendía a frenar las intenciones de reunirse y hacer cosas, sin embargo, las mismas condiciones de vida empujaban a salir y buscar soluciones. Poco a poco nacieron grupos de personas que, en conjunto -a veces con ayuda externa-, empezaron a pensar de qué manera se podría hacer frente a las necesidades surgidas en la población. Como resultado, las organizaciones con carácter de sobrevivencia se diversificaron: muchos comedores populares se convirtieron en ollas comunes, se crearon bolsas de trabajo, talleres solidarios, “comprando juntos”, grupos de salud, etc.

Un ejemplo que grafica la manera en que los pobladores fueron ganando confianza y autonomía para organizarse bajo sus propias reglas y tomando sus propias decisiones fue la olla común. En sustitución de los comedores populares y, a diferencia de éstos, la olla

¹¹² HARDY, Clarisa, Op. Cit., p. 60.

común se constituyó como resultado de un trabajo mucho más participativo y organizado por parte de los pobladores: “con el tiempo, han sido las mismas instituciones de apoyo (y particularmente, la iglesia) las que han privilegiado esta forma organizativa, contribuyendo a una importante expansión del fenómeno a partir de 1982¹¹³”. El mecanismo de trabajo consistía en que los participantes, generalmente mujeres pobladoras, reunían alimentos a partir de donaciones y compras por mayor y luego cocinaban en conjunto para sus respectivas familias. Tal fue el éxito de esta forma de trabajo y tal fue el nivel de cobertura que hacia la década de los 80 más del 80% de las ollas de la región metropolitana cocinaba 5 veces por semana llegando a alcanzar un total de 500.000 raciones por mes.

El cambio desde los comedores populares a la olla común fue bastante significativo. Los pobladores pasaban de ser beneficiarios de un acto solidario a convertirse en participantes y protagonistas de una cadena de acciones destinadas a mejorar las condiciones propias: autogestión y autoservicio. Ahí, en la experiencia misma, fueron ganando confianza en sí mismos, en sus capacidades y, en un sentido amplio, en las posibles proyecciones de la organización comunitaria. Debido a esto las organizaciones que fueron surgiendo no sólo se ocupaban de la sobrevivencia económica: el reconocimiento de las capacidades propias dentro de una comunidad y la rearticulación de los lazos indicaba que además del esfuerzo por sobrevivir económicamente al ocuparse del desempleo, la alimentación o la salud, también se estaba haciendo frente a la necesidad de participar y organizarse. En este sentido, algunos autores hablan de una sobrevivencia social “en una situación marcada por el desempleo, a la vez que por el bloqueo de los mecanismos históricos de participación¹¹⁴.”

Sobre la salud en la época, ya nos hemos referido a la particular situación en que ésta se encontraba a nivel local, en las poblaciones. Pobreza, represión y la transformación del sistema de salud público fueron los principales factores que llevaron a su deterioro. Además, los obstáculos para la organización hicieron, en un principio, bastante difícil la coordinación de acciones para mejorarla.

¹¹³ Íbid., 62.

¹¹⁴ CAMPERO, Guillermo, Organizaciones de pobladores bajo el Régimen Militar, Santiago, Ediciones Sur, 1987, p. 89.

Pero tal como sucedió con el resto de las organizaciones comunitarias, pronto empezaron a surgir formas de participación popular que, en el ámbito de la salud, fueron desafiando múltiples obstáculos, comenzaban a cuestionar la labor del Estado y la forma en que éste se hacía cargo -o no- de los problemas de salud. También comenzaban a buscar soluciones en aspectos urgentes como eran la represión, la alimentación y ciertas enfermedades recurrentes.

Inicialmente, tal como sucedió con los comedores populares, la iglesia católica desarrolló instancias para el cuidado y tratamiento de “sectores vulnerados por la política represiva del régimen o de grupos marginados del S.N.S. por su condición de cesantes o incapacitados¹¹⁵”. Se llamaron policlínicos y fueron la antesala de lo que pronto vendría: el paso desde lo asistencial a lo propiamente participativo.

Salud popular, salud comunitaria, salud alternativa, la participación comunitaria en salud tomó diferentes nombres. En el fondo se trataba de la ampliación del trabajo asistencial que algunas instituciones u organizaciones externas llevaban a cabo sobre los pobladores, hacia la inclusión de esos mismos pobladores en aquella labor a través de la entrega de conocimientos y una serie de herramientas para el desarrollo comunitario, para la educación, la prevención, la promoción.

De forma gradual, la acción popular en salud se fue insertando en el movimiento de pobladores y se mezcló con otras acciones sociales y de sobrevivencia. La forma más generalizada en que ésta se presentó fueron los grupos de salud poblacionales, que nacieron, en gran medida, gracias a instituciones externas que aceptaron colaborar en la rearticulación de las organizaciones a nivel local. La ayuda que estas agrupaciones prestaban facilitaba en gran medida el trabajo poblacional. Prueba de ello es que, en ese entonces, gran parte de las organizaciones comunitarias contaban con algún grado de apoyo: la iglesia católica, la iglesia evangélica y diversos organismos sin fines de lucro otorgaban recursos y ayuda en las formas de trabajo y organización tanto en lo asistencial y

¹¹⁵ ILLANES, María Angélica, Op. Cit., p. 510.

productivo como en lo reivindicativo.

El apoyo que estas instituciones ofrecían a las comunidades generalmente abarcaba múltiples aspectos de la vida en la población: problemas vinculados al desempleo, la vivienda o la represión, entre muchos otros. Particularmente en relación a la salud, estos organismos generalmente mantenían entre sus participantes a profesionales constituidos en un equipo con conocimientos técnicos que ingresaba a las poblaciones a capacitar a quienes posteriormente se convertirían en monitores de salud. El objetivo de este proceso se cumplía cuando posteriormente los monitores, dotados de diversas herramientas para la enseñanza e integrados en los grupos de salud, entregaban los conocimientos aprendidos al resto de los pobladores.

El año 1983 marcó el crecimiento y expansión de esta modalidad de trabajo. Los grupos de salud proliferaron en un período en que el movimiento social cobró fuerza y visibilidad a través de diversas acciones de lucha contra el régimen. Muchos grupos nacieron en respuesta a la emergencia misma de la represión a raíz de las jornadas de protesta, convirtiéndose en uno de sus pilares de apoyo. Desde aquel momento “la organización en salud va de la mano con otras organizaciones territoriales que apoyan la expresión de las demandas populares¹¹⁶”.

La represión fue una de las razones por las que, en el periodo de formación de los grupos, las capacitaciones a los pobladores/monitores de salud se iniciaron con un curso de primeros auxilios. En algunos casos eran los mismos organismos de apoyo quienes planteaban a la comunidad organizada la posibilidad de formar a pobladores interesados en aprender sobre salud. Otras veces eran los pobladores quienes solicitaban apoyo a raíz de las necesidades percibidas por ellos mismos, como lo señalaba María, pobladora de la zona oriente de Santiago:

Nosotros como grupo cristiano buscamos ayuda para trabajar en salud, ya que veíamos las necesidades de nuestras poblaciones. Nos

¹¹⁶ ASTORGA, Ignacio, El papel de los grupos de salud. Notas para un debate, SUR, Centro de Documentación, Boletín de Información y Análisis Hechos Urbanos N°93, 1990, p. 7.

fuiamos a pedir ayuda a una institución de apoyo, donde vimos nuevas metodologías que nos ayudaron incluso a esclarecer nuestras propias conciencias, para ir en ayuda de la comunidad que nos rodea¹¹⁷.

Una marcada característica de la organización en salud es que convocaba principalmente a mujeres, en su mayoría dueñas de casa. Algunas de ellas no contaban con ninguna experiencia previa en trabajo comunitario, otras, reconocían haber participado anteriormente en comunidades cristianas y en comedores populares con el objetivo de alimentar a los hijos. Muchas, incluso, seguían manteniendo este argumento para participar en los cursos de formación de los grupos de salud: las necesidades al interior del núcleo familiar, la preocupación centrada en los niños y su estado nutricional, por ejemplo.

También se notaba cierto interés a largo plazo, al esperar “encontrar algún modo de obtener recursos poniendo inyecciones o haciendo curaciones¹¹⁸”, la esperanza de mejorar, en ellas mismas y en sus propias familias, la calidad de vida por medio de un sustento extra. Incluso se daba el caso de pobladoras que, por diversos motivos, dejaban de participar en los grupos de salud y aun así seguían ocupando los conocimientos aprendidos. Hasta el día de hoy prestan servicios de curaciones e inyecciones a sus vecinos.

La idea de participar y aprender algo nuevo significaba también la posibilidad de reconocer las capacidades propias, fuera del hogar, incluso fuera del rol de madre o de esposa y, al mismo tiempo, se abría un espacio para la crítica y el cuestionamiento de la condición general de ser mujer en ese contexto. Así lo expone Angélica, monitora de salud:

Yo me recuerdo que antiguamente, todas las mujeres estaban reprimidas, mi mamá, mi abuela, mis tías; aquí había un machismo generalizado, un machismo total [...] Ahora no, porque con todos estos años duros, la mujer ha aprendido a valorarse. En ello han ayudado las organizaciones que han ido levantando, poco a poco, en

¹¹⁷ QUINTANILLA, Rosa, Op. Cit., p. 33.

¹¹⁸ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 4.

*respuesta a sus necesidades*¹¹⁹

Sea uno u otro el motivo para participar, lo cierto es que las experiencias revisadas en lo que hasta ahora se ha escrito dan cuenta que, exceptuando algunos casos puntuales en los que se observó participación de jóvenes y campesinos, había clara mayoría femenina¹²⁰.

Sobre el trabajo propio de los grupos de salud, en periodo de pleno funcionamiento, las tareas desarrolladas eran diversas. Algunos grupos se centraban en una o dos, otros intentaban abarcarlas todas, dependía de múltiples factores como la cantidad de integrantes, los recursos disponibles o la realidad misma de la comunidad. Lo concreto era que las actividades realizadas iban desde lo asistencial hasta lo educativo, promocional e, incluso, lo reivindicativo.

En términos asistenciales, generalmente se ofrecía ayuda a la comunidad en primeros auxilios, atendiendo curaciones, poniendo inyecciones o brindando tratamientos ante problemas recurrentes como diarreas y fiebre. Algunos grupos se dedicaron casi exclusivamente a la tarea asistencial debido, como ya hemos señalado, a la urgencia de la protesta nacional, de la que generalmente resultaban pobladores heridos. Desde golpes y cortes hasta fracturas y heridas a bala, era necesario responder rápidamente y evitar el traslado a postas u hospitales por el riesgo de detención. Como regla general, el traslado se hacía sólo en casos de gravedad, cuando la situación escapaba a lo que los grupos y profesionales podían hacer.

Otro ámbito de acción importante era el trabajo realizado para enfrentar los problemas de desnutrición. A través de diversos diagnósticos que incluían entrevistas, encuestas y pesajes periódicos, las monitoras pudieron conocer la realidad alimentaria de su comunidad centrande la preocupación, en la mayoría de los casos, en la población infantil.

¹¹⁹ QUINTANILLA, Rosa, Op. Cit., p. 59.

¹²⁰ “En cuanto al número de estas organizaciones no hay información centralizada. Existe consenso en una estimación que considera que un 10 a 15% de la población urbana pobre está organizada, siendo este porcentaje mayoritariamente femenino” p.31 *Mujer popular y Estado. Informe de Investigación por Teresa Valdés, Marisa Weinstein, Marcela Díaz y Sandra Palestro, Santiago, FLACSO-Programa Chile. Serie: Estudios Sociales n° 42, 1993.*

Los grupos de salud se encontraban capacitados para llevar un registro de la evolución de los niños a la vez que aplicaban una serie de medidas para atenuar los niveles de desnutrición. La rutina consistía en la realización de evaluaciones periódicas -peso y altura- y la anotación de los resultados por cada niño tratado. Una fórmula utilizada por diversos grupos de salud para hacer frente al problema era la puesta en marcha de campañas de reparto de leche organizadas por los pobladores con donaciones gestionadas a través de las instituciones de apoyo.

Paralelo a lo asistencial, los grupos también manifestaban preocupación por la educación de los pobladores en temas de salud. Al respecto, existen experiencias en donde las monitoras se movilizaban e impulsaban campañas en toda la población para educar sobre problemas como infecciones a la piel, las llamadas enfermedades estacionales (cómo prevenir, qué hacer en caso de) o cómo llevar una alimentación saludable con los recursos disponibles (para enfrentar la situación de desnutrición).

De igual forma, se impartían talleres o capacitaciones a otras organizaciones dentro de la misma población o fuera de ella, siempre teniendo como foco los “problemas de salud frecuentes en la comunidad¹²¹”. De esta manera se ayudaba a la prevención y también a la promoción de la salud, al dotar a los pobladores de los conocimientos necesarios para un mayor control sobre su propia salud.

El proceso educativo, tanto desde los organismos de apoyo hacia los monitores de salud como desde los mismos monitores hacia el resto de la población estuvo marcado, en gran parte de las experiencias, por el método de la educación popular. En aquellas experiencias, esta metodología educativa se desarrolló a la par y fue complementando la práctica de atención primaria en salud.

La atención primaria en salud fue una estrategia recurrente adoptada -consciente o inconscientemente- por gran número de grupos. El concepto fue difundido a partir del año 1978 cuando, en la Conferencia de Alma Ata, se fijaron los principales elementos que la

¹²¹ ASTORGA, Ignacio, Op. Cit., p. 7.

definieron: hacer llegar a todos los individuos una asistencia sanitaria esencial, con plena participación de la comunidad, es decir, que cada persona y cada familia se involucre en las decisiones y procesos que influyen directamente en su propia salud. Para Marshall y Pérez esto “no se limita sólo a procurar niveles etéreos de participación, sino recalca la necesidad de crear instancias de participación en términos de planeamiento, organización, operación y control¹²².” Lo que a su vez, implicaba la necesidad de generar prácticas educativas y de formación entre la comunidad organizada.

El nexo entre atención primaria en salud y educación popular se produce en los elementos que ambas comparten, como la necesidad de unión y organización de los participantes y la importancia de generar una mirada crítica sobre la realidad y las condiciones de la comunidad donde están insertos.

Para María Rosa Cataldo y Salomón Magendzo, “la educación popular constituye una fuerte impulsora de la Atención Primaria en Salud, ya que su concepción educativa y metodológica tiende a fomentar la participación; fortalecer la organización; rescatar los valores culturales de la población; generar en suma prácticas democráticas orientadas hacia la autogestión de la población en aquellos aspectos que dicen relación con el mejoramiento de sus condiciones de vida, entre las cuales la salud ocupa un lugar importante”¹²³. La metodología de la educación popular se enmarcó dentro de las necesidades de los grupos de pobladores organizados y contribuyó en gran manera a su desarrollo.

Instancias de aprendizaje donde todas podían compartir puntos de vista, experiencias e inquietudes, en un sentido horizontal. Al respecto, Angélica, proveniente del sector sur de Santiago, explicaba:

Formamos un grupo y empezamos a funcionar en un Taller de Nutrición. [...] Nos empezó a gustar mucho por la metodología que

¹²² MARSHALL, M. Teresa y Luz María Pérez, Una lectura de experiencias de salud y educación popular en América Latina, Santiago, CEPAL, 1985, p. 6. (Texto EPES)

¹²³ CATALDO, María R., Magendzo, Salomón, Educación, Salud y Comunidad. Orientaciones metodológicas para la realización de acciones de educación en salud comunitaria, Santiago, Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación, 1992, p. 22.

*se trabajaba allí, porque realmente era una educación participativa, donde todos teníamos derecho a hablar, donde todos podíamos expresar nuestras opiniones y a la vez nos educábamos de una forma en que casi no necesitábamos hablar con los médicos, que hablan enredado sin que nadie les entienda*¹²⁴

Aprendían de la realidad propia, a partir de lo conocido por ellas mismas y de lo que, en ese momento, se tenía:

*Rescatando todo lo que sabía cada persona que participaba en nuestros talleres. Aprendimos cómo usar las cosas que están a nuestro alcance. Por ejemplo: las yerbas medicinales en pomadas, jarabes y otros. Creando diversas formas de prevención y educación en salud. Toda nuestra creatividad nace de nuestra propia necesidad, ya que no tenemos los medios y porque hoy es un lujo ir a un médico particular y comprar los remedios, menos un bono médico*¹²⁵

Tal como lo señaló Paulo Freire¹²⁶, uno de los principales exponentes de la metodología de educación popular, para transformar la realidad es necesario que los sujetos se encuentren, se comuniquen y, de esta manera, colaboren entre sí. En el proceso que incluye el diálogo y la reflexión sobre la condición propia, -en este caso, la situación de la salud- los pobladores pudieron iniciar un proceso de cambio. Al mismo tiempo, conocer críticamente la realidad les permitió empoderarse, ganar confianza en sí mismos y en la capacidad de sus organizaciones.

La educación popular, al constituirse como una disciplina en constante proceso de búsqueda y transformación, al preocuparse por las particularidades de la cultura donde se pone en práctica, al dar importancia a la coyuntura y desarrollo de los movimientos sociales, así como también al contexto político imperante, ofrece una serie de ventajas al

¹²⁴ QUINTANILLA, Rosa, Op. Cit., p. 57.

¹²⁵ Palabras de María en: Íbid., p. 33.

¹²⁶ FREIRE, Paulo, Pedagogía del oprimido, Argentina, Siglo Veintiuno Editores, 1970.

desarrollo de la atención primaria y el trabajo popular en salud¹²⁷.

Retomando lo anterior, ya mencionamos que las actividades desarrolladas por los grupos de salud se podían dar en un ámbito asistencial y educativo. Ahora bien, sumado a estos dos puntos, el campo de acción también se podía dar en lo reivindicativo. Así era cuando el grupo, consciente de su realidad, se dedicaba a denunciar los problemas de salud que aquejaban a la comunidad y volcaba sus esfuerzos en presionar sobre el consultorio, municipalidad, hospital o ministerio para exigir soluciones. También sucedía que, ante las transformaciones realizadas por la dictadura militar al sistema de salud, se evidenciaba su crisis y se reivindicaba la salud como un derecho de todos. A veces, en el camino por exigir lo que a todos les pertenecía, lograban concientizar a más miembros de la comunidad y movilizarse por la salud:

Un día la población de Malva sufrió un foco de meningitis donde fallecieron seis niños.

La tragedia, que enlutó a la comunidad, al parecer no movilizó mayormente a las autoridades: pese a esta situación y al hecho de que había cada vez más enfermos, ellos sólo se limitaron a correr con los gastos de la medicina para el dolor.

Todo empeoró tiempo después, cuando murió otro niño y los pobladores, en un acto solidario, visitaron a la familia:

“Llegamos a la casa de la familia para solidarizar con ella y ahí nos enteramos que su muerte era por la meningitis y que en el hospital “Josefina Martínez” no le dieron la atención necesaria y más encima, a la familia se le dijo que se quedara callada. Empezamos a sacar la voz y a denunciar este hecho¹²⁸”

Al conocer aquel relato, los pobladores se movilaron, reuniéndose en asamblea y sacando un comunicado. Incluso, mujeres y niños de la población llegaron hasta el Ministerio de Salud y hablaron con medios de

¹²⁷ MARSHALL. María Teresa y Luz María Pérez, Experiencias de Educación Popular y Salud en América Latina. En: Del Macetero al Potrero; CEAAL, 1985.

¹²⁸ QUINTANILLA, Rosa, Op. Cit., p. 159.

comunicación, obligando al Ministro a dar declaraciones. Sin embargo, en un comunicado, éste desestimó la posibilidad de riesgo en el hospital y señaló que se consideraría un foco sólo si el número de fallecidos superaba los treinta.

Al parecer el asunto no llegó a buen puerto, es decir, la presión de los pobladores no fue suficiente ni efectiva en aquel momento para lograr un compromiso mayor de las autoridades. Sin embargo, consideramos que esta experiencia es valiosa en tanto sirve de ejemplo para graficar una acción de denuncia y reivindicación de entre muchas impulsadas por los grupos de salud en las poblaciones.

La acción en salud envolvió, a grandes rasgos, estos tres ejes: asistencialidad, educación y reivindicación de derechos. En la práctica, ejemplos de tareas desarrolladas a menudo podían ser “la distribución de hierbas medicinales, el tratamiento de alcohólicos y drogadictos, la entrega de atención integral, la incorporación y participación de la comunidad organizada en la prevención de problemas básicos de bienestar y calidad de vida¹²⁹”.

Los grupos se movían en un ámbito más bien local, abarcando una población y, en ciertos casos, un grupo de poblaciones. En ese mismo nivel, el sistema de salud, a través de los consultorios, proporcionaba atención primaria a individuos y familias. Dado que ambas instancias se desarrollaban a un nivel similar, se ha tendido a confundir lo realizado por los grupos de salud -en el ámbito de la autogestión- y el trabajo de los consultorios -en términos asistenciales y en función de las políticas de salud emanadas desde el estado-. Es por esto que es necesario aclarar que los grupos de salud, por lo menos en los casos estudiados y en la literatura revisada, no reemplazaron a los consultorios. Su ámbito de acción transcurría en un camino diferente, más informal y subjetivo, si se quiere. Sin embargo, tomando en cuenta lo anterior, se podría afirmar que con mucho esfuerzo, algunos grupos lograban cubrir “áreas desatendidas por él [consultorio], ya sea por limitaciones

¹²⁹ PROGRAMA economía del trabajo (PET), El sistema de salud solidario (Archivo EPES) Clasificación: 002.04 Doc 001 Sist. Salud C.2., p. 93.

presupuestarias o por estar centrados mayormente en el modelo médico¹³⁰».

El trabajo realizado por los grupos de salud no sólo distaba de los consultorios en los resultados a los que llegaba: las condiciones de trabajo, la articulación interna, la relación con el entorno eran completamente distintas. Las principales diferencias se encontraban en que los grupos de salud realizaban un trabajo no remunerado, en consecuencia, mucho más lento en comparación al consultorio y además, tendían a medir su efectividad en los resultados cualitativos más que en la cantidad de personas atendidas o el tiempo ocupado en esa acción: “tanto las instituciones que desarrollan programas de salud comunitaria como las organizaciones populares se enfrentan con la realidad de una actividad que tiene sus propios ritmos, que se relaciona con procesos de maduración de personas y de grupos, de convencimiento en la capacidad de sus propias fuerzas, y de desarrollo del valor de la solidaridad más que en tiempos racionalmente definidos como eficientes¹³¹”. En un aspecto práctico, al ser una actividad voluntaria -no remunerada-, las monitoras de salud debían buscar formas de participar y, paralelamente, ser dueñas de casa, madres o desempeñar su trabajo correspondiente. En el relato de muchas se presenta en forma recurrente el gran esfuerzo que debían realizar para poder ser parte de la organización en salud y aportar al desarrollo de su comunidad.

Paralelo a lo anterior -y dando cuenta de una crítica generalizada al sistema de salud estatal- intentaban romper con la lógica vertical y jerárquica del modelo sanitario, optando por la generación de ambientes más horizontales. Así, un sentido de familiaridad e informalidad se presentaba transversalmente en las reuniones: en ciertos grupos sucedía que, luego de tratar los temas de rigor llegaba la “infaltable hora del tecito”, donde “las mujeres se ponen al día sobre sus problemas, se comentan las noticias más relevantes de la población, se informan, se ríen, se relajan¹³²”. Esta característica también se da a la hora de relacionarse con el resto de la población a través de la ayuda que se ofrece a la comunidad ya que se intenta establecer un vínculo de confianza y solidaridad mucho más profundo. Por ejemplo la atención realizada generalmente “comprende además de la prestación,

¹³⁰ ASTORGA, Ignacio, Op. Cit., p. 7.

¹³¹ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 1.

¹³² *Ibid.*, p. 5.

orientación frente al problema, consuelo y conciencia de derechos¹³³»

Debido a su carácter horizontal, voluntario e informal y también porque se mantuvo la preocupación en los cambios cualitativos más que en las cifras, es que la autogestión en salud tomó rápidamente un camino diferente, alejándose del sistema de salud estatal. Por todo lo anterior ambos -grupos de salud y consultorios- son difícilmente comparables.

Sumado a la lógica de horizontalidad, un aspecto importante -y problemático- entre los grupos de salud era el grado de autonomía mantenido con respecto a las instituciones de apoyo. Bien decíamos que la ayuda que estas instituciones externas ofrecían a la comunidad organizada iba, generalmente, desde la orientación y la capacitación hasta el financiamiento a través de donaciones que podían llegar al país desde el extranjero. Debido a esto había ocasiones en que los grupos de salud llegaban a sentirse presionados al momento de tomar decisiones. Cuando esto sucedía, la lucha por la autonomía podía llegar a convertirse en un asunto primordial. Comenzando por plantear la necesidad de reconocer las cualidades propias, los conocimientos aprendidos, la capacidad de lograr los objetivos propuestos y de solucionar los problemas que se puedan presentar, los grupos hacían visibles sus inquietudes:

Criticamos fraternalmente a algunas instituciones de apoyo que no han tenido la capacidad de entregarles a los grupos, una formación que les permita ser autónomos¹³⁴.

Sin embargo, el problema de la autonomía no se dio en todos los grupos: también se presentaron experiencias en las que se lograba mantener un equilibrio entre el apoyo proveniente de las instituciones que llegaban a la población y las organizaciones de pobladores. Esto se podía observar cuando se lograba trabajar en conjunto y dejando las verticalidades de lado, cuando los grupos tenían plena libertad de dirigir su trabajo conforme a las observaciones propias y a lo que consideraban eran las necesidades del

¹³³ Íbid., p. 5

¹³⁴ Extracto en el marco de la discusión sobre el trabajo en salud en Segundo Encuentro diálogo, Op. Cit., p. 66.

momento. Cuando los aportes de las ONGs y de las iglesias iban efectivamente a apoyar y no a imponer la organización y se propiciaban, entre ambas partes, los profesionales -de la salud en este caso- y los pobladores, lo que Illanes señaló como “experiencias de mutuo enriquecimiento” en donde “la autonomía y la interdependencia constituían dos fuerzas que, movilizadas hacia un fin común, energizaban la creatividad y la emancipación democrática del movimiento social¹³⁵”.

Ya hacia fines de la década de los 80, cuando la movilización social comenzó a decaer, los grupos de salud se vieron afectados por los cambios que trajeron aparejados el fin de la dictadura y el comienzo de la llamada transición. Uno de los factores que más influyó en los grupos fue la retirada de la ayuda proporcionada por las instituciones de apoyo, uno de los pilares fundamentales de todo el sistema de salud popular. Cuando el financiamiento proveniente desde el extranjero comenzó a decaer, los profesionales contratados por las ONGs se vieron presionados a dejar sus trabajos al interior de las poblaciones. Como consecuencia, la mayoría de los grupos de salud desaparecieron, quedando sólo algunos en funcionamiento en la década de los 90¹³⁶.

