

Emprendimientos que producen lo social: la fractura entre el mundo del trabajo y el mundo de la asistencia en Salud Mental

Enterprises that produce the social: the fracture between the world of work and the world of mental health care

María Victoria Araujo

María Victoria Araujo

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de Quilmes). Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos (Universidad Nacional de José Clemente Paz). Terapeuta ocupacional en Taller Protegido de Producción APHE. Becaria de investigación Universidad Nacional de Quilmes.

mariavictoria.araujo@hotmail.com

Resumen

En Argentina, la falta de una ocupación remunerada es el segundo factor –luego de la vivienda– que limita materialmente los procesos de externación: sin ingresos regulares y suficientes no es posible satisfacer las necesidades cotidianas de la vida fuera del hospital. El presente artículo destaca la importancia de crear dispositivos laborales que fomenten y garanticen la autonomía de las personas con padecimiento mental y que se instituyan como alternativas reales frente al manicomio, junto a otras estructuras de la red integrada de Salud. La Empresa Social emerge así como dispositivo que pretende vincular el mundo de la empresa, el mercado y la producción con el mundo de la asistencia, cruzando límites, enriqueciendo ambos mundos, intercambiando recursos y lenguajes. Se consideran y ponen en relieve las contribuciones del proceso de desinstitucionalización que aconteció en Italia hacia fines de los ´70, que junto con otras experiencias que se han dado hacia los ´80 en España, Brasil y Rio Negro, han dado inicio a un movimiento que apunta hacia lo que alguna vez pareció una utopía: el cierre progresivo de los manicomios y la introducción de una modalidad comunitaria en la atención de Salud Mental. Una de las estrategias básicas de la Reforma Psiquiátrica Italiana fue la creación de cooperativas como manera de asegurar lo que consideraron indispensable para la integración social de los usuarios: trabajar. Finalmente, se describe una de las tantas experiencias en clave de Empresa Social en Argentina.

Palabras Claves: Derechos humanos, trabajo, salud mental.

Abstract

The lack of paid employment is the second factor - after housing - that materially limits the processes of externalization In Argentina: without regular and sufficient income it is not possible to deal with the daily needs of life outside the hospital. This article highlights the importance of creating work devices that promote and guarantee the autonomy of people with mental illness offering alternatives to the asylum, parallel with other structures of the integrated Health network. The Social Enterprise emerges as a device that aims to link the world of business, the market and production with the world of assistance, reducing boundaries, enriching both worlds, exchanging resources and languages. Important contributions in the process of deinstitutionalization taken place in Italy towards the end of the 70s are considered. These, along with other experiences carried out in the 80s in Spain, Brazil and Rio Negro were the beginning of what was thought as a utopia: the progressive closure of the asylum centers and the introduction of a community modality in Mental Health care. One of the basic strategies of the Italian Psychiatric Reform was the creation of cooperatives as a way of ensuring what they considered essential for the social integration of users: work. Finally a description of one of the many experiences of Social Enterprise in Argentina is described.

Key words: Human Rights, work, mental health.

Del manicomio hacia la auto organización: posibilitar la circulación en la trama social

Para pensar en el cierre definitivo de los manicomios es necesario realizar una genealogía que permita dar cuenta la constitución de estos, junto con sus discursos y dominios de poder, mostrando, también, las historias alternativas y subversivas de las instituciones. Como señala Falcone (2010) por el año 1792, Philippe Pinel, oponiéndose a los métodos brutalmente coercitivos y propugnando el tratamiento moral para los “alienados” (como el abandono de las cadenas y los malos tratos), junto con su discípulo Jean Étienne Dominique Esquirol, creyeron y alentaron la fundación de manicomios para luchar contra ese mundo desolado donde la persona con padecimiento mental yace en la más absoluta inactividad, expuesto a toda suerte de abusos, encadenado y sin recibir tratamiento (Sacristán, 2009).

