



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Zaldúa, Graciela; Sopransi, María Belén; Longo, Roxana
VULNERABILIDAD, GÉNERO Y PRÁCTICAS DE AUTONOMÍA EN DOS
ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES DESOCUPADOS EN GRAL. MOSCONI Y
CONURBANO BONAERENSE
Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 183-198
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

VULNERABILIDAD, GÉNERO Y PRÁCTICAS DE AUTONOMÍA EN DOS ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES DESOCUPADOS EN GRAL. MOSCONI Y CONURBANO BONAERENSE

VULNERABILITY, GENDER AND PRACTICES OF AUTONOMY IN TWO UNEMPLOYED WORKERS ORGANIZATIONS IN GRAL. MOSCONI AND BUENOS AIRES

Zaldúa, Graciela¹; Sopransi, María Belén²; Longo, Roxana³

RESUMEN

El propósito de esta presentación es examinar las condiciones de posibilidad de prácticas de autonomía en colectivos de trabajadores afectados por el modelo de acumulación hegemónico. Como informe alternativo desde un paradigma interpretativo crítico privilegia los constructos vulnerabilidad y género para la construcción de monitoreos estratégicos de salud en escenarios territoriales de Gral. Mosconi (Salta) y del conurbano bonaerense. Desde la modalidad de estudios de casos se indagan los sistemas de enunciación y representación de los actores sociales y las afectaciones materiales y simbólicas, colectivas y singulares, por la triple inequidad de clase, género y cultura. A través de dinámicas grupales e individuales y la aplicación de instrumentos cualitativos y cuantitativos construimos modelos de evaluación con triangulación de técnicas y fuentes.

La metodología incluye entrevistas en profundidad, talleres, observación participante, grupos focales y encuesta sobre condiciones de salud y percepción sanitaria.

Las prácticas de autonomía y las tensiones y conflictos ante los diversos mecanismos predatorios muestran la posibilidad de la producción de subjetividades que enfrentan las asimetrías de poder y se implican en el cuidado de sí y de sus colectivos.

Palabras claves:

Vulnerabilidad - Autonomía - Género - Movimientos Sociales

ABSTRACT

The purpose of this paper is to examine possibilities of autonomy practices in groups of workers affected by hegemonic accumulation model. We focus on the concepts of vulnerability, gender and autonomy to construct strategic monitorings on collective health in Gral. Mosconi (Salta) and Buenos Aires. The studies of cases allow to recognize statement and representation of social actors, and material and symbolic, collective and singular affectations, crossed for inequity of class, gender and culture.

Methodology includes interviews, workshops, participant observation, focal groups and questionnaire on conditions of health and sanitary perception.

Practices of autonomy and conflicts show possibility of subjectivities production that face social asymmetries in individual and collective self-care.

Key words:

Vulnerability - Autonomy - Gender - Social Movements

¹ Psicóloga, Universidad Nacional de La Plata. Profesora Titular de Psicología Preventiva y Epidemiología, Facultad de Psicología, UBA. Directora del Proyecto de Investigación UBACyT (2004 - 2007) "Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud. gzaldua@psi.uba.ar

² Licenciada en Psicología, UBA. Becaria de investigación UBACyT. Docente Regular, Facultad de Psicología, UBA.

³ Licenciada en Psicología, UBA. Investigadora de Proyecto UBACyT y docente, Facultad de Psicología, UBA

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es debatir sobre las condiciones de posibilidad de prácticas autónomas de salud en sectores afectados por la vulnerabilidad y la exclusión social, desde la perspectiva de la Psicología Crítica y la Salud Colectiva. En consecuencia pretendemos revisar los conceptos de vulnerabilidad, autonomía y género a partir de las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales y sus afectaciones subjetivas y colectivas, y por otra parte, de algunas corrientes teóricas de las ciencias sociales y de la salud que las formulan. Nuestra perspectiva de investigación participativa nos enfrenta a problemas sanitarios en que dichos conceptos nos permiten interpretar situaciones complejas y/o contingentes, reconociendo sus trayectorias epistémicas y su provisoriedad como constructos. De esta manera intentamos conjurar la apropiación conceptual acrítica y la reificación que impone la precisión y la aceptabilidad para cualquier situación o condición contextual y su transformación en realidad empírica. El criterio de construcción conceptual heurística no lo entendemos por fuera de las prácticas sociales. Elias (2002) afirma que para comprender las funciones de los grupos humanos, es necesario conocer desde dentro como experimentan los seres humanos los grupos de los que forman parte y los que les son ajenos, y esto no puede conocerse sin participación activa y compromiso.

Menéndez (2000) considera que todo concepto debería ser usado tratando de articular teorización/problema, de tal manera que el uso del concepto sea realmente intencional en su articulación o distanciamiento del problema, reduciendo la posibilidad de producir información superficial o no estratégica y no limitando la capacidad de describir e interpretar lo contingente, lo procesual, lo antiestructurante. A su vez, advierte que el uso de ciertos conceptos para reconocer algunas problemáticas no sólo pueden contribuir al opacamiento de su causalidad, sino favorecer interpretaciones y acciones que contribuyen al mantenimiento del problema. Como analizadores en América Latina señala: pobreza extrema, niños de la calle, etc. que inciden como tendencias para describir lo manifiesto, por presiones de las instituciones financiadoras de proyectos de intervención, y por la posibilidad de ejercer acciones puntuales a nivel de sujetos y/o grupos, contribuyendo a desarrollar acciones locales y también a identificar con atributos culpabilizando a los afectados. En este sentido, concluye que los conceptos deben ser articulados con los procesos sociales más generales que tienden al olvido, al desgaste o a la resignificación, vinculados con las presiones políticas y las condiciones institucionales por las hegemonías teóricas-ideológicas del mercado de saberes dominantes.

“Pensar quiere decir identificar”, otorgar una identidad, pero “los objetos son más que su concepto”. Desde un pensamiento abierto, Adorno sostiene que la contradicción “es índice de lo que hay de falso en la identidad, en

la adecuación de lo concebido con el concepto” (1990: 13). Lo heterogéneo queda negado en la identidad adjudicada. “Identidad es la forma originaria de ideología. Su sabor consiste en su adecuación a la realidad que oprime. Adecuación que fue siempre a la vez sumisión bajo objetivos de dominación, y en este sentido su propia contradicción” (*op.cit.*: 151). Es por eso que creemos necesaria una “desmitologización de los conceptos”, un pensamiento que rescate las contradicciones encerradas-negadas en los constructos teóricos, una dialéctica negativa. Pensar la anti-identidad a través de una revisión crítica es el camino que elegimos.

Trazos sobre el concepto vulnerabilidad y sus efectos

Como categoría la vulnerabilidad, es inherente a diversos enfoques disciplinares y a su vez tiene continuidades y discontinuidades en su uso, planteándonos la necesidad de analizar las condiciones epistémicas y su articulación con la indagación empírica en el campo de la salud colectiva.

Caracterizar desde contextos sociohistóricos y culturales las dimensiones epistemológicas y metodológicas, y sus alcances y límites nos impone una tarea que sólo señalaremos a grandes trazos. Su raíz latina la asocia a la calidad de vulnerable -vulnerabilis-, es decir que puede ser herido, o recibir lesión física o moral. La acción de vulnerar -vulnerare- se define como dañar, perjudicar.

En un recorrido básico tomaremos a la Planificación normativa en salud Cendes-OPS como antecedente de la inclusión de vulnerabilidad de las enfermedades al tratamiento. La metodología se basaba en el Diagnóstico de Situación, que incluía un triple análisis: a) el de los daños y sus factores condicionantes; b) el de los recursos, su forma de organización o instrumentación y sus rendimientos, y c) el de las relaciones que se generaban entre daños e instrumentos o la asignación de recursos a los daños. Estos se reducían a un conjunto basado en la clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte, utilizando criterios epidemiológicos de homogeneidad de daños y de factores condicionantes. A partir del diagnóstico se formulaban planes de ataque a daños y selección de prioridades. La asignación de prioridades se realizaba por una fórmula de cuatro variables: Magnitud del daño, medida por la tasa de mortalidad; la Trascendencia, referida a la evaluación que se le asignaba al grupo principalmente afectado por el daño en una situación específica, la Vulnerabilidad era una característica del daño definida como una capacidad de actuar sobre el mismo con las tecnologías disponibles, y el Costo era el gasto necesario. La vulnerabilidad, definida como la probabilidad de disminución de mortalidad de un daño, parte de categorizar a las enfermedades en tres grupos: erradicables, irreductibles y reducibles. La insuficiencia, limitaciones e inviabilidad del procedimiento fue rigurosamente funda-

mentada por M. Testa (1993). Entre otros aspectos señalaba que tomar los daños letales excluía a otras afectaciones significativas. Los parámetros de medición de las categorías y la asignación de recursos para algunos daños irreducibles constituían un problema. La formulación técnica y sus condicionamientos políticos e institucionales en las condiciones del subdesarrollo, sumado a que era una traslación de la planificación económica, es analizado desde perspectivas históricas, científicas, políticas y constituyen aportes insoslayables del autor al pensamiento y acción en salud.

Por otra parte, desde la perspectiva de R. Castel (1997) el constructo de vulnerabilidad aparece asociado al trabajo. Este resulta un soporte privilegiado de la inscripción en la estructura social y verifica las relaciones entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y los sistemas de protección. Conforman zonas de máxima tensión entre la integración y la exclusión o desafiliación. La primera dimensión se constituye con la asociación de trabajo estable y la inserción relacional sólida, por el contrario la falta de actividad productiva y el aislamiento relacional plantea la negatividad. La vulnerabilidad social se constituye como una zona intermedia, inestable que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad. Para el autor la vulnerabilidad además de ocupar una posición estratégica, históricamente fue marca de incertidumbre y desdicha de los sectores populares. La desafiliación como tendencia, trayectoria o zona, en primer lugar es una ruptura de redes de integración primaria, es decir, corte en las regulaciones a partir de la inserción en la familia, el linaje, la pertenencia comunitaria. A su vez, los riesgos de desafiliación están dados por las fallas de las relaciones de proximidad con inscripción territorial -familiar y social- dificultando la reproducción de la existencia y la protección. Advierte que algunas comunidades pueden paliar esas fallas movilizando potenciales de sociabilidad y cuidado, aunque hoy domina la afectación de la condición salarial, el desempleo masivo, la precarización de las situaciones de trabajo, la desprotección y la multiplicación de sujetos en posición de supernumerarios, inempleables, desempleados o empleados intermitentes. Abre la interrogación sobre los garantes de la pertenencia de todos a una misma sociedad.