Una dificultad que ya aquejaba a los grupos de salud en su etapa de desarrollo era la falta de recursos¹³⁷, situación que lograban sortear gracias a la solidaridad de muchos, sin embargo, la salida de las instituciones de apoyo del panorama organizacional en las poblaciones era difícilmente superable. Como consecuencia también se extinguían otras formas de organización dentro de lo que se llamó “economía popular”, dejaban de existir las ollas comunes, las donaciones de ropa y los comprando juntos. Ante tal panorama, la necesidad económica de las participantes las obligaba a dejar el trabajo voluntario y salir a buscar trabajo remunerado. La autogestión y el autoservicio como se había venido

¹³⁵ ILLANES, María Angélica, Op Cit., p.12.

¹³⁶ Caso de los grupos de salud Llaretta y Círculo de Mujeres por la Salud. Véase en PARDO, Carolina y Náyade Pino, Educación popular en salud: percepciones y reacciones de las pobladoras del “Círculo de Mujeres por la Salud” y la Fundación EPES frente a la desnutrición y obesidad infantil (comuna El Bosque) (1982-2012), Tesis para optar al grado de Licenciada en Historia, Santiago, Universidad de Chile, 2013.

¹³⁷ “Se opera en locales modestos, prestados o arrendados, equipados muchas veces con materiales en desuso, con medicamentos donados, etc. el material educativo utilizado es confeccionado a bajo costo y es de gran sencillez; los grupos de salud comunitarios cuentan, a veces, con botiquines de primeros auxilios medianamente abastecidos”. PROGRAMA economía del trabajo (PET), Op. Cit., p. 95.

practicando hasta el momento se tornó cada vez más difícil.

Capítulo III. Presencia de la iglesia católica y formación del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria

3.1 La iglesia católica y su labor social

La iglesia católica jugó un importante papel de apoyo en la resistencia contra la dictadura. Resistencia que, como hemos señalado anteriormente, debía hacer frente a múltiples problemas (sociales, económicos, judiciales).

En el caso de la salud, los problemas derivados de las condiciones de vida sumados a los cambios realizados al sistema de salud estatal, pronto llamaron la atención de la iglesia. Una de las respuestas concretas a esta situación fue la contratación de profesionales que desarrollaron un trabajo asistencial por zonas y, al mismo tiempo, se preocuparon de la promoción y la educación, estimulando la organización en la comunidad. En numerosos casos el resultado de esa labor fue la formación de grupos de salud constituidos por pobladores que trabajaron en la solución de sus propios problemas de salud. Así sucedió en la población La Victoria, con la constitución del Grupo de Salud Solidario.

Antes de dedicarnos a revisar la trayectoria de este grupo de salud, creemos necesario ahondar en la situación de la iglesia católica en el contexto de la dictadura militar para determinar la postura adoptada por la institución y los fundamentos de su acción social en el ámbito local.

En un primer momento, la idea del golpe de Estado encarnaba, para algunos, la posibilidad de evitar el caos en el país. A través de este acto, las FF.AA. se encargarían de establecer y asegurar un clima de orden, volviendo a sus labores habituales una vez alcanzado el objetivo. Luego del 11 de septiembre de 1973 esta era una postura compartida por la iglesia católica: “el Episcopado en su primera declaración apoyó expresamente la intervención militar y ofreció su colaboración a la supuesta labor de reconstrucción del país que implementarían las FF.AA., restableciendo el orden y la normalización del sistema

productivo¹³⁸”.

Esta postura inicial, proveniente de la misma jerarquía eclesiástica no le era indiferente a las autoridades militares en el poder. En un momento en que sus discursos apuntaban claramente a dar argumentos para la legitimación de origen del golpe de Estado, la legitimación religiosa era un punto importante a desarrollar. Prueba de ello fue la intención de presentar en los medios de comunicación una iglesia que bendecía y apoyaba al régimen, como señala Álvaro Ramis, difundiendo “la doctrina de la nueva “Iglesia patriótica”, por medio de homilias televisadas del capellán militar Florencio Infante en Televisión Nacional o del presbítero Raúl Hasbún en Canal 13¹³⁹”.

La labor de reconstrucción nacional propuesta por la junta militar y que había sido apoyada por el Episcopado se había presentado, desde un principio, como una situación transitoria: “cuando el país haya alcanzado la paz social necesaria para el verdadero progreso y desarrollo económico a que se tiene derecho y Chile no muestre caras con reflejos de odio, será cuando nuestra misión habrá terminado¹⁴⁰”, decía Pinochet. Sin embargo esto estaba muy lejos de ocurrir. Al mismo tiempo, la política represiva del régimen era cada vez más dura y más visible.

Pronto los excesos cometidos contra la población disidente al régimen alertaron a sectores de la iglesia, quienes, abiertamente, hablaron sobre violación a los derechos humanos. Al tanto de la emergencia y con la idea de que se debía responder, “tuvo que improvisarse una estructura de acogida y auxilio para los perseguidos del régimen militar¹⁴¹”, por lo que el 6 de octubre de 1973 se crea un primer organismo en apoyo a los perseguidos políticos, el Comité para la Paz (COPACHI).

El Comité, conformado no sólo por la Iglesia Católica sino también por iglesias evangélicas y la comunidad israelita, inició labores contando con un grupo de profesionales

¹³⁸ CANCINO, Hugo, La Iglesia Católica y su contribución a la reconstrucción de la democracia en Chile 1973-1989. Revista del CESA No 2/2001, p. 40- 62, p. 42.

¹³⁹ RAMIS, Álvaro, Las iglesias y la dictadura chilena. Elementos para una hermenéutica histórica, Le Monde Diplomatique, Septiembre de 2013, p. 8.

¹⁴⁰ Discurso de Augusto Pinochet a un mes del golpe de Estado 11 de octubre de 1973.

¹⁴¹ FERNÁNDEZ, David, La iglesia que resistió a Pinochet, Madrid, Iepala, 1996 p. 75

dispuestos a prestar apoyo a gran cantidad personas. “Abogados, asistentes sociales, médicos... se pusieron manos a la obra y en las oficinas de Calle Santa Mónica, a través de la gente que iba llegando a solicitar ayuda, fueron descubriendo la dimensión del entramado represivo¹⁴²,”

El reconocimiento de las duras condiciones de vida derivadas de la represión (allanamientos, detenciones, desapariciones) y los problemas económicos (desempleo, alimentación, salud) y sociales (drogadicción, violencia, imposibilidad de organizarse) que golpeaban a vastos sectores de la sociedad, sirvió para que la jerarquía de la iglesia católica adoptara una postura y determinara líneas de acción. A pesar de que existieron religiosos que apoyaron al régimen, la postura oficial se identificó con la crítica a los excesos y la decisión de que había que prestar ayuda a quienes más lo necesitaban. Mario Garcés señala que en ese momento la iglesia se enfrentó a la parábola del buen samaritano¹⁴³, el deber moral de ayudar y permanecer junto al pobre y necesitado.

Si bien la respuesta de parte de la iglesia se enmarca en un contexto de emergencia bastante particular, es necesario señalar que existió una fuerte influencia de fenómenos relacionados a la apertura de la iglesia, que llamaban a visibilizar y hacer propios los problemas del presente.

En este sentido, importante fue para las iglesias del mundo lo proclamado en el Concilio Vaticano II a inicios de la década de los 60, en donde, entre otros puntos, se criticó la desigualdad y se convocó a trabajar en su superación. Lo siguiente es un extracto de *Gaudium et Spes* (constitución pastoral sobre la iglesia en el mundo contemporáneo):

“Resulta escandaloso el hecho de las excesivas desigualdades económicas y sociales que se dan entre los miembros y los pueblos de una misma familia humana. Son contrarias a la justicia social, a la equidad, a la dignidad de la persona humana y a la paz social e internacional.

Las instituciones humanas, privadas o públicas, esfuércense por ponerse al servicio de la dignidad y del fin del hombre. Luchen con energía contra cualquier esclavitud social o

¹⁴² *Ibid.* p. 77.

¹⁴³ *Ibid.*

política y respeten, bajo cualquier régimen político, los derechos fundamentales del hombre¹⁴⁴.”

Así, optar por asumir y hacer propios los problemas de quienes sufrían los embates de la represión y la crisis económica era estar en consonancia con lo planteado por el Concilio Vaticano II: justicia social y respeto por los derechos humanos.

Otra importante fuente, nacida desde la práctica misma en el trabajo constante con los necesitados y oprimidos fue la Teología de la Liberación. Originada íntegramente a partir del contexto latinoamericano, parte de la idea base de que conocer a dios implica trabajar con los excluidos, aunque no en un sentido asistencial como desde hace mucho venía planteando la jerarquía de la iglesia, sino íntegramente con ellos: ser parte en el mundo popular.

La Conferencia de Medellín es considerada uno de los puntos de partida en la sistematización de esta teología: allí se reunió, en el año 1968, el Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM). Al respecto, el documento oficial emanado de este encuentro se refiere a la liberación del hombre por medio del trabajo en comunidad y la necesidad de transformar las estructuras: “No tendremos un continente nuevo sin nuevas y renovadas estructuras; sobre todo, no habrá continente nuevo sin hombres nuevos, que a la luz del Evangelio sepan ser verdaderamente libres y responsables¹⁴⁵”. Además se hizo un llamado a “Defender, según el mandato evangélico, los derechos de los pobres y oprimidos, urgiendo a nuestros gobiernos y clases dirigentes para que eliminen todo cuanto destruya la paz social: injusticias, inercia, venalidad, insensibilidad¹⁴⁶”.

En efecto, la opción por los pobres y la condena a la opresión de los necesitados son puntos comunes de lo que se podría llamar Teologías de la Liberación. “La experiencia de vivir o de estar con los pobres fue al mismo tiempo una manera nueva de vivir la fe, un nuevo modo de sentir el momento histórico en el que se vivía, al que se le va a terminar

¹⁴⁴ Documento *Gaudium et spes*, Concilio Vaticano II.

¹⁴⁵ Segunda Conferencia General del Episcopado Latinoamericano, Documento de Medellín, 1968.

¹⁴⁶ *Ibid.*

dando una trascendencia popular, y en muchos casos un sentido de reivindicación social¹⁴⁷.”

Si bien hay quienes consideran que la Teología de la Liberación nace bajo la influencia del ya mencionado Concilio Vaticano II y que, además, “Medellín era bajar el concilio a Latinoamérica¹⁴⁸”, se podría señalar que esta práctica teológica ya estaba presente en algunas zonas en la década del 50 e incluso antes. De cualquier forma, podemos afirmar que la influencia de estas corrientes se vivió, en el contexto de dictadura, a distintos niveles: desde la jerarquía eclesiástica hasta el espacio local, en las comunidades cristianas de base, por ejemplo.

En el caso de la jerarquía de la iglesia chilena y su opción por reconocer y movilizarse ante la realidad nacional, señalamos ya la creación de COPACHI. Éste, sin embargo, fue un organismo de corta duración, disuelto ante las presiones de las autoridades militares quienes, entre otras cosas, afirmaban la existencia de vínculos con el Movimiento de Izquierda Revolucionario, MIR. Una carta enviada por Pinochet al Cardenal Silva Henríquez señalaba: “sería un positivo paso para evitar males mayores, el disolver el mencionado Comité”, que “es un medio del cual se valen los marxistas-leninistas para crear problemas que alteran la tranquilidad ciudadana y necesaria quietud¹⁴⁹”. Bajo este argumento, el Comité fue clausurado.

Sin embargo, las necesidades de la población se mantenían constantes. Es por esto que, a pesar del riesgo que suponía reestructurar una organización de este tipo, las autoridades de la iglesia retomaron la tarea dando origen, en el año 1976, a la Vicaría de la Solidaridad.

Desde aquel momento, la acción solidaria pasó a ser conducida y entregada a la sociedad por medio de esta entidad.

¹⁴⁷ RIOBÓ, Enrique, La Teología de la Liberación en tiempos de dictadura, Tesis para optar al grado de licenciado en historia, Universidad de Chile, 2009. (En el capítulo I).

¹⁴⁸ Íbid.

¹⁴⁹ Vicaría de la Solidaridad, “La disolución del Comité de Cooperación para la Paz en Chile”, 1975, Documento ubicado en Archivo de la Vicaría de la Solidaridad Número 00896.00 C.2 p. 2

El sentido detrás del trabajo realizado por la Vicaría de la Solidaridad, se puede ver plasmado en un documento redactado con anterioridad, la carta pastoral de 1975, donde podemos visualizar la influencia de las corrientes de apertura de la iglesia mencionadas anteriormente; la opción por los pobres y necesitados: “mientras haya tantos que tienen hambre, que están enfermos, que no tienen trabajo, que viven en la inseguridad, ningún cristiano puede sentirse cómodo, indiferente, no preocupado, ni satisfecho con el mundo y la sociedad en que vive. El solidario siente como propio los problemas de la sociedad, porque ama a sus hermanos los hombres y tiene un prejuicio favorable por todos ellos¹⁵⁰”.

Otro documento señala: “las obras asistenciales de la Vicaría se integran en un proyecto cristiano más amplio respondiendo a la urgencia del llamado evangélico a favor de la justicia entre hombres¹⁵¹”.

En este contexto, la labor de la Vicaría estuvo en dar asistencia judicial a las víctimas de la represión dictatorial, visibilizando su gravedad y, de este modo, dando a conocer la preocupante situación del país. Otro aspecto igualmente importante para el organismo fue el apoyo prestado a los sectores más golpeados por la economía, el desempleo, la pobreza e igualmente, la represión, como sucedió en las poblaciones.

La estructura organizativa de la Vicaría permitió llegar a estos sectores y generar un trabajo en conjunto con las comunidades en beneficio de la rearticulación de prácticas asociativas obstaculizadas por el régimen: “la creación “de un nuevo tejido social popular” en la forma de organizaciones populares articuladas a partir de demandas concretas como desempleo, salud, comedores populares, talleres, etc.¹⁵²”.

La Vicaría se dividió en departamentos, cada uno con un área de trabajo específico: Jurídico Asistencial, Zonas y Campesino. En el caso de Santiago, la labor territorial estuvo a cargo del Departamento de Zonas, que prestaba apoyo a las comunidades cristianas en

¹⁵⁰ Pastoral de la Solidaridad, julio de 1975.

¹⁵¹ Texto: Arzobispado de Santiago, Vicaría de la Solidaridad, Una acción solidaria de la Iglesia de Santiago, Secretaría de Comunicaciones, Archivo Vicaría, Identificación del documento: 3014.

¹⁵² CANCINO, Hugo, Op. Cit., p. 45.

términos de organización y resolución de sus problemas.

El carácter que tomaba la labor de la iglesia tendió a variar bastante de un lugar a otro: habían zonas en que el trabajo se articuló de forma más asistencial y otras en las que se privilegiaba la autonomía de las comunidades para resolver problemas.

En el organigrama de la Vicaría de la Solidaridad¹⁵³, el Departamento de Zonas (con un total de seis zonas: centro, norte, oriente, oeste, sur, costa) estaba a cargo de las Vicarías territoriales y contaba con un jefe y dos subjefes que supervisaban la labor en terreno. A su vez, esta labor se hacía efectiva a través de los Equipos de Solidaridad con profesionales de variadas áreas, trabajadores sociales, médicos, matronas, enfermeros, administradores.

Tiempo después, en función del grado de efectividad a alcanzar, se tendió a la descentralización, pasando los Equipos de Solidaridad a depender directamente de las Vicarías territoriales, pero manteniendo constante el sentido asistencial, promocional y de capacitación en salud, alimentación, organización, apoyando el desarrollo de campañas escolares y de invierno, culturales, educativas, recreativas y solidarias.

En su labor social desarrollada a partir de los Departamentos Zonales y Equipos Solidarios, la iglesia buscaba introducirse y ayudar a mejorar las condiciones en barrios y poblaciones, en conjunto con las parroquias y los pobladores que las constituían.

Nydia Aylwin señala que la participación es una de las características que define la labor pastoral llevada a cabo por la Vicaría de la Solidaridad. En consonancia con lo planteado por las corrientes de renovación de la iglesia, se procuró la mantención de una relación horizontal y de diálogo entre los profesionales y representantes de la iglesia y las comunidades. Bajo esta perspectiva, la dinámica supone que se “acoge las inquietudes de los grupos y se los motiva para que ellos tomen conciencia del problema y se organicen para la búsqueda de soluciones. Este proceso de organización y de búsqueda es estimulado

¹⁵³ Datos del organigrama extraídos de: Texto Vicaría de la solidaridad, Archivo Vicaría, ANEXOS Número de clasificación 00556.00 V.3 C.1 Anexo #4: Estructura y funcionamiento del Departamento de Zonas.

y promovido por la Vicaría de la Solidaridad, pero nunca reemplazado por ésta¹⁵⁴”.

Por lo anterior, el desarrollo de las comunidades locales se constituyó en un importante factor de transformación de la realidad y, al mismo tiempo, de crítica y lucha contra la dictadura. Con apoyo de una iglesia que, de diversas formas, reivindicó el trabajo local y la capacidad humana para hacer frente a múltiples obstáculos a través de la asociatividad y la participación.

En el espacio de la población, las comunidades cristianas constituyeron experiencias importantes que hoy nos permiten observar la manera en que la iglesia católica, por medio de algunos de sus representantes, se sumergió en el mundo popular para, bajo esta perspectiva, pensar la realidad y su deber en la sociedad. Al tiempo en que la Vicaría de la Solidaridad hacía su ingreso en el mundo popular, algunos pobladores (pobres, reprimidos, pero con una inmenso potencial de organización) ya constituían comunidades cristianas de base.

Estas comunidades cristianas de base, fenómeno propio del contexto latinoamericano, son un ejemplo de cómo la realidad terminó por transformar las tradicionales prácticas de la iglesia llevando al desarrollo de una particular forma de ser de la misma, con una identidad propia, participativa, crítica y sumamente apegada a lo territorial. Fernando Castillo analiza este fenómeno desde dos perspectivas: al mismo tiempo en que la iglesia irrumpe en el mundo popular, son también los pobres quienes ingresan en ella y la transforman.

Bajo esta línea y como planteábamos anteriormente, de lo asistencial se pasa a la participación de las comunidades: “hasta ahora han estado básicamente como masa muda o enmudecida y como objeto de asistencia y protección de la Iglesia. Además, por lo general han estado como individuos atomizados (y eran aceptados así por la Iglesia). Esa forma de presencia ha marcado casi nada o muy escasamente el ser de la Iglesia: sus opciones, sus criterios y su quehacer. Ahora en cambio, comienzan a hacerse presentes como sujeto, que

¹⁵⁴ AYLWIN, Nidia, Una experiencia de trabajo social: La Vicaría de la Solidaridad, Revista de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Católica, p. 8-9.

por eso mismo es activo, es decir, es el pobre como protagonista que dentro de la Iglesia hace oír su propia voz y hace valer su propia historia de sufrimiento y libertad. Se trata además de su irrupción como sujeto colectivo: no son individuos atomizados, sino un sujeto que tiene una identidad colectiva, social, política y cultural. Con esto último se relaciona el carácter “popular” que las comunidades chilenas han subrayado al llamarse “comunidades cristianas populares¹⁵⁵”.

En el contexto de la población, la comunidad cristiana se identifica con la parroquia. En este sentido no es extraño encontrarse con experiencias en la que el cura párroco de la población poco a poco va haciéndose parte de esa colectividad, llegando incluso a ser considerado como un poblador más. Así, como lo explicó Castillo, es posible considerar dos dimensiones: la iglesia que ingresa al mundo popular y los pobres que, al mismo tiempo, se apropian de ella y le estampan su sello, sus puntos de vista e inquietudes.

En La Victoria, la vida de la comunidad cristiana popular estuvo y sigue estando marcada por el paso de dos curas: los franceses Pierre Dubois y André Jarlan. Ambos, en la misma línea de lo que ya planteamos, trabajaron comprometidamente en la resistencia poblacional contra la dictadura, vivenciando, como toda la comunidad, las numerosas dificultades que ésta trajo aparejadas.

Pierre Dubois llegó a Chile en el año 1963 y desde esos años se sumergió en el mundo popular. Empezó trabajando en apoyo al Movimiento Obrero de Acción Católica y a la Juventud Obrera Católica, en poblaciones de Pudahuel y Quinta Normal. Cuando se trasladó a La Victoria se convirtió en el párroco titular de la comunidad y en 1983 se le unió André Jarlán quien llegó en calidad de vicario de la Parroquia Nuestra Señora de La Victoria.

Desde un principio, el trabajo de estos sacerdotes estuvo centrado en ser apoyo ante los problemas surgidos en la población, independiente de su origen, todo en función de

¹⁵⁵ CASTILLO, Fernando, “Comunidades cristianas populares: la iglesia que nace desde los pobres” En ECO, ECO en el Horizonte Latinoamericano (II). La Iglesia de los pobres en América Latina, Santiago, LOM, 2012 p. 39.

establecer, o restablecer el diálogo y la organización en toda la comunidad, cristiana y no cristiana. Al respecto, Pierre Dubois señalaba en una entrevista realizada en 2008:

... superar los problemas, las rivalidades de grupo... la ventaja es que había un sentido de la organización bastante grande y eso permitía hacer cosas, tener argumentos para que se lograra la unión. La experiencia fue de conversar harto con ellos y hacer que conversaran entre sí.

Lo que logramos con André fue tratar que la comunidad cristiana no sea un grupo especial, un grupo cristiano, sino que los cristianos estuvieran repartidos en todos los grupos. De tal forma que tuvimos dos tipos de presencia: una presencia más institucional donde alguien representaba la parroquia y una presencia humana, personal donde varios estaban presentes como miembros de un centro cultural, de la olla común, de las distintas organizaciones que habían¹⁵⁶.

Poco a poco ambos religiosos se fueron ganando el respeto y la gratitud de los pobladores de La Victoria, sentimientos que hasta el día de hoy se hacen visibles en conversaciones con ellos, en los murales que se observan al recorrer las calles, en las conmemoraciones que cada año se hacen en las respectivas fechas de sus muertes y en el aniversario de la población.

Distintos registros han quedado del compromiso que ambos adoptaron con la comunidad. Conocida es la imagen de Pierre defendiendo a la población de la fuerza represiva que constantemente intentaba hacer ingreso a sus calles: él, de pie entre la policía y la comunidad, exigiendo el término de la violencia. Menos difundido ha sido, tal vez, el trabajo realizado por André con los jóvenes drogadictos:

Se dio cuenta de la droga, que estaba muy fuerte el neoprén... y se fue haciendo amigo de los chiquillos y conversaba con ellos, se sentaba en la vereda, en 30 de Octubre, a conversar con ellos, los fue conociendo, los

¹⁵⁶ Entrevista realizada en 2008. Registro audiovisual disponible en [adjuntar link]

invitaba a tomar tecito aquí y fue formando un grupo de chiquillos drogadictos que se pudieron rehabilitar. Y con otros chiquillos de la comunidad formaron un grupo para apoyar a estos chiquillos... además trabajaba con toda la comunidad cristiana, con los padres, los matrimonios, pero muy comprometidamente con los jóvenes... y con los jóvenes obreros... porque él había sido obrero, era hijo de familia obrera también. Entonces él siempre estaba muy comprometido con la gente pobre, trabajadora¹⁵⁷.

Labor observada, conocida por miembros de la comunidad:

- *Siempre se hicieron cosas a través de la parroquia, siempre, reunían mercadería, comprando juntos¹⁵⁸.*
- *Pierre Dubois... porque él siempre estuvo por la unidad, porque nos peleamos todos, nacimos peleando¹⁵⁹.*

En sintonía con la idea de generar organización y conocimiento a partir de la experiencia misma con los pobladores, como uno más. Sobre André Jarlán:

Cuando él llegó aquí lo primero que nos dijo a nosotros fue que él quería aprender de nosotros y eso es muy bueno porque siempre hay gente que viene a La Victoria con sus conocimientos y trata de enseñarnos desde su punto de vista y él no, él trató de aprender de nosotros... él aprendió con nosotros, fue descubriendo todas las situaciones y con la experiencia que él tenía nos fue enseñando a nosotros. En ningún momento él nos impuso su forma de ser... ese cariño se lo ganó a través de ir aprendiendo con nosotros¹⁶⁰.

El potencial de asociación, solidaridad y organización, estimulado por la presencia

¹⁵⁷ Palabras de una pobladora de La Victoria en documental realizado por OPAL Prensa. Registro audiovisual disponible en sitio web.

¹⁵⁸ Entrevista realizada a Regina Cea

¹⁵⁹ Entrevista a Alicia Cáceres

¹⁶⁰ Palabras de Claudina Núñez, pobladora de La Victoria. Testimonio extraído de documental “André de La Victoria” de Claudio Di Girólamo.

de figuras como las de los sacerdotes franceses pareció ser correspondido con las líneas de trabajo planteadas por la Vicaría de la Solidaridad: las necesidades identificadas por las comunidades empezaron a ser trabajadas con ayuda de esta institución que en palabras de Cristián Precht sirvió para “organizar muchos elementos solidarios ya existentes, para estimular y apoyar otros nuevos de acuerdo al tiempo en que estamos viviendo¹⁶¹”.

Bajo este contexto no fueron pocas las dificultades vividas en el proceso de la organización desplegada desde la comunidad. En este sentido, la represión se hizo sentir no sólo entre los mismos pobladores sino también entre miembros de la iglesia que desde un principio trabajaron visiblemente en las parroquias. Una gran cantidad de ellos fueron exiliados: “106 sacerdotes y 32 religiosas se vieron obligados a abandonar Chile durante los primeros cuatro meses después del golpe de Estado¹⁶²”

Un registro de la Vicaría de la Solidaridad da cuenta del hostigamiento y persecución en ciertas parroquias constituyentes del Decanato José María Caro, del cual la Población La Victoria es parte:

1. Parroquia María Mediadora
2. Parroquia Nuestra Señora de La Victoria.
3. Parroquia Nuestra Señora Reina de los Apóstoles.
4. Parroquia Sagrado Corazón de Jesús.
5. Parroquia San José Obrero.
6. Parroquia San Juan Bautista.
7. Parroquia San Martín de Porras.
8. Parroquia Santa Madre de Dios.