Contradiendo la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano que había promulgado la Asamblea de la Revolución, Jean Étienne Esquirol, creó los primeros 54 manicomios en Francia, como funcionario del gobierno del Emperador Napoleón II. Como afirma Galende (2015), cuando Napoleón expande su imperio, sus ejércitos difundieron también, esta construcción moderna de los gestos, los significados y la valoración de la locura, pero también los procedimientos para su exclusión de lo humano: una institución que nació motivada por deseos nobles como liberar al loco de las cadenas, se desvirtuó de tal manera que incluso hoy la palabra manicomio se vincula directamente con el terreno de la exclusión.

Documentos estándares de Salud Mental y Derechos Humanos como “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” (Naciones Unidas, 1991) y la Declaración de Caracas (1990) sumado a la trayectoria empírica que se dio en algunos países de Europa y Latinoamérica, precedieron la legislación argentina.

Desde la década del ‘90, varias provincias encararon importantes cambios legislativos, como Río Negro con la Ley N° 2.440/91, “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico”, pionera en legislar sobre la desmanicomialización. Esta ley regularizó lo que las prácticas ya habían validado como alternativa al encierro y que tuvo como uno de sus hitos el cierre del único neuropsiquiátrico de la provincia en octubre de 1988.

Continuó la provincia de Santa Fe legislando en 1992 la Ley N° 10.772, la cual establece que se privilegieran las alternativas que menos restrinjan la libertad y alejan del núcleo familiar y social a las personas con padecimiento mental. En el año ‘94 continúa Entre Ríos con la Ley N° 8.806, que plantea la tendencia a un modelo de atención basado en la comunidad con

sistema de puertas abiertas. De una manera más taxativa en las provincias de Río Negro y Entre Ríos se apuntó a la sustitución de los manicomios, y en Santa Fe a su transformación. (Chiarvetti, 2008)

En pleno período histórico signado por el neoliberalismo, finalizando la década del ‘90, se presentan la Ley N° 6.976 en la provincia de San Juan -que propone un modelo de atención basado en la comunidad, pero no plantea superación definitiva del monovalente, y la Ley N° 448/2000 de Salud Mental de la Ciudad, la cual deviene de lo que indican la Constitución de la Ciudad y la Ley Básica de Salud apelando a la desinstitucionalización progresiva creando redes de servicios y de protección social.

Hacia 2006 San Luis sanciona la Ley N° 536, la cual pone el foco en la prohibición de la institucionalización de las personas con padecimientos mentales. En 2009, Chubut con su Ley N° 384 plantea la superación del modelo custodial por el basado en la comunidad. En 2010, Córdoba sanciona la Ley N° 9.848 que explicita la prohibición de crear nuevos manicomios y la transformación de los monovalentes. Todos estos instrumentos legales fueron legitimando prácticas que se realizaban hacia el adentro de las organizaciones y servicios en diversas regiones del país, dando lugar en 2010, a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en adelante LNSM) la cual fue un hito para la región de las Américas.

Al igual que la Legge Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori N° 180 que se promulgó en Italia hacia 1978, la LNSM es una ley que restituye y amplía derechos, transformando las relaciones de poder tendidas entre médicos psiquiatras y personas con padecimiento mental, que caracterizaron a través de doscientos años a las instituciones asilares.

Sumado al padecimiento mental, los hospitales psiquiátricos de todo el mundo se han ocupado de cubrir los problemas sociales como pobreza o desamparo social de las personas que alojan: con los recursos destinados a salud, deben cubrir también necesidades que deberían hacerse cargo otras áreas del estado. Si bien la LNSM intenta reparar esta situación, los dispositivos de externación no cuentan con recursos de todas las áreas involucradas (Desarrollo Social, Vivienda, Trabajo, etc.), de manera que replican la lógica manicomial, sin poder ser sostenidos en el ámbito socio-comunitario, por no contar con el presupuesto propio dirigido a tales objetivos. Tal como señalan Cohen y Natella (2013) referentes del movimiento desmanicomializador en Río Negro, en los casos de desvalimiento donde no se encontraban resueltas las necesidades de orden social, la institución se convertía en un lugar donde vivir produciendo una cultura depositaria y de exclusión conocida como cultura manicomial. Aquí se observa un gran desafío: seguramente la Ley y sus dispositivos allanan el camino,

pero es fundamental que las mismas personas involucradas en procesos de externación, puedan ejercer sus derechos de manera autónoma.