En América Latina el concepto define a un rasgo social dominante para científicos de la CEPAL. R. Pizarro (2001) afirma que los impactos provocados por las formas de producción, las instituciones y los valores que caracterizan al nuevo patrón de desarrollo en los países de la región han dejado a los grupos de bajos ingresos y a las capas medias expuestos a elevados niveles de inseguridad e indefensión. A su vez, señala que la vulnerabilidad también se expresa en la incapacidad de los grupos más débiles para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de dicho impacto. El segundo efec-

to, también discutible como el anterior, es que la inseguridad e indefensión no son necesariamente atribuibles a la insuficiencia de ingresos, propia de la pobreza, comparando efectos sobre trabajadores urbanos y rurales. Reafirma textualmente: "Porque más allá de las condiciones de pobreza y de concentración de ingreso, propias del capitalismo subdesarrollado, la economía de mercado abierta al mundo y el repliegue productivo y social del Estado han generado un aumento de la indefensión y de la inseguridad para una gran mayoría de personas y familias de ingresos medios y bajos, las que experimentan una notable exposición a riesgos especialmente en las áreas urbanas" (Pizarro, *op. cit.*:10). En el mismo documento asume la existencia de factores objetivos y subjetivos en la conceptualización de vulnerabilidad. Los objetivos son: a) la acentuación de la heterogeneidad productiva, con efectos en la ocupación, la segmentación del trabajo y su mayor precariedad, agregando la desregulación laboral o flexibilización, sin seguro de desempleo con impacto en la protección de los asalariados; b) los sistemas mixtos de educación, salud y previsión de carácter privado para los de mayores ingresos y públicos para las capas medias y de bajos ingresos muy debilitados; c) la disminución cuantitativa de las organizaciones sindicales y menor significación cualitativa como instrumentos de compensación de poder frente a los gremios empresarios; d) el crecimiento de la economía informal. En relación a la percepción subjetiva, indica sobre el sentimiento de indefensión generado por el repliegue del Estado de su función protectora y por la preponderancia que han adquirido los valores que fomentan el esfuerzo individual en la lucha por la vida por sobre las lógicas colectivas.

Varios autores en el campo de las ciencias sociales advierten sobre la imprecisión conceptual del término y su supuesto corrimiento reduccionista a la categoría de pobreza o la atribución a los sujetos como "grupos vulnerables" con su carga discriminatoria. Como dimensiones de la categoría incorporan la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto de algún evento económico-social de carácter traumático, y por otra parte, al manejo de los recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos del evento. Las fuentes de este abordaje provienen de estudios sobre desastres naturales, en la evaluación de riesgos y estrategias de afrontamiento y a su vez de científicos sociales anglosajones que utilizan el enfoque de vulnerabilidad en la explicación de los cambios en las condiciones de vida y los eventos socioeconómicos traumáticos (Chambers, R., 1989, 1995; Buchanan-Smith y Maxwell, S., 1994; Bayliss Smith, T., 1991).

Además de las dimensiones en la vida social y sus relaciones, en la salud se torna manifiesta por el patrón de inequidades entre las prestaciones en diferentes

sectores sociales, es decir entre servicios privados y públicos. Los problemas de accesibilidad, calidad y oportunidad conjugan una problemática de inequidad manifiesta y de vulnerabilidad en los derechos de ciudadanía.

Otra perspectiva que revisaremos de la vulnerabilidad como constructo complejo, es del campo de la intervención comunitaria de la abogacía social por los derechos de grupos o individuos frágiles jurídica o políticamente en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía (Alves, 1994). Estas perspectivas son hoy ampliadas en función de la inclusión en conjuntos que operan dimensiones biológicas de sensibilidad, culturales, económicas, políticas y subjetivas. Debate epistémico que no está cerrado y que puede ampliar el horizonte de las políticas y los programas de salud, más centrados en la categoría de riesgo y sus sucedáneos comportamientos y grupos de riesgo que han mostrado sus límites y sus cargas discriminatorias.

El derecho a la salud está consagrado constitucionalmente e incluido en diversos instrumentos internacionales con igual jerarquía. La ley básica de salud de la CABA plantea a través del sistema público acciones de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación y sus componentes centrales se refieren a salud integral, universal, accesible, gratuita y equitativa a todas las personas sin excepción, residan o no en la ciudad. La Ley de Salud Sexual y de Procreación Responsable de CABA postula el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; la información relacionada con la prevención del VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y la presencia de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación. A nivel nacional, en el 2002 se sanciona la Ley Nro. 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sus objetivos son: alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable para toda la población; disminuir la morbimortalidad materno infantil; evitar los embarazos no planificados; promover la salud sexual de las /los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de infecciones transmitidas sexualmente, de VIH-SIDA y patologías genitales mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas al tema.

Varios estudios muestran los obstáculos en la implementación de las leyes vigentes en los efectores y usuarios/os. Algunos datos epidemiológicos dan cuenta de los diferenciales que ponen en cuestión los propósitos enunciados y muestran las brechas asociadas a indicadores de pobreza, con particular magnitud en el

área de salud sexual y reproductiva y la población adolescente. La fecundidad adolescente de Argentina es de 60,6 por mil para el año 2005, mostrando un comportamiento diferencial por provincias. La ciudad de Bs. As. es la jurisdicción con menor tasa, 23,9 por mil, las provincias de Córdoba y Bs. As. 52,8 y 50,7 por mil respectivamente y las más elevadas son del Chaco 101,1, Misiones 100,5, Catamarca 94,3 por mil, Jujuy 80,3 y Salta 76,2 (CONAPRIS-CENEP, 2004).

La vulnerabilidad como categoría construida y constructora se despliega en los campos antedichos, pero a su vez desafía a pensar la praxis en salud en sentido dinámico, sin pasivizar a los sectores-actores afectados y resignificando la cotidianidad en que se conjugan factores generales, particulares y singulares. La vulnerabilidad social plantea situaciones en que las subjetividades se exponen a nuevas resignificaciones y al despliegue posible de nuevas praxis transformadoras. Desde la perspectiva de la Prevención Crítica y la Salud Colectiva (Breilh, Castellanos, Czeresnia, entre otros) podemos interpretar las situaciones de vulnerabilidad en tensión al despliegue de la autonomía y la posibilidad de control sobre los recursos materiales, simbólicos e intelectuales, gestando acciones de cambio singulares y colectivas.

Género y sensibilidad en las políticas y planes

La vulnerabilidad está estrechamente ligada a las cuestiones de género y en particular a las relaciones de sometimiento y subordinación, es decir de violencia material y simbólica sobre las mujeres. Los obstáculos en la construcción de relaciones más igualitarias entre mujeres y hombres contribuyen a la permanencia de estereotipos y desigualdades que requieren interrogación desde una perspectiva crítica de género en el campo de la salud. La naturalización de las violencias y la confusión habitual con la variable sexo, nos habilita a retomar debates que en general se dan entre esencialistas, naturalistas y las de carácter social cultural, histórico que se referencian en el feminismo y en los estudios académicos de género. Resistencias y dominaciones se incluyen en la identidad de género como construcción cultural, no pertenencia a un sexo biológico y por otra parte, como perspectiva relacional de jerarquías socialmente construidas y reproducidas por la sociedad patriarcal. La naturalización /normalización de la opresión estructura psíquicamente componentes sexistas. La visibilización de discursos y prácticas que en forma explícita o implícita imponen modelos dominantes masculinos, o universalizan el binarismo y la fragilidad femenina, conjuntamente con las desigualdades de clase y etnias, posibilitan estrategias transformadoras.

Las demandas feministas tuvieron sus efectos en las relaciones entre las mujeres y el poder de acuerdo al momento sociohistórico, a las formas de pensarse y relacionarse con el Estado y la caracterización del mis-

mo. La demanda de ciudadanía lleva a cuestionar las políticas públicas y a constituir este un campo de debate e intervención. En este sentido las llamadas políticas de reconocimiento actúan como formas de afirmación de los grupos o movimientos que reivindican ser considerados en su diferencia, en sus deseos, proyectos y sueños.

Los temas de las condiciones de vida y salud de las mujeres son incorporados a los organismos internacionales, sobretudo en los años noventa, pero como forma de institucionalizar el aporte femenino para atenuar la pobreza. En la IV Conferencia Mundial de Beijing se planteó la incorporación del enfoque de género transversal a todas las políticas y temáticas relevantes para los derechos de las mujeres. Pero el avance neoconservador en el mundo plantea los obstáculos de realización, y la derivación de ciertos discursos a limitadas demandas de equidad de oportunidades, que instalan la promoción de salud sin relación con las situaciones de dominación. Paradojalmente, las diferencia entre los países que obtuvieron acceso a los derechos reproductivos y sexuales, y en particular el derecho al aborto, en los setenta no retrocedieron a pesar de los embates conservadores del Vaticano. En nuestro país, los grupos fundamentalistas insistieron e insisten en instalar la equivalencia de la legalización y despenalización del aborto con la muerte "al niño por nacer" y la conjunción de aborto con asesinato. El problema aún pendiente pone en cuestión el derecho como nudo estratégico de ciudadanía en relación a la igualdad, la libertad sobre los propios cuerpos y la garantía de las decisiones aseguradas desde los espacios públicos de salud, así como también la inscripción en el orden simbólico de la sexualidad y la reproducción.