El documento con fecha mayo de 1980 señala: “en todas estas parroquias del Decanato José María Caro, se recibieron en el mes de mayo visitas de carabineros, quienes requerían los nombres y apellidos, nacionalidad, número de carnet de identidad, edad y domicilio de los sacerdotes; respecto de los religiosos extranjeros consultaban acerca del

¹⁶¹ Cita extraída de FERNÁNDEZ, David, Op. Cit., 1996 p. 83

¹⁶² RAMIS, Álvaro, Op. Cit., p. 8.

año de su llegada a Chile y los años que llevaban viviendo en el sector. Igualmente consultaron acerca del horario y duración de las misas y de las actividades que desarrollan los grupos que funcionan en la Parroquia.

Señalaron como motivo de estas visitas, la necesidad de completar los datos personales, de los religiosos, con afanes de protegerlos, ya que CNI recibía informaciones acerca de posibles actos de violencia¹⁶³,

En los años siguientes, la represión también afectó a los mencionados sacerdotes de La Victoria. En septiembre de 1984, en días de la Novena Jornada de Protesta Nacional, André Jarlán fue alcanzado por una bala al interior de su casa, falleciendo en el lugar.

Dos años más tarde, en septiembre de 1986, luego del atentado efectuado contra Pinochet, Pierre Dubois fue detenido y obligado a salir del país junto a otros religiosos: “se les acusó de subversivos, de portar panfletos y de insultar a las autoridades”¹⁶⁴.

El apoyo de la iglesia -desde los curas muy pronto convertidos en pobladores hasta diversas instituciones creadas como la Vicaría de la Solidaridad- en la rearticulación de las prácticas asociativas y solidarias dio paso a la creación de diversas instancias de organización y discusión. Las acciones de resistencia emprendidas y la crítica a la represión proveniente de estas comunidades constituyen, en parte, la razón por la que La Victoria era constantemente asediada y golpeada por fuerzas policiales.

Pese a todo, esta situación no detuvo la realización de un trabajo activo y comprometido. Es más, frente a la adversidad, los lazos de compañerismo de los pobladores organizados parecían hacerse más fuertes. Nos parece que la experiencia vivida por el Grupo de Salud Solidario de La Victoria refleja tal condición.

¹⁶³ Vicaría de la Solidaridad, Actos ilegales que han afectado a recintos, personas, autoridades de la iglesia, Santiago, Archivo Vicaría de la Solidaridad, Número de documento 0097900 C.2., 20 de mayo de 1980, p. 4.

¹⁶⁴ La Victoria de Dubois, La Nación Domingo, 6 de septiembre de 2009.

3.2 La experiencia del Grupo de Salud Solidario de La Victoria

La Victoria se caracteriza hasta el día de hoy porque pese a que se ha ido mucha gente, se ha muerto o se ha cambiado, siempre mantiene esa conciencia social que los guió a la toma del 57. Ahí se ve la importancia de la memoria histórica de La Victoria. Entonces ¿qué pasa? La Victoria tú ves ahora que los traficantes, que los robos, que los patos malos, pero si hay algún conflicto más o menos generalizado, La Victoria al tiro se pone la camiseta como pueblo y dejan de ser patos malos y dejan de ser traficantes entonces esa es la maravilla de La Victoria, es una población... no sé qué los unió... bueno venían del Zanjón de la Aguada...¹⁶⁵

Venían desde el Zanjón de la Aguada y los alrededores, dispuestos a desafiar la legalidad al tomar el sitio como propio, cuando la vivienda, necesidad concreta que los movía a organizarse, se había convertido desde ya hace mucho en un problema sin resolver. Es por esto que la solución pasó a ser considerada como posible sólo si se pensaba en sus propios términos y desde la propia organización.

Constituidos en comités, cuando los pobladores llegaron a la chacra La Feria debieron seguir enfrentando una serie de obstáculos: la represión policial, la repartición de los terrenos, la falta de servicios básicos, el proceso de urbanización, la construcción de las viviendas. Tareas asumidas en conjunto y realizadas no solo por el bien propio, sino en pos de toda la comunidad. Y es que estando todos en la misma condición, identificándose en el ser “sin casa”, ser marginal, ser del Zanjón, fueron desarrollando plena conciencia de la realidad crítica y dura a la que debían enfrentarse día a día y que, al mismo tiempo los empujaba a reconocer y poner en práctica el potencial y la capacidad que se tenía para transformar el propio presente. Fue una reconocida victoria, desde las orillas del río hasta el

¹⁶⁵ Entrevista a Natacha Solovera.

asentamiento en la población y su legitimación como tal.

Convertido en un precedente para la acción, la experiencia de la toma pasó a formar parte central en la memoria de la comunidad, como un logro que fue difícil de alcanzar y que se expresa con el mayor orgullo. El reconocimiento de esa capacidad instalada en cada uno de los pobladores fue traspasada a las siguientes generaciones que escucharon atentamente el relato de vecinos, padres, tíos y abuelos:

...Todos los años revivimos la toma. Los más viejos les contamos a los más jóvenes cómo fue y por qué la toma. Así se mantiene una tradición oral y una identificación que a nosotros nos parece muy importante¹⁶⁶.

Años más tarde, en contexto de dictadura y principalmente, durante la década de los 80, cuando los efectos del modelo económico se hicieron más palpables, surgió la necesidad de dar respuesta organizada y de poner en práctica esa capacidad de trabajo en conjunto. Y si bien los problemas enfrentados se dieron de manera diferente que en el 57, aquella experiencia sirvió de ejemplo tanto en las soluciones prácticas que se aplicaron, como en el empuje y la confianza que muchos pobladores demostraron.

Es así como durante las jornadas de protesta, la solidaridad y autogestión de los pobladores dio paso a la multiplicación de organizaciones que ya venían gestándose como los comprando juntos, ollas comunes, grupos de salud, clubes de abstemios, bolsas de cesantes y talleres educativos. El Grupo de Salud Solidario de La Victoria fue una de las tantas expresiones de desarrollo local vividas en la época.

No obstante lo anterior, al investigar sobre los antecedentes de esta particular experiencia, descubrimos que los inicios de este grupo de salud son bastante anteriores a la coyuntura descrita. En el año 1968, a partir de un programa desarrollado en la parroquia en la que se trabajó con esposas de alcohólicos, un grupo de pobladoras cristianas se acercó al diácono solicitando formación en biología básica y primeros auxilios, logrando la

¹⁶⁶ Testimonio en: CORTÉS MORALES, Alexis. Op. Cit.

realización de un taller que incluía reflexiones sobre la biblia:

En el 68 empieza aquí a gestarse una gran organización que la inicia la comunidad cristiana de La Victoria, con el diácono Sergio Nasser, que todavía está aquí en La Caro¹⁶⁷.

El grupo allí formado, tomó impulso desde la iglesia y, posteriormente, tuvo cierta incidencia en la situación local de salud: prueba de ello es que en el año 1970, cuando los pobladores se tomaron el policlínico demandando su transformación en una posta de primeros auxilios con la exigencia de que también debía contar con una ambulancia, el grupo se organizó y realizó servicios de entrega de medicamentos, gestionando además un sistema de reclamos y sugerencias.

La importancia de estas iniciativas -la realización de un taller con la intención, por parte de algunas pobladoras, de obtener conocimientos en salud y, posteriormente, la participación activa del mismo grupo en las demandas originadas en la misma comunidad- es que constituyen los primeros momentos, para este inicial grupo de salud, en los que se demuestra una inquietud nacida a partir de la identificación de problemas que afectaban de manera concreta a la población La Victoria. Esto nos permite entender por qué, desde un principio, la mirada se enfocó en la situación nutricional de los niños.

El reconocimiento de que en La Victoria existía población infantil vulnerable, con problemas de nutrición y exposición a enfermedades, llevó a pensar en algunas soluciones para enfrentar el problema. Es en este contexto que surge, bajo el alero de la iglesia y con participación de pobladoras del grupo de salud, la idea de formar un jardín infantil.

El compromiso adoptado con este proyecto fue tal, que podríamos incluso señalar que la trayectoria del grupo de salud en este periodo se mezcla y muchas veces se desarrolla en función del mismo.

¹⁶⁷ Entrevista a Alicia Cáceres. Cuando hace mención a “La Caro”, se refiere a la Población José María Caro, actualmente situada en la comuna de Lo Espejo.

Pensar en hacerse cargo de la situación de los niños en la población no era fácil. Exigía estar al tanto de una serie de conocimientos técnicos y, al mismo tiempo, demandaba la realización de capacitaciones constantes. Por esto, el trabajo realizado por el diácono Nasser fue muy importante. A través de él se llegó al doctor Juan Marconi, del Hospital Barros Luco, quién sumó el apoyo de otros profesionales, aspecto fundamental ya que, además de aportar en términos técnicos, lograron conducir las necesidades e inquietudes de las pobladoras hacia una solución concreta.

Aquí crucial fue la participación de Alicia Cáceres, pobladora que desde los inicios manifestó su preocupación por la situación de los niños y la necesidad de contar con una guardería:

Yo quería ver cómo mejorábamos y lográbamos que los niños se desarrollen, que aprendan a comer, que la familia descubra que hay que tener una nutrición, entonces el diácono me dijo: “te voy a mandar a hablar con el Juan”, el doctor, y yo le empecé a contar al doctor, me preguntó si tenía experiencia... le empecé a contar cuando yo vine a ayudar aquí, al otro día de la toma, que mi marido se vino en la noche con permiso mío, pero sin sus papás, toda una historia que es pa matarse de la risa, unos cabros, yo de 16 años y él de 18... entonces el doctor escuchó todos mis lamentos, fue como el muro de los lamentos... en la toma, claro, yo no tenía nada que hacer, yo venía a la toma y me puse ahí en Departamental, hice un hoyo con los niños, para que nos dé algo de sombra la misma basura, entonces nos sentábamos ahí y con un trapito les limpiaba la nariz, no había nada, las infecciones podían multiplicarse... entonces todos esos cuentos, esos lamentos se los conté al doctor y él me dijo “Alicia, no es una guardería infantil lo que tú necesitas, es un jardín infantil”¹⁶⁸...

El proceso se inició con jornadas de capacitación que se planteaban como objetivo aprender a realizar un diagnóstico sobre las condiciones de la población infantil:

¹⁶⁸ Entrevista a Alicia Cáceres.

Teníamos reuniones, bueno... les decíamos reuniones, pero realmente eran clases. Ese equipo contaba con asistente social, contábamos con nutricionistas, con educadoras de párvulo, con pediatras, con sicólogos. Entonces lo primero que hicimos fue hacer una encuesta. Nos enseñaron a hacer una encuesta que tampoco teníamos idea... pero después fuimos descubriendo que era precioso hacerlo. Y también nos enseñaron, seguramente tienen palabras técnicas, pero nos enseñaron a tabular. Ahí nos dimos cuenta de que había una gran, pero una gran desnutrición¹⁶⁹.

Mejorar la calidad de vida de los niños, otorgando la educación necesaria sobre nutrición y cuidados básicos era el objetivo en ese momento. El jardín se inauguró el 5 de junio de 1970 con el nombre de “El Palacio de los Niños”, que en realidad, era una pequeña sala compartida con un Club de Abstemios.

Los primeros pasos no fueron fáciles, una de las dificultades que debieron enfrentar al comienzo fue la poca convocatoria que se tuvo entre las familias de la población, cuando el número de asistentes no llegaba a sobrepasar los diez niños:

No había cultura de educación para niños tan pequeños, entonces la mamá decía “no, cuando yo lo tenga lavadito, se los llevo para que jueguen con él”. Entonces no había cultura, costó mucho hacer esa cultura popular. Entonces así empieza este proceso de una salud diferente, donde se va, a través del niño, a educar a su familia y a su comunidad. Y nos costó hartito, hartito, hartito¹⁷⁰.

La puesta en marcha del jardín y su mantención, constituyó una experiencia significativa de articulación de lazos a nivel horizontal. La manera de solucionar los problemas cotidianos demandaba coordinación y mucha voluntad. Por ejemplo, tener un espacio físico donde trabajar constituyó otro gran obstáculo. Se compartía un lugar con el

¹⁶⁹ Entrevista a Alicia Cáceres.

¹⁷⁰ Entrevista a Alicia Cáceres.

Club de Abstemios, pero a largo plazo la convivencia resultó ser difícil. En los meses de verano, cuando había poca actividad, la parroquia prestaba sus dependencias, sin embargo se necesitaba una solución definitiva que, afortunadamente no tardó en llegar -y desde la misma población-: la Congregación Las Hermanitas de Jesús cedió sus terrenos y una mediagua ubicada en la calle Galo González.

Cuando se instalaron en el lugar, debieron iniciar los arreglos y la construcción de una sala. En este sentido, una vez más, la solidaridad de los pobladores quedó demostrada cuando llegaron los aportes y las manos para construir:

Hicimos una campaña de ladrillo. Ladrillo, arena y ripio y la gente era muy generosa, porque los trabajadores, si bien es cierto no les pagaban todo lo que se merecían, pero era mucho más de lo que ganan hoy día, sostenían a sus familias que tenían 10, 12, 15 hijos y la mujer salía para colaborar, si eran muchos... Y ahí nos regalaban y nos conseguimos amigos del jardín, las chiquillas, los pololos, los maridos las que éramos casadas que éramos como dos no más. E hicimos la muralla y esa muralla nos entusiasmó... “¿y por qué no hacemos una sala?” y empezamos a hacerla, e hicimos el primer piso de la sala, porque íbamos a hacerla de dos pisos¹⁷¹...

En muchos sentidos, el trabajo realizado en el jardín infantil -que terminó cambiando de nombre a Nuestra Señora de La Victoria- tuvo gran incidencia en la historia del Grupo de Salud Solidario y su desarrollo durante los años de la dictadura militar. Esto tanto por el enfoque aplicado en la labor con los niños, que incluía un conocimiento sobre nutrición y registro de sus condiciones de salud, como porque participantes del jardín, cuando posteriormente las circunstancias lo exigieron, no dudaron en tomar la bandera del grupo de salud para hacer frente a los problemas de la población.

Es un hecho comprobado que, al llegar el golpe de estado, las formas comunitarias de participación se vieron afectadas. El clima represivo influyó en una disminución

¹⁷¹ Entrevista a Alicia Cáceres.

considerable de la actividad en las organizaciones y, en numerosos casos, las pobladoras que ya habían comenzado a salir a las calles, se retrajeron y comenzaron a vivir hacia adentro de sus hogares.

Sin embargo, en el caso del Grupo de Salud Solidario esta fase no duró mucho. Incluso cuando éste se reestructuró, lo hizo con más fuerza y siguiendo líneas de trabajo más definidas: “En 1974, el grupo resurge con integrantes antiguas y otras nuevas. Se reconstituye a partir de la necesidad de contar con voluntarias con alguna calificación para atender y hacer un primer control de salud de los niños de los comedores infantiles apoyados por la Iglesia Católica¹⁷²”.

Con clara mayoría femenina, el protagonismo de las pobladoras se hizo sentir. Desde los primeros años de dictadura militar y formando parte de diversas organizaciones, fueron en su mayoría ellas quienes trabajaron en dar solución a los problemas de alimentación, salud y falta de recursos. En este sentido, una importante motivación inicial fue la necesidad de prestar apoyo ante los problemas de desnutrición infantil: abuelas, madres, hermanas y pobladoras en general fueron aumentando el número de mujeres organizadas.

Tal como señala María Elena Araya, pobladora y participante de los comedores populares de La Victoria:

La hambruna fue muy grande, sobre todo porque en los colegios ya no se daba leche ni almuerzo a los niños. Entonces los niños estaban desnutridos. Ahí trabajamos un par de años en esos comedores y a mí me tocó trabajar haciendo el pan¹⁷³.

Los comedores se encontraban en la parroquia. Desde ahí se organizaba el trabajo y se dividían las actividades a realizar entre las participantes: recolectar alimentos (en la

¹⁷² CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 93.

¹⁷³ Testimonio extraído de: AMORÓS, Mario, La lucha por la sobrevivencia de las mujeres en una población chilena durante la dictadura, Hasta La Victoria siempre [en línea]
<http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/amorosm/1/1amorosm0017.pdf>

vega, en la feria, en la carnicería), cocinar, preparar a los niños para comer y hacer un registro de peso y talla, tarea que recayó en las pobladoras del grupo de salud. Con todo, se llegó a atender a cerca de 300 niños por día, apoyo que se mantuvo durante los primeros años después del golpe militar.

Paralelamente, en el año 1976, Natacha Solovera, enfermera, ingresaba a trabajar a la Vicaría de la Solidaridad que, como señalamos, desarrollaba un programa de asistencia en salud cuyo objetivo desde un principio se planteó como “proporcionar atención médica a los cesantes y a aquellas personas que no son atendidas por ningún sistema de salud y que carecen de ingresos suficientes¹⁷⁴”. -Importante es señalar que si bien en este primer momento el trabajo en salud se planteaba desde un punto de vista puramente asistencial, con el tiempo se adoptó un enfoque mucho más ligado a lo educativo y promocional-.

Al llegar a la población como parte de los equipos de profesionales del zonal sur¹⁷⁵ de la Vicaría de la Solidaridad, Natacha Solovera pudo percatarse de lo que ya se estaba haciendo en términos de organización:

Empiezo a hacer un recorrido por las parroquias, donde habían equipos de salud y empiezo a percatarme de los problemas de salud atingentes y me doy cuenta que había mucha mujer, habían talleres de mujeres, habían comedores infantiles manejados por mujeres, entonces la capacitación... entonces ahí empiezo a hacer cursos, con la gente me empecé a juntar, en este caso con el cura Pierre Dubois, hablo con él, vengo a La Victoria y me presenta a la Alicia [Cáceres] y con la Alicia, ella tenía muchas ganas de trabajar en Salud, ellas tenían ya unos grupos de salud, ya estaban haciendo cosas ellas, claro y les venía al pelo la capacitación¹⁷⁶ ...

En el caso del Grupo de Salud Solidario, el apoyo profesional ofrecido se fue adecuando a la realidad existente, aportando a su desarrollo a partir de las necesidades

¹⁷⁴ AYLWIN, Nidia, Op. Cit., p. 8.

¹⁷⁵ El Departamento de Zonas de la Vicaría de la Solidaridad estaba compuesto por seis zonas: centro, norte, oeste, oriente, rural costa y sur.

¹⁷⁶ Entrevista a Natacha Solovera.

identificadas por las mismas participantes. En esta línea, se demostró una “valoración de las personas y grupos como sujetos de sus propias acciones” además de confirmar el hecho de que, al menos en este caso, los “programas en las Zonas no generaron actividades de por sí, sino que [conservaron] un carácter de apoyo a las diferentes iniciativas solidarias surgidas del pueblo¹⁷⁷”. En este sentido, se llegó a una organización con una historia de trabajo en la población y con vínculos ya formados en la comunidad, es decir, la tarea de los profesionales no se definió en función de imponer las características de formación del grupo, ni en sus objetivos, ni en sus integrantes.

Los vínculos solidarios ya formados dentro de la comunidad cristiana y con el resto de la población, ayudaron a agilizar el proceso de aprendizaje y la puesta en práctica de esos conocimientos. Importante fue además el hecho de que las pobladoras conocían y mantenían una opinión sobre la situación de la salud en la época y los cambios que se fueron produciendo en el transcurso de los años:

Cuando llega el año 1973, el gobierno militar o la dictadura, arrasa con lo que tenía Chile con relación a la salud. Elimina la leche que se les daba a los niños hasta los 15 años, con el medio litro de leche que se les daba a los trabajadores especialmente de la construcción, se termina esa fuente. Se terminan las fuentes de trabajo y por tanto la salud empieza a deteriorarse desde el inicio de la dictadura.¹⁷⁸

El análisis crítico y un incipiente diagnóstico permitió ir definiendo ciertos puntos en los que se debía trabajar y realizar capacitación: derechos en salud, educación, tratamiento contra los piojos y el sarna, desnutrición, entre otros. A partir de lo anterior, solicitaron cursos de formación dentro de los que se destacó, como primer tema, una unidad de “salud integral”, en donde se reflexionó sobre anatomía y funcionamiento del cuerpo humano. Además se impartieron cursos de nutrición, primeros auxilios y enfermedades

¹⁷⁷ Vicaría de la Solidaridad, Acción de la Vicaría de la Solidaridad en Zonas, Centro de Documentación, Número de Documento 0070900, p. 3.

¹⁷⁸ Entrevista a Alicia Cáceres.

recurrentes¹⁷⁹.

El método a través del cual se impartieron estos cursos fue muy importante en la etapa de formación: *una integración de profesionales comprometidos y pobladores deseosos de aprender, pero no el aprendizaje doctoral, es un aprendizaje popular*¹⁸⁰.

Aprendizaje popular en tanto los conocimientos y temas desarrollados se presentaban tomando como base la propia realidad de la comunidad: las condiciones de vida, las necesidades, los recursos disponibles.

La reflexión realizada en las sesiones de capacitación del Grupo de Salud Solidario rara vez abarcaba sólo asuntos de salud, al contrario, generalmente se trataban también temas relacionados con política, economía, educación, familia e incluso género. En aquel espacio, las pobladoras/monitoras de salud llegaron a reflexionar sobre ellas mismas y su propio rol dentro de la familia, la población e incluso la sociedad.

Al respecto, Natacha recuerda una clase impartida a las monitoras:

Partía todos los cursos con el cuerpo humano, entonces los curas me compraron unas tremendas láminas del cuerpo humano hermosísimas, con cada aparato ¡grandes! Me acuerdo que me las hicieron en la Librería Manantial... y quedaban absortas las viejas mirando y fijate que cuando yo les ponía el fonendoscopio y les ubicaba el corazón ¿tú sabes que se emocionaban y se ponían a llorar? “Ese es tu corazón” y se emocionaban. Entonces el concepto de ser humano, de persona y de igualdad.... Yo les decía “esa lámina es la misma en todos nosotros, nadie es distinto, tú no tienes un corazón privilegiado, puede ser que esté más enfermo, pero es el mismo corazón y de hecho por eso se hacen trasplantes, si somos los mismos po”. Entonces de ahí un concepto de ser persona y después que adquiríamos ese conocimiento y yo veía que se interesaban empezaba con la sociedad y

¹⁷⁹ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 94.

¹⁸⁰ Entrevista a Natacha Solovera

les decía que los organismos humanos eran exactamente iguales en la sociedad, les decía “¿cuál es el corazón?” entonces me decían “la municipalidad” “y ahora los pulmones” y así íbamos viendo “los riñones, lo que saca todo pa afuera, el pichí pa afuera o los intestinos quién saca la caca pa afuera”, “los de la basura”. Entonces les buscaba una similitud, una comparativa, entonces decía “así tiene que funcionar todo, si no funciona coordinado como el cuerpo humano, no da resultado tampoco en la sociedad, si esa municipalidad no está coordinada con todos los órganos va directa al fracaso. Y ahora hagámoslo más grande ¿cuál sería el corazón de Chile?” “¡La Moneda!”, era como un juego ¿te fijas? Y también una concientización: yo, como persona, cómo me integro a esta sociedad. “Entonces tu ¿qué podrías ser?”, “la sangre”, “y qué llevarías tu de beneficioso”, “tal cosa”, “y qué botarías como basura”, “esto otro”... y ahí empezaba todo y no se les olvidaba más¹⁸¹.

Trabajar estos conceptos a partir de los elementos presentes en la cotidianeidad, en un espacio donde todas podían opinar, constituía un método bastante eficaz. Ampliar el diagnóstico de la salud hacia las propias condiciones sociales otorgaba sentido a la labor realizada:

Se hizo todo un curso que hizo la Natacha en relación a la historia de la familia chilena y cómo desde la nutrición, la educación, todo, se veían estas debilidades que teníamos por la postergación que tenía el campesinado, los mineros y los trabajadores, por la desigualdad. Eso fue muy interesante...¹⁸²

En el proceso de aprendizaje, las monitoras descubrieron múltiples formas de incidir en la comunidad, métodos de promoción en salud y también -aunque muchas veces no era la prioridad- formas de realizar tareas asistenciales.

¹⁸¹ Entrevista a Natacha Solovera.

¹⁸² Entrevista a Alicia Cáceres.

Una importante consecuencia de todo este trabajo se dio dentro del mismo grupo y en relación a cómo las pobladoras se veían a sí mismas. Muchas nunca se imaginaron aprendiendo, trabajando e incluso aportando a la comunidad. Por tal motivo absorber y poner en práctica los conocimientos entregados significó también una transformación personal, reconocer sus capacidades las incentivó a desarrollarse incluso fuera del Grupo de Salud Solidario:

La Adriana me dice:

- *Oye Natacha yo no quiero poner inyecciones.*
- *¿Y por qué no quieres aprender?*
- *Es que no sé leer ni escribir po.*
- *Pero a ver... tu cocinas, sabís manejar el cuchillo.*
- *Sí.*
- *¿Cómo no vas a saber manejar una jeringa?*
- *No po, mira cómo tengo las manos.*

Ella cocinaba con leña, entonces tenía todos los dedos con grietas, esas grietas negras que se les hacen.

– *Ni un problema -le dije yo-, esas manos están limpiecitas aunque tengan rayitas negras, igual puedes poner.*

¡Sabes tú que es un ángel poniendo inyecciones! Porque pone más cuidado y ahora lee. Adquirió confianza en sí misma y después el interés por aprender a leer...

Un grado de confianza sobre sí mismas que, tal vez de otro modo hubiese sido difícil de alcanzar:

... Fíjate que cada vez que iniciaba un taller decía

- *A ver... -después de que hablaba una media hora- quién es más inteligente ¿yo o ustedes?*

Las primeras veces:

- *Usted po, si usted tiene título po.*

– *Ya, vamos a ver en un tiempo más...*

Y cuando terminaba el curso:

– *¿Quién es más inteligente?*

– *Ah, nosotros po, nosotros de todas maneras, tú fuiste un apoyo no más.*

*Entonces esa maravilla se dio en época de dictadura...*¹⁸³

En plena década de los 80, el Grupo de Salud Solidario funcionaba entre la parroquia y el jardín infantil “Nuestra Señora de La Victoria”, aquellos fueron los espacios de encuentro entre profesionales y monitoras de salud. También desde allí el grupo proyectó su trabajo que varió entre lo asistencial, la capacitación y la promoción en salud.

Como ya hemos mencionado, un aspecto bastante trabajado en términos asistenciales fue la nutrición. A través de controles y encuestas aplicadas por las monitoras, se comprobó el déficit existente en el peso de los niños: 27% de desnutrición en niños de entre 1 y 7 años¹⁸⁴.