Hoy en Argentina, según datos del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019) se encuentran cerca de 12.000 personas internadas. Para avanzar en el cumplimiento de la LNSM, en concordancia con el Artículo 36 de dicha Ley que sostiene que se deben desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental desde diversas áreas ministeriales, sumado al Artículo 11 que indica que se deben implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria a través de servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional (cooperativas de trabajo, emprendimientos sociales, etc.) es necesario pensar estrategias comunitarias que den respuestas a estas problemáticas tan complejas, cuando el Estado no es promotor de las mismas. La resolución 715/2019 publicada el 26 de abril de 2019, la cual aprueba las pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental, señala a los emprendimientos socio-laborales como uno de los servicios territoriales de inclusión en tanto estructuras intermedias con base en la comunidad, y los define como dispositivos intermedios que funcionan en el punto de encuentro entre el mundo de la salud y el mundo del trabajo y sus objetivos fundamentales son la promoción de la salud, la integración socio-laboral creativa y productiva, la generación de bienestar psicosocial y la potencia de las habilidades de las personas en pos de lograr el máximo desarrollo posible en el ejercicio de sus derechos. Es importante destacar que, si bien la LNSM y la respectiva resolución 715/2019 reconocen y certifican la necesidad y el derecho de la inclusión laboral de las personas con padecimiento mental, mucho tiempo antes en todo el país se han llevado adelante distintas prácticas, enmarcadas en las normativas anteriormente nombradas, bajo diversas denominaciones (empresas sociales, emprendimientos sociales, emprendimientos socio-productivos, cooperativas sociales, etc.) aunando ideas y prácticas sin tener una definición específica y diferenciada entre cada una por no contar en Argentina con un marco regulatorio específico en cooperación social como si la tienen países como Italia, Brasil o Uruguay.

Para clarificar el significado y analizar a la Empresa Social, es necesario referir las prácticas y culturas que connota esta expresión en Italia, donde se ha originado. La noción de empresa social en los lugares originarios significa “realizar empresas, mejor aún, emprendimientos que produzcan lo social” (Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994, p.11), que generen valor social agregado. La empresa social comienza invirtiendo en el único capital que poseen: las personas, mediante el reconocimiento de sus capacidades y la creación de las condiciones necesi-

rias para que estas capacidades se puedan implementar, utilizar y transformar en algo coherente y real.

Muchas veces las personas que residen en los Hospitales Psiquiátricos requieren apoyo para la búsqueda, obtención y sostenimiento de un empleo y que ésta sea una modalidad de inclusión socio-laboral satisfactoria, y una integración que les permita intervenir en los intercambios simbólicos de la cultura y la sociedad. Si bien son necesarios los medios para la construcción activa del acceso real a los derechos a la asistencia, también deben serlo a producir, tener una casa, una actividad, una relación, medios económicos, etc. (Rotelli, 2015) El desempeño óptimo de la ley se halla entre la enunciación de derechos y el ejercicio concreto y cotidiano de los mismos.

La Empresa Social como estrategia de acceso a derechos, pretende trascender la pertenencia al sistema sanitario/terapéutico, para posibilitar espacios de trabajo con calidad y responsabilidad que les permita a las personas que emprenden el proceso de externación, recuperar y/o desarrollar habilidades laborales que posibiliten un empleo remunerado en condiciones dignas, con los apoyos y ajustes razonables que precise.

Existe un gran desarrollo en el campo teórico que comienza a construir el camino, pero con la fuerza de la experiencia y la diversidad de trayectorias, es posible contribuir a la creación de estos dispositivos, mejorando sus estrategias de expansión y consolidación a partir de las cadenas productivas solidarias: no simplemente en una esfera de actividad económica de segundo orden, paliativa o destinada a atender poblaciones pobres o marginadas por el movimiento del capital, sino como estrategia de transformación de los aparatos administrativos y organizativos de la asistencia.