Así como también la necesidad de comprender que la sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos.

Otro desafío lo constituye el VIH-SIDA que se torna cada vez más femenino, más joven y más pobre. Los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años constituyen el grupo etáreo más afectado a nivel global. La desigualdad genérica es evidente en relación a los distintos niveles de intervenciones preventivas y asistenciales, ya que no contemplan las condiciones de poder para, por un lado, disponer de recursos informativos, acceso a tratamientos y detección, calidad de la atención, y por otro, las estrategias relacionadas con conductas como la abstinencia, el uso de preservativos o el consentimiento y, fundamentalmente: los deseos. Otro desafío, que denota los condicionantes de género es la violencia contra mujeres y niñas/os, que son objeto de violencias: sexual, económica, doméstica, abusos, tratas y prostitución forzada, que se vinculan con las transmi-

siones sexuales y el HIV-SIDA. Las diferentes conferencias internacionales, incluida la de Toronto 2006, plantean la urgencia de la prevención y asistencia. Sin embargo la brecha aumenta por regiones, países, grupos y género.

En algunos países como España (R. Peiró, N, et al, 2004) se ha comparado la sensibilidad de género en las políticas formuladas en los planes de salud de las comunidades autónomas. Se define como la medida en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género, como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a ésta. Parten de la definición de la OMS de desigualdades en salud, como variaciones que son innecesarias, evitables e injustas.

La invisibilidad de las formas de producir desigualdades perpetúa la cadena de situaciones que favorecen los patrones diferenciales de qué y de cómo enfermar y morir mujeres y hombres. Los contenidos simbólicos y operativos, que incluyen objetivos y valores del plan, y por otro lado, se refieren a cómo concretan los objetivos y las acciones, se concretan en indicadores de sensibilidad simbólica de género y sensibilidad operativa de género. Las conclusiones muestran la desigualdad por comunidades. El País Vasco, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen el índice de sensibilidad simbólica más alto. Proponen para revertir las desigualdades la creación de coaliciones y de redes de profesionales y colectivos que aboguen por incluir estos problemas en las agendas.

Insistir en los diferentes significados y sentidos que nos remiten las categorías asociadas a las identidades como género nos permite reconocer que no son la expresión de un principio universal e intemporal, sino que son producto de prácticas contingentes, sujetas a las variaciones históricas y a la indeterminación (Buttler y Laclau, 1999). En tanto resultado de cierto tipo de articulación hegemónica los límites de la vida y la salud en la esfera pública o privada, depende de las relaciones de fuerza y, entendiendo el género como acción, permite suponer que se puede cuestionar, transgredir o reproducir los mandatos establecidos.

Autonomía: diversidad de sentidos e implicancias

La autonomía es definida por la Real Academia de la Lengua Española como: condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos y a su vez expresa la capacidad para darse normas a sí mismo, sin influencias externas o internas, se opone a heteronomía. Sin embargo es un constructo polisémico que se despliega en diversos campos: filosóficos, psicológicos, sociopolíticos, educacionales, de género.

Para Kant es un imperativo categórico y su interrupción significa violar la libertad individual. Para Stuart Mill la autonomía se relaciona con la utilidad y todo acto ético se vincula con la finalidad. Desde las perspectivas psi-

cológicas, la integración del sí mismo en la identidad personal y el desarrollo de la autonomía moral es central en las dinámicas psicogenéticas. Esta dimensión subjetiva se relaciona con la intersubjetividad y posibilita una ética de la responsabilidad solidaria.

El nacimiento de un proyecto de autonomía y de una actividad política autónoma, reflexiva y democrática requiere de una subjetividad reflexiva, correlativa al proyecto de autonomía propuesto. Se trata de un sujeto que no es simplemente conciente, sino que es capaz de cuestionar las significaciones y las reglas que recibió de su sociedad (Castoriadis, 2005).

La autonomía supone, pues, un proceso de autoanálisis y una búsqueda prolongada y conflictiva sustentada en el reconocimiento del otro y en el auto-reconocimiento, así como en la recuperación del valor de la dignidad. La autonomía no está dada, sino que es una conquista; sin embargo, se trata de una conquista a realizar juntas y dialógicamente. Autonomía supone audacia para crear significados y valores nuevos, desafiando significados estériles y cristalizados. Desde esta autonomía, no la impuesta por las estructuras instituidas, se posibilita nuevas lógicas instituyentes, de redes interactivas y soportes solidarios y a su vez propiciar una subjetividad más libre de mandatos e inercias paralizantes.

En el campo jurídico la autonomía implica un poder de derecho público, con posibilidad de darse la propia ley, con sujeción a ciertas restricciones. Las diferencias entre autonomía y autarquía se entiende a partir de que la primera puede dictar sus propias normas y regirse por ellas y la autarquía recibe la Ley de afuera, aunque pueda darse su propio estatuto, sujeto a la norma que fuera aprobada por el ente central.

En términos políticos se vincula con la independencia o no ingerencia de los partidos o los proselitismos de la esfera del poder dominante. A su vez, se relaciona con autodeterminación y autoorganización y constituye un eje central en las perspectivas políticas del Autonomismo, corriente que promueve el desenvolvimiento autónomo del poder político dominante y hace eje en la democracia asamblearia. Con bases en el llamado socialismo libertario, sus orígenes se remontan al obrerismo italiano, la participación directa de los trabajadores en las fábricas y las perspectivas situacionistas. Algunos referentes son Negri, Hardt, Virno, Holloway, Marcos, quienes transitan caminos teóricos y prácticos diversos.

Para P. Freire (1997) la práctica educativa se centra en la autonomía del ser de los educandos. Señala que formar es mucho más que adiestrar en destrezas y es la lucha permanente a la maldad neoliberal, el cinismo de la ideología fatalista y a su rechazo inflexible al sueño y a la utopía. Afirma el punto de vista de los condenados de la tierra y los excluidos y la reflexión crítica de la práctica como exigencia.

Su articulación con género es puesta de manifiesto por

M. Lagarde (2000) cuando afirma que para ser autónomas/os necesitamos desarrollar pensamiento crítico, abierto, flexible, en movimiento, que no aspire a construir verdades y esto para las mujeres significa hacer una revolución intelectual. Dice: "No hay autonomía sin revolucionar la manera de pensar y el contenido de los pensamientos. Si nos quedamos solas únicamente para pensar en los otros, haremos lo que sabemos hacer muy bien: evocar, recordar, entrar en estados de nostalgia". Agrega que en la subjetividad de las mujeres la omnipotencia, la impotencia y el miedo actúan como diques que impiden desarrollar la autonomía subjetiva y práctica. Una cuestión relevante es la asociación que hace con el verbo cuidar, muy útil para el neoliberalismo patriarcal y la globalización inequitativa (Lagarde, 2003).

La fragmentación del cuidado por las mujeres y la asignación como condición natural a partir de las organizaciones sociales, la de género, la de clase, la étnica, la regional, la local, continúan como en el pasado. Es un mandato y un observable que las mujeres cuidan a los otros: familias, hijos, hombres, pacientes, escolares, con necesidades especiales, etc., sus vidas, sus bienestares, sus progresos. La significación social del cuidado produce gratificación afectiva y simbólica. La satisfacción del cuidar convertido en deber ser, ahistórico, naturalizado como deseo propio. El maternazgo privativo del mundo privado doméstico, no se traslada al ámbito político institucional y aporta una clave de la enajenación: del descuido para lograr el cuidado, desarrollando una subjetividad alerta a las necesidades de los otros, de abnegación y políticamente subsumidas y subordinadas a los otros y en posiciones de inferioridad en relación a la supremacía de otros sobre ellas.

La autora señala que las transformaciones del siglo XX refuerzan para millones de mujeres en el mundo un sincretismo de género, cuidar a los otros a la manera tradicional, y a la vez, lograr un desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. Tensión entre cuidar y desarrollarse.

Para Wainerman C., (2005) desde los 80 en la Argentina un número creciente de mujeres han asumido los roles productivos sumándolos al que siempre desempeñaron en la esfera reproductiva del hogar. La toma de conciencia de la situación inequitativa y el discurso feminista puso en cuestión la reproducción cotidiana y la generación actual formó unidades familiares en las que los varones tienen alguna participación, disminuyendo en algo la brecha de género. Sin embargo a nivel discursivo se advierten diferencias entre los sectores populares y medios en la valoración relativa del trabajo, la familia. Advierte que junto a trabajos más descalificados y poca educación sigue en la mayoría de las mujeres de sectores populares la concepción de familia y de mujer tradicional, con la responsabilidad doméstica femenina y la autoridad y provisión económica masculina.

La familia, el trabajo doméstico la maternidad son fuentes de realización y dignidad, resultando el trabajo externo un sacrificio. Las mujeres de clase media, cuestionan radicalmente el altruismo y la abnegación de las mujeres tradicionales, y privilegian el tiempo para sí y la posibilidad de desarrollarse profesionalmente. Este aspecto por tanto no se reduce a la colaboración económica sino es central en la autonomía de género.

En síntesis, entendemos, a la autonomía como un proceso dinámico que no esta exento de contradicciones, pero que busca el protagonismo de los sujetos, que tiene como proyecto la emancipación.

Cuestiones epistémicas y metodológicas

La estrategia investigativa propuesta en el marco del Proyecto de Investigación denominado: Praxis Psicosocial Comunitaria, tiene como objetivos: - Monitorear estratégicamente necesidades, representaciones, saberes y prácticas en escenarios territoriales; - Indagar las condiciones de enunciación y los sistemas de representación (procesos discursivos, cognitivos y subjetivos) que obstaculizan o favorecen los actos de salud en condiciones de diversidad y exclusión. Articulando la perspectiva de la Investigación Acción Participativa y la Reflexividad se enfatiza los marcos referenciales de los actores privilegiando la perspectiva Emic sobre la Etic. Con la modalidad de Estudio de Casos desarrollamos dos situaciones/problemas de poblaciones afectadas por la desocupación y el deterioro de la calidad de vida, es decir en situaciones de vulnerabilidad, y a partir de las categorías de género y autonomía interpretamos los posicionamientos subjetivos y grupales.

Pretendemos como tipo intrínseco alcanzar una mejor comprensión a partir de cada caso peculiar, particular, concreto y como casos únicos ampliar, confirmar el conocimiento del objeto de estudio, en la perspectiva evaluativa, transformadora y participativa dentro de la estrategia de la IAP.

La interrogación fundante fue: si en situaciones de vulnerabilidad social es posible resistir a la heteronomía política e institucional y al sincretismo de género en los movimientos sociales estudiados; si es posible revelarse ante la inequidad y la desocupación y a la vez no visibilizar las exigencias emancipadoras de las mujeres.

Como modelo de informes alternativos contruidos con organismos que resisten a los efectos devastadores del modelo de acumulación económica en General Mosconi, Salta (U.T.D) y el Conurbano Bonaerense (Coordinadora de Salud de MTDs), nos propusimos registrar los mecanismos hegemónicos alienantes que operan para reproducir la triple inequidad de clase social, género y cultural y se expresan en las subjetividades y las modalidades de resistencia. Las categorías que se ponen en juego para la interpretación del objeto: vulnerabilidad, género y prácticas de autonomía aspiran a guardar coherencia, credibilidad y confianza con la filiación teórica

y la práctica social. En relación a las cuestiones metodológicas no buscamos la representatividad estadística y la generalización, en base a situaciones estandarizadas, ignorando la dimensiones colectivas y singulares de ambos contextos. La recolección de datos en la perspectiva territorial y de los actores involucrados nos remiten a campos de relaciones socialcomunitarias, de género, familiares y singulares que fueron documentadas y elaboradas para su transferencia. A través de la aplicación de instrumentos cualitativos y cuantitativos, que contemplan la triangulación de técnicas y fuentes, incluidos los verbatim de los actores del proyecto (referentes de los movimientos, profesionales, adolescentes, etc.) documentamos y registramos los significados en contexto, las hipótesis y las interpretaciones producidas, para su confirmabilidad situacional. La metodología incluye entrevistas en profundidad, talleres, observación participante, grupos focales y encuesta sobre condiciones de salud y percepción sanitaria y se propone problematizar en el sentido de Freire. Como proceso dialógico supone una relación dinámica y diferencial entre los miembros de los dos movimientos y se implementan criterios de muestreo intencional que se corresponden con las concepciones ontológicas y epistemológicas y éticas, es decir como se concibe la realidad, las relaciones de producción de conocimiento y las concepciones sobre el respeto al otro y las relaciones de poder.

A continuación revisamos los dos contextos de vulnerabilidad en los que ubicamos la tensión con prácticas de autonomía colectiva y equidad de género, a partir de la participación activa de los colectivos en la definición de problemas y estrategias de transformación de la vida y el entorno. La producción de conocimientos se realiza como experiencia educativa-movilizador mutua, entre participantes internos y externos. La forma de exposición guarda coherencia con los procesos de la IAP.

1) Caso 1:

General Mosconi y el movimiento social

El desarrollo que se presenta a continuación corresponde al análisis preliminar de los resultados surgidos del proyecto de investigación "Estudio Epidemiológico Comunitario de las condiciones de Salud en General Mosconi - Salta", en convenio solidario con la Unión de Trabajadores Desocupados (UTD). El estudio tiene por objetivo explorar las condiciones de vida y los perfiles de salud enfermedad de los hombres y mujeres de la comunidad de General Mosconi (2005-2006). La estrategia investigativa propuesta es tanto cualitativa como cuantitativa y el modelo de evaluación incluye la triangulación de técnicas y fuentes para la construcción de dimensiones, variables e indicadores relativos a los diversos planos que comprende la acción del proyecto. La metodología incluye entrevistas en profundidad, talleres, observación participante, grupos focales y en-

cuesta sobre condiciones de salud y percepción sanitaria. La encuesta sobre condiciones de vida, que fue realizada con criterios de muestreo representativo acordados con miembros del UTD, profesionales del lugar y miembros del equipo externo, se corresponde a la población (N=44) con una distribución por sexo y edad de: 61,3% de mujeres y 38,7% de varones, y por franjas etáreas: 31,8% de 21 a 35 años, 34,2% de 36 a 50 años, 29,5% de 51 a 65 y 4,5% mayores de 65 años. Por otro lado, se trabajó a través de dos grupos focales con adolescentes de la franja de edad de 15 a 21 años. Las 10 entrevistas y conversaciones se registraron y codificaron, siendo parte de otra presentación.

General Mosconi pertenece al departamento de General San Martín, en el norte de la provincia de Salta. Es el segundo conglomerado más importante de esa provincia, la segunda cuenca petrolífera y gasífera del país, y está próximo a una de las regiones más ricas en biodiversidad: la reserva de biosfera de la Yungas. La privatización del sector petrolero trajo aparejadas consecuencias nefastas para la comunidad de General Mosconi. Actualmente ésta enfrenta diversas problemáticas entre las más relevantes se encuentran: desocupación (alrededor del 60%), ambientales, salud, judiciales, etc.

En muchos casos el impacto subjetivo que produce el desempleo se traduce en cuadros severos de angustia, malestar y/o sufrimiento psíquico, adicciones, violencias. Los problemas relacionados con la salud comunitaria plantean situaciones críticas, ya que en muchas ocasiones se encuentra obturada la posibilidad de ejercer el derecho a la salud. Los obstáculos simbólicos y materiales que se presentan en el acceso a los recursos oficiales en salud acompañado del deterioro en las prestaciones de los servicios sanitarios, incide en los procesos de salud-enfermedad-atención de la población.

El escenario de los jóvenes y la vulnerabilidad

Según un informe sobre la situación actual de los jóvenes en Argentina nos muestra que 3,5 millones de jóvenes (entre 14 y 24 años) viven en hogares pobres. De ellos, 1,3 millón son indigentes. La pobreza entre los adolescentes de 14 a 19 años promedia el 55%, mientras que la indigencia alcanza al 21%. En cuanto a los jóvenes adultos entre 20 y 24 años, la pobreza promedia el 40% y la indigencia el 14% (A. López, 2006). Los jóvenes tienen menor tasa de participación laboral. Los datos de la EPH del INDEC correspondientes al primer trimestre del 2006 indican que los ingresos que perciben los jóvenes (de 18 a 25 años) son 37,5% inferiores a los que reciben en promedio el conjunto de la población. Por otra lado, la población juvenil es la que más afectada está por los procesos de flexibilización laboral vigente. La fuerza laboral precarizada es del 74,5% para los jóvenes, mientras que para el conjunto de la población es del 60,2%.

La vulnerabilidad de ingresos que afecta buena parte de la población argentina es la que obliga prematuramente a que los jóvenes tengan que salir a buscar trabajo. El funcionamiento del mercado laboral actual hacer sentir sus efectos plenos dentro de este grupo (C. Lozano, 2006).

Teniendo en cuenta la heterogeneidad regional, se debe aclarar que en el NOA y NEA son regiones que siguen mostrando los mayores índices de pobreza e indigencia y vulnerabilidad entre los jóvenes. En la provincia de Salta se consolida la desigualdad social, y se acrecientan los índices de salteños empobrecidos.

La situación en General Mosconi

Según la indagación que se desprende de los grupos focales demuestra que la falta de alternativas para los jóvenes de General Mosconi es múltiple, desde la falta de posibilidades de educación, falta de espacios culturales y recreativos, falta de empleo, vivienda y salud, situaciones de discriminación y violencia doméstica.

Los mecanismos de exclusión, generadores de inequidad y discriminación, determinan las privaciones a las que son expuestos los jóvenes, afectando considerablemente sus capacidades creativas, su realización en el plano simbólico, en la posibilidad de expresión y de transmisión de sus pensamientos, vivencias y sentimientos. El escenario de los jóvenes de Mosconi es poco alentador: no pueden continuar sus estudios, ni tampoco tienen posibilidad de encontrar un puesto de trabajo. La falta de oportunidades educativas, la ausencia de proyectos laborales, la dificultad de ser comprendidos y la necesidad de ser independientes ubica a los jóvenes en situación de especial vulnerabilidad.

En los relatos de los jóvenes aparecen las siguientes vivencias angustiantes de desamparo, carencia, inermidad y abandono.

“Acá en Mosconi es lindo dentro de todo, lo único feo hay es que no hay trabajo. Es feo porque tenemos tanta riquezas naturales”.

“Los jóvenes. No tenemos capacitación. Las empresas petroleras no capacitan y tampoco toman gente.”

“El principal problema en relación a la salud es que acá no tenés médicos. Si te choca un auto tenés que esperar dos horas para que te atiendan. Además los médicos no hacen cursos, no se especializan”.

“Acá en el hospital faltan personas, equipo, móviles. Tenemos una sola ambulancia”.

“A veces en los fines de semana se ponen a tomar los chicos y se arma flor de bardo. La vez pasada un vago que salió un poco tomado del boliche los canas lo llevaron preso y lo golpearon, eso se denunció”.

“Cuando estudiamos nos falta plata para comprar materiales, apuntes, fotocopias y se hace difícil sostener el estudio”.

“Por la falta de trabajo, corre mucho la droga, nafta, poxirrán y marihuana”.

“Quizás uno no tiene trabajo por tres meses o más y los viejos te dicen anda a buscar laburo y la cosa con ellos se pone áspera. En parte tiene razón, pero no hay laburo”.

La percepción de los adultos hacia los jóvenes está relacionada con una gran preocupación por el avance del consumo de drogas y alcohol que se visualizan fuertemente en los últimos años. En relación a estas problemáticas en las entrevistas en profundidad se registraron los siguientes relatos de trabajadores de la salud, vecinos, docentes e integrantes de organizaciones de desocupados:

“Acá la droga no se veía, ahora corre como el agua” (integrante de la UTD).

“Cuando estaba YPF no había droga” (vecino de General Mosconi).

“Lamentablemente la problemática de salud de los jóvenes es, porque no tienen trabajo ni posibilidad de estudiar. Lo que se ve es la vagancia, la drogadicción y el alcoholismo” (médico clínico de General Mosconi).

“En los 10 últimos días escuché por la radio entre 5 y 6 casos de coma alcohólico, imagínense que bebidas habrá tomado. Los viernes ves a muchachos vendiendo droga. Se dedican a eso por la falta de trabajo. Las muertes que hay de adolescentes son por drogadicción” (enfermera de General Mosconi).

“Uno de los grandes problemas que tenemos es que los chicos para estudiar tienen que partir de Mosconi, y el padre no tiene dinero y los chicos quedan sin poder continuar sus estudios” (Docente de General Mosconi).

“Los chicos cuando llegan a una edad se quieren casar, formar una familia, lo hacen. Pero lo que sucede es que los padres los tienen que cobijar en sus casas. Los jóvenes acá, suelen tener trabajos temporarios o tienen solamente la oportunidad de recibir un plan trabajar de 150 pesos” (Docente de General Mosconi).

El embarazo adolescente y la Salud Reproductiva y Sexual

El embarazo adolescente es un fenómeno que fue aumentando en las últimas décadas. La proporción de madres menores de 15 años en los últimos cinco años pasó de 0,4% del total de nacidos vivos, a 0,5%. Este aumento contribuyó en el año 2000 a tener por primera vez muertes maternas de menores de 15 años. Los distintos entrevistados/as aluden al aumento de embarazos en jóvenes, adolescentes y niñas :

“Antes se veían a los 16 años, pero ahora se ve a partir de los 12 años. Hace 10 años se veía a los 16 años, después pasó a los 14 y ahora se ven chicas de 12 años embarazadas y ahora se vieron casos de 9 años” (Docente de General Mosconi).

“El embarazo adolescente ha aumentando, llegan al hospital chicas embarazadas de 13 años” (pediatra de General Mosconi).

“Las chicas se embarazan a edades tempranas, 14, 15,

16 años. Hay chicas de 12, 13 que ya tiene marido” (enfermera de General Mosconi).

“Llegan a la consulta muchas mamás adolescentes (entre 15 y 19 años)” (ginecólogo de General Mosconi).

“Los padres perdieron la autoridad sobre los hijos, hay mucho embarazo adolescente. La familia está desintegrada” (promotora de salud de General Mosconi).

“La problemática del joven actual, son los embarazos no deseados, se presentan cada vez más los embarazos no programados, cada vez más en chicas más jóvenes. Desde el año pasado se dan casos en octavo grado, estamos hablando de chicas de 13, 14 años. Aparejado a esto los problemas de adicciones, drogadicción y alcoholismo” (Docente de General Mosconi).

Las versiones de los actores frente a la situación por una parte es de preocupación por la incidencia y por otra, se instalan los mandatos ideológicos de responsabilidad familiar y del universo de ideales y principios de la familia y las identidades tradicionales. No se pone en cuestión la ambigüedad y contradicción con que se trata a la sexualidad adolescente, momento de requerimientos e impulsos y por otra parte dinámicas sociales que prolongan su dependencia y no descentran la identidad femenina de la función materna. La incapacidad para regular la fertilidad y el no acceso a métodos anticonceptivos es un tema que fue señalado como carencia de estrategias de prevención y escasa sensibilidad de género en las políticas públicas de la región.

La Unión de Trabajadores de Desocupados de General Mosconi y sus desafíos

La Unión de Trabajadores de Desocupados de General Mosconi es un movimiento social autónomo que se organizó en la década del '90 para reclamar puestos de trabajo, planes sociales y las herramientas y materiales necesarios para desarrollar sus propios proyectos. En la actualidad también luchan por el medio ambiente y por los recursos naturales. Realizan diversas acciones de protesta, cortes de ruta, movilizaciones y cortes de acceso a las petroleras, etc. En este recorrido organizaron proyectos productivos como: cooperativas de vivienda, reparación de escuelas, construcción de salones multiuso, salas de primeros auxilios, han realizado arreglos en hospitales y en todas las plazoletas del municipio con juegos recreativos. Tienen cuatro ladrilleras, huertas comunitarias, un vivero que rescata los árboles autóctonos de la región, un emprendimiento de herrería y un taller de costura. En dichos emprendimientos participan muchísimos jóvenes, ya que estas actividades posibilitan a los jóvenes encontrar un espacio de formación y diálogo entre pares. Por ejemplo, con esa finalidad funciona el emprendimiento de herrería que es un espacio de formación destinado a jóvenes en el que aprenden el arte de trabajar en hierro. Algunos de sus relatos:

“Nosotros los jóvenes en el taller hacemos tareas co-

munitarias, por ejemplo ahora estamos haciendo reparación de mesas y sillas de las escuelas. Después hacemos juegos para las escuelas, para los parquecitos. Le que se necesite. Nosotros arreglamos las cosas de la gente". (adolescente, integrante de la UTD)

"Nosotros en el taller aprendemos a amurar, pintar, soldar. Se aprende bastante. Y entre todos vamos aprendiendo. El que aprendió le va a enseñar a otro que venga después, nos ayudamos entre todos" (Joven - adolescente, integrante de la UTD)

"Tomás, que es el compañero de la UTD responsable del taller nos enseña mucho" (Joven- adolescente, integrante de la UTD)

"Acá tenemos responsabilidad, venís a aprender". (Joven- adolescente, integrante de la UTD)

"Yo le enseñé a él, y ahora él le enseña a los demás, eso me hace bien". (Joven - adolescente, integrante de la UTD)

"Nosotros la peleamos y tenemos que seguir insistiendo y no bajar los brazos" (Joven - adolescente, integrante de la UTD)

Castoriadis (1993) sostiene que la creación significa que en ningún momento la totalidad de las cosas existentes está tan determinada que impida la invención de nuevas formas. Desde el movimiento se inicio este emprendimiento por la preocupación sobre la pérdida de la cultura del trabajo, por la situación de los jóvenes y así se propusieron crear espacios de formación y de resubjetivación.

La Unión de Trabajadores de Desocupados de General Mosconi (UTD) para los jóvenes aparece como un espacio ordenador, productor de subjetividad y sentido de pertenencia. Si entendemos a la subjetividad como una configuración práctica, que al mismo tiempo se instituye reproduciéndose, en este caso específico, se reproduce desde la tarea pedagógica que rescata el sentido del trabajo y el sentimiento de pertenencia a un grupo como lo es la UTD, en el que además se comparte un tiempo reglado, ya que la subjetividad también implica un modo de relacionarse en el tiempo (C. Corea, 2005). En el hacer, en la práctica los jóvenes van trabajando y aprendiendo colectivamente, el saber circula y de esta manera se intenta romper con prácticas y representaciones asistencialistas, pues se estima que con el asistencialismo no hay responsabilidad, sino sólo gestos que revelan pasividad y "domesticación" (P. Freire; 1997). Por otro lado, a través de diversas prácticas, como por ejemplo el arreglo de espacios públicos: parques, plazas, escuelas, salas de salud, etc., en los que los adolescentes participan activamente, se promueve un fuerte sentido de trabajo comunitario, el sentimiento de comunidad que se refuerza cotidianamente en las prácticas sociales que realizan. La comunidad se beneficia de los trabajos que realizan, y a la vez, los jóvenes como parte de la comunidad participan de todo el pro-

ceso, lo cual propicia el sentirse sujetos del proceso. El trabajo realizado tiende al fortalecimiento de la comunidad, acentuando las dimensiones del compromiso, la conciencia y la criticidad para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (M. Montero; 2003).

Paralelamente, este proceso promueve una ética de la dignidad, ya que ser digno implica exigir el reconocimiento como sujetos, reencontrarse consigo mismo, confiar en nuestras propias capacidades y potencialidades de vivir y luchar. Entendiendo a la dignidad como valor fundamental de una ética de la autonomía (Rebellato, 2000).

2) Caso 2:

La experiencia de la Coordinadora Popular de Salud

La población participante de la Coordinadora de Salud Popular integra el área salud de varios MTDs -Movimientos de Trabajadores Desocupados- autónomos de zona sur del conurbano bonaerense, La Plata y Pergamino. La organización no está vinculada a partidos políticos, Iglesia, sindicatos u otras instituciones estatales.

"A fines de 2002, en La Plata, se empiezan a juntar una serie de organizaciones, [...] se arma un espacio de coordinación en salud popular [...], empezamos a discutir así varias cosas, [...], la necesidad más urgente es que no había medicación en ninguna de las salitas y en los centros de salud de los barrios [...], se empiezan a hacer movidas a los laboratorios por medicamentos [...], formamos una red de farmacias barriales en el conurbano [...] también planteábamos [...] que tenemos que empezar a construir una propuesta de salud desde los movimientos" (Referente en salud del MTD La Plata (RS), varón, 25 años).

Como en el caso 1, la modalidad de convenio solidario del equipo de investigación con la Coordinadora permitió la realización de un dispositivo Taller, de 10 entrevistas, de 1 grupo focal.

Dinámica de la participación social

En comunicaciones anteriores desarrollamos las diversas dimensiones de la participación comunitaria, política, popular, ciudadana, social y las tensiones que se producen entre las prácticas de autonomía y heteronomía de los movimientos de trabajadores desocupados. En particular, podemos ubicar la constitución de la coordinación en salud del 2002 en el nivel de la infrapolítica (Scott, 2000), hasta que esa articulación se hace pública con sus primeras acciones de gestión frente a los laboratorios privados, ingresando así al terreno político propiamente dicho, delineando un flujo en la participación.