Con la información recogida, un modo de paliar esta situación fue a través de la entrega de una ración de leche diaria, tarea que fue posible gracias a los recursos donados por la comunidad francesa luego del fallecimiento de André Jarlan (1984)¹⁸⁵. El reparto se planificó estableciendo a “una encargada del programa por cuadra¹⁸⁶” quien debía hacer efectiva la distribución con apoyo de las monitoras. Bajo esta modalidad se logró cubrir 55 cuadras, beneficiando a un total de 1400 niños.

Es importante destacar que este modo de organización por cuadra ha estado presente en distintos momentos en la historia de La Victoria. Tanto antes de la toma como en los

¹⁸³ Entrevista a Natacha Solovera.

¹⁸⁴ CONTRERAS, Op. Cit., p. 92.

¹⁸⁵ “Su muerte indignó a quienes dentro y fuera de Chile se oponían a la dictadura de Pinochet. El nombre de la población La Victoria se asomó a las páginas de la prensa mundial y su lucha despertó la solidaridad de muchas personas. Así, llegó a La Victoria una ayuda económica procedente del extranjero”. En AMORÓS, Mario, Op. Cit.

¹⁸⁶ CONTRERAS, Op. Cit., p. 97.

primeros años de la población¹⁸⁷, se ha acudido al trabajo por cuadra para resolver situaciones prácticas como la distribución de leche o para tomar decisiones en conjunto. El hecho de optar por una estrategia probada y que ha dado resultado en el pasado da cuenta del conocimiento y aprendizaje que se tuvo de experiencias anteriores.

Ahora bien, sobre el trabajo en nutrición infantil, producto del control peso-talla que las monitoras realizaron, se pudo observar un aumento en el peso de los niños, que si bien estaba relacionado con el reparto de leche, más respondió a otro proceso realizado por el grupo de salud: el de capacitación y promoción dentro de la comunidad que consistió en enseñar y guiar a los pobladores, específicamente a madres y dueñas de casa en formas de alimentación más saludables, a partir de los recursos disponibles.

Ese aprendizaje fue puesto en práctica tanto en las ollas comunes como en acciones cotidianas de ayuda entre las mismas pobladoras:

... Por ejemplo se juntaban tres mamás, no había qué echarle a la olla entonces las tres mamás ponían:

- ¿Qué tenís tú?*
- Yo tengo tres zanahorias, ¿tú?*
- Tengo como medio kilo de porotos, ¿y tú?*
- Yo tengo tallarines”*

Ya, se juntaba todo y hacían para las tres familias y la Vicaría aportaba con algún resto de la bodega que nosotros teníamos de alimentos¹⁸⁸.

Además, como parte de la promoción y con el objetivo de que la comunidad tuviese un mayor conocimiento sobre las enfermedades y los problemas de salud atingentes, así como también sus formas de prevención y/o tratamiento, el Grupo de Salud Solidario

¹⁸⁷ Los testimonios señalan:

- Antes de la toma “*En todo el trayecto del canal habían personas viviendo y tenían comités por cuadra*”.
- Primeros años en la población: “*A través de todas las cuadras nos organizamos para salir a exigir un policlínico, por ejemplo aquí era: La Coruña, Ranquil, Estrella Blanca...*”.

Véase en Pasado Victoria del Presente, Op. Cit.

¹⁸⁸ Entrevista a Natacha Solovera.

preparaba material para la educación: la elaboración de trípticos explicativos e informativos y la planificación de campañas intentaban ir cumpliendo estos objetivos. Los mismos espacios de trabajo del grupo -la iglesia y el jardín- se ocupaban para hacer difusión:

Nunca me olvidé de un panfleto que hacíamos “señores, yo soy el piojo”, decía [risas] y ahí se enseñaba el daño que hacía el piojo a la salud y eso se repartía a la salida de la iglesia...

Se hacían talleres, se ponían cartelitos “antes de comer, lávate las manos”, “después de comer, lávate las manos, los dientes”. “Mantén tu baño limpio y verás qué fragante eres” [risas], cosas así, le buscábamos el lado positivo. El mensaje se ponía en cualquier lado, [en el jardín] los niños le mandaban recados a las mamás, pequeñas frases que salían a pegar en las paredes. Y bueno... hacíamos campañas... a despiojar... Bueno, no le decíamos a despiojar, sino que decíamos “todos nos haremos cariño en la cabeza”¹⁸⁹”.

Sumado a lo anterior, gestionaban actividades de formación realizadas por ellas mismas y, en ocasiones, también se invitaba a profesionales. Éstas iban dirigidas tanto a pobladores en general como a organizaciones puntuales variando en temas como alcoholismo, educación sexual, enfermedades recurrentes, nutrición, sarna, pediculosis, impétigo¹⁹⁰.

La labor de traspasar los conocimientos y educar al resto de la comunidad era considerada una de las formas más eficaces para lograr buenos resultados: “Señalan que están muy conscientes que *el saber es poder* y, por lo tanto, todos tienen que saber y que ellas se capacitan para multiplicar¹⁹¹”.

Con todas las acciones realizadas, la gratificación llegaba cuando las monitoras empezaban a notar cambios concretos en los problemas detectados en la comunidad:

¹⁸⁹ Entrevista a Alicia Cáceres.

¹⁹⁰ CONTRERAS, Op. Cit., p. 98.

¹⁹¹ Íbid.

Vimos una mejora en cosas bien concretas: primero que disminuye la pediculosis, disminuye la sarna. Se elimina la sarna y la pediculosis ¿cierto? Fue disminuyendo, disminuyendo y termina. Y lo otro también se terminan los ciclos largos de diarrea que tenían los niños porque se mejoraron los hábitos higiénicos¹⁹².

Por otra parte, un logro que también se consideraba importante era el apoyo a la organización en el conjunto de la población. Más allá de lo que particularmente involucraba a la salud, incentivar la participación de los pobladores, como fue la articulación de tareas por cuadra en el caso del reparto de leche anteriormente mencionado, era celebrado y reconocido por la monitoras:

... El objetivo de ayudar a organizar a la población se ha cumplido, ha unido a las mujeres y a los pobladores y a raíz de esto ha h vuelto a participar mucha gente¹⁹³

La idea de la participación como motor de transformación de las condiciones de la comunidad y, en consecuencia, la intención de ampliar el número de sujetos involucrados se mantuvo porque se aprendió a lo largo de los años que el trabajo en comunidad, tantas veces probado en la población, daba resultados. Tal como señaló “una de las señoras más antiguas en el grupo y una de sus líderes naturales”:

La organización y solidaridad es parte de la historia de la población¹⁹⁴.

Ahora bien, retomando lo realizado específicamente en términos de salud, hemos mencionado en apartados anteriores que en el mismo espacio en que se desenvolvían los grupos de salud, se encontraba el consultorio. En este sentido cabe preguntarse ¿cuál era la relación entre el Grupo de Salud Solidario -surgido desde la misma comunidad y con el

¹⁹² Entrevista a Alicia Cáceres.

¹⁹³ Monitora del Grupo de Salud Solidario. En CONTRERAS, Op. Cit., p. 92.

¹⁹⁴ Monitora de Grupo de Salud Solidario. En Íbid.

apoyo de la iglesia- y el Consultorio -centro de salud local, dependiente del sistema de salud estatal-? Ciertamente es que el trabajo se desarrolló en ambos casos en la misma población y estaba dirigido, en términos generales, a la misma comunidad, sin embargo, creemos necesario constatar diferencias importantes entre uno y otro.

En primer lugar y basándonos en el caso estudiado, debemos señalar que si tomamos como referencia aspectos como objetivos planteados, vínculo mantenido con los pobladores y resultados alcanzados, hay diferencias bastante marcadas.

Uno de los tantos aspectos a considerar es que el Grupo de Salud Solidario surgió desde la comunidad, es decir, sus participantes fueron las mismas pobladoras de La Victoria, hecho no menor ya que fue una característica que finalmente favoreció el desarrollo de vínculos, lazos afectivos y de compañerismo con el resto de la población.

El grado de sensibilidad con que los problemas lograron ser tratados influyó en que se acudiera bastante a las monitoras: “a ellas recurren accidentados, mujeres golpeadas por hombres en sus hogares, jóvenes drogadictos y ancianos moribundos [...] consuelan en los velorios y son frecuentes los casos en que han ayudado a morir a personas que no han recibido la necesaria asistencia hospitalaria”¹⁹⁵.

Aquellos vínculos facilitaron la realización de un trabajo más inmediato y cercano que en el consultorio de la población, sin embargo, el Grupo de Salud Solidario reconocía los límites de su propia capacidad, sobre todo cuando los problemas de salud se tornaban complejos.

Cuando esto sucedía, realizaban inmediatamente la derivación a centros de salud y hospitales. Al respecto, “es indudable que la atención profesional que entregan los proyectos solidarios, al no estar sometida a la presión de la demanda masiva, es más oportuna y accesible que la atención en consultorios del sistema estatal. Es también una atención más satisfactoria desde el punto de vista de la relación humana con las personas

¹⁹⁵ *Íbid.*, 100.

atendidas. Su eficacia, percibida desde el punto de vista técnico-médico, es satisfactoria en los casos de patología simple, pero se ve reducida en enfermedades más complejas que requieren de medios de diagnóstico o tratamiento en niveles de mayor complejidad¹⁹⁶”.

En este sentido podríamos afirmar que el Grupo de Salud Solidario y el Consultorio tendieron a operar a distintas profundidades de los problemas de salud. Prueba de ello es que las preocupaciones percibidas entre uno y otro eran muy diferentes. Al respecto, podemos señalar que los logros alcanzados nunca fueron medidos con la misma escala: a diferencia del consultorio, para el grupo de salud, aspectos como el número de consultas realizadas o la cantidad de personas atendidas no alcanzaba una gran relevancia. Tal como señalábamos anteriormente, algunas preocupaciones centrales del Grupo de Salud Solidario era la participación de los pobladores y el contacto comunitario como estímulo para el desarrollo de un espacio solidario, una comunidad comprometida a resolver sus propios problemas, manteniendo una actitud crítica frente a la realidad de la población y del país.

Con todo y pese a las diferencias entre la experiencia del Grupo de Salud Solidario y el consultorio, identificamos momentos en los que fue posible la coordinación entre ambos.

Cuando en el año 1986 el Colegio Médico inició un paro criticando los problemas surgidos en el Sistema de Salud y las malas condiciones de trabajo de profesionales y técnicos, el Grupo de Salud Solidario no vaciló y apoyó la iniciativa: “informaron a la población y denunciaron los efectos de la nueva ley de salud”. Incluso “impidieron las actividades del Consultorio La Feria por tres días, aprovechando el hecho para manifestarse frente al personal médico y al resto de la población¹⁹⁷”. Sobre las condiciones de los centros de salud, la preocupación manifestada por las monitoras se centraba en la falta de recursos y la calidad de la atención de los profesionales:

En nuestros sectores, la atención se limita sólo a un mero diagnóstico sin un tratamiento efectivo y oportuno. Sufrimos la falta de medicamentos,

¹⁹⁶ Los grandes problemas, p. 108.

¹⁹⁷ Contreras, Op. Cit., p. 99.

*materiales de primeros auxilios, falta de implementos mínimos para el buen funcionamiento de Hospitales y Policlínicos Periféricos*¹⁹⁸

El esfuerzo por movilizar y apoyar tanto a pobladores como a profesionales en aquel momento hizo ver que, si bien las monitoras no contaban con todos los conocimientos técnicos en comparación con los profesionales del consultorio, podían otorgar una interesante mirada a los problemas en la población. Es más, para ellas, organizarse y reivindicar el derecho a la salud era parte esencial de los objetivos planteados, ya que se consideraba un impulso a la participación dentro de la población: “Es importante destacar que el grupo le da una importancia y proyección amplia a este derecho. Explican que es una necesidad muy elemental de las personas, que convoca a todos por igual y que atrae a mujeres nuevas, que no habían participado antes en otras cosas. Según su evaluación, comenzando por la salud, las personas se incorporan después en la defensa y organización de otras necesidades básicas¹⁹⁹”.

Además de la crítica y reivindicación del derecho a la salud, identificamos otro momento entre el Grupo de Salud Solidario y el Consultorio, relacionado a su labor asistencial.

Reconociendo los problemas de atochamiento en la atención de quienes acudían al centro de salud local, se logró, en conjunto, implementar un sistema de apoyo que consistió en establecer a una monitora por cada cuadra. La idea detrás de esta modalidad era que los pobladores de cada cuadra acudieran a la monitora correspondiente frente a cualquier problema de salud, y ésta, una vez examinado el problema hacía la derivación al consultorio:

Acudían primero a ella y ella veía si era realmente necesario que fuera a pedir número al consultorio o fuera a la posta [...] en esa época ella determinaba “tienes que ir de inmediato” y hacía un papelito y lo mandaba

¹⁹⁸ Íbid., p. 92.

¹⁹⁹ Íbid., p. 98.

*pal consultorio. Entonces ellas eran las derivadoras. Y cuando no se la podían evidentemente mandaban a un paciente al tiro no más a un centro de salud. Así es como funcionó y dio resultado, dio resultado por largo tiempo...*²⁰⁰.

Ahora bien, sobre la relación entre el Grupo de Salud Solidario y otras organizaciones, debemos señalar que, durante los años de funcionamiento, se lograron generar vínculos que incluso traspasaron la frontera de La Victoria. Redes donde pudieron compartir experiencias y opiniones, especialmente en lo relacionado a la salud.

Alicia Cáceres recuerda la participación en el Congreso Latinoamericano de Mujeres Católicas realizado en Talca:

*Y entonces ahí nos prepararon en salud, tuvimos la experiencia de que nos contaba gente de Colombia, de Nicaragua, de Argentina... mujeres, éramos puras mujeres. La iglesia nos prestó una casa allá*²⁰¹.

También participaron en algunos encuentros de la Coordinadora de Salud Metropolitana²⁰² que agrupaba diversas organizaciones que trabajaban en salud comunitaria. Aquel espacio buscaba recoger diversas experiencias, apuntando a un trabajo colectivo en términos de promoción y reivindicación de derechos:

Se creó una Coordinadora de Salud Metropolitana.... Era todo promocional, era, por ejemplo, grupos de salud, preocuparse de la salud poblacional, distintos grupos etéreos y de las denuncias.

[pausa]Entonces una coordinadora metropolitana que venían de la zona norte, del occidente, del oriente, nos juntábamos todos ahí, fue realmente grandioso eso, que se hiciera una coordinadora metropolitana y se pretendía

²⁰⁰ Entrevista a Natacha Solovera.

²⁰¹ Entrevista a Alicia Cáceres.

²⁰² Del Grupo de Salud Solidario, asistieron las monitoras Guillermina Farías y Alicia Cáceres.

*hacer una nacional...*²⁰³

La Coordinadora de Salud Metropolitana reunió tanto a grupos de salud como a instituciones de apoyo con el objetivo de discutir la participación popular en salud y sus proyecciones en diversos encuentros realizados durante la década de los 80. La idea era articular el trabajo de los grupos por sectores o zonas y promover la acción popular como centro en la conquista de los derechos del pueblo. Además se planteaba como un espacio para discutir y reafirmar un proyecto común en salud popular²⁰⁴.

En pleno contexto de participación en estas iniciativas que impulsaban a conocer y aprender sobre diversas experiencias en salud comunitaria, las circunstancias empujaron a que el Grupo de Salud Solidario volcara sus esfuerzos en la actividad asistencial. Específicamente, la atención en primeros auxilios.

Tal como lo hemos señalado en apartados anteriores, con el inicio de las protestas nacionales en el año 1983, los pobladores salieron a la calle a demostrar su descontento contra el régimen:

*Cuando empiezan las Protestas el año 83, la gente empieza a salir a las calles, empiezan a perder el temor y las primeras que pierden el temor son las mujeres*²⁰⁵.

Con las manifestaciones inmediatamente llegó la represión, la cual “revistió características de fuerte brutalidad en muchas poblaciones, procurando amedrentar y castigar físicamente a quienes participaban en ellas²⁰⁶”.

Así sucedió en La Victoria por lo que desde ese momento se crea la necesidad, identificada por las monitoras del Grupo de Salud Solidario, de asistir a los pobladores que resultaban heridos.

²⁰³ Entrevista a Natacha Solovera.

²⁰⁴ Segundo Encuentro Diálogo, Op. Cit.

²⁰⁵ Testimonio de Victoria Plaza, Pobladora de La Victoria desde 1972. En: AMORÓS, Mario, Op. Cit. p. 12.

²⁰⁶ En Vicaría de la Solidaridad, p. 153.

Al mismo tiempo, la Vicaría de la Zona Sur intencionó su apoyo al grupo de salud precisamente en esa dirección, reconociendo “la necesidad de responder en forma adecuada y oportuna a los requerimientos producto de las protestas”²⁰⁷. Ante estas circunstancias, las monitoras de salud se capacitaron. Los profesionales de la salud, desde la Vicaría de la Solidaridad, enseñaron sobre tratamiento de heridas, extracción de balines, contusiones, fracturas y diverso tipo de curaciones.

En ese contexto y considerando la falta de recursos, en el proceso de capacitación fueron buscando formas de trabajar con todos los elementos disponibles. Por ejemplo, enseñaron a las monitoras algunos métodos para suplir la escasez de apósitos al momento de proteger heridas de las infecciones:

En el Barros Luco me decían “llegó un paciente tratado por una de tus mujeres, con unos apósitos floridos”. Porque yo les decía que si no hay apósito como ustedes los conocen... nosotros teníamos reuniones, todo el equipo de salud con médicos, con enfermeras, todo el equipo de salud y averiguábamos qué podíamos hacer si no habían apósitos: primero que nada telas firmes como la popelina, hervirlas con rinso, bien enjuagadas y planchadas con plancha bien caliente por los dos lados y envueltas en papel craft bien planchados con la plancha caliente hasta donde aguantara el papel y eso te duraba 48 horas de esterilidad. Todas tenían pero con florcitas, con corazones... llegaban allá con esos apósitos. Y por otro lado llegaban con suero, yo les enseñé también a poner suero, a pinchar venas²⁰⁸ ...

En La Victoria, tal como en muchos otros sectores, la protesta comenzaba al final del día: “en las poblaciones se caracterizó principalmente por su carácter nocturno. El encendido de barricadas, el caceroleo, el grito de consignas, los miguelitos barridos por las

²⁰⁷ Vicaría de la Solidaridad, p. 165.

²⁰⁸ Entrevista a Natacha Solovera.

calles, las zanjas y los numerosos cortes de luz fueron sus formas principales²⁰⁹”.

La noche marcaba el inicio de las manifestaciones y, al mismo tiempo, un estado de alerta que era asumido por el Grupo de Salud Solidario: las monitoras debían estar preparadas y en condiciones de atender a cualquier poblador herido. Es más, la responsabilidad que suponía actuar en estas circunstancias recaía casi completamente en ellas ya que a esas horas, salvo algunas excepciones, los profesionales de la salud que durante el día apoyaban la formación y organización del grupo, ya no estaban cerca.

La disparidad entre los riesgos asumidos por las monitoras y los profesionales, incluso hasta el día de hoy genera cierto grado de tensión:

Nosotros arriesgábamos la vida hasta las dos, tres de la mañana con el asunto de las protestas, no había ningún profesional con nosotros. Claro... muy arengados y con folletos y qué se yo “pero chiquillas yo no vivo aquí, no me puedo quedar” ¿me entendís? Y había un estudiante de medicina, ya ni me acuerdo cómo se llama... tampoco lo he dicho, lo voy a decir ahora... llega un poblador con una bala, parece que este cabro había disparado también... si lo mandábamos a la posta lo iban a dejar detenido. Me dice “Alicia ¿te atreves a que saquemos la bala?” y sin que nadie supiera, estábamos solos acá... le sacamos la bala. Afirmándolo y todo y parece que hasta lo curamos porque le dimos un poco de alcohol pa tomar... por lo menos, pa salvarle la vida... entonces ¿y si a nosotros nos pillaban? ¿Dónde corrieron el riesgo los demás?²¹⁰

Pese a lo anterior, el Grupo de Salud Solidario contaba, tal como venía sucediendo desde sus inicios, con el apoyo de la iglesia local. La parroquia fue bastante importante en este sentido porque, además de ser uno de los espacios donde se atendían las urgencias derivadas de las protestas, las monitoras establecieron una red de apoyo con los curas:

²⁰⁹ Antonia Garcés, Op. Cit., p. 98.

²¹⁰ Entrevista a Alicia Cáceres.

Los curas las ayudaban, la iglesia católica era la que se hacía cargo de esto y les daba alojamiento en las casas de los curas o en las capillas y ahí funcionaban protegidas por los curas²¹¹

Una forma de resguardarse y proteger a quienes trabajaban en el Grupo de Salud Solidario era a través del registro de lo que sucedía, las reuniones y los nombres de las personas que acudían a ellas:

Sentíamos el helicóptero, a qué hora pasó, cuánto rato estuvo rondando, por ejemplo, alrededor de la capilla o de la población, qué persona llegó a la reunión o al grupo que estábamos en ese momento, el grupo para atender heridos, a qué hora venía y a qué hora se fue y nos sirvió de harto eso, porque hubo gente que se le acusó, pero no po, estaba con nosotros²¹²...

En efecto, las monitoras del grupo de salud, arriesgando su integridad física y con la posibilidad latente de ser detenidas en el marco de la protesta, recorrían las calles de La Victoria cargando los materiales necesarios para, al momento indicado, atender al compañero herido, llevándolo a la parroquia o a la casa de algún poblador .

Las chiquillas en la noche andaban repartiendo botiquines para los que caían en la calle, para que se secaran la sangre, se taparan ahí²¹³ ...

La emergencia de los heridos en las protestas incluso motivó a que las organizaciones comprometidas con el trabajo en salud, el Grupo de Salud Solidario y el Grupo de Salud Poblacional²¹⁴, decidieran apoyarse e intentar realizar una labor común. En este sentido, la figura del sacerdote Pierre Dubois fue bastante importante, ya que, siendo

²¹¹ Entrevista a Natacha Solovera.

²¹² Entrevista a Alicia Cáceres.

²¹³ Ídem.

²¹⁴ *Aquí en la población teníamos dos grupos: el grupo de salud solidario y el grupo de salud poblacional, claro... uno lo lideraba la Martha Núñez y la señora Nela y nosotros estábamos acá que lo lideraba la Alicia Cáceres, la Guillermina Farías y estaba la doctora Ides López con nosotros y la Natacha. Véase experiencia de este grupo en el subcapítulo 2.3.2*

dos grupos con características diferentes en cuanto a historias de formación y composición étnica, se logró mantener un diálogo y superar desavenencias en pos de un bien mayor: la organización e integridad de la comunidad.

Pierre Dubois estaba en los dos [grupos], porque él siempre estuvo por la unidad, porque nos peleamos todos, nacimos peleando, pero por hacer las cosas mejor y así llegamos los grupos de salud...

Uno de los principales apoyos del Grupo de Salud Poblacional, era la iglesia evangélica que físicamente se encontraba frente a la parroquia. Esto fue bastante útil al momento de trabajar porque la cercanía en el espacio permitió el intercambio de materiales de manera fácil y rápida.

Fíjate que se apoyaban con elementos para curaciones, para inyecciones, pasaban por 30 de octubre porque los carabineros se ponían en Avenida La Feria, pasaban por 30 de octubre pa allá. Algunos pasaban gateando, esperaban que los pacos se calmaban y pasaban con los elementos de una iglesia pa otra... “anda a buscar gasa, anda a buscar alcohol, anda a buscar qué se yo”. Entonces eso se dio mucho²¹⁵...

Sin embargo, el trabajo común entre ambos grupos siguió sólo hasta que se mantuvo la emergencia. Hacia el año 1986 -si bien las acciones represivas y de control por parte del régimen continuaron en los años siguientes²¹⁶- el declive de las movilizaciones marcó al mismo tiempo la disminución de casos urgentes a tratar.

Por su parte, en los años siguientes, el Grupo de Salud Solidario continuó realizando sus labores habituales, al tiempo que reflexionaban sobre las posibles proyecciones del trabajo comunitario hacia el término de la dictadura:

“En democracia no creen que el grupo deba disolverse, sino por el contrario, continuar unidas para luchar por la conquista de las necesidades básicas [...] Esperan tener un rol

²¹⁵ Entrevista a Natacha Solovera.

²¹⁶ IGLESIAS, Mónica, Op. Cit., p. 297.

activo -todavía no definido- en una reestructuración del sistema de salud, participando en la coordinación entre los distintos policlínicos, con las Juntas de Vecinos y con diversos delegados de salud²¹⁷”

Las expectativas que en ese tiempo se planteaban en las reuniones de las monitoras del Grupo de Salud Solidario lamentablemente nunca igualaron la realidad. Lo que en concreto sucedió fue que con el término de la dictadura, llegaron las transformaciones, surgieron nuevas necesidades y se modificaron los vínculos con los organismos de apoyo, lo que influyó en que el grupo no siguiera desarrollándose.

En este sentido, identificamos la relación entre algunas características que definieron al Grupo de Salud Solidario en sus años de funcionamiento y, que de cierta forma, influyeron en las razones de su término.

En general, el nivel de cohesión y participación logrado en la población -con especial fuerza en la década de los 80-, derivó en la multiplicación de diversas instancias destinadas a paliar las necesidades de la comunidad. Así nacieron, con el empuje de las llamadas “organizaciones de apoyo”, los ya mencionados comprando juntos, olla común, bolsa de cesantes, jardín infantil, grupos de salud, etc.

Este incremento de la participación junto con la articulación de vínculos solidarios dentro de la comunidad, favoreció la conformación de una red que permitía a las mujeres del Grupo de Salud participar -no sin dificultades- de su organización y al mismo tiempo, apoyarse, por ejemplo, en los comprando juntos o en las ollas comunes cuando faltaban los recursos para la alimentación en sus propias familias.

La precariedad económica de los pobladores en La Victoria y en muchos otros sectores populares se intentó enfrentar a través del trabajo realizado en la comunidad, con solidaridad y voluntad. Sin embargo, cuando se termina la dictadura, decaen los aportes de las instituciones que hasta ese momento habían acompañado a las organizaciones populares

²¹⁷ CONTRERAS, Op. Cit., p. 101.

en forma de orientación, recursos y capacitación. Esto derivó en que el conjunto de organizaciones tuviese serias dificultades para seguir su trabajo por lo que, en consecuencia, la red de apoyo mencionada se debilitó.