De la rehabilitación en instituciones a la (re)-habilitación de derechos: modos de producción

En agosto de 1971, el psiquiatra italiano Franco Basaglia asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, Italia, donde estaban internadas 1.182 personas. Comenzó entonces un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, realizado por un equipo de técnicos y que ha involucrado instituciones, gobiernos locales y voluntarios. En 1978 bajo la presión de los procesos de desinstitutionalización en curso en Trieste y en todo el país, se aprobó en Italia la Ley 180 que define la superación gradual de los hospitales psiquiátricos y su sustitución con un modelo radicalmente nuevo de atención territorial. Establece, también, que el tratamiento se basa en el derecho de la persona a la atención y a la salud y ya no más en el juicio de peligrosidad.

Ya en 1980, bajo la dirección de Franco Rotelli, los servicios que operaban en el territorio habían reemplazado las viejas formas de asistencia: un único lugar de atención, el manicomio, había sido sustituido por 40 servicios diferentes. Creando

oportunidades de trabajo, se ha podido garantizar una integración efectiva en el entorno social. Dentro de la reforma italiana, el trabajo constituye el nivel máximo de rehabilitación porque construye y precisa de muchas habilidades (crea identidad, sentido de pertenencia, devuelve sentido de la responsabilidad, implica relaciones personales, autonomía, etc.) y produce gran recupero de valores sociales si está realizado en lugares reales y no artificiales, con sentido personal, creando productos de calidad y no pasatiempos.

La primera experiencia surge en 1972, cuando se crea la Cooperativa de Obreros Unidos, que asociaba a 60 personas hospitalizadas que trabajan en limpieza del manicomio. Se estableció así un contrato sindical regular con cada trabajador, y de ese modo, no solo terminaron viejas prácticas de explotación de los usuarios, sino que sentó las bases para que, hacia 1980 se comenzaran a organizar en Trieste las cooperativas donde los socios eran los mismos usuarios del sistema público de salud. A mediados de los '80, aumenta el número de cooperativas que garantizan la inserción al trabajo, con una gradual extensión de la gama y de la calidad de las actividades (Dell'Aquila, 2012). En 1991, tomando en cuenta las experiencias previas, el Gobierno italiano aprueba la Legge Disciplina delle cooperative social N° 381, la cual prevé que éstas puedan gestionar servicios socio-sanitarios y educativos y realizar diferentes tipos de actividades (agrícolas, industriales, comerciales, entrega de servicios), orientadas a proporcionar empleo a personas desfavorecidas. Estas personas con algún tipo de vulnerabilidad deben ser, de acuerdo con la ley, por lo menos el 30% de los trabajadores de las cooperativas.

Como señala Rotelli (2000) el trabajo de Trieste puede ser resumido en una expresión: denominamos Empresa Social a aquella que hace vivir lo social, lo que es diferente a la situación precedente en la que lo social era expropiado de sus contradicciones delegando a los psiquiatras la reclusión de los pacientes dentro de los muros del manicomio.

Cuando se hace referencia a la producción de "lo social", se hace entendiendo a la empresa Social como una estrategia productiva, pero cuyo lugar de elección es lo social, la reproducción, la distribución. (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994). La Empresa Social es "social", porque tiene como objetivo la reinserción social y laboral de personas en desventaja, y porque trabaja promoviendo la articulación entre una comunidad y sus instituciones.

Entonces, cuando hablamos de Empresas Sociales hacemos referencia a organizaciones asociativas que realizan una actividad económica regular (producción de bienes o servicios) con una definida finalidad social para la comunidad y la integración social de las personas, particularmente de los grupos socialmente vulnerables y vulnerados en su posibilidad de acceso a los derechos sociales, económicos y de integración social. La estrategia de Empresa Social se encuentra enmar-

cada dentