

# La participación social en dictadura: protagonismo popular

Social participation in dictatorship: popular protagonism

Antonio Infante <sup>1</sup>  
Isabel de Ferrari <sup>2</sup>  
Fanny Berlagosky <sup>3</sup>

**E**l golpe militar, el terror y la crisis económica del 74/75 invisibilizan el tejido organizacional alcanzado durante la década anterior. Sin embargo la respuesta valiente de las iglesias primero a través del Comité Pro Paz y luego con la Vicaría de la Solidaridad y las Vicarías Zonales de la Iglesia Católica y de algunas organizaciones sociales como la Agrupación de Mujeres Democráticas o el Comité Nacional de Ayuda a Refugiados que deriva posteriormente a la Fundación de Ayuda Social de Iglesias Cristianas (FASIC), abre un espacio de acogida para profesionales y organizaciones que lentamente se va ocupando. Primero son grupos asistenciales de profesionales expulsados de sus trabajos y organizaciones de subsistencia inscritas en la tradición del movimiento obrero como los comedores infantiles o las ollas comunes; posteriormente al alero de ellos comienzan a surgir otras organizaciones como los “comprando juntos” o los “grupos de salud”.

En un estudio de Clarisa Hardy(1) aparecen en la RM, ya en 1982 los primeros grupos de salud, los que crecen rápidamente llegando a 137 en 1986 con la participación de más de 1500 personas, principalmente mujeres, vinculadas a ellos. En ese mismo estudio y como un indicador de la revitalización de la organización popular se consigna que el 40% de las personas que concurren a los grupos de salud van también a otras organizaciones. Otro dato interesante: el 60% de los grupos de salud reconocen tener una experiencia previa, lo que confirma la existencia de una tradición organizativa en el sector y una memoria histórica de experiencias previas. Por último y para confirmar la importancia que tuvo el alero eclesial en la época, más del 50% de los grupos tienen como lugar de reunión un local de iglesia.

Esta proliferación de grupos de salud se encuentra también en regiones, consignándose hacia el final de la dictadura la existencia de coordinadoras de grupos de salud en Santiago, Valparaíso y Concepción.

## UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES POPULARES

El plebiscito del 80 marcó un punto de inflexión, la dictadura estaba para quedarse. Eso sumado a la crisis económica del 82 con una desocupación que superaba el 30%, fueron detonantes para la necesidad de organizarse. Así el 1983 se constituyó la Asamblea de la Civilidad; los colegios profesionales empezaron a activarse y también numerosas organizaciones no gubernamentales dedicadas a los temas de salud, muchas de ellas vinculadas a organizaciones sociales de base, principalmente grupos de salud.

El Colegio Médico, cuyo presidente encabezaba dicha Asamblea, a través del Departamento de Salud Pública que presidía Haydeé López invitó a los profesionales trabajadores del sistema solidario, del sistema público y en los colegios profesionales, para debatir sobre la realidad sanitaria del país. El grupo convocado por el Colegio debutó con una masiva Escuela de Verano con el objetivo de estrechar lazos, generar confianzas e intercambiar experiencias de trabajo.

La confianza y la fraternidad generaron una estrecha relación entre profesionales y grupos de salud, constituyéndose así la Coordinadora Metropolitana de Grupos de Salud, que se encargaba de intercambiar experiencias;

Recibido el 23 de agosto de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Médico Salubrista. Correspondencia a: ainfantebarras@gmail.com

2 Enfermera. Consultora grupo educativo. Comuna de Lanco. Correspondencia a: midferrarif@gmail.com

3 Matrona. Profesora asistente. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. Correspondencia a: fberlagosky@med.uchile.cl

hacer capacitaciones y elaborar los contenidos de actividades regulares y sistemáticas. La Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata de 1978 y el lema “Salud para todos el año 2000” constituían un respaldo conceptual que sumado al apoyo del Colegio Médico daba ciertas seguridades. Todos los Enero desde 1985 se realizaron las escuelas de verano, a las que llegaron las principales figuras de la salud pública chilena que gota a gota retornaban del exilio. Se sistematizaron los trabajos presentados; se hicieron capacitaciones y convivencias durante el año y también análisis respecto a las consecuencias del desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud.