Para el caso del Grupo de Salud Solidario, sin el soporte que otorgaba la iglesia a través de la Vicaría de la Solidaridad y los profesionales de la salud, fue imposible seguir. Desde la iglesia llegó la noticia a las monitoras y las organizaciones de salud comunitaria en la zona sur:

Tuvimos una reunión, la Rosita me llama “Alicia, me despidieron de la sala cuna... porque van a pasarla al policlínico”. Estábamos en la Dávila²¹⁸ y fuimos a una reunión a Santa Adriana²¹⁹. Tenían un almuerzo los sacerdotes, y había un decano que se llamaba Jesús Herreros y bueno... nosotros pedíamos que queríamos estar en la reunión de ellos y sale Jesús Herreros y dice “quiero ser franco con ustedes chiquillas... no van a poder continuar en las parroquias con los grupos de salud²²⁰.”

Uno de los motivos argumentados era que con el retorno a la democracia la situación debía ir normalizándose, las poblaciones seguir su curso y los profesionales de la salud, “volver al mundo”:

Todo terminó bien dramáticamente porque los curas no quisieron seguir con este trabajo, nos dijeron “se tienen que ir al mundo”, tu tienes que ir a un hospital, tienes que irte a lo que eres tú. Luego del plesbicitito nos echaron a todos²²¹.

Las monitoras, con todos los conocimientos aprendidos y sin el apoyo para trabajar, pusieron pausa a las labores que venían realizando. De ahí en adelante, de vez en cuando atendieron curaciones o pusieron inyecciones cuando algún poblador o familiar lo necesitó.

²¹⁸ Población Miguel Dávila Carson, actualmente ubicada en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

²¹⁹ Población Santa Adriana, actualmente ubicada en la comuna de Lo Espejo.

²²⁰ Entrevista a Alicia Cáceres.

²²¹ Entrevista a Natacha Solovera.

La experiencia del Grupo de Salud Solidario y los años de lucha de estas pobladoras, salvo en algunas ocasiones²²², no se visibilizó. En los años en que el grupo se desarrolló y entre todas las tareas que debían realizar, las monitoras no se dedicaron a sistematizar sus vivencias. Tampoco hubo reconocimientos:

Se esperaba que toda la gente que lo dejaron todo aprendiendo de salud... que se les iba a dar un trabajo, algo modesto, porque ellas lo dieron todo, lo dimos todo... me da pena... no por mí, porque yo he sido compensada en la vida con una familia que ha podido mantenerse unida y que sus hijos han podido estudiar, pero muchas de las otras mujeres no. Hay una, la Betty que vive en la Santa Adriana...creo que está pasando por una situación muy precaria. Después de haberlo dado todo. Ni un reconocimiento²²³.

Cuando la dictadura acaba, pareció ser que todo el trabajo comunitario realizado, de resistencia a la represión y, en general, a las condiciones de vida, dejó de tener sentido en el marco de la transición pactada:

No había un Pinochet, entonces eso habló que hicimos algo mal, debimos haberlo previsto. Entonces al no prevenir nos destruimos, nos disgregamos como azúcar en el agua. Entonces ¿qué pasa? Que después de que sale Aylwin se hizo un corte, todos vuelven, como decían los curas, al mundo, pero todos dispersos, todos sin cohesión, sin cosas claras, para dónde ir y todos tratando de llegar a gobernar, tratando de llegar a manejar este pueblo a través de los partidos políticos en el gobierno. Que no era la verdad. La verdad era otra, que siguiéramos organizados como estábamos. Nada más, que se nos permitiera a la monitora por cuadra, que yo siguiera

²²² Para el caso de La Victoria hay un documento de trabajo realizado por el Programa de Economía del Trabajo (PET), citado en este escrito. También existe un libro elaborado por pobladores del Grupo de Salud Poblacional “Pasado Victoria del Presente”, compilado por Manuel Paiva.

Para mayor información se recomienda visitar el archivo de Educación Popular en Salud (EPES), quienes resguardan material de trabajo y sistematización de experiencias en Salud Comunitaria.

²²³ Testimonio de Alicia Cáceres.

*haciendo capacitaciones a las mujeres*²²⁴.

Para el Grupo de Salud Solidario, la presencia de la iglesia como organización de apoyo fue fundamental e imprescindible. Así también lo fueron las organizaciones que lucharon por hacerse cargo de otras -muy importantes- necesidades y problemas. En este sentido podríamos preguntarnos ¿que tan autónomo pudo llegar a ser este grupo de pobladoras? El recorrido por esta experiencia nos permite concluir al menos que, si bien las monitoras pudieron definir sus motivaciones y decidir el rumbo de sus acciones, la asociatividad y consecuentes redes originadas de diversas interacciones fueron cruciales a la hora de realizar un trabajo desde y para la comunidad. Estas interacciones sin duda terminaron por transformar las motivaciones y acciones realizadas, lo que no implica una falta de autonomía sino que subraya la importancia de la comunicación, el intercambio de ideas y de formas de aprendizaje para impulsar las capacidades y hacer más efectivo el proceso de lograr los objetivos que se proponen.

Hacia el término de la dictadura, el Grupo de Salud Solidario necesitaba el apoyo de los profesionales y de su misma comunidad para poder seguir. Sin recursos, sin capacitaciones y sin la fuerza de otros grupos, se restaban algunos de los principales elementos para trabajar. Subrayando la importancia de la comunicación y los apoyos que motivan la acción, como señaló Alicia Cáceres:

*Todo el mundo nos motivó, pero necesitábamos compañía*²²⁵.

²²⁴ Entrevista a Natacha Solovera.

²²⁵ Entrevista a Alicia Cáceres.

Capítulo IV. Servicio Evangélico para el Desarrollo (SEPADE) y formación del grupo de salud poblacional

4.1 *La labor de Sepade: educación y desarrollo de capacidades propias*

El 13 de diciembre de 1974, en un acto realizado en el edificio Diego Portales, una agrupación de pastores -posteriormente constituidos en el Consejo de Pastores²²⁶-, hacía pública una declaración a nombre de la iglesia evangélica, en apoyo al golpe de Estado. El documento firmado, titulado “Declaración de la Iglesia Evangélica”, planteaba una serie de afirmaciones en respaldo al llamado “proceso de liberación” realizado desde septiembre de 1973 por las Fuerzas Armadas, identificándolo como “la respuesta de dios a la oración de todos los creyentes que ven en el marxismo la fuerza satánica de las tinieblas en su máxima expresión”.

En esa línea, el texto reafirmaba la idea de legitimidad del golpe, contrario a lo que finalmente terminó siendo la anterior administración de la Unidad Popular: “Todo gobierno es legítimo en la medida que responde a la voluntad de la mayoría y satisface las necesidades de la Patria; el nuestro lo es porque satisfizo la necesidad de ser liberada de un sistema marxista, esclavizante y foráneo. Este sistema que, si bien es cierto, nació con base constitucional, se tornó ilegítimo al pisotear las instituciones que lo sustentaban, aun en contra de la voluntad de los chilenos en su mayoría”.

Concluido el acto, los medios dieron a conocer lo sucedido generando la impresión de que la comunidad evangélica en su totalidad era la que estaba dando respaldo a Pinochet. El hecho se titulaba así:

226

Nacida en 1975, se definió como una asamblea representativa de la opinión de la iglesia evangélica chilena. MALDONADO, Matías, Evangélicos en la dictadura militar chilena. [en línea] Observatorio Iglesia y Sociedad <<http://www.iglesiaysociedad.cl/evangelicos-en-la-dictadura-militar-chilena/>>

Fervoroso respaldo de Evangélicos al Gobierno.

La Tercera de la hora, 14 diciembre de 1974

Amplio respaldo brindaron las Iglesias Evangélicas al General Augusto Pinochet.

Las Últimas Noticias, 14 diciembre de 1974

Generalizar esta acción como la voluntad de los evangélicos de Chile, significaba alimentar, al mismo tiempo la idea de que, en su conjunto, se caracterizaban por ser conservadores o antimarxistas. Sin embargo, hay quienes, en relación a la misma declaración mencionada, cuestionaron la “espontaneidad con que se produjo este acto de apoyo al régimen militar”, asegurando que “la convocatoria fue acompañada por el anuncio de que las denominaciones que no asistieran podrían perder su personalidad jurídica²²⁷”.

Independiente de las presiones a las que pudieron haber estado sujetos los miembros de las iglesias comprometidas en aquella ocasión, lo cierto es que paralelamente, algunos sectores de la comunidad evangélica ya estaban desarrollando cierto nivel de oposición.

Hacia 1975 el Consejo Mundial de Iglesias²²⁸, una organización cristiana que agrupa múltiples denominaciones y comunidades (anglicanas, ortodoxas, protestantes, luteranas) a nivel internacional, dirigió su preocupación hacia la situación vivida en el país. De este modo, a partir de la información que lograron recibir en el extranjero sobre las condiciones de la población, iniciaron una búsqueda para canalizar formas de ayuda.

Es en ese contexto que la Misión Iglesia Pentecostal en Chile, miembro del Consejo Mundial de Iglesias desde el año 1961, se organizó para gestionar los recursos y hacer

²²⁷ MANSILLA, Miguel Ángel, Juan Sepúlveda y Luis Orellana. Cuando el opio se rebela: La Confraternidad Cristiana de Iglesias (Evangélicas) en su crítica a la dictadura militar y su proyecto de sociedad (1981-1989), p. 328.

²²⁸ <<https://www.oikoumene.org/es/about-us>>

llegar el aporte concreto hacia la población necesitada. Con este motivo se crea la Comisión Técnica Asesora “cuya existencia se formalizó mediante una Reforma de Estatutos y Reglamentos de la Iglesia Pentecostal (Personalidad Jurídica N°225 de 1954) en febrero de 1976²²⁹”

En este primer periodo la comisión trabajó desarrollando proyectos acotados²³⁰ apoyados en primer lugar por el Consejo Mundial de Iglesias a lo que se sumó en los años siguientes, la agencia holandesa ICCO²³¹.

Los objetivos planteados en estos proyectos buscaban responder a la emergencia identificada desde las mismas iglesias. Éstas, en su mayoría, se ubicaban en zonas populares a lo largo del país por lo que no fue difícil constatar las condiciones a las que aquel sector de la población estaba expuesto: problemas económicos y sociales que se asumieron en diversas actividades solidarias como comedores infantiles y, en general la asistencia a mujeres y niños.

Al respecto, Marta Palma, integrante del equipo desde 1976, señala:

En esos años la crisis tenía como componentes principales una agudización económica y social y por lo tanto un grave deterioro de las condiciones de vida. Junto con eso se daba una dispersión de las organizaciones sociales y también mucho temor de participar, por la fuerte represión que se vivía por la situación social y política. Es en ese contexto que la Misión Iglesia Pentecostal apoya la iniciativa que surge de algunos de nosotros, de crear una comisión para la implementación de programas que involucren a las iglesias en

²²⁹ SEPADE, *30 años 1975-2005 Servicio Evangélico para el Desarrollo SEPADE*, Concepción, Chile, SEPADE, 2005. p. 14

²³⁰ Según señala Daniel Palma, primer director de SEPADE: *Nunca se proyectó el largo plazo sino que trabajábamos con proyectos de un año, de dos años*. Testimonio en video institucional disponible en SEPADE.

²³¹ Interkerkelijke Coördinatie Commissie Ontwikkelings-projecten (Organización Intereclesial de Cooperación para el Desarrollo)

*acciones de solidaridad con los pobres*²³².

El reducido equipo de aquella Comisión Técnica Asesora -se componía sólo de cuatro integrantes- debió acudir entonces a la participación de voluntarios, que generalmente pertenecían a las iglesias ubicadas en los mismos sectores donde se trabajaba. El compromiso de aquellos que se unieron a esta causa permitió ir sumando a la ayuda internacional lo recolectado en el espacio local para que, por ejemplo, las familias que sufrían los efectos del desempleo, pudiesen recibir recursos para su alimentación. De este modo se logró extender la ayuda en los “barrios populares de la zona central del país, entre las actuales regiones Metropolitana y Octava²³³”.

Una de las principales motivaciones a estas acciones iniciales fue la solidaridad con las comunidades cercanas a los espacios de las iglesias. La preocupación por las familias y los niños los impulsó a actuar:

Se entendió la preocupación que teníamos de que cómo no vamos a hacer nada respecto de lo que está pasando en Chile ¿nos vamos a quedar cruzados de brazos viendo que hay gente que está sufriendo?234

En este sentido, importante fue la lectura de la biblia hecha en función de la realidad que el país estaba viviendo y que finalmente sirvió de sustento a la opción solidaria. La reflexión parte desde el momento de la creación: desde ahí, según señalan las escrituras, se manifiesta la comunión entre lo animal, lo vegetal y lo humano. Y si bien el ser humano fue bendecido con el don de “dar nombre a todo lo creado”, también debió asumir la responsabilidad de procurar el equilibrio y la comunión en el mundo. Bajo esta óptica, los efectos del golpe de Estado en el país se identificaron como una ruptura de esa comunión: “Procurando discernir en la concreta historia reciente de Chile signos de tensión entre el propósito de Dios para con la Creación, y los obstáculos que se oponen en su realización,

²³² SEPADE, Op. Cit., p. 18.

²³³ Íbid., p. 17.

²³⁴ Daniel Palma, entrevista video institucional.

[...] las acciones concretas, más allá de su materialidad inmediata, han sido vistas como gestos de respuesta a la solidaridad de Dios en Jesucristo con todos los que sufren, como pequeños granos de arena que apuntan a la reafirmación de la esperanza y al establecimiento, en la medida de lo posible, de relaciones de comunión entre las personas, grupos, comunidades del mundo popular²³⁵”.

Las acciones solidarias fueron asumidas como un deber reafirmado en el evangelio. Sobre su labor en la Comisión Técnica Asesora, Marta Palma señala:

En lo personal, significó renunciar a algunas posibilidades porque sentí que esta iniciativa podría dar espacio de expresión a mi compromiso personal con Cristo y con los pobres²³⁶.

En los siguientes años, las acciones realizadas desde la Misión Iglesia Pentecostal siguieron su curso, al tiempo que se agudizaban las condiciones sociales y económicas de la población²³⁷. Es en ese contexto que, durante los primeros años de la década de los 80, surge la necesidad de fortalecer la organización.

En primer lugar, se buscó un nombre que pudiese definir el sentido de las acciones y objetivos propuestos por quienes, hasta el momento, venían desarrollando las tareas solidarias: *era fundamental dar contenido a la palabra desarrollo. Nuestras pequeñas acciones, aunque chiquititas, eran una colaboración al desarrollo²³⁸*. Desde ahí surge la idea: en febrero de 1983, la anterior Comisión Técnica Asesora se convirtió en el Servicio Evangélico para el Desarrollo (SEPADE), transformación que fue autorizada por la Asamblea General de la Misión Iglesia Pentecostal. De ahí en adelante, SEPADE estuvo regido por “un reglamento especial aprobado por la misma asamblea²³⁹”.

En términos concretos, sumado al cambio de nombre se redefinieron los objetivos.

²³⁵ A lo largo de 30 años: la lectura del Evangelio que ha inspirado la acción de SEPADE. En La Bitácora, año II, número 5, abril a julio de 2005, publicación trimestral, Chile, p. 2.

²³⁶ SEPADE, Op. Cit., p. 18.

²³⁷ Véase Capítulo I.

²³⁸ Daniel Palma, entrevista en video institucional.

²³⁹ SEPADE, Op. Cit. p. 25.

Desde el comienzo, el propósito era paliar la emergencia a través de acciones asistenciales, sin embargo, la represión y agudización de la crisis económica y social pronto generó la necesidad de fortalecer lazos al interior de los sectores populares y buscar solución a los problemas dentro de las organizaciones, a través del trabajo de las mismas comunidades afectadas. Teniendo en cuenta esta realidad, SEPADE dirigió sus esfuerzos en apoyo a las organizaciones sociales y comunitarias y, si bien, no dejó de lado la tarea de hacer llegar recursos a los sectores populares, la educación, la orientación y la capacitación se convirtieron en las principales tareas a desarrollar.

Es necesario mencionar que esta transformación se dio en el marco de un fenómeno que durante la década de los 80 cobró gran importancia: la multiplicación de las llamadas “organizaciones no gubernamentales”, dedicadas a apoyar el trabajo desarrollado en los sectores populares. Al respecto Mario Garcés reconoce “dos tipos de organizaciones que dieron origen a las ONGs: aquellas que surgieron como “centros académicos”, por ejemplo, los Círculos de Estudio de la Academia de Humanismo Cristiano o que prolongaron esa identidad, bajo nuevas condiciones, como la FLACSO; y, por otra parte, instituciones que surgieron como “organizaciones de apoyo al movimiento popular”, como SEDEJ (Servicio de Desarrollo Juvenil), SEPADE (Servicio Evangélico para el Desarrollo) y también ECO (Educación y Comunicaciones)²⁴⁰”.

Gracias al apoyo de las agencias protestantes de cooperación ICCO de Holanda, EZE²⁴¹ de Alemania y Christian Aid de Gran Bretaña, SEPADE dio inicio a esta nueva etapa con un equipo de profesionales y técnicos trabajando en Santiago y Concepción.

Tal como señalamos, en este periodo la labor se concentró en la experiencia educativa y el propósito de ser un apoyo técnico y organizativo a iniciativas comunitarias que buscaban resolver diversos problemas locales. A partir de ahí se plantearon tres líneas de acción ejecutadas en programas que se iban renovando cada tres años: desarrollo

²⁴⁰ GARCÉS Mario, ECO, las ONGs y la lucha contra la dictadura militar en Chile, Revista IZQUIERDAS, Año 3, Número 7, 2010. ISSN 0718-5049, p. 2.

²⁴¹ Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe (Asociación Protestante para el Desarrollo)

comunitario, centros productivos, capacitación y educación no formal²⁴².

Fomentar la autonomía y el desarrollo de capacidades propias a través de cursos y talleres dirigidos a pobladores y campesinos -en su mayoría mujeres y jóvenes-, comprendió también la adopción de una postura crítica en relación a la situación que el país estaba viviendo. En este sentido, consideramos importante reparar en una organización en la que SEPADE tuvo una activa participación: la Confraternidad Cristiana de Iglesias Evangélicas (CCI).

La CCI nació en el año 1982 con el apoyo de diversas organizaciones internacionales, entre ellas: Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI), Consejo Mundial de Iglesias (CMI), Instituto Superior Evangélico de Estudios Teológicos de Argentina (ISEDET), Iglesias Reformadas de Holanda, Misión Basilea, Seminario Bíblico Latinoamericano de Costa Rica y Departamento Ecuménico de Investigaciones de Costa Rica²⁴³.

Algunas de las denominaciones que se unieron en esta confraternidad fueron la Iglesia Metodista, la Iglesia Luterana e Iglesias Pentecostales como la Misión Iglesia Pentecostal, Iglesia Pentecostal de Chile, Comunión de los Hermanos e Iglesia de Sendas Antiguas.

Desde sus inicios, la CCI se dedicó a vincular las acciones evangélicas y solidarias con una fuerte postura de crítica a los efectos que la dictadura militar fue dejando a lo largo de los años -actuó como un polo de opinión contrario al ya mencionado Consejo de Pastores²⁴⁴-. En este contexto, la relación que SEPADE mantuvo con la CCI fue de apoyo mutuo: iglesias que participaban en la CCI se involucraron en los programas, cursos y talleres desarrollados por SEPADE y, a la vez, SEPADE, a través de la publicación de la revista *Fe y Solidaridad*, proporcionó una plataforma en la que la CCI expuso sus puntos de vista.

²⁴² SEPADE, Op. Cit., p. 26.

²⁴³ MANSILLA, Miguel Ángel, Op. Cit., p. 330.

²⁴⁴ MALDONADO, Matías, Op. Cit.

Cuando en 1983 comenzaron las jornadas de protesta, las acciones represivas se agudizaron y las poblaciones se convirtieron en blanco de constantes enfrentamientos, allanamientos y detenciones, la CCI dio inicio a una serie de campañas para terminar con la violencia política y social. Un llamado en favor de “la vida, la paz y la reconciliación²⁴⁵” que se materializó en uno de los documentos más representativos de la organización: la “Carta abierta al general Pinochet”.

Publicada por primera vez²⁴⁶ en la revista *Fe y Solidaridad* de SEPADE, el documento daba cuenta de la dramática realidad correspondiente a una gran parte de la población chilena: “la mayoría de nuestras iglesias locales se encuentran ubicadas en los sectores más humildes de la ciudad y del campo. Por tal razón, en nuestra labor pastoral constatamos a diario el grave deterioro de las condiciones de vida de la población. Las palabras hambre, cesantía, desnutrición, enfermedad, hacinamiento, deserción escolar, son las que más verazmente describen esta dramática situación²⁴⁷”.

El rechazo a estas condiciones era reafirmado a la luz del evangelio como algo contrario a la voluntad de Dios “quien por puro amor puso la creación, que sólo a Él pertenece (Salmo 24), al servicio de todos los seres humanos sin discriminación de ninguna especie. En nombre de este Dios proclamamos que ningún Estado y menos aun si pretende inspirarse en los principios cristianos de justicia, puede supeditar la satisfacción de derechos tan vitales como la salud, la educación, la vivienda, al puro “libre juego” de las leyes del mercado²⁴⁸”. Del mismo modo se hizo público el rechazo a la persecución y detención de pobladores y dirigentes que no hacen sino trabajar al servicio de sus comunidades, sin cometer delito alguno.

Sumado a lo anteriormente expuesto, uno de los aspectos fundamentales de la carta fue el directo llamado que se hizo a Pinochet, exigiéndole dejar el poder e iniciar de

²⁴⁵ Íbid.

²⁴⁶ La carta también fue publicada en Mensaje, revista católica fundada por Alberto Hurtado.

²⁴⁷ Confraternidad Cristiana de Iglesias, Carta abierta al general Pinochet., Revista Mensaje N°353, Octubre 1986, p. 428.

²⁴⁸ Íbid.

inmediato un proceso de transición a la democracia, ya que, en caso contrario, estaría asumiendo en conjunto con las Fuerzas Armadas, la responsabilidad de todo efecto derivado del clima de guerra cada vez más generalizado en el país y, en consecuencia, “el juicio de Dios por la sangre derramada²⁴⁹”.

Aquella interpelación y, en definitiva, la dura crítica que el régimen recibía por parte de una comunidad que, contrario a la visión típica del ser evangélico, sacaba la voz y abiertamente planteaba su descontento produjo, en más de una ocasión, amenazas por parte de los aparatos represivos. En este sentido, y como una forma de resguardo, importantes fueron las redes generadas con la institución evangélica FASIC²⁵⁰ y la Vicaría de la Solidaridad de la Iglesia Católica.

Por su parte, SEPADE, directamente comprometido con la Confraternidad de Iglesias Cristianas, seguía desarrollando tareas de educación y apoyo a organizaciones comunitarias. La institución tuvo una fuerte presencia en la población La Victoria durante la década de los 80, momento en que profesionales y técnicos iniciaron un trabajo con los pobladores para, en primer lugar, identificar las necesidades de la comunidad y, luego, generar programas con actividades y tareas a realizar.

Al respecto Rafael Pizarro, asistente social de SEPADE explica la caracterización que se hizo de la población a inicios de la década de los 80:

Claramente la población La Victoria es una población emblemática, con una larga trayectoria de defensa de sus intereses y una transmisión de la historia de generación en generación y eso es lo que le ha hecho ser una población distinta a otras [...] Sin embargo, si bien es cierto La Victoria mantenía su actitud de lucha, de defensa, de celebraciones socio-culturales, en su interior no había claridad de qué es lo que había que hacer; nosotros observábamos que las mujeres estaban con niveles de neurosis muy altas, tensiones, por las

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 431.

²⁵⁰ Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas.

represiones, los allanamientos, temores y vivían, diría yo, un tanto alejadas de la realidad. Miraban la realidad por la ventana de la cocina, lo que yo decía en ese entonces, o lloraban con las teleseries, pero no con la realidad cruda que ellas mismas veían, entonces había un distanciamiento. Y ahí había que hacer algo con las mujeres.

En el caso de los niños, aparte de vivir hacinados, no tener suficiente espacio, vivían más en la calle. Para mi gusto esos niños eran doblemente oprimidos, de alguna manera. En algunos casos maltratados por los adultos y vivían las condiciones de pobreza que vivían las adultos, a eso le llamaba yo doblemente oprimidos.

En el contexto de la familia veía yo que había una especie de círculo permanente y el avance hacia una disgregación. La familia se iba disgregando, los jóvenes querían salir. El hombre era alcohólico o buscaba alejamiento a través del deporte... hubo mucho desempleo... Eran las mujeres las que trataban de sostener la familia, por eso nosotros ahí hicimos trabajo²⁵¹...

En función de la anterior caracterización, se buscó impulsar la participación de los pobladores: la idea era motivar a que mujeres, jóvenes y dirigentes se involucren en diversas acciones sociales dentro de su comunidad.

Teniendo en consideración este propósito, una de las primeras iniciativas desarrolladas por SEPADE en la población La Victoria fue el Centro de Recreación Infantil (CRI).

Trabajar con niños y jóvenes pareció ser una buena puerta de entrada a la población, partiendo de la base que la preocupación por los más pequeños podía convocar a jóvenes, adultos y pobladores en general.

²⁵¹ Entrevista a Rafael Pizarro.

Aquí debemos destacar la labor realizada por Rafael Pizarro quien fuera el iniciador esta experiencia. En ese tiempo, SEPADE contaba con un programa de becas para enseñanza media otorgadas a 16 jóvenes de la población. Lo que se hizo fue aumentar el número de becas a 45 a cambio de que los becarios desarrollaran algún tipo de acción solidaria hacia la comunidad. Esas 45 becas se redistribuyeron en distintas zonas de Santiago y luego se eligió a grupos de jóvenes que fueron capacitados para convertirse en monitores infantiles:

Entonces ahí les dije: ustedes van a tener una beca, pero también SEPADE les va a pedir un trabajo específico, constituyan un equipo de monitores en tal espacio, ustedes van a trabajar todos los días sábado, los vamos a capacitar como monitores, vamos a entregarles recursos y medios, van a tener leche, sandwich y material didáctico para trabajar²⁵².

Inicialmente se formaron 5 CRI: en La Victoria, José María Caro, Santa Adriana, Patria Nueva de La Pintana y Pudahuel.

El modelo consistía en lo siguiente: había que re-socializar a los niños, los jóvenes y las familias en un nuevo contexto, de modo que ellos se sintieran protagónicos de la situación que vivían. Por lo tanto, la metodología relacionaba lo lúdico, lo formativo, la planificación constante, el trabajo permanente los días sábados, proceso en el que se podían desarrollar los niños, los jóvenes y también los adultos. Menciono los adultos porque también realizábamos escuelas de padres²⁵³.

En efecto, los monitores eran capacitados para trabajar con los niños y sus padres. Cada semana, los días sábado, se desarrollaban las actividades infantiles recreativas: jugar, cantar, dibujar, hacer festivales, participar en campeonatos e incluso se hablaba sobre los

²⁵² Entrevista a Rafael Pizarro.

²⁵³ Entrevista a Rafael Pizarro disponible en <http://www.sepade.cl/noticias/display.php?id=158>

derechos de los niños. Y en las noches, los monitores trabajaban con los padres discutiendo sobre las relaciones con los hijos, la importancia de acoger a los niños, de respetarlos y además, en algunas ocasiones se hacían reflexiones sobre la coyuntura política y social.

Los CRI se mantuvieron en aquellos años porque dieron buenos resultados en relación al objetivo de fondo que se buscaba cumplir: la participación de la comunidad. Es por esto que una importante consecuencia de esta experiencia fue su multiplicación en distintas zonas de Santiago. El mismo mecanismo se replicó con ayuda de distintas ONG y se llegó a crear cerca de 500 centros recreacionales.

En la misma línea de los CRI, otra importante iniciativa apoyada por SEPADE fue el “aprendiendo juntos”. Nacido en 1982, se planteó como un incentivo a la participación y asociación de las mujeres, a través del traspaso de habilidades y conocimientos entre las pobladoras, algo que ya estaba siendo practicado por algunas. Es por esto que, tomando como base lo observado, SEPADE se propuso formalizar y entregar las herramientas necesarias para mejorar y acrecentar la experiencia:

Se observaba, en las cuadras, que si había gente que sabía algo, le enseñaba a la otra. Entonces había una relación de “yo sé, yo te enseño, tú sabes otra cosa y me enseñas”. Entonces eso que se hacía informal, tratamos de hacer algo más formal, entonces identifiqué a la que sabía peluquería, costura, la que sabía cocinar, la que sabía hacer tortas, jardines o hacía yerbas medicinales y me empecé a reunir con ellas, a ver si se atrevían a enseñarle a la otra²⁵⁴.

La idea era capacitar a estas pobladoras para convertirse en educadoras. Apenas ellas se mostraron dispuestas a participar, se dio inicio a una etapa de formación en la que se utilizó la metodología de la educación popular:

Capacitábamos a las mujeres en esa línea, les enseñábamos qué es lo

²⁵⁴ Íbid.

que era la educación popular, cómo había que tener una escucha activa, cómo había que ir procesando, con ellas mismas vivimos ese proceso, que se dieran cuenta, que descubrieran que estaban en esa y ahí se fue formando una identidad entre ellas, después ellas mismas hacían la promoción de esos cursos, entonces ellas buscaban a sus amigas, sus vecinas, sus familiares y partimos con cinco cursos la primera vez y lo hacíamos en un centro comunitario que teníamos ahí en Galo González²⁵⁵.

En el proceso de formación de educadoras, las pobladoras se reunían con el equipo de SEPADE una vez a la semana. Allí se hablaba sobre los temas a enseñar, el material didáctico para trabajar y la metodología de capacitación que se dividía en tres momentos:

Primero era de convivencia, contar lo que habían hecho en la semana, en lo que estaban, un segundo momento que era prácticamente de capacitación y un tercer momento se discutía un tema de actualidad o lo que ellas quisieran y comúnmente estas educadoras tenían una especie de ayudante que era la que iba registrando lo que iba pasando.

Los cursos podían tener una duración de un semestre a un año y una vez concluidos, era costumbre el encuentro entre todos ellos, en un espacio donde se compartían experiencias. Incluso algunas veces, para celebrar la finalización del proceso, se montaba una obra de teatro actuada por ellas mismas sobre algún tema de interés.

De este modo, la experiencia obtenida en el “aprendiendo juntos” permitió que las pobladoras ganaran confianza en sí mismas y en sus capacidades -de aprender, de enseñar, incluso de actuar y de ser un aporte- al tiempo que entablaban lazos de amistad en su entorno. Esto sin duda las impulsó a salir a la calle e involucrarse con su realidad.

²⁵⁵ Entrevista a Rafael Pizarro.

Es en este mismo contexto que surge otra iniciativa apoyada por SEPADE: a continuación ahondaremos en la experiencia de un grupo de jóvenes pobladoras de La Victoria y su trabajo en salud.

4.2 La experiencia del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria

A inicios de la década de los 80, a través de la Misión Basilea -una asociación cristiana de cooperación que prestaba apoyo a SEPADE- una pareja de misioneros suizos llega a Chile: Teresa y Markus Riesen. Enfermera y pastor, respectivamente, su misión fue asistir al trabajo comunitario que se venía realizando en las poblaciones.

Es en ese contexto que llegaron a La Victoria e inmediatamente pudieron constatar la acción de SEPADE hacia la comunidad y la labor que profesionales de distintas áreas estaban realizando en conjunto con los pobladores:

Había una iglesia pentecostal que tenía un organismo que se llamaba SEPADE, en ese tiempo se llamaba CTA. Entonces el trabajo que hacían, siempre lo habían hecho hacia la comunidad... Era una iglesia muy especial porque tenía una pata en la iglesia y una pata en la comunidad, afuera, que en sí era rarísimo porque las iglesias pentecostales no funcionaban así... Había profesionales en esa institución de todas las profesiones, de toda índole. Y uno de ellos era un trabajador social que inventó en ese tiempo un programa que se llamaba “aprendamos juntos”²⁵⁶.

Tal como lo mencionamos en el apartado anterior, el “aprendiendo juntos” buscaba generar un espacio para que las pobladoras pudiesen asociarse y compartir conocimientos. Debido a que dentro de la diversidad de materias tratadas en los cursos, uno de los temas de interés era la salud, Teresa Riesen, enfermera matrona, inició un taller de primeros auxilios. Este fue el germen del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria.

²⁵⁶ Entrevista a Teresa Riesen.

Cuando se convocó al taller, se corrió la voz dentro y fuera de la población²⁵⁷. La mayoría de las personas que llegaron a participar eran mujeres jóvenes de entre 20 y 30 años con diversas motivaciones: algunas interesadas en el simple de hecho de aprender algo, otras que ya tenían algunos conocimientos básicos querían seguir aprendiendo²⁵⁸ y también habían madres que veían en esta oportunidad un posible beneficio para su familia:

Entré a los cursos de primeros auxilios por la convocatoria que había... antes yo participaba en los centros de madre, estaba recién casada, llevaba como 4 años casada y mi hija mayor tenía epilepsia y yo era súper pajarito... entonces me interesó lo de primeros auxilios por eso²⁵⁹ ...

En consonancia con el objetivo propuesto por SEPADE en tanto organización de apoyo a la comunidad, el propósito de esta experiencia en particular era estimular la participación de las mujeres, fortalecer su autoestima y la confianza en sus capacidades y a partir de ahí impulsar un trabajo en las organizaciones.

Es así como, en base al método de la educación popular, las sesiones del primer curso de primeros auxilios se iniciaban con una conversación entre todas las participantes. La idea era propiciar el intercambio de puntos de vista y de los conocimientos que cada una ya tenía sobre salud que, en definitiva, eran los saberes populares que ponían en práctica día a día en sus hogares: recetas caseras, hierbas, cómo enfrentaban situaciones cotidianas como cuando alguien sufría una quemadura o dolores de estómago, diarrea, vómitos. Lo importante en este sentido era sacar a la luz todo ese conocimiento y darle una valoración, para, a partir de ahí, aumentar esos saberes con elementos técnicos.

Yo ponía mucho énfasis en el conocimiento básico que se tenía de las

²⁵⁷ En ese tiempo Ema Hernández no vivía en La Victoria, la noticia del curso de salud llegó a ella porque una amiga le contó: *Y me invitó, me dice “sabes qué, están dando unos cursos en La Victoria, de SEPADE”*. En entrevista a Ema Hernández, pobladora del Grupo de Salud Poblacional.

²⁵⁸ Lily Pérez señala: *Yo trabajé en el hospital Arriarán hasta el año 75, entonces sabía algo porque había trabajado con niños*. Entrevista a Lily Pérez.

²⁵⁹ Entrevista a Marta Robles, participante del Grupo de Salud Poblacional de La Victoria.

hierbas medicinales, todas las cosas que ellas usaban en las casas, que sabían... le dábamos valor a eso como una buena alternativa²⁶⁰

Un ejemplo de aquello fue lo aprendido en relación a cómo tratar las quemaduras del sol. Tania Núñez explica:

Aprendimos cuando te da insolación, cuando te quemai mucho con el sol, se bate una clara de huevo a nieve, tu bates y te lo aplicas en el cuerpo y opera como anestesia, se seca en ti, en tu cuerpo... después te vuelves a duchar y te da como anestesia en el cuerpo, te quita el dolor de la quemadura. Entonces... habían muchas cosas que tu podías aplicar como en la cotidianeidad, en la casa, técnicas, no me acuerdo muy bien... aintiinflamatorias, como hartas cosas de ese estilo²⁶¹.

Dar importancia a la experiencia y a los saberes acumulados para lograr en ellas mismas un reconocimiento de que *saben mucho más de lo que saben*, se convertía inmediatamente en una motivación para continuar aprendiendo.

Además de las técnicas en primeros auxilios, en la medida que se iban reconociendo ciertas necesidades, se ampliaron los temas a tratar: enfermedades recurrentes, tratamiento de heridas, uso de hierbas y la promoción en salud, especialmente sobre nutrición (alimentación saludable, utilización eficiente de los recursos). Todo esto con el objetivo de ampliar el conocimiento en todas las materias posibles:

Después tomamos las enfermedades básicas como la gripe, la sarna, los piojos, los resfrios, los dolores de guata, la diarrea, que era muy importante... qué se hace con los niños con diarrea... También educación sobre la alimentación, competencias de recetas hacíamos, aprendían algo de alimentación, de la pirámide de alimentación, de

²⁶⁰ Entrevista a Teresa Riesen.

²⁶¹ Entrevista a Tania Núñez.

las proteínas, de los carbohidratos, de las vitaminas. Qué es una alimentación equilibrada, cómo logras una alimentación equilibrada con el menor dinero... entonces hacíamos competencias con premios, recetas, lo más equilibradas con el menor precio... entonces sacaban a la luz el freír las hojas de parra y qué sé yo, mucha creatividad de las mujeres, muchísima creatividad. Entonces de ahí pusimos conocimiento de heridas, de curación, después las inyecciones, los remedios, qué remedios, las alergias, la penicilina, tu ampliabas el conocimiento cada vez más para realmente moverse en un ambiente con salud, con las capacidades que tenían ellas. Entonces las mujeres empezaron a criar plantas, a producir hierbas, organizamos gente que sabía de plantas medicinales. Les enseñaban a hacer cremas, jarabes... que se usaban después con los pacientes. Entonces se ampliaba el conocimiento... ese fue como el trabajo²⁶².

Todo el primer año que duró el curso sirvió para ir acumulando aprendizaje no sólo específicamente sobre salud sino también sobre formas y metodologías para expandir ese conocimiento. Al concluir aquel periodo, las pobladoras que siguieron comprometidas se convirtieron en monitoras de salud con el claro objetivo de seguir la línea planteada y traspasar todo lo que sabían a otras pobladoras: esta pasó a ser una de las principales tareas del Grupo de Salud Poblacional.

Una característica interesante de esta experiencia fue que las monitoras no sólo se movieron dentro de la población sino que salieron a otros sectores a capacitar:

El segundo año ya éramos monitoras en salud formando aquí mismo, éramos varias, la Adela, la Gladys, la Maggi... el primer año no sé si éramos unas 10 o 15 y al final quedamos como 8... Como todo grupo que empieza un grupo grande... y se quedan las que les interesa quedarse. Después ya las antiguas [risas] las viejas monitoras

²⁶² Entrevista a Teresa Riesen.

seguíamos todos los años haciendo cursos ahí... y después ya se salió afuera... se iba a Lo Espejo, llegamos hasta San Felipe, Putaendo, no sé si la Tere le contó... haciendo los cursos de salud bajo el alero de SEPADE²⁶³ ...

Y si bien es cierto al principio no fue fácil²⁶⁴, con el tiempo pudieron perfeccionarse y aplicar metodologías: el respeto mutuo, aprendizaje colectivo, valoración de las experiencias previas, utilización de métodos que motivan la participación, dinámicas grupales²⁶⁵.

Nosotras no trabajamos en una pizarra, usábamos los papelógrafos, se hacían grupos de mujeres y hacíamos una pregunta... primero empezamos con la cosa de las inyecciones en naranja y todo ese tipo de cosas... pero cuando empezábamos la clase lo hacíamos con un papelógrafo “¿qué hace usted en caso de una quemadura?” ahí después ellas exponían todo²⁶⁶ ...

Bajo esta modalidad, la experiencia se planteaba siempre en términos de horizontalidad y de mutuo aprendizaje:

Se empezaba con dinámicas, hablando con la gente, explicándoles que nosotras no éramos profesoras, que nosotras no íbamos a enseñarles sino que era recíproca la cosa, tanto ellas iban a aprender algo de nosotras como nosotras íbamos a aprender algo de ellas y luego se iba al tema en sí... si eran enfermedades respiratorias, no sé, si eran fracturas cómo inmovilizar. Pero la dinámica era esa, conociéndonos. Haciendo dinámicas para

²⁶³ Entrevista a Marta Robles.

²⁶⁴ Al respecto, Marta Robles recuerda lo complicado que fue al inicio pararse frente a un grupo de mujeres y enseñar: *La Tere se debe acordar, la primera vez que tuve que hacer una clase, la tuvo que hacer ella porque yo estaba... sabiendo todo no fui capaz, pero después ya no po, ahora, nadie me para de hablar [risas]... para mi hacer clases era... transmitir el conocimiento.*

²⁶⁵ CATALDO, María Rosa, Op Cit., p. 22.

²⁶⁶ Entrevista a Ema Hernández.

*concernos y el tecito para hacer más ameno*²⁶⁷.

Los temas a tratar fueron diversos, al igual como sucedió cuando las mismas monitoras iniciaron su proceso de aprendizaje, se intentaba abarcar la mayor cantidad de temas de acuerdo a las necesidades que en conjunto iban identificando. Así se hacía un recorrido por las enfermedades comunes, cómo poner inyecciones, cómo hacer curaciones, también se hablaba sobre nutrición y alimentación saludable e incluso sobre educación sexual:

*Para mí fue impactante en ese momento, mujeres con dos o tres hijos que no tenían idea cómo era su cuerpo*²⁶⁸...

En este sentido, la confianza que se creó en estos espacios permitió a las mujeres expresarse abierta y libremente sobre asuntos que para ellas eran importantes. El mismo hecho de desenvolverse fuera de sus hogares y desarrollar habilidades nuevas, constituyó un cambio significativo.

En esta línea, para Teresa Riesen, el trabajo que se realizó por y para las pobladoras revestía un especial significado en términos de crecimiento personal.

*Yo siempre tenía la sensación que era un trabajo personal de las mujeres para poder pararse distinto y tener conciencia... para que se paren en lo social. Empieza en ellas mismas. Más con matrimonios muy machistas... Mujeres en las casas, con muchos talentos y capacidades: ese siempre fue el enfoque para mí, de sacar eso a la luz*²⁶⁹.

Estos cambios no estuvieron exentos de conflictos ya que en el proceso de las capacitaciones, las nuevas responsabilidades, reuniones varias y, en definitiva, todo lo que

²⁶⁷ Entrevista a Marta Robles.

²⁶⁸ Ibid.

²⁶⁹ Entrevista a Teresa Riesen.

involucra el trabajo comunitario, en algunas ocasiones originaron conflictos en las familias, específicamente con los hombres. Y es que el aumento de la participación hizo que los tiempos y tareas cotidianas ya no estuvieran centradas únicamente en la familia y en el quehacer de los hogares. Las monitoras tomaron plena conciencia de aquello.

Claro porque a ellos [los hombres] no les convenía que la mujer despertara, era un despertar de la mujer, eso es lo que pasó entonces habían conflictos... que de que no las dejaban salir e incluso mujeres golpeadas... por el machismo que había²⁷⁰ ..

Yo a la Tere la adoro y llegó al extremo que después los maridos la odiaban porque uno después no pedía permiso para salir sino que avisaba que iba a salir... todo eso nos enseñó la Tere, a valorarnos más... Que nosotras no éramos “de”²⁷¹ ...

En definitiva, reconocer la realidad que como género se vivía en la época y al mismo tiempo desarrollar confianzas permitió aflorar lo que Teresa Riesen describe como una “natural choreza”. Una forma poderosa de enfrentar todo tipo de situaciones y problemas, en especial con las parejas. Es por esto que los conflictos y las rupturas se convirtieron también en una consecuencia de todo este proceso.

Aumentaba mucho el conocimiento de las mujeres y eso aumentaba su autoconfianza y eso producía en las parejas roces porque las mujeres sabían hablar de cosas que los hombres no sabían. Entonces era a tal nivel el roce que tuvimos que agarrar el cuento y trabajar con los hombres de las monitoras de salud porque había una cantidad de peleas impactantes, para tranquilizar el cuento, para no producir rupturas, quiebres en las parejas... Fue muy grande y las mujeres se paraban así [hace sonar los dedos], con una velocidad impactante y con una natural choreza que siempre tenían, entonces

²⁷⁰ Entrevista a Ema Hernández.

²⁷¹ Entrevista a Marta Robles.

*aumentar eso con conocimiento produce unas mujeres poderosas*²⁷²...

Esa noción de poder y fuerza de las mujeres también se traspasó en cada una de las capacitaciones y encuentros que se tenían con otras pobladoras que no pertenecían al grupo de salud: entre todo lo técnico que se podía enseñar, siempre se encontraba latente la idea, y que las condiciones adversas (represión, falta de recursos, falta de tiempo) no se convirtieran en un impedimento para seguir trabajando.

Como podemos apreciar, las capacitaciones realizadas por las monitoras cumplían un doble objetivo: por un lado aumentar los niveles de autocuidado y así mejorar problemas básicos de salud y, al mismo tiempo, crear conciencia, movilizar y organizar.

*La intención nuestra, como monitoras, fue empezar a sacar a las mujeres y hubo un resultado... pero espectacular*²⁷³...

Pero esto no fue la única tarea realizada por el Grupo de Salud Poblacional. Bien sabemos que, en términos generales son “dos grandes orientaciones que asumen los grupos solidarios: lo asistencial y lo educativo²⁷⁴”

En este caso, las acciones asistenciales llevadas a cabo tendieron a ir por dos caminos: la nutrición y los primeros auxilios.

El trabajo más significativo realizado en términos de nutrición se inició a raíz de la muerte del cura André Jarlan. Posterior al trágico hecho la comunidad internacional donó recursos que, por decisión general, debido a los índices de desnutrición presentes, se destinaron al reparto de leche en los niños.

Otra línea que tomamos nosotros, una cosa más programática que fue la leche por cuadra que la tomó este mismo grupo, en esa época

²⁷² Entrevista a Teresa Riesen.

²⁷³ Entrevista a Marta Robles.

²⁷⁴ PROGRAMA economía del trabajo (PET), Op. Cit., p. 90.

había desnutrición po, no obesidad, entonces los cabros chicos en la población eran desnutridos y se creó un programa justamente con la ayuda internacional a través del padre Pierre, después de la muerte del padre André. Llegó ayuda acá a la población que se canalizó y se compró leche por cuadra... Aquí se le daba veinte gramos de leche diaria por niño a la calle, para que la calle preparara esa leche y asegurarles a los niños por lo menos un alimento en el día²⁷⁵.

Si bien los recursos fueron distribuidos a partir de la parroquia, lugar donde funcionaba el Grupo de Salud Solidario, las monitoras del Grupo de Salud Poblacional y su organización de apoyo, SEPADE, igualmente participaron y pusieron a disposición su energía y conocimientos, elaborando un registro con datos sobre cada niño (peso-talla), lo que les permitió comprobar los niveles de desnutrición existentes.

Fuimos, pesamos, medimos, hicimos una tabla, todo con ficha, una cosa más ordenada, más diseñada, no una cuestión al lote, ya y empezó el programa y después cada una semana íbamos a pesar a los niños²⁷⁶.

En las cuadras que estaban organizadas, ahí íbamos a pesarlos... no era tanto lo que se daba, pero nos sirvió para tener un antecedente de la desnutrición de los niños, entonces se pesaban y se medían cuando empezaban y después cuando se terminaba y se dejaba un registro²⁷⁷.

Al terminar con la campaña, la realidad fue que el aporte realizado en esta acción de reparto de leche no tuvo consecuencias directas en la salud de los niños. Y es que la cantidad de recursos destinados sólo alcanzaba para un vaso al día.

²⁷⁵ Entrevista a Tania Núñez.

²⁷⁶ Entrevista a Tania Núñez.

²⁷⁷ Entrevista a Marta Robles.

Pese a lo anterior, a través del registro realizado, las monitoras pudieron notar ciertos niveles de aumento en el peso.

Los cabros chicos a lo largo del tiempo, no me acuerdo si duró tres meses o seis meses el programa, subieron de peso²⁷⁸.

¿Cómo se explicaba esta situación? Lo que sucedió fue que el reconocimiento del problema alimenticio a través del trabajo realizado por las monitoras tuvo un impacto en las familias de los niños, quienes a su vez, hicieron un esfuerzo por mejorar la calidad y cantidad de alimentos que éstos consumían.

Porque con una taza de leche no iba a cambiar nada... pero se estaba consciente que iba a ayudar a la organización para que la gente a lo mejor tomara más conciencia de los problemas²⁷⁹...

Esto fue bastante valorado por parte de las monitoras quienes a raíz de las acciones emprendidas pudieron observar cómo operaba la solidaridad de los pobladores al momento de intentar resolver un problema común:

La conclusión que llegamos fue que [el aumento de peso] no era por la leche, era porque los padres se unieron y generaron alimentación adicional y empezaron a generar “oye y si nos juntamos para hacer una porotada”, generaban más alimentación entonces con los recursos que ellos tenían lograron que los niños se alimentaran mejor.²⁸⁰

Interesante es notar que tal como se plantea en relación a las labores educativas

²⁷⁸ Entrevista a Marta Robles.

²⁷⁹ Entrevista a Marta Robles.

²⁸⁰ Entrevista a Tania Núñez.

realizadas por el grupo, hay una intención constante de impulsar la participación. En este sentido se cumple la idea de que “en general, cuando los sectores poblacionales se comprometen en el trabajo en salud tienden a preocuparse no solo de acciones curativas sino también de las preventivas y muchas veces también de las acciones movilizadoras²⁸¹”.

Al respecto, señalan que lo provechoso de trabajar sobre la salud infantil es que tenía como resultado inmediato un aumento en la participación.

Porque los niños convocan a los padres, entonces el objetivo era que siguiera la organización, los niños eran el medio para. Porque si tú lo haces con jóvenes los papás no se suman, pero si tú trabajas con el niño de cinco años los papás se suman, se comprometen y participan. Ahí están presentes todos²⁸².

Otra tarea asistencial fue el tratamiento que las monitoras aplicaron sobre las personas que sufrían de sarna. La presencia de esta enfermedad en algunos pobladores generó la necesidad de tratar el problema periódicamente. Al respecto Ema Hernández recuerda cuando, con algunas dificultades, debieron asistir a una familia completa:

Llegamos allá para hacerles el tratamiento y empezamos a echarles a todos el lindano y ahí nos echó un hombre “¡qué se han creído, se van de mi casa!” y estaban todos contagiados con sarna, para ellos era normal, pero lo teníamos que hacer y esto lo hacíamos una o dos veces por semana²⁸³ ...

Pero la principal acción asistencial realizada por el grupo de salud se produjo a raíz de la represión: “El año 1983 se produjeron las primeras movilizaciones masivas de

²⁸¹ PROGRAMA economía del trabajo (PET), p. 100.

²⁸² Entrevista a Tania Núñez.

²⁸³ Entrevista a Ema Hernández.

oposición a la dictadura militar. El día 11 de mayo fue asesinado Andrés Fuentes al interior de la población, después cayeron muchos más y con ellos cientos de heridos²⁸⁴”.

En el momento en que se asume que las jornadas de protesta empiezan a producir un efecto directo en la salud de los pobladores que se manifiestan debido al enfrentamiento con las fuerzas represivas, se empieza a pensar en las posibles soluciones para enfrentar la emergencia médica.

Ahí en la conversa empezó a surgir esta necesidad porque justo empezó a surgir el tema de las protestas, cómo proteger a la población porque quedaba muy desvalida, porque esta era una de las poblaciones que era la primera allanada, se tomaban detenidos, golpeaban a gente, atacaban con balines, entonces empezó a haber como mucho daño a la población²⁸⁵.

SEPADE respondió al llamado del grupo de salud y apoyó en la preparación de las monitoras y en los recursos para trabajar en primeros auxilios.

Llegaba el llamado desesperado de los grupos de salud y del grupo que yo trabajaba que era el Grupo de Salud Poblacional, el llamado desesperado que tenían heridos y no sabían qué hacer, había heridos de balas, de perdigones, había de todo. Y yo me acuerdo que SEPADE decidió sobre la marcha... en una tarde, fuimos a comprar a una farmacia y la vaciamos, con apósitos, con todo el cuento y entramos en una población cercada²⁸⁶.

Comenzó de esta forma la preparación por medio de capacitaciones realizadas por un equipo multidisciplinario que no sólo enseñaba a dominar técnicas para hacer curaciones, también preparaba a las pobladoras en términos psicológicos, para poder tomar

²⁸⁴ PAIVA, Manuel, Op. Cit.

²⁸⁵ Entrevista a Tania Núñez.

²⁸⁶ Entrevista a Teresa Riesen.

decisiones y actuar a pesar de las presiones.

Tenían que enseñarte cómo enfrentarte ante una situación: si tienes una persona que se está desangrando tienes que tener sangre fría para enfrentar la cuestión, no te vas a desmayar con el enfermo. Entonces había toda una formación de cómo enfrentar la situación y cuál era la labor, hasta dónde podía llegar uno también, para no estar en riesgo²⁸⁷.

Teresa Riesen señala que la gravedad de la situación a la que se enfrentaban era tal que para ella se trataba de una medicina de guerra:

Las monitoras recibieron mucho entrenamiento en eso de suturar, de las heridas, los perdigones... yo que venía del primer mundo que nunca había visto heridas a bala, nunca había visto perdigones... trabajar con la nada misma, tener que esterilizar las cosas nosotros, buscar formas, maneras... era una medicina de guerra. La realidad era una guerra porque los heridos que venían eran heridos graves²⁸⁸.

Cuando al caer la noche se iniciaban los enfrentamientos, quienes se encargaban de aplicar los primeros auxilios debían estar alertas y preparadas, observando en la calle ante cualquier problema:

De hecho andabas metida en la papa... veías a un herido y te acercabas y “vamos pa acá para limpiarte la cara” y listo²⁸⁹...

Ahí nosotros nos metíamos a sacar perdigones, era la emergencia, llegábamos y nos decían, vayan a tal dirección, tienen que ir a sacar perdigones o balines y te digo, era impresionante porque cuando

²⁸⁷ Entrevista a Tania Núñez.

²⁸⁸ Entrevista a Teresa Riesen.

²⁸⁹ Entrevista a Tania Núñez.

llegaban los pacos era como que venían con odio, una cosa así, porque ellos no miraban si habían niños, nada²⁹⁰...

Debido a que los profesionales de la salud que apoyaban las tareas de emergencia no estaban presentes durante la noche cuando esta se producía, las pobladoras debieron asumir toda responsabilidad sobre los heridos, lo que no era menor ya que en los momentos más complicados, por ejemplo, cuando algún manifestante se encontraba en una condición grave, se debía tomar la decisión de atenderlos o llevarlos a un centro asistencial con el riesgo de que luego pudiesen quedar detenidos.

Nosotros hacíamos la primera atención y tú tenías que evaluar si era como pa llevarlo a la posta... no importa que lo dejaran preso, pero que se salvara. Y nos tocó ver, o sea yo te digo, yo vi cosas que nunca pensé que iba a ver, entonces nos tocó atender y tomar ese tipo de decisiones, “este se va al hospital o a esta persona lo atendemos nosotras”, el tema era salvarle la vida, era la vida más que lo otro²⁹¹.

La magnitud de la emergencia llevó también -como lo mencionábamos en el apartado sobre la experiencia del Grupo de Salud Solidario- a que las pobladoras que participaban en salud comunitaria articularan un diálogo, un flujo. Dentro de esta alianza tanto SEPADE como la parroquia -con apoyo de la Vicaría de la Solidaridad- aportaron recursos y espacios donde las hacer atenciones.

Empezó la presencia activa en el apoyo de la convergencia que había de los heridos y dónde se atienden y ahí empezó la combinación tan maravillosa, increíble, la iglesia católica con Pierre y con André más la iglesia evangélica de SEPADE, de la Misión Iglesia Pentecostal. Había una iglesia en La Victoria que era en la parte de arriba de la

²⁹⁰ Entrevista a Marta Robles.

²⁹¹ Entrevista a Tania Núñez.

*población y Pierre estaba en la parte abajo de la población entonces construimos dos lugares para recibir heridos: uno en la iglesia pentecostal y uno en la capilla de Pierre y de André y ahí empezó un trabajo en conjunto de atender a los heridos*²⁹².

La organización entre los dos grupos consistió en intentar cubrir la mayor cantidad de cuadras dentro de la población con botiquines y monitoras preparadas para la emergencia. A esto también se le llamó “salud por cuadra”.

*Se implementaron así botiquines por cuadra, incluso se hicieron camillas, se implementaron camillas, la gente que tenía, para gente que llegaba a veces, pa' los balines y esas cosas*²⁹³.

Debido a que los insumos médicos (pinzas, apósitos, jeringas, suero, etc) para atender eran escasos, la solidaridad entre los grupos se manifestó también al compartir lo que tenían disponible.

*Ese era como el contacto que había [con el Grupo de Salud Solidario], entonces si a ellas les faltaba me pedían a mí, a mí siempre me faltaba [risas] uno tenía que decidir para quién era más necesario, a quién se le daba y para las protestas igual nos coordinábamos y se hacían grupos en la capilla o en los lugares de atención*²⁹⁴.

Además de las atenciones, las monitoras se preocuparon de informar a la población sobre métodos para enfrentar, por ejemplo, los efectos de las bombas lacrimógenas lanzadas por fuerza policial hacia los manifestantes.

Se enseñó a la gente con volantes y qué sé yo... qué hacer con las

²⁹² Entrevista a Teresa Riesen.

²⁹³ Entrevista a Lily Pérez.

²⁹⁴ Entrevista a Marta Robles.

*bombas lacrimógenas, qué se puede hacer con los niños, el trapo húmedo para no aspirar las bombas lacrimógenas... a partir de la salud un apoyo de sobrevivencia*²⁹⁵.

*Con el tema de las bombas lacrimógenas nosotras usábamos amoníaco, empapábamos un pañuelo y te lo ponías, más que el limón, más que todos los otros inventos. Tú aspirabas amoníaco y la bomba no te llegaba tan en profundidad. Entonces son técnicas que se enseñaron*²⁹⁶.

Durante el tiempo que duró la emergencia, las pobladoras de un grupo y otro pudieron trabajar coordinadamente y manteniendo su propia orgánica, sin embargo, cuando disminuyeron las acciones represivas y, con esto, la necesidad de asistir a los heridos, cada experiencia siguió su curso de forma separada.

El Grupo de Salud Poblacional por su parte, seguía su labor relacionándose directamente con las múltiples iniciativas que estaban siendo apoyadas por SEPADE. Ya en el apartado anterior mencionábamos a los Centros de Recreación Infantil (CRI), instancia valorada por las monitoras que eran madres y que no contaban con opciones para el cuidado de los hijos. Esta instancia les permitía seguir con su participación en el grupo.

*Nosotras íbamos con nuestros cabros chicos y había monitores que se llamaba el CRI y ellos nos cuidaban los niños mientras nosotras estábamos estudiando y después teníamos que salir a dar las clases*²⁹⁷...

En este sentido, los vínculos del Grupo de Salud Poblacional con otras organizaciones tendieron a darse en relación con SEPADE: experiencias en salud comunitaria desarrolladas en distintas zonas de Santiago en las que las monitoras

²⁹⁵ Entrevista a Teresa Riesen.

²⁹⁶ Entrevista a Tania Núñez.

²⁹⁷ Entrevista a Ema Hernández.

participaron como capacitadoras, presencia en jornadas organizadas por la institución en donde se compartían opiniones con los cursos realizados por el programa “aprendiendo juntos” y también el mencionado CRI.

*Combinamos las disciplinas muchas veces en retiros o jornadas en la playa donde metimos de todos los índoles adentro, trabajando con salud, pero teniendo gente del CRI, gente de salud, de los padres, etc.*²⁹⁸

Esta red de organizaciones comunitarias nacidas bajo el alero de SEPADE se mantuvo mientras duró la presencia de la institución de apoyo. En el caso del Grupo de Salud Solidario, la relación con SEPADE se construyó tan estrechamente que, hacia el año 1989, cuando se anuncia la retirada de la población, el grupo se desintegra.

Desde la vereda institucional, explican que cuando se inicia el proceso de transición democrática, las agencias internacionales que por una década brindaron recursos materiales y humanos²⁹⁹ a la institución, se retiran en función de otros proyectos: “algunas agencias internacionales de cooperación para el desarrollo deciden suprimir a Chile de sus prioridades de intervención. Las que optan por seguir apoyando en el proceso chileno, consideran que ya no se justifica tener como contrapartes locales a iglesias- como ocurría bajo el régimen de excepción-”³⁰⁰.

Y es que en algunas opiniones, el término de la dictadura implicaba a su vez el término de las situaciones de emergencia que durante la época se vivieron y que daban soporte a las múltiples experiencias de desarrollo local. Este era un argumento recurrente a la hora de explicar cómo fue que muchas de las organizaciones populares dejaron de existir.

SEPADE se fue alejando de La Victoria al tiempo que “terminan su cooperación en

²⁹⁸ Entrevista a Tania Núñez.

²⁹⁹ Parejar de colaboradores ecuménicos suizos, ya mencionados Riesen y los Bandixen.

³⁰⁰ SEPADE p. 50.

Chile las agencias ICCO de Holanda y Christian Aid de Gran Bretaña³⁰¹”. De ahí en adelante, la institución da inicio a una etapa diferente en la que se involucran con la educación formal y la gestión de escuelas y liceos en conjunto con el Ministerio de Educación. Entre sus objetivos se agrega el desarrollo de comunidades indígenas.

Rafael Pizarro explica que cumplido el objetivo de liberar a la sociedad de la dictadura, tanto las organizaciones de apoyo como los profesionales inician su retiro de las poblaciones. Muchos de estos últimos incluso asumieron cargos en el gobierno. Reflexionando sobre el hecho Pizarro hace una autocrítica:

Nosotros no visualizamos que nuestra organización pudiese ir más allá, nuestro objetivo era derrotar a la dictadura, sacarnos al general, ese fue nuestro objetivo, constituimos tejido social y todo eso, algunos estábamos pensando qué venía después, pero éramos los menos y en ese aspecto con los pobladores perdimos la oportunidad de haber sido más protagónicos en la construcción de la mal llamada transición porque no fue una verdadera transición, fue un ocultar las fuerzas sociales, instalarse por arriba, querían montar cualquier cosa y mantener el modelo³⁰²...

Por su parte las monitoras tienen su propia visión de los hechos ya que al tiempo que muchos profesionales buscaron asumir posiciones de poder en el gobierno y en otras instituciones, a nivel de la población ocurría algo parecido.

Cuando llegó la alegría se recuperó la junta de vecinos histórica y ahí empezaron las ambiciones... bueno no es muy objetiva mi opinión, pero estoy muy decepcionada porque ya empezaron las ambiciones propias, ya se les olvidó yo digo los revolucionarios que antes disparaban, sus palabras eran disparos y ahora son el signo peso, como me acomode... no sé de repente uno se cuestiona, si soy

³⁰¹ Íbid.

³⁰² Entrevista a Rafael Pizarro.

demasiado intolerante porque las personas cambian y eso lo tengo que aceptar... si fuéramos todos iguales sería plano, sería fome... pero no cambiar los valores, los principios, no venderse³⁰³...

La crítica se dirige a pobladores que siguieron una carrera política y de cargos de poder y toma de decisiones en desmedro de la acción colectiva y de desarrollo local.

Con la “alegría” muchos se arreglaron, eso es lo que pasó. Por ejemplo había hartos cabecillas aquí en La Victoria, pero llegó la “alegría” y todos se arreglaron po. No es un resentimiento, ni de envidia ni nada, pero ellos se olvidaron de la gente... ellos ya... estaban viendo más arriba, pero nunca miraron atrás... “pucha, ¿sigamos en esto?”... y ahí se terminó todo... los problemas siguen, pero ya la gente tiene otros intereses³⁰⁴...

Como podemos apreciar se generaron muchos roces que impidieron incluso la posibilidad de que los pobladores en forma autónoma siguieran trabajando colectivamente como se venía haciendo. Esta situación se sumaba al retiro de SEPADE y otra condición no menor: muchas de las monitoras que por años se dedicaron al trabajo comunitario, debieron salir a buscar trabajo remunerado.

Todo pasó cuando llegó la democracia, que nos vino la depresión post dictadura (risas). ¡Quedamos sin pega po! Yo a mi casa llegaba a la una o dos de la mañana, me acostaba y al otro día me tenía que levantar... yo no trabajaba en lo formal, entonces mi tiempo lo dedicaba a la organización social, entonces tenía que ir al taller y después allá y el fin de semana teníamos jornada de formación, que teníamos que ir con los cabros chicos pa allá, entonces tu mundo era la organización, la calle. Vino esto de la democracia que nosotros no sé qué película nos pasamos (risas), que íbamos a seguir en lo

³⁰³ Entrevista a Marta Robles.

³⁰⁴ Entrevista a Ema Hernández.

mismo, pero con recursos, que este SEPADE se iba a multiplicar, que iban a haber talleres y al contrario, no tuvimos nada, nada o sea te digo, a mi me pilló de 30 años, cuando llegó la democracia, sin haber tenido un título, un estudio formal, sin pega segura ¿y qué haces? Tienes que empezar a buscar pega po³⁰⁵.

Como explica Tania Nuñez, durante los 80 las organizaciones de La Victoria lograron apoyarse entre sí en el sentido de que sus participantes podían beneficiarse de diversos aportes que se hacían a la comunidad (alimentación, salud, vestuario) lo que permitía, como una forma de retribución no pactada en el caso de las monitoras, poder dedicarse a sus labores de capacitación, asistencia y promoción en salud y al mismo tiempo contar con los elementos básicos para vivir.

Oye vivíamos con la nada... Porque había olla común, comida no te faltaba, si no tenías con qué cocinar ibas a la olla común y comías bien rico ¿ropa? Comprábamos ropa usada en la feria, porque mandaban de donación aquí a la olla común ropa bien bonita y la olla común pa financiarse la vendía, ropa bien buena, nos vestíamos bien, no nos faltaba la ropa, teníamos comida segura. Llegabas a una casa y con lo poco que había no faltaba el tecito, el pancito y listo. Aquí existió el comprando juntos, vendían la mercadería a través de la iglesia y tú la comprabas a precio de huevo po. Era un mundo terrible, lo que sucedió fue terrible, pero en lo social, la solidaridad era espectacular³⁰⁶.

A pesar de lo difícil que fue asumir la disminución de aquellos niveles de participación social y el término del Grupo de Salud Poblacional, se sigue valorando la experiencia por la efectividad que tuvo en relación al trabajo hecho sobre los principales problemas de salud detectados, por el alto grado de participación y solidaridad demostrada y por el crecimiento y aprendizaje de las pobladoras protagonistas del proceso.

³⁰⁵ Entrevista a Tania Nuñez.

³⁰⁶ Entrevista a Tania Nuñez.

Sobre esto, Teresa Riesen señala:

Eso fue un trabajo precioso, para mí que venía del extranjero, que era un aprendizaje, yo siempre lo he dicho, de experimentar la capacidad de bailar la vida y la muerte de las mujeres con una entereza impactante, con una valentía increíble. Es un aprendizaje que hace la fuerza en conjunto, el trabajar en conjunto y no preguntar qué, sino dedicarnos a la tarea finalmente del prójimo, de apoyar al herido, apoyar al necesitado y poder trabajarlo en conjunto... eso ha sido una tremenda enseñanza, lo que finalmente para mí es la fe: no separar sino sumar, unir, trabajar juntos en pos de no cerrar puertas y lo otro es un enamoramiento profundo mío con las mujeres de la población chilena, mujeres chorísimas, valientes, grandes. Difícil es la vida que viven, con mucha depresión camuflada y en esos programas en vez de darles antidepresivos, se les dio conocimiento y valentía, sacar el propio conocimiento era un antidepresivo absoluto, no necesitas un antidepresivo para adormecer... el dolor tu lo puedes transformar en capacidades, en dones, en movimiento y eso ha sido grandioso, te diría... si tu miras hoy, puedes decir que se cayeron todas las instituciones y organizaciones, yo cada vez me convengo más de que nosotros sembramos en personas, no en instituciones, sembramos en personas y eso no se pierde³⁰⁷ ...

El trabajo realizado por las monitoras hacia la comunidad en aquellos difíciles momentos de la dictadura militar dejó en evidencia el compromiso que se tenía hacia la población. Y sin duda, la valentía con la que enfrentaron los problemas fue resultado de toda una preparación que más allá de lo técnico significó un profundo cambio, en primer lugar, a nivel personal, al reconocer en sí mismas el valor de sus capacidades, luego el valor de la asociatividad y, en definitiva, lo que se puede hacer a través del trabajo con otros.

³⁰⁷ Entrevista a Teresa Riesen.

Enfrentaron la brutalidad de la represión y la posibilidad de la muerte de los pobladores miembros de su propia comunidad apoyadas la una en la otra, a pesar del miedo.

Bueno, yo creo que todos hemos tenido miedo, pero como éramos varias, entonces no se reflejaba mucho el miedo³⁰⁸.

Y a pesar de las diferencias que hubiesen podido tener. Porque tal como señala Marta Robles, cuando hay un problema, la solidaridad renace en los pobladores como una condición que se mantiene desde los inicios:

Aquí La Victoria es una cosa... no sé... va en los genes... La Victoria es solidaria igual, yo puedo estar molesta con una persona, pero si pasa algo... estamos todas... eso va aquí, con la población... tiene que ver con la historia, tiene que ver con la forma como se creó³⁰⁹....

³⁰⁸ Entrevista a Lily Pérez.

³⁰⁹ Entrevista a Marta Robles.

Conclusiones

- *Solidaridad ante la adversidad: la acción comunitaria en salud en La Victoria.*

A lo largo de la presente investigación, hemos podido entender, en primer lugar, el contexto a través del cual se desarrollaron las experiencias de salud solidaria en la población La Victoria. Un periodo en que a la brutal represión dirigida por los aparatos de la dictadura militar, se sumó el aumento de los índices de pobreza y con esto la multiplicación de diversos problemas de salud.

Uno de los más visibles y alarmantes fue la desnutrición, especialmente en los niños, relacionado justamente a la carencia de alimentos para consumir producto de la falta de recursos. También hubo presencia de enfermedades transmisibles como la hepatitis, el tifus y la sarna cuya propagación se vio favorecida debido a las bajas defensas de la población, la situación de hacinamiento en los hogares y la falta de información para mejorar prácticas sanitarias.

Pero una consecuencia en la salud de los pobladores que escapó al factor de la pobreza, convirtiéndose en un momento, en una de las principales preocupaciones, fue la cantidad de heridos producto del enfrentamiento con fuerzas militares y policiales. La gravedad de esta situación cobró suma importancia con el inicio de las jornadas de protesta nacional a partir del año 1983. Contusiones, traumatismos, heridas a bala, fracturas e incluso pérdida del globo ocular fueron algunos de los efectos de la violencia esparcida en cada manifestación al interior de la población.

A esta situación también debemos añadir los cambios relacionados a la política de salud adoptada en el periodo, que siguió la lógica de traspaso de responsabilidades que antes competían al Estado hacia el sector privado. En este contexto, el gasto público destinado a este sector disminuyó cada vez, lo que en la práctica se evidenció en la infraestructura hospitalaria, en la calidad de los equipos y en las formas de atención. Otra transformación importante, pero sucedida a nivel local, fue la municipalización de la salud,

en donde la municipalidad pasó a ser responsable de la gestión y asignación de presupuestos en consultorios y otros centros asistenciales a nivel comunal. En cuanto a los efectos en la población, el resultado que se pudo percibir fue que, debido principalmente a la falta de recursos, se constituyeron “equipos médicos jóvenes, en cargos rotativos y mal remunerados³¹⁰,” lo que repercutió en la calidad de las atenciones además del ya prolongado tiempo de espera.

Es ante tal panorama que se desarrollan, desde la misma población, dos experiencias que impulsaron una serie de prácticas populares en salud: el Grupo de Salud Solidario y el Grupo de Salud Poblacional.

Ambos casos constituyen demostraciones de cómo ante la adversidad, las pobladoras de La Victoria pusieron en práctica la asociatividad y solidaridad como formas de enfrentar cada día y de cómo estas prácticas pasaron a ser importantes factores para mejorar la calidad de vida. Al verse evidenciadas las múltiples necesidades de la población, estas mujeres se atrevieron a salir de sus hogares y a luchar por transformar la realidad no solo propia, ni de sus familias, sino que de toda una comunidad.

El primer impulso organizativo se dio a través de cursos de formación en primeros auxilios impartidos en el caso del Grupo de Salud Solidario desde la parroquia de la población y en el caso del Grupo de Salud Poblacional, desde la ong SEPADE. A partir de ahí se inició una larga trayectoria de capacitaciones que en ambos casos llegó a tener importantes efectos en las pobladoras participantes. Esto debido a que, en el proceso, ellas fueron ganando confianza en sí mismas y en sus capacidades lo que al mismo tiempo sirvió de impulso a seguir participando. En este sentido, a nivel personal, también observamos un cambio de actitud manifestado, por ejemplo, en pobladoras que aprendieron a leer, que quisieron asumir más responsabilidades o que sacaron la voz frente a situaciones con las que no estaban de acuerdo al interior de sus familias o con sus parejas.

Paralelo a lo anterior se abrieron a la comunidad y a la posibilidad de traspasar lo

³¹⁰ CONTRERAS, Rodrigo, Op. Cit., p. 111.

aprendido a través de tareas asistenciales, como el apoyo realizado en los repartos de leche y el registro de peso y talla en los niños con problemas de desnutrición, y también por medio de tareas de promoción en salud a través de la difusión de campañas, por ejemplo, para mejorar hábitos de higiene o formas de alimentación saludable. En términos educativos, ambos grupos realizaron talleres y capacitaciones hacia la comunidad siempre replicando la misma metodología popular utilizada en su propio proceso de formación: valorizar los conocimientos previos, estimular el diálogo y reflexionar sobre la realidad en un ambiente no jerárquico.

En términos generales, reconocemos que una de las metas propuestas a partir del desarrollo de todas estas actividades iba más allá del mejoramiento de las condiciones de salud: también se daba mucho valor al estímulo de la participación en pobladores no organizados. La participación como fuerza transformadora y modo de resistencia constituyó un objetivo latente en ambos grupos. Es por esto que el trabajo sobre la alimentación infantil, tanto en términos asistenciales (reparto de leche, registro peso/talla) como promocionales (mejores formas de alimentación), se consideraba también como un medio para la participación bastante efectivo ya que se demostró que la preocupación por los niños movilizaba a gran parte de las familias.

Así también lo demostró en particular el Grupo de Salud Poblacional llevando a la práctica la idea de que a través de la capacitación es posible movilizar a la población y potenciar sus cualidades organizativas. Bajo esta premisa, las monitoras se dedicaron a formar pobladoras en el ámbito de la salud en distintas zonas dentro y fuera de la región.

Otro punto importante está relacionado al modo en que el trabajo de los grupos sirvió de apoyo a la participación activa que tuvo la población en el marco de las protestas nacionales. Durante este periodo la orientación de ambos grupos apuntó prácticamente en su totalidad a asistir a los pobladores que resultaban heridos de las protestas. Lo interesante en este punto es que el nivel de la emergencia fue tal que las monitoras de un grupo y de otro debieron coordinarse para cubrir y atender la mayor cantidad de personas.

Con este fin se prepararon en primeros auxilios y cuando llegó el momento, aun con

el riesgo de ser detenidas o terminar heridas, salieron a la protesta y atendieron la emergencia, asumiendo muchas veces la responsabilidad sobre la gravedad de los heridos, por ejemplo, a la hora de determinar si era necesario derivarlos a centros asistenciales -con el riesgo consecuente riesgo de detención- o si era posible resolver la situación en la misma población.

Ahora bien, además de las actividades y objetivos comunes a los que apuntaron estas experiencias, debemos referirnos a las instituciones que a lo largo de este periodo prestaron apoyo a cada grupo en términos de orientación, capacitación y recursos.

El caso del Grupo de Salud Solidario escapa en términos temporales al periodo en que las instituciones de apoyo se multiplicaron en función de la organización popular. Como señalamos en el capítulo 3, este grupo tiene una trayectoria mayor ya que se inició incluso antes de la dictadura militar. Lo cierto es que siempre estuvo apoyado por la iglesia, y en los inicios, los contactos que desde ahí se lograron establecer con profesionales del Hospital Barros Luco les permitió capacitarse y desarrollar -con participación de algunas monitoras- un proyecto paralelo y bastante significativo: el Jardín Infantil. Es así como estas experiencias previas a la coyuntura de la década de los 80 resultaron ser muy importantes debido tanto al aprendizaje que fueron adquiriendo a nivel técnico (trabajo con niños, nutrición y cuidados) como al establecimiento de lazos con la comunidad y la realización de prácticas solidarias (construcción del jardín).

La relación que el grupo mantuvo desde el principio con la iglesia a través de la parroquia y la constitución de una comunidad cristiana de base, durante la segunda mitad de la década de los 80, se amplió debido al ingreso a la población de los equipos profesionales que a través de la Vicaría de la Solidaridad ofrecieron apoyo a la organización de la población y su sobrevivencia.

Interesante es señalar en este punto que la acción social de la iglesia y su crítica a los estragos que la dictadura militar fue dejando en la sociedad tanto en relación a la pobreza como a la violación a los Derechos Humanos, tiene sus orígenes en un profundo sentido pastoral, un llamado a poner en práctica la solidaridad y la preocupación por los

necesitados:

Mientras haya tantos que tienen hambre, que están enfermos, que no tienen trabajo, que viven en la inseguridad, ningún cristiano puede sentirse cómodo, indiferente, no preocupado, ni satisfecho con el mundo y la sociedad en que vive³¹¹.

De un modo similar, la iglesia evangélica que impulsó acciones de ayuda social, desde un principio demostró con base en el evangelio que las acciones llevadas a cabo por la dictadura eran contrarias a la voluntad de dios y que, por lo tanto, toda labor dirigida a revertir la injusticias en el mundo popular, *la pobreza, hambre, la enfermedad* se convertían en un deber del ser cristiano. Es en base a esta reflexión que se dio origen al Servicio Evangélico para el Desarrollo (SEPADE), institución desde donde se inició el Grupo de Salud Poblacional.

A diferencia del Grupo de Salud Solidario que contaba con experiencias previas, hecho que fue considerado por los profesionales de la salud a la hora de realizar capacitaciones en el sentido de que no se impuso una forma de organización sino que se trabajó con la que ya había, el Grupo de Salud Poblacional se inició al mismo tiempo que iniciaron las capacitaciones ofrecidas por SEPADE, es decir, sin ningún tipo de experiencia anterior.

Pese a esto notamos que no hubo una imposición de generar un grupo de trabajo con ciertas estructuras establecidas, sino que, se dio el resultado de un camino de capacitaciones, muestras de confianza y la decisión de las monitoras de tomar en sus manos los problemas de la comunidad.

Sobre las relaciones que cada grupo mantuvo con su entorno, debemos señalar que el Grupo de Salud Poblacional tendió a vincularse a través de la misma red de organizaciones apoyadas por SEPADE (Centros de Recreación Infantil, cursos derivados

³¹¹ Pastoral de la Solidaridad, julio de 1975.

del programa Aprediendo Juntos) quienes generaron espacios para la reflexión y el mutuo aprendizaje. En este sentido las monitoras se movieron en un espacio mucho más acotado que el del Grupo de Salud Solidario de quienes tenemos antecedentes de participación en instancias de formación y encuentro de experiencias en salud comunitaria como el Congreso Latinoamericano de Mujeres Católicas y la Coordinadora de Salud Metropolitana.