El relato nos marca un momento siguiente de reflujo: "... cuando se desactivó ese eje más reivindicativo, más concreto de los medicamentos muchas de las organiza-

ciones que habían participado en un primer momento junto a la coordinadora dejaron de participar, quedamos un par de organizaciones mantenido medio a pulmón el espacio de la coordinadora” (RS MTD La Plata, varón, 25 años).

Durante el 2003 esta coordinación desarrolló escasas acciones y no consiguió integrar nuevos movimientos. A partir del 2004, con el reagrupamiento de los movimientos piqueteros opositores al gobierno, vuelve a tener un momento de flujo que se desarrolla a partir de la experiencia adquirida “...empezamos a recorrer las distintas columnas de los distintos movimientos viendo si había trabajo en salud, como que ya estaba el espacio este de la coordinadora que podíamos utilizar, que ya tenía una historia [...] y así nos fuimos juntando y empezó a surgir, se rearmó” (RS MTD Almirante Brown, mujer, 51 años).

Este momento de flujo estuvo signado por varias movilizaciones y negociaciones vinculadas al Ministerio de Salud y de Educación, pasando en el territorio por el relevamiento sistemático de las problemáticas y los recursos de salud en los barrios y culminando en el proyecto de creación de postas sanitarias en los comedores comunitarios de los movimientos participantes y la formación de promotores en salud. La situación en el 2005 señala un nuevo momento de reflujo: “el trabajo en salud es más fácil por el lado organizativo porque ya tenemos como experiencia acumulada, pero la situación que vivimos hoy en día para salir a la calle y hacer valer el reclamo no es la misma [...] que a fines del 2002, donde las organizaciones estaban muy fuertes, había consenso entre la gente [...] el gobierno ha sido muy hábil, generó un aislamiento de las organizaciones, también las organizaciones no son todo lo lindo que uno quisiera que sean, hay un montón de cuestiones internas que favorecen la fragmentación [...] ahora hay mucho más consenso para la represión” (RS MTD Almirante Brown, mujer, 51 años).

En 2006, los efectos de la cooptación por parte del gobierno y la fragmentación interna, desintegra la coordinación, pero aún continúan los trabajos en salud con articulaciones regionales más reducidas, es el ejemplo del trabajo de las promotoras de Berazategui, Quilmes, Florencio Varela y La Cañada, y otro pequeño grupo en Pergamino. Los nexos, que se posibilitaron desde la coordinación del trabajo en salud, se reactualizan en continuidades-discontinuidades de acciones locales o de redes. Su “temporalidad refiere al carácter muchas veces no permanente de estas construcciones y al intento constante de parte del sistema del capital de suturar estas fisuras” cooptándolas, integrándolas o reprimiéndolas (López y Menéndez, 2003: 44-45).

La autonomía y sus límites

La tensión entre autonomía y dependencia se expresa en la relación conflictiva de los movimientos autóno-

mos, como los MTDs, y el Estado; donde el propio posicionamiento colectivo debe ser cuestionado. ¿Cómo mantener la autonomía cuando se necesita recuperar mediante la gestión frente al Estado lo que se cree justamente propio? ¿Cómo instalar en la escena social la denuncia sobre las condiciones de vida y salud cuando no se tienen los medios de comunicación? Estos interrogantes intentan ser abordados al plantear aspectos reivindicativos intrasistémicos y más inmediatos junto a una propuesta política transistémica y mediatizada a través de la lucha por el cambio social. Pero cuando nuestra subjetividad está constituida en el capitalismo (Castoriadis, 1997), se reproducen, más allá de la voluntad de los sujetos, aspectos de la lógica capitalista hegemónica. Los rasgos conformistas se relacionan con la dependencia a las instituciones heterónomas, por ejemplo, las experiencias negativas de gestión realizadas en Berazategui, en la que los vecinos no acompañaban las acciones porque “la gente tenía miedo, la gente estaba acostumbrada a que se le dé” (RS MTD Berazategui, mujer, 57 años).

La actitud crítica se expresa sobre su propio accionar, como modo de caminar en dirección a la construcción de ese cambio deseado: “...dar una respuesta más sistemática a las necesidades, rearmar esa experiencia pero tratando de hacer valer todas las cosas malas que tuvimos antes...” (RS MTD La Plata, varón, 25 años).

Desde una situación adversa signada por la desocupación estructural y sus efectos devastadores sobre la calidad de vida, los sujetos en colectivo generan estrategias resilientes, empoderándose a través de esta nueva organización autónoma.

Tanto la imaginación como la creatividad sociales son parte del proceso dialéctico del pensar-hacer (constitutivo de la praxis) a través del cual es posible generar cambios. Los procesos de burocratización, por el contrario, fijan y generalizan formas de hacer. En esta homogeneización objetivan negativamente la realidad y no respetan sus componentes singulares, convirtiendo mediatizadores en obstáculos: formas prescriptas de proceder que no están adecuadas a la realidad de los sujetos que las deben emplear, que provocan fuertes efectos de sin sentido.

La negación a pensar las acciones colectivas como respuestas cerradas, técnicas o métodos, conjuga la multidimensionalidad, las contradicciones y la incertidumbre que la realidad presenta generando el espacio y el tiempo para el despliegue de la creatividad social con un sentido de autonomía: “hay que repensar estrategias y cada movimiento tiene su tiempo y su ritmo” (RS MTD Almirante Brown, mujer, 51 años).

Como experiencias de resistencias, multiplicidad de prácticas, no son pensables en su unidad (como un movimiento homogéneo), sino a través de una transversalidad capaz de hacer producir resonancias en la diversidad.

La organización en redes presenta problemas diferentes a los de la organización del tipo jerárquica. Las diferentes formas de hacer se encuentran, modos de organizarse que pueden generar contradicciones y obstáculos al interior de la red: “cada movimiento tiene su historia, sus raíces ideológicas, tiene distintas cosas trabajadas, y entonces es difícil hacer una síntesis, es complicado” (RS MTD La Plata, varón, 25 años).

El espacio de coordinación en salud fue pensado como un espacio amplio debido a las características que tiene el trabajo en salud, pero se volvía dificultoso la relación con actores sociales que no estuvieran nucleados en el frente en donde coordinaban varios de los movimientos integrantes.

La burocratización de los movimientos es un reflejo de la relación con el Estado, que impone tareas administrativas-burocráticas para la gestión de recursos. Esto repercute al interior de la organización y obstaculiza el acceso a los bienes exigidos con pleno derecho: complicaciones que presentan los formularios y los trámites, tiempo y recursos humanos perdidos en acciones que no tienen sentido en sí para los sujetos. Se produce un desgaste del movimiento que redirecciona tiempo y recursos quitándolos a las tareas territoriales cotidianas que dan vida al movimiento. Los tiempos de la burocracia no son los tiempos de los movimientos, la burocratización, como estrategia del Estado aplicada a los planes sociales, se constituye en una de las principales formas de incidencia en la organización interna de los movimientos, todos los movimientos participantes de la coordinación en salud tienen equipos exclusivos de gestión.

En el trabajo en salud, los intentos por sortear estas barreras se dirigen a buscar interlocutores-facilitadores válidos dentro de la estructura del Estado, que en general se encuentran en los niveles inferiores (trabajadores de la salud y de la educación de instituciones públicas): “en este laburo de las organizaciones sobre las salitas, que en realidad todos los movimientos han trabajado, hemos tenido hasta ahora logros buenos en distintos lugares, por eso me convenzo más todavía de que todos no tienen la misma predisposición” (RS MTD La Plata, varón, 25 años).

A pesar de la incidencia de la burocratización estatal en las organizaciones, el movimiento antiburocratizante forma parte de la creatividad que éstas despliegan. La asamblea abierta a todos los integrantes, la rotación en los roles de referencia, las reedición de formas del cooperativismo en la organización de los emprendimientos productivos, se resisten a esa lógica a través de los principios de la democracia directa (participación, horizontalidad, consenso).

Derecho a la Salud y cambios en el posicionamiento subjetivo

La desnaturalización de las condiciones de salud es el

punto de partida para el armado de la coordinación del trabajo en salud popular, “generalmente adonde trabajamos nosotros, toda investigación, todo sacar a la luz una situación de salud, se emparenta así inmediatamente con las causas de eso, y generalmente está relacionada a la situación de injusticia, que como organización te reclama salir a pelear en algún sentido para cambiar eso” (RS MTD Almirante Brown, mujer, 51 años). La actitud crítica se despliega a través de la inclusión de capitales simbólicos como la formación en los talleres de promotores de salud que apuestan a multiplicar el trabajo en salud del MTD, apropiándose del conocimiento como una herramienta más de lucha. Dentro del taller se cuestiona el poder médico hegemónico: “Porque es un tema que está en la cabeza de todos los compañeros, (...) hay algo que es el del médico, el médico tiene toda la palabra ahí, más en un barrio, hay una cuestión de trabajarle la cabeza a la gente para que se desvalorice, digamos, que voy a saber yo como tratar este tema, como voy a influir yo en estas cuestiones, que al médico uno va y le dice: ‘me pasa esto’ y el médico le dice: ‘bueno, tomá esto cada 8 hs. y chau’. Entonces todas esas cuestiones ponen trabas, digamos para trabajar, más allá de la situación política puntual que se vive en cada municipio, es como algo que está en toda la sociedad” (RS MTD La Plata, varón, 25 años).