Para todos quiénes participábamos en estas actividades era natural la convivencia fraterna entre profesionales y grupos populares de salud. La característica era la horizontalidad de las relaciones y el intercambio de sabidurías entre la teoría y las vivencias (2). Había sucedido antes en Chile algo parecido?

Esa pregunta motivó que Angélica Illanes se sumergiera en la historia de la salud pública(3) y recuperara la experiencia de las organizaciones de Mutuales Obreras de Socorros Mutuos del siglo XIX e inicios del siglo XX (4), en que los obreros se preocupaban de sus condiciones de salud, contratando profesionales para que los apoyaran en esa tarea. Se logra así la máxima expresión de horizontalidad entre profesionales y organizaciones populares.

## **LOS GRUPOS DE SALUD Y EL TRABAJO SOLIDARIO**

---

Como lo señala Isabel de Ferrari en una sistematización del trabajo en salud de la Vicaría de la Solidaridad en la Zona Oriente de Santiago(5): “Los grupos de salud fueron muy importantes en la vida cotidiana de los sectores poblacionales, con ellos desarrollamos campañas de salud, para prevenir las diarreas de verano y para evitar la deshidratación de los más pequeños, para evitar el contagio de sarna y pediculosis y tratarlos, para prevenir las enfermedades respiratorias, etc. Se formaron monitoras de salud en todos los barrios. Las monitoras eran en su mayoría mujeres, altamente comprometidas con su comunidad, conocidas por los vecinos, dispuestas a aportar con sus conocimientos para prevenir enfermedades y cuidar a las personas que lo necesitaban. Adquieren relevancia especial, durante los 80, organizando la atención de las personas que vivían la represión durante las protestas contra la dictadura, de los años 83 al 87, quienes recibían golpes, sufrían con las bombas lacrimógenas o tenían impactos de balines, etc. Consultaban a los grupos de salud y

estos realizaban atención de primeros auxilios.

Los grupos de salud, pasaron a integrar el tejido social de su comunidad y fueron un actor relevante en la creación de redes comunitarias de apoyo, para mejorar las condiciones de vida, los equipos de trabajadores de la vicaría de la solidaridad, pasamos a formar parte de esta red de apoyo comunitario, creando afecto, complicidad y lazos de confianza que nos permitían compartir nuestros conocimientos y la experiencia de las mujeres, madres, monitoras y de este modo se fue creando una práctica nueva de trabajo en salud, dónde los roles eran de cooperación, de intercambio de experiencia y de respeto profundo por el conocimiento obtenido en la práctica. El saber técnico profesional dejó de estar por sobre el saber de la experiencia cotidiana de los grupos de salud; con ambos saberes, se lograba establecer un nuevo conocimiento, que permitía enfrentar la realidad y realizar intervenciones en salud apropiadas a la realidad local”.

“La experiencia en salud comunitaria demostró que en ausencia de la institucionalidad del Estado en salud, las organizaciones sociales y especialmente las mujeres toman un liderazgo y que las organizaciones desarrollan un gran potencial en el cuidado de las personas. Se crean redes de apoyo integrales, se ven las necesidades de agua limpia, de alimentos, de apoyo emocional, cuidado infantil y tratamiento de pediculosis a toda la familia. También realizan acciones de limpieza de casas, sitios eriazos y calles, para hacer frente a situaciones ambientales y zoonosis como la garrapata, que invadía las casas en primavera verano y ponía en riesgo de contagio a guaguas y niños pequeños”.

“Entre las necesidades más sentidas por las organizaciones sociales, especialmente por las mujeres, figuraba el acceso a atención de salud para de niños y ancianos para obtener cuidados sanitarios. En salud los problemas importantes eran la desnutrición, cuadros diarreicos con deshidratación en verano y enfermedades respiratorias en invierno, así como enfermedades infecto- contagiosas, como la sarna y la pediculosis. Incluso hubo un año con brote de sarampión, que no fue abordado desde la salud pública”.

Es interesante que la inserción de profesionales comprometidos junto con las organizaciones va generando un tejido social solidario que responde “a las necesidades apremiantes de alimentación, abrigo, cuidados y atención de salud, trabajo y cuidado, apoyo escolar y de recreación a niños y niñas, como eran las ollas comunes, los talleres de mujeres, y algunos de hombres que realizan actividades para tener ingresos, realizando arpilleras y diferentes tejidos,

grupos de recreación y cuidado infantil y organizaciones de mujeres que se reúnen para apoyarse y enfrentar la sobrevivencia cotidiana”.