Este último también se relacionó al consultorio de la población a través de momentos en los que se trabajó en conjunto como cuando apoyaron el paro de profesionales (1986) dirigiéndose a la comunidad en crítica al sistema de salud estatal, reivindicando a su vez, el derecho a la salud.

En este sentido y en relación a los testimonios y los documentos analizados, observamos que el Grupo de Salud Solidario tendió a manifestar en forma más directa su crítica a la crisis de la salud y reivindicación del derecho a la salud. Por el contrario, el Grupo de Salud Poblacional, se mantuvo siempre más centrado en la práctica y el objetivo de educar a la población para hacer frente a la misma crisis.

Ahora bien, sobre los resultados del trabajo realizado en salud por ambas experiencias, en primer lugar, hay que apuntar que los logros siempre se midieron en términos cualitativos y a través de las percepciones e impresiones que las monitoras iban observando en su entorno por lo que no podemos hablar de cifras concretas. Lo que podemos decir al respecto, es que cada tarea realizada aportó a la mejora de las condiciones de vida y salud de la población especialmente en relación a los conocimientos que se entregaron y que cada cual pudo poner en práctica en su cotidianeidad. Si bien en muchos casos, los problemas no se terminaron, al menos los pobladores pudieron tomar conciencia de que existían.

Es por esto también que se valoró y se trabajó tanto por la participación de la comunidad, porque se entendió que más que la asistencia es el aprendizaje lo que puede llegar a hacer la diferencia en términos de salud. Y en gran medida este es el concepto de salud que ambos grupos pusieron en práctica: más que la ausencia de enfermedades se

trataba de cómo vivir un poco mejor.

Lamentablemente un punto común a ambos grupos es que ninguno de los dos llegó a proyectarse en el tiempo. Debido a que como ambos casos dependían -respectivamente- de una sola institución de apoyo, cuando hacia el término de la dictadura éstas anunciaron su salida de la población, las experiencias quedaron sin recursos y sin fuentes de capacitación.

De ahí en adelante muchas monitoras debieron salir en busca de un trabajo remunerado y otras, siguieron en sus casas aplicando, de vez en cuando, alguna inyección o realizando curaciones. Lo cierto es que todo el conocimiento quedó en ellas y lo vivido nunca se sistematizó.

En este sentido creemos importante visibilizar esta historia de mujeres que desafiaron la represión, que a pesar del miedo asumieron responsabilidades, que aportaron a su comunidad, que tuvieron confianza en sí mismas y en su grupo, que educaron a otras pobladoras y que quisieron cambiar la realidad.

De esta experiencia aprendimos, en primer lugar, tal como nos enseñaron las generaciones anteriores en la época de la toma, que la asociatividad y solidaridad son elementos poderosos al momento en que una comunidad decide movilizarse y mejorar su propia realidad, pero también que, si queremos que nuestras organizaciones continúen y no mueran como lo hicieron los grupos de salud de La Victoria, es necesario pensar en sus proyecciones y trabajar también por ese objetivo. Cuando las organizaciones sólo dependen de una sola base de apoyo inmediatamente se hacen más vulnerables a situaciones que escapan a su acción. Teniendo en consideración lo anterior, las posibilidades que entrega la labor comunitaria en salud son múltiples si se apunta un cambio de perspectiva: la reflexión crítica de la realidad sumado a la trasmisión de los conocimientos necesarios para mejorarla.

- *La acción comunitaria en salud en la Victoria en el marco del desarrollo del movimiento de pobladores.*

Nos parece importante, antes de dar por concluida esta investigación, dedicar unas páginas a la reflexión sobre la situación del movimiento social de pobladores.

Como indica el título de este apartado, verificamos las experiencias analizadas como parte íntegra en el desarrollo de este movimiento durante el periodo de la dictadura.

Pero este estallido, este ímpetu por la participación, la formación de redes, el trabajo a nivel local y, en definitiva, la lucha en contra del régimen militar, tiene sus orígenes en un momento anterior, específicamente en las generaciones que precedieron. Analizado a través de las décadas, podemos evidenciar la larga trayectoria de saberes acumulados por parte de una gran cantidad de chilenos que hacia la mitad del siglo XX se hicieron notar en la historia como los sin casa, los pobres de la ciudad: los pobladores.

A lo largo de este escrito, hicimos mención a los orígenes de la población La Victoria como una de las primeras manifestaciones en que los pobres y marginados tomaron por determinación cambiar su destino y superar una de sus principales carencias, la falta de un sitio para vivir dignamente. Como resultado, la exitosa experiencia vivida en la toma demostró ser un ejemplo de organización. Tanto así, que la forma en que esta se llevó a cabo (estrategia, determinación de actividades, priorización de necesidades, comités de trabajo, defensa, autocuidado, gestión de recursos) sirvió de base para acciones realizadas por pobladores en otros lugares, en los años que siguieron.

En este sentido, la teoría del movimiento social de pobladores refiere a la emergencia de un poder popular cuyo origen se encontraba en múltiples acciones de aprovisionamiento directo, ilegales, por parte de sectores marginales de la población: “por su desarrollo, constituyó un ‘saber hacer’ que se fue perfeccionando táctica y culturalmente, lo que aumentó el sentido de autonomía y la confianza en la capacidad social de hacer ‘lo que se debía hacer’ para realizar la autointegración al sistema y alcanzar una <<vida

digna>>³¹²”.

La acumulación de aprendizaje en cuanto a formas de organización, defensa, autoeducación, sumado a la memoria de una experiencia reconocidamente exitosa, en el caso de La Victoria, posibilitó el traspaso de saberes a las siguientes generaciones de pobladores que, algunas décadas después, debieron poner en práctica para hacer frente a los múltiples efectos que trajo consigo el golpe de estado.

El potencial arraigado en los pobladores y la convicción de que la organización en el espacio local podía utilizarse como mecanismo de sobrevivencia, crítica y lucha contra un sistema injusto, que iniciaba un proceso de despojo de todo derecho social, marcó un momento clave en la historia del movimiento de pobladores.

Si antes el origen de las acciones tenía que ver con la necesidad de un sitio, dos décadas después, con ese objetivo resuelto, se debía hacer frente al desempleo, al hambre, a la represión: sobrevivir y velar por el bien de la comunidad.

En palabras del profesor Salazar, el poder popular inició una transformación: “a) debió disminuir las ‘tomas ilegales’; b) aumentar al cubo la solidaridad interna y autogestión para asegurar la supervivencia de las comunidades; c) absorber un 37% de cesantía y una indigencia extrema, y d) fortalecer la lucha de resistencia contra el terrorismo militar³¹³”.

El inicio del movimiento de pobladores se ha identificado con la necesidad de cambiar y mejorar sus condiciones de vida. A partir de ahí, fue desarrollando mecanismos y formas de proceder que le son propios³¹⁴, un cúmulo de experiencias a las que se ha acudido cuando las circunstancias y las necesidades han llevado a actuar a mayor escala, con gran número de pobladores participantes, marcando periodos de algidez (en

³¹² SALAZAR, Gabriel, *Movimientos Sociales en Chile. Trayectoria histórica y proyección política*, Santiago, Uqbar Editores, 2012, p. 199-200.

³¹³ Ídem, p. 201.

³¹⁴ SALAS, Verónica, *Rasgos históricos del Movimiento de Pobladores en los últimos 30 años*, Santiago, Taller de Acción Cultural (TAC), 1999, p. 7.

contraposición al repliegue): a) las tomas de terreno y formación de poblaciones, b) la sobrevivencia y la lucha contra la represión luego del golpe de estado.

Ahora bien ¿qué hace que el llamado movimiento de pobladores pueda ser efectivamente considerado como un movimiento social? Ciertamente entre los teóricos existen posturas que se contraponen. En Chile, una de las voces especializadas que cuestionó la existencia de un movimiento de pobladores como tal, fue la de Eugenio Tironi quien rebatió la idea de que las acciones llevadas a cabo por los pobladores -de sobrevivencia y resistencia, basadas en la asociatividad, la amistad, desarrolladas al interior de las comunidades locales- se hayan articulado bajo un objetivo definido o hayan demostrado un gran nivel de organización. Desde esta perspectiva, se estaba al frente de una serie de experiencias que respondían a problemas puntuales, sin una proyección y sin capacidad de presión. Aislados y segmentados socialmente.

Para Tironi, el llamado movimiento de pobladores en la práctica estaba constituido por un grupo acotado de militantes. Frente a ellos, el resto de los pobladores demostraba ser una masa silenciosa³¹⁵ que no tenía intención de romper lazos con el sistema, ni pretendía desarrollar un grado de autonomía: “los pobladores muestran una fuerte adhesión cultural al sistema, y una incorporación ya irreversible al orden urbano al que pertenecen por más de una generación. Por ende reclaman *participación*, no ruptura: más apoyo del Estado, no más autonomía; acceso a la industria, no talleres de auto-subsistencia; un espacio en la cultura moderna, no la reducción al folclor³¹⁶”.

Alain Touraine, teórico que influenció de gran manera esta postura en el estudio de los movimientos sociales en Chile, los caracteriza como una “acción colectiva organizada, entablada contra un adversario social y por la gestión de los medios a través de los cuales una sociedad actúa sobre sí misma y sobre sus relaciones con su entorno”. Sumado a esto, el movimiento debe plantear un proyecto de transformación de la sociedad y del sistema dominante, es decir, debe contener la capacidad de lograr aplicar cambios transversales.

³¹⁵ TIRONI, Eugenio, Pobladores e integración social *En* Marginalidad, movimientos sociales y democracia. Proposiciones, Vol. 14. Santiago de Chile : Ediciones SUR, agosto, 1987, p. 69.

³¹⁶ Idem, p. 79.

En este sentido, lo que se entendió como el repliegue de los pobladores hacia el ámbito local, como una forma de aislamiento -cuando éstos estaban desarrollando un proceso de autoeducación y organización para resolver diverso tipo de necesidades-, iba en concreta contradicción con la idea de que un movimiento social debía ser capaz de salir, de instalarse políticamente e institucionalmente para transformar el sistema dominante.

En contraposición, hay investigadores que han manifestado la idea de que el resultado, el fin último, no es lo que define al movimiento en sí. En esta línea, a la hora de abordar estas experiencias, el énfasis debiese ser la constitución y trayectoria del movimiento, mucho más de si se cumple o no con la idea de cambio propuesto en un inicio.

Para el profesor Salazar, el movimiento social “se inicia cuando los sujetos sociales perciben o sufren los dichos ‘desperfectos’ [del sistema dominante], sigue cuando van desarrollando sus recursos culturales estratégicos, y madura cuando, en un momento dado (<<oportunidad política>>) el movimiento emerge en el espacio público para realizar los cambios (parciales o totales) que señalan sus objetivos³¹⁷”.

Aquí la importancia del momento previo, la acumulación de saberes y experiencias anteriores y la determinación de las necesidades/problemas de las comunidades se reconocen tanto o más importantes que el fin último al que se aspira. El valor se encuentra en el proceso educativo, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura propia que aumenta el grado de autoconfianza de una comunidad y abre paso a la participación. Esta característica le da solidez y posibilidad de proyección al movimiento hacia las nuevas generaciones.

Se plantea que el movimiento social, constituido por actores colectivos, “evidencia un conflicto, y lo desarrolla en forma sostenida aunque con fases de visibilidad y otras de latencia³¹⁸”, esto quiere decir que cuando el movimiento no es visible no quiere decir que no exista o que se agotó.

³¹⁷ SALAZAR, Gabriel, Op. Cit., p. 414-415.

³¹⁸ IGLESIAS, Mónica, Op. Cit., p. 104.

Los teóricos mencionados anteriormente, criticaban la falta de cohesión y homogeneidad en el supuesto movimiento de pobladores, es más, incluso la condición de heterogeneidad se planteaba como contradictoria a la definición del mismo. Por el contrario, para Mónica Iglesias el actor colectivo que caracteriza al movimiento social no tiene por qué ser homogéneo: “la unidad del movimiento social no debe ser entendida como una homogeneidad de orientaciones sino como hegemonía en un momento determinado, con base en el contenido común a todas las orientaciones; contenido que puede variar en circunstancias diferentes, sin por ello considerar que estamos ante otro movimiento social o que ha dejado de existir el movimiento³¹⁹”.

Nos parece necesario en este punto, aterrizar la teoría a la investigación misma en el espacio de la población La Victoria. Efectivamente planteamos que estamos ante el desarrollo de un movimiento social que responde a una serie de características que permiten reforzar esta afirmación. Estamos en presencia de un actor colectivo que por décadas ha desarrollado un proceso de autoaprendizaje y traspaso de saberes desde su propia experiencia y en contraposición a un sistema dominante que históricamente ha provocado una serie de obstáculos y necesidades.

A lo largo de los años este movimiento ha tenido periodos de intensificación y visibilización frente a distintos conflictos y situaciones coyunturales y otros momentos en los que pareciera que no existe más. A la luz de lo revisado, nos parece que una de las razones por la cual es posible afirmar la existencia de este movimiento es justamente lo que se refiere al valor cultural y el latente poder popular que puede ejercer cada vez que las circunstancias lo ameriten.

En La Victoria son tres o cuatro generaciones que identificamos, han vivido este proceso de autoaprendizaje: a) Generación que tomó el sitio de la chacra La Feria y fundó la población (**abuelos y padres**) b) Generación que luchó por la sobrevivencia y resistió a la represión en dictadura (**hijos**) c) Generación que actualmente se organiza en el espacio local vinculado a la educación (preuniversitarios, bibliotecas comunitarias), el deporte

³¹⁹ *Íbid.*, pp. 75-76.

(fútbol, skate, baile) o la música (hip hop, batucadas) (**nietos**).

La base de los conflictos que han llevado a la movilización y la organización por parte de estas tres generaciones ha sido la búsqueda por el bienestar de la comunidad en su conjunto. Cuando de manera generalizada, ese bienestar ha sido amenazado y han surgido necesidades apremiantes, los pobladores se han unido para revertirlo y mejorar la situación desde dentro. De este modo, las tres generaciones debieron hacer frente a distintas circunstancias: a) Falta de vivienda y urgencia por cubrir necesidades básicas, b) Cesantía, problemas de salud, represión luego del golpe de estado c) Secuelas de políticas implantadas en dictadura y reafirmadas en democracia en cuanto a salud, educación, trabajo.

Desde las experiencias particulares de los grupos de salud en la población La Victoria, identificamos el uso de recursos culturales como fueron las experiencias previas de mujeres que ya venían trabajando en salud, el uso de la metodología de la educación popular que permitió poner en valor los conocimientos de medicina popular, la adopción de nuevas técnicas y la posibilidad de traspasar todo lo conocido hacia el resto de los pobladores participantes. Por otra parte, también destacamos estrategias particulares para enfrentar los problemas de salud como fue la organización por cuadras, el trabajo entre ambos grupos de salud, el apoyarse en organizaciones externas que contaban con recursos monetarios y profesionales y la relación con el consultorio local, que en definitiva fue en ciertos momentos de apoyo y en otros de crítica a un sistema de salud con múltiples falencias. Todo enmarcado en la lucha en contra de la dictadura, pero también con un objetivo concreto, mencionado prácticamente en cada entrevista realizada: la necesidad de participación, la necesidad de movilizar a la población entera.

Y si bien aquel objetivo se cumplió por un periodo de tiempo, hasta el término de la dictadura, lo que podría ser considerado una derrota, el movimiento social de pobladores ganó en experiencia. En este caso, el aprendizaje acumulado por las pobladoras de los grupos de salud fue quedando en las personas y no se acabó cuando las organizaciones de pobladores dejaron de funcionar.

Por esto que todas estas experiencias pueden ser miradas desde la perspectiva de lo

logrado. Sin embargo, consideramos que para que toda esta experiencia tenga sentido hoy, es necesario en primer lugar visibilizarla ante las nuevas generaciones. Sobre todo ante los grupos de jóvenes que hoy se organizan, volver atrás para conocer las estrategias y valorar la valentía y convicción con la que padres, tíos, vecinos y abuelos enfrentaron aquel difícil momento en la historia del país. Aun queda mucha memoria por rescatar.

Bibliografía

Aceituno, Georgina, Pobreza y modelo económico neoliberal. La percepción de mujeres pobres de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, [en línea]

<http://www.archivochile.com/Mov_sociales/mov_mujeres/MSmovmujeres0034.pdf>

Amorós, Mario, La lucha por la sobrevivencia de las mujeres en una población chilena durante la dictadura, Hasta La Victoria siempre [en línea]

<http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/amorosm/1/1amorosm0017.pdf>

Arzobispado de Santiago, Vicaría de la Solidaridad, Una acción solidaria de la Iglesia de Santiago, Secretaría de Comunicaciones, Archivo Vicaría. En Archivo de la Vicaría de la Solidaridad Identificación del documento: 3014.

Astorga, Ignacio, El papel de los grupos de salud. Notas para un debate, SUR, Centro de Documentación, Boletín de Información y Análisis Hechos Urbanos N°93, 1990.

Aylwin, Nidia, Una experiencia de trabajo social: La Vicaría de la Solidaridad, Revista de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Católica.

Campero, Guillermo, Organizaciones de pobladores bajo el Régimen Militar, Santiago, Ediciones Sur, 1987.

Cancino, Hugo, La Iglesia Católica y su contribución a la reconstrucción de la democracia en Chile 1973-1989. Revista del CESA No 2/2001.

Castillo, Fernando “Comunidades cristianas populares: la iglesia que nace desde los pobres” En ECO, ECO en el Horizonte Latinoamericano (II). La Iglesia de los pobres en América Latina, Santiago, LOM, 2012.

Cataldo, María R., Magendzo, Salomón, Educación, Salud y Comunidad. Orientaciones metodológicas para la realización de acciones de educación en salud comunitaria, Santiago, Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación, 1992.

Centro de Estudios del Desarrollo (CED), El desafío de la salud en el gobierno democrático. Visión de los actores, Cuadernos del CED. En Archivo de Fundación EPES Código 002.04. Doc007. Sist. Salud C.1.

Cisternas, Claudia, María Paz Míquel y Vania Neculqueo, Cambios en la participación social y política después de la dictadura militar en Chile, Tesis para optar al título de trabajadora social, Santiago, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Trabajo Social, 2008.

Colectivo de Memoria Histórica Corporación José Domingo Cañas, Tortura en Poblaciones del Gran Santiago (1973-1990), Santiago, Corporación José Domingo Cañas, 2005.

Confraternidad Cristiana de Iglesias, Carta abierta al general Pinochet., Revista Mensaje N°353, Octubre 1986.

Contreras, Rodrigo, Solange Duhart, Magdalena Echeverría y Haydée López, La salud solidaria en Chile, Programa de Economía del trabajo. En Archivo de Fundación EPES.

Cortés, Alexis, La Población La Victoria: Memoria heroica e identidad barrial, Santiago, Revista Rufián, 2013.

Cortés, Alexis. El movimiento de pobladores chilenos y la población La Victoria: ejemplaridad, movimientos sociales y el derecho a la ciudad. Revista EURE - Revista De Estudios Urbano Regionales, 40(119): 239-260, 2014.

Cortés, Alexis. Identidad Barrial y Toma de Terrenos: Biografía Social de La Población La Victoria (Santiago de Chile). IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008.

De la Maza, Gonzalo y Mario Garcés, La explosión de las mayorías. Protesta Nacional 1983- 1984, Santiago, ECO, 1985.

Espinoza, Vicente, Para una historia de los pobres de la ciudad, Santiago, Ediciones Sur, 1988.

Feldmeier, Hermann y Heukelbach, Jorg. Parasitosis epidérmicas: un problema desatendido asociado a la pobreza . Boletín Organización Mundial de la Salud [online]. 2009, vol.87, n.2, pp. 152-159<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862009000200018&lng=es&nrm=iso>

Fernández, David, La iglesia que resistió a Pinochet, Madrid, Iepala, 1996.

Freire, Paulo, Pedagogía del oprimido, Argentina, Siglo Veintiuno Editores, 1970.

Gallardo Bernarda, “El redescubrimiento del carácter social del hambre: las ollas comunes” en Espacio y poder. Los pobladores, Santiago, FLACSO, 1987.

Garcés Mario, ECO, las ONGs y la lucha contra la dictadura militar en Chile, Revista IZQUIERDAS, Año 3, Número 7, 2010. ISSN 0718-5049.

Garcés, Antonia, Los rostros de la protesta. Actores sociales y políticos de las jornadas de protesta contra la dictadura militar (1983-1986), Tesis para obtener el grado de Licenciada en Historia, USACH, Facultad de Humanidades, Santiago, 2011.

Garcés, Mario, Los pobladores refundan la ciudad [en línea]
<http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/garcesm/garcesm0017.pdf>

Goic, Alejandro, Salud: ¿Qué pasa en Chile?, Revista Mensaje 347, Marzo-Abril 1986.

Hardy, Clarisa, Organizarse para vivir. Pobreza urbana y organización popular, Santiago, PET, 1987.

Iglesias, Mónica, Rompiendo el cerco. El movimiento de pobladores contra la dictadura, Santiago, Radio Universidad de Chile Ediciones, 2011.

Illanes, María Angélica, En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia Social de la Salud Pública, Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

Instituto Nacional de Estadísticas, www.ine.cl

Jiménez, Jorge, Hacia una salud moderna y solidaria, Revista de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 58, 1990.

Kaempfer, Ana María y Medina, Ernesto, La Salud Infantil en Chile durante la Década del Setenta, Revista Chilena de Pediatría Vol. 53 N° 5.

La Bitácora, año II, número 5, abril a julio de 2005, publicación trimestral, Chile.

Labra, María Eliana, La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Cad. Saúde Pública, 18 (4): 1041-1052, jul-ago. 2002.

Maldonado, Matías, Evangélicos en la dictadura militar chilena. [en línea] Observatorio Iglesia y Sociedad <<http://www.iglesiaysociedad.cl/evangelicos-en-la-dictadura-militar-chilena/>>

Mansilla, Miguel Ángel, Juan Sepúlveda y Luis Orellana. Cuano el opio se rebela: La Cofraternidad Cristiana de Iglesias (Evangélicas) en su crítica a la dictadura militar y su proyecto de sociedad (1981-1989).

Marshall, M. Teresa y Luz María Pérez, Una lectura de experiencias de salud y educación popular en América Latina, Santiago, CEPAL, 1985. En archivo de Fundación EPES.

Meller, Patricio: Un siglo de economía política chilena (1890-1990), Santiago, Andrés Bello, 1998.

Monckeberg, Fernando. Prevención de la desnutrición en Chile experiencia vivida por un actor y espectador. *Rev. chil. Nutr.* [online]. 2003, vol.30, suppl.1, pp. 160-176 . Disponible

en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003030100002&lng=es&nrm=iso>.

Mujer popular y Estado. Informe de Investigación por Teresa Valdés, Marisa Weinstein, Marcela Díaz y Sandra Palestro, Santiago, FLACSO-Programa Chile. Serie: Estudios Sociales n° 42, 1993.

Paiva, Manuel y Grupo de Salud Poblacional. Pasado: Victoria del presente, Santiago, Talleres Vicaría Zona Oeste, 1989.

Pardo, Carolina y Náyade Pino, Educación popular en salud : percepciones y reacciones de las pobladoras del "Círculo de Mujeres por la Salud" y la Fundación EPES frente a la desnutrición y obesidad infantil (comuna El Bosque) (1982-2012), Tesis para optar al grado de Licenciada en Historia, Santiago, Universidad de Chile, 2013.

Programa economía del trabajo (PET), El sistema de salud solidario. En Archivo de Fundación EPES Clasificación: 002.04 Doc 001 Sist. Salud C.2.

Quintanilla, Rosa, Yo soy pobladora, Chile, Taller Piret.

Ramis, Álvaro, Las iglesias y la dictadura chilena. Elementos para una hermenéutica histórica, Le Monde Diplomatique, Septiembre de 2013.

Riobó, Enrique, La Teología de la Liberación en tiempos de dictadura, Tesis para optar al grado de licenciado en historia, Universidad de Chile, 2009.

Ruiz-Tagle, Jaime y Urmeneta, Roberto, Los trabajadores del programa del empleo mínimo, Santiago, PET y Academia de Humanismo Cristiano, 1984.

Salas, Verónica, Rasgos históricos del Movimiento de Pobladores en los últimos 30 años, Santiago, Taller de Acción Cultural (TAC), 1999.

Salazar, Gabriel y Pinto, Julio, Historia Contemporánea de Chile III. La economía: mercados, empresarios y trabajadores, Santiago, 2002, LOM, 2002.

Salazar, Gabriel, Movimientos Sociales en Chile. Trayectoria histórica y proyección

política, Santiago, Uqbar Editores, 2012.

Salazar, Gabriel, *Violencia política popular en las grandes alamedas*, LOM, Santiago, 2006.

Schkolnik, Mariana y Teitelboim, Berta, *Pobreza y desempleo en poblaciones. La otra cara del modelo neoliberal*, Santiago, PET, 1988.

Segundo encuentro diálogo “Participación popular en salud”, Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, Cisme, Getep-Arcilla y EPES, 1974-1989. En archivo de Fundación EPES.

SEPADE, *30 años 1975-2005 Servicio Evangélico para el Desarrollo SEPADE*, Concepción, Chile, SEPADE, 2005.

SUR, Centro de Documentación, *Cesantía en poblaciones, Hechos Urbanos N°13*, 1982.

Tercer encuentro diálogo “Participación popular en salud”, Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, Cisme, Getep-Arcilla y EPES, 1989. En Archivo de Fundación EPES, Código 002.04 DOC 019, participación salud C.1.

TIRONI, Eugenio, *Pobladores e integración social En Marginalidad, movimientos sociales y democracia. Propositiones*, Vol. 14. Santiago de Chile : Ediciones SUR, agosto, 1987.

Vicaría de la Solidaridad, “La disolución del Comité de Cooperación para la Paz en Chile”, 1975. En Archivo de la Vicaría de la Solidaridad Número 00896.00 C.2.

Vicaría de la Solidaridad, *Acción de la Vicaría de la Solidaridad en Zonas*, Centro de Documentación. En Archivo de la Vicaría de la Solidaridad Número de Documento 0070900.

Vicaría de la Solidaridad, *Actos ilegales que han afectado a recintos, personas, autoridades de la iglesia*, Santiago. En Archivo de la Vicaría de la Solidaridad, Número de documento 0097900 C.2., 20 de mayo de 1980.

Vicaría de la Solidaridad, Departamento de Zonas, Las repercusiones de la política económica en la política de salud y en la salud de la población infantil. En Archivo de la Vicaría de la Solidaridad, N° 001948.