En la propia praxis se produce el cuestionamiento, el taller de formación en salud propició estos cambios a través de la socialización de los saberes: “creo que para todos los que hemos hecho el curso hubo mucho cambios, [...] fue muy importante en muchos sentidos. Uno en cambiar como persona, quizás en uno mismo, lo otro es que tenés la posibilidad de aprender, de enterarte muchas cosas que de repente vos ignorabas como ciudadano, el poder de repente manejarte con respecto a determinada cuestión en el barrio, [...] y tener la posibilidad de decir: ‘bueno, hoy puedo ir y sentarme con este señor y hablar de igual a igual, porque sé de lo que estoy hablando’, esto creo que fue una de las cosas que los talleres de promotores de salud a más de uno de nosotros nos enseñó mucho” (RS MTD Berazategui, mujer, 57 años). Esta toma de conciencia desnaturaliza la posición pasiva ante las instituciones de salud y el rol del médico, que duplican la relación unilateral-hegemónica de poder y de saber, creando como contrafigura un paciente-dependiente. La crítica al saber hegemónico del médico fractura esta relación desigual, transformando la posición de objeto de dependencia en la posición de usuarios-activos. Los referentes en salud afirman que el logro radical consistió en el reconocimiento de la díada “poder-saber” como recurso principal, a través de la visibilización de las necesidades reales percibidas, y fundamentalmente, de la posibilidad de acción motivadora de cambio desde la propia actividad, como ruptura del sistema regido por un clientelismo asistencialista,

que opaca el “saber exigir” ante el Estado. Desde allí, la actividad se dirigió, siguiendo la línea de la ciudadanía plena y activa, a controlar el accionar de las instituciones y a mejorar su función de servicio. Esta transformación colectiva de la realidad tiene lugar en y más allá del mismo proceso construyendo pensares, saberes y haceres comunitarios, dando espacio a procesos de empoderamiento.

El reconocimiento del derecho a la salud y de ser sujeto de ese derecho apuntala el proceso señalando a quién debe garantizarlo: “yo personalmente soy una persona que no tengo porque ir a mendigar por otro lado a que me den las cosas si el Estado es el responsable, y el Estado me tiene que dar la medicación que yo necesito y la atención que yo necesito, [...] en el tiempo que necesita mi dolencia [...] y como yo soy atendida tiene que ser atendido el vecino” (RS MTD de Almirante Brown, mujer, 51 años). Una acción que sintetiza la tensión en la relación entre la autonomía y la capacidad crítica del MTD, y el Estado, fue el reparto masivo de preservativos con folletería sobre prevención de VIH-SIDA (gestionados a través del programa LUSIDA) en el Puente Pueyrredón en la conmemoración de los tres años de la Masacre de Avellaneda, allí participamos todos los que estábamos haciendo el taller: “Lo hacíamos para mostrar el laburo nuestro, una contracara de lo que son las políticas estatales que muchas veces plantean distribución masiva de preservativos en lugares de concentración masiva de población de riesgo y lo hacen en avenida Santa Fe, entonces dijimos ¿dónde se concentran las personas que realmente tienen riesgo? ¿dónde existen los mayores bolsones de HIV del país, que tienen los menores recursos para conseguir los medios de prevención?, entonces lo hicimos como una acción desde esa mirada [...]” (RS MTD de Gorina, mujer, 27 años). El análisis y las acciones sobre el VIH-SIDA condensan la idea de que la enfermedad se distribuye desigualmente por clase social, siendo las y los jóvenes más pobres los que mueren por inaccesso a tratamiento, medicamentos y dieta nutricional adecuada. Se expresa que muchos problemas de salud son problemas particulares de los sectores excluidos, problemas de acceso, entre otros, a los bienes sanitarios. Como antecedente, el 1º de diciembre de 2004 la coordinadora realizó una movilización al Ministerio de Salud de la Nación denunciando las condiciones de vida de las personas pobres que viven con VIH-SIDA, la discriminación laboral, el negociado con los laboratorios privados que producen medicamentos anti-retrovirales, la ineficacia e insuficiencia del presupuesto y los programas dirigidos al control de la pandemia, y el papel que juega la iglesia católica en las políticas de Estado.

El análisis y las acciones en relación a las industrias farmacéuticas vinculan necesidades propias, inequidad económica y desigualdad social: “...se hace un análisis de que mas allá de que el Estado es un actor importan-

te que tiene mucho que ver con lo que nos pasa en la salud, también el capital privado influye mucho en como vivimos nuestra salud” (RS MTD de Almirante Brown, mujer, 51 años). “CAEME en ese momento era una de las más fuertes y era la que nuclea a todos los laboratorios digamos multinacionales [...] cuando nosotros movilizamos a CAEME que fue el 9 de enero del 2003, cosa inédita para ese momento, en plena 9 se Julio nos pusieron doble cordón de infantería y no nos dejaron avanzar eso muestra siempre lo que mueven las empresas farmacéuticas” (RS MTD La Plata, varón, 25 años). En el señalamiento de la connivencia entre empresas privadas y Estado se visibilizan aspectos que estructuran las políticas neoliberales: “el tema de la corrupción y el manejo clientelar-asistencialista, ejercido por coordinadores que no tienen nada que ver, que no saben nada sobre el tema de salud, o sea, punteros políticos puestos ahí” (RS, mujer, 57 años). “Esta cuestión de organizar [...] digamos, es por los derechos que tienen que tener todos los compañeros y cuáles son sus necesidades, porque en la Argentina hace más de 40 años de políticas de clientelismo, de comprar y que te den, pero no es sólo que me den, me den y yo no sé reclamar, [...] o sea, en las épocas de elecciones todo el mundo tiene medicamentos, alimentos, campañas de vacunación, después nada” (RS MTD Avellaneda, mujer, 30 años).

La representación social hegemónica del piquetero construida por los medios es claramente percibida: “está visto que todo movimiento es un conjunto de vagos que no hacen nada más que cortar la calle y romper vidrieras” (RS MTD Almirante Brown, mujer, 51 años). En respuesta hay un señalamiento a la propia existencia del MTD, al modo de subjetivarse: “no se dan cuenta que los piqueteros no estamos porque sí nomás [...] nadie quiere ser piquetero. Y cuando salimos a la calle, no salimos porque tenemos tiempo de sobra, porque no tenemos nada que hacer en nuestra casa o porque queremos jorobar al otro. Salimos porque estamos reclamando un derecho propio: queremos un trabajo digno, una salud digna, una educación” (RS MTD Berazategui, mujer, 57 años). “A mí me dicen: ‘vos tenés cincuenta años, vos no tenés cinco chicos’, pero tengo a mis nietos. Yo no quiero que el día de mañana ellos estén como yo estoy hoy, que tengan que salir a quemar una goma o que me los mate la policía. No lo hago por mí: lo hago por el de al lado, el del frente, por mis nietos, están ellos. [...] Para algo sirve el que yo pueda hacer esto... para darle un sentido a mi vida también. Para eso me sirvió mucho el movimiento” (RS MTD Almirante Brown, mujer, 51 años).

Problemáticas de género en los movimientos

A pesar de que los MTDs han sido espacios de politización y empoderamiento de muchas mujeres, las relaciones de género no escapan a la reproducción de la des-

igualdad de poder entre mujeres y varones: “incluso hoy, dentro de la referencia del movimiento, hay muy pocas mujeres [...] La referencia sigue siendo machista” (RS MTD de Berazategui, mujer, 57 años). Pero esta visibilización de la asimetría de géneros también propicia acciones que intentan subvertirla, por ejemplo, como parte de la formación en salud se incluyeron temas relacionados con la violencia hacia la mujer y los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género.

En un relevamiento realizado en 2005, el control ginecológico era realizado periódicamente por el 55,5% de las mujeres (53% corresponde a la franja etárea de 21 a 35 años y alude a cuestiones relativas al embarazo y la maternidad). Del 44,5% que no lo realiza, 75% corresponden a mujeres entre 38 y 62 años. Está situación vulnerabiliza a las mujeres adultas frente a problemáticas como el cáncer de útero y mamas, infecciones y VIH-SIDA, delimitando un grupo importante en riesgo. Las razones de la omisión de controles ginecológicos están asociadas a: dificultad en el acceso (50%, falta de turnos, falta de dinero para viáticos, falta de tiempo para obtener turnos, etc.), creencia acerca de que las mujeres mayores no necesitan realizar esos controles (10%), no notar ningún síntoma físico que indique la necesidad de control ginecológico (10%), aún no ha realizado su primer consulta ginecológica (10%, mujeres entre 21 y 23 años).

En referencia al acceso a métodos de prevención de VIH-SIDA (n=34), el 41,2% opina que se consiguen preservativos en el centro de salud del barrio (45,4% mujeres entre 21 y 35 años). El 58,8% dice no tener acceso (con un alto porcentaje de varones jóvenes). Con respecto al acceso a métodos de prevención del embarazo no deseado, el 47% señala que los centros de salud brindan charlas sobre planificación familiar, preservativos y anticonceptivos (27,3% mujeres jóvenes nombran los anticonceptivos). Con respecto a las estrategias utilizadas por los que no tienen acceso, las principales son la gestión desde el área de salud del MTD y la compra individual.

El derecho a la salud en la integralidad por el cambio social

El reconocimiento de la necesidad de luchar para cambiar las condiciones de vida da cuenta de la necesidad de liberación: “el tema es que vos tenés que salir a pelear, los centros de poder están en un paisaje dominado por otra clase social, y entonces, lo tenés que disputar con esa clase” (RS, varón, 25 años). “Creo que esto es algo que se da en los movimientos y que es muy importante y es que si bien hay una cuestión reivindicativa, la cuestión política va mucho mas allá de la cuestión de los derechos porque justamente hay una propuesta de cambio social y hay una propuesta de pensar otro mundo y otra sociedad, una sociedad más justa basada en

otros valores: de solidaridad, de cooperación, de recuperación de la dignidad humana. Entonces, en este sentido, trabajamos por el derecho a la salud, por la reivindicación de ese derecho, pero se va un paso mas allá y eso tiene que ver con ese concepto de la lucha” (RS MTD Avellaneda, mujer, 30 años).

A pesar de las contradicciones y los obstáculos, los avances y retrocesos, estos movimientos intentan revertir el aislamiento, la atomización social y el individualismo a través de la reactualización de las configuraciones relacionales para construir otro mundo y otra salud.