En un documento interesante que sistematiza la experiencia del trabajo en participación desde la mirada del actor: sistema público de salud, grupos de salud y ONG(6) se señalan distinciones para cada uno de ellos, pensando en la proyección de su trabajo. Se destacarán aquí los principales obstáculos para proyectar su trabajo. De los consultorios indica: “un concepto de salud limitado, que no ha incorporado los aportes de la estrategia de APS, dada por esta constante sobrevaloración de roles técnicos y desvalorización de lo promocional y educativo, producto de la internalización de un modelo medicalizado”. En cuanto a los obstáculos presentes en los grupos de salud señala entre varios la “dificultad para motivar a la población para una acción participativa y comprometida en la solución de problemas”. Respecto a las ONG se hace referencia al modelo medicalizado, a cierta verticalidad en las relaciones con los grupos y a la falta de condiciones básicas para cumplir sus objetivos en un entorno represivo y de precariedad de medios.

### **EL COLECTIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

En la medida que fue creciendo la actividad coordinadora del Colectivo al alero del Colegio Médico, fue apareciendo cierta incomodidad en esa organización gremial. El trabajo y las convocatorias eran mucho más amplias que simplemente médicos. Llegaban profesionales y no profesionales; múltiples instituciones abocadas al trabajo solidario y alguna tímida representación partidaria. El resultado fue la constitución del Colectivo en una ONG con financiamiento de la solidaridad internacional y esa independencia permitió potenciar el rol coordinador y de convocatoria a múltiples espacios de encuentro: Escuelas de Verano; Concurso de Iniciativas de los grupos de salud con financiamiento semilla; Cursos formales de capacitación de dirigentes y también de profesionales; Apoyo a estudiantes que efectuaban trabajos académicos en el ámbito de la salud pública y a algunos profesionales destacados que iniciaban su instalación en la patria después del exilio.

Esta coordinación se fue dando también en regiones: el Instituto de Educación Popular en Copiapó; la Coordinadora de Grupos de salud en Valparaíso; el GEA en la VI Región; el trabajo con grupos de salud en Concepción, Talcahuano y Coronel del

Arzobispado de Concepción y EPES.

La experiencia acumulada, con una gran confianza en la capacidad gestora de las organizaciones populares tuvo consecuencias felices. Un número importante de ollas comunes, con la asesoría de PROSAM para su difícil formalización como proveedores del Estado. Un equipo de profesionales también con sus orígenes en la Vicaría de la Solidaridad, obtuvo la calidad de concesionarios de la Junta de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) entregando miles de raciones a estudiantes de la región metropolitana; parte del equipo del Colectivo se integró a la formulación programática del primer gobierno democrático y muchos de los profesionales que circularon en torno al Colectivo asumieron tareas directivas en ese gobierno. El problema de aquello fue que al igual que lo sucedido en los inicios del siglo XX con las sociedades de socorros mutuos, el Estado asumió burocráticamente tareas de protección social que desmovilizaron de manera muy importante toda esa energía popular.

Las dificultades para proyectar el trabajo participativo se mantienen hasta la fecha y “uno de los puntos cruciales para avanzar en la participación en salud es el cuestionamiento del Modelo Médico Hegemónico como fuente de definición y mediador de cualquier proceso de participación social”<sup>4</sup>.

### **REFERENCIAS**

1. Hardy C. Organizarse para vivir: pobreza urbana y organización popular; Programa de Economía del Trabajo, PET, 1987.
2. De Ferrari Isabel, Rivera Raquel. Los Grupos Poblacionales de salud: una experiencia de participación comunitaria; Colectivo de Atención Primaria y Programa de Salud Vicaría Zona Oriente; 1989.
3. Illanes Angélica. En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia; Colectivo de Atención Primaria 1993.
4. Illanes Angélica. La revolución solidaria: historia de las sociedades obreras de socorros mutuos: Chile 1840-1920; Santiago 1990.
5. De Ferrari Isabel. El trabajo en salud de la Vicaría de la Solidaridad en la Zona Oriente de Santiago; (no publicado).
6. Marshall M Teresa y Cols. Participación en Salud: lecciones y desafíos; CORSAPS 1991.

4 Anigstein María Sol; Participación Comunitaria en Salud: reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector; Rev. Mad. N° 19; Septiembre de 2008