A modo de comentarios finales

Entendemos que los procesos que se proponen y buscan el ejercicio de la autonomía suponen la presencia inexorable de la problematización y de reflexión de su vida cotidiana y del contexto en el que desarrollan sus prácticas sociales. La autonomía, en cuanto maduración del ser para sí, es proceso, es llegar a ser. La práctica de la autonomía tiene que estar centrada en experiencias estimuladoras de la decisión y de la responsabilidad, valga decir, en experiencias respetuosas de libertad.” (Freire, Paulo 1997). En ambos casos la situación de vulnerabilidad marcada por el desempleo propicio la resistencia y la organización de colectivos autónomos, donde el tema de género y salud fueron incluidos de manera diferente. En el primero se comenzó a problematizar en función de la incidencia del embarazo adolescente y el malestar juvenil, expresado en vivencias angustiantes y comportamientos adictivos y violentos, aunque se mantienen esquemas tradicionales de la organización de la existencia para mujeres y hombres. En el segundo la cuestión de accesibilidad a la salud, el registro de problemas y los efectos de la mujeres en las conyugalidades a partir de la inserción en trabajos precarizados y en los movimientos, se materializó en la constitución de la Coordinadora de Salud. Un aspecto significativo es el espacio integrador con la Universidad Pública en el taller y la producción de documentos con los datos de las encuestas pre y post taller, la reflexión colectiva en relación a la participación, la autonomía, la equidad. Por otra parte, el uso de un video producido por el Taller propicia la instalación de temas vinculados con la salud desde una mayor sensibilidad de género. Los llamados temas privados adquieren lentamente otra dimensión en la preocupación del colectivo a partir de la circulación en los espacios del Taller.

La autonomía tiene diferentes niveles y dimensiones, incluso algunas contradicciones entre sí. Lo que significa entre otras cosas, que pueden darse casos de consolidación de autonomía a partir de alguna heteronomía, cuando se propone el cambio en función de los otros y es mayormente femenina la población del taller como resto del sincretismo de género.

Frente a este escenario, es necesario basarse en prin-

cipios de la democracia genérica que buscan la igualdad entre los diferentes géneros existentes a partir del reconocimiento no inferiorizante de sus especificidades tanto como de sus diferencias y sus semejanzas. Los cambios necesarios para arribar a la igualdad entre los géneros y a la formación de modos de vida equitativos entre ambos, impactan en la economía y la organización social de sus relaciones, así como los ámbitos privados y públicos.

La autonomía es autodeterminación, reforzamiento de la dignidad del ser humano y del ser comunitario. No es el ser individual el que está en cuestión, sin embargo los procesos de cooptación y corrupción singulares y grupales, afectan a las organizaciones y recaen en formas de heteronomía, claudicando en la construcción de las propias trayectorias independientes y autogestivas. La modalidad de informe alternativo plantea un desafío a la transmisión académica, a la concepción del análisis e interpretación de los datos, que implica dar un orden, una estructura, una significación. La interrogación sobre las condiciones de posibilidad de prácticas y representaciones de autonomía y de equidad de género en situaciones de vulnerabilidad, se desplegó en diferentes espacios, momentos, identificación de la historia central de los datos de cada caso, como unidad hermenéutica. La complejidad de los procesos donde nos incluimos desde la IAP, pone en cuestión la supuesta neutralidad, la objetividad, el momento empírico basado en la recolección de datos, sin la resignificación por los actores sociales. El desarrollo de categorías y la lógica interpretativa permite la producción teórica y permite avanzar en la integración y apertura a lo divergente, diverso, complejo en nuevas zonas de sentido.

Los dos colectivos de resistencia al modelo de despojo neoliberal habilitan a repensar las situaciones en que están implicados, sus posiciones frente al otro, la posibilidad de situarse y reconocerse en su semejanza y diferencia. Lo público-privado, la feminidad-masculinidad, jóvenes-viejos, militantes-expectantes, cooptación-autonomía son parte de las múltiples tensiones que se juegan en la configuración de situaciones colectivas y singulares.

El retraimiento neoliberal del Estado, reflejado en la degradación de las instituciones tradicionales, arroja a los jóvenes a procesos de desubjetivación: el habitar situaciones marcadas por la imposibilidad, a merced de lo imprevisto, con dificultades para decir no, o reafirmar los deseos de hacer algo que rompa con la rutina, el desaliento. Se trata de modos que despojan al sujeto de la posibilidad de decisión y de la responsabilidad, las encerronas del no futuro, aumentan el malestar y el sufrimiento propiciando posiciones de impotencia, percepción de no poder cambiar el presente. En ambos casos es un nudo estratégico la situación juvenil y también las estrategias que ambos colectivos se proponen a través de la inclusión relacional y el trabajo productivo.

Pensar la autonomía desde su negación relacionada con las sociedades disciplinarias y de control es una vía que permite elucidar las microfísicas del poder. Es central en esta perspectiva recordar a Foucault en el poder de las sociedades disciplinarias, desde las técnicas de encierro a las biopolíticas, que transforman a la multitudes confusas, inútiles o peligrosas en clases ordenadas, a través de la salud pública y las políticas de familia que ejercen una gestión de la vida.

A su vez, la reinterpretación de Deleuze conlleva a reconocer los dispositivos de poder que se despliegan en dos modalidades: de integración-captura y de la diferenciación. La integración es una operación que traza líneas de fuerza y las fija a formas, actúa por subsumición. La diferenciación, en el capitalismo no es de la diferencia y la multiplicidad, sino una reproducción del dualismo: el de clase es proletariado/capitalistas y el de sexo es mujer/hombre. Estos binarismos para el autor, codifican, capturan y regulan las variaciones posibles de los agenciamientos. Esta reflexión es consistente con entender que tanto las disciplinas como el biopoder son modos de producción de subjetividad y formas de neutralizar la potencia de la invención, codificar la repetición. Desde los espacios de encierro a la modulación nos encontramos con sujetos gerenciados. Se modula los cerebros, se moldean los cuerpos, se gestiona la vida integrando los dispositivos (M. Lazzaratto, 2006). Control y disciplina se agencian y hoy también se utiliza el término autonomía en las empresas, las valoraciones y deseos se inscriben en el mundo de la empresa, subordinando las subjetividades. ¿Pero cuando no hay empleo, o también cuando lo hay en las condiciones actuales de hegemonía del capital, como se instala la posibilidad de otras autorías, no empobrecidas o subordinadas?

La apuesta a generar otras condiciones de autonomía y equidad social y de género pueden ser pensadas como desafío de la creatividad, la potenciación, la cooperación en devenir y este informe alternativo se propuso dar cuenta de las paradojas, tensiones, significaciones y prácticas para achicar las brechas de ese proyecto...

BIBLIOGRAFÍA

- Adorno, T.W. (1990). *Dialéctica Negativa*. Taurus. Madrid.
- Alves, J.A. (1994). *Os Direitos Humanos*. Perspectiva. San Pablo.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. Ed. Grijalbo. México.
- Bayliss Smith, T. (1991). Food security and agriculture sustainability in the New Guinea. Highland: vulnerable people, vulnerable place. IDS Bulletin Sussex.R.U.
- Breilh, J. (1995). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. CEAS, Quito.
- _____ (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Buchman-Smith, M., Maxwell, S. (1994). Linking relief and development IDS Bulletin, Sussex. R.U.
- Buttler, J. y Laclau, E. (1999). Los usos de la igualdad, en Debate Feminista, 19.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Ed. Paidós. Bs. As
- Castoriadis, C. (1993) "Subjetividad E Histórico Social. Entrevistado por Fernando Urribarri". Publicado en *Revista Zona Erógena*. París.
- _____ (1997). *El avance de la insignificancia*. EUDEBA. Buenos Aires.
- Correa, C. (2005). *Pedagogía del Aburrido: escuelas destituidas, familias perplejas*. 1 ed. 1ª reimp, Editorial Paídos. Buenos Aires.
- Chambers, R. (1989). Vulnerability. How the poor hope? IDS.Bulletin, Sussex. R.U.
- _____ (1995). Poverty. Discussion Paper. Sussex. R.U.
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias*. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2003). *Chicos En Banda*. Editorial Paídos. Buenos Aires.
- Elias, N. (2002). *Compromiso y distanciamiento*. Ediciones Península. Barcelona
- Foucault, M. (1996). *Las redes del poder*. Editorial Almagesto.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. Editorial Siglo XXI. España.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Fundación Puntos de Encuentro. Nicaragua.
- Lagarde, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM - Porrúa. México DF.
- Lazzaratto, M. (2006). *Políticas del acontecimiento*. Tinta Limón. Buenos Aires.
- López, Artemio (2006). "Los marginados". Suplemento Cash. En: *Diario Página 12*. Enero. Buenos Aires
- López, N. y Menéndez, L. (2003). "La insumisión de la utopía. (Acerca del ¡Qué se vayan todos!)". En *Herramienta*, N° 24, págs. 41-47.
- Lozano, Claudio y otros (2006). *Las condiciones Laborales en los Jóvenes. Los ingresos VS la Formación*. Instituto de Estudio y Formación CTA. En: <http://www.cta.org.ar>
- Menéndez, E. (1997). "El Punto de vista del actor. Homogeneidad; diferencia e historicidad". En *Relaciones*, N°69, pág. 248
- Montero, M (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Peiro, R.; Ramón, N.; Alvarez, C.; Colomer, Ch.; Moya, C.; Borrell, C.; Plascencia, A.; Zafra, E.; Pasarin, M.I. (2004). "Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud". En *España: lo que pudo ser y no fue*. Gac. Sanit.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Santiago de Chile CEPAL.
- Rebellato, J.L. (1999). "Ética, derechos humanos y salud. Reflexiones finales". En Osimani, M.L. *Derechos humanos y salud integral*, IDES. Montevideo.
- Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Era. Madrid.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Lugar Editorial Buenos Aires
- Wainerman, C. (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿una revolución estancada?* Ediciones Lumiere. Buenos Aires
- Zaldúa, G.; Sopransi, B. y Veloso, V. (2005). "La Praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación. XII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA.

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2007

Fecha de aceptación: 16 de agosto de 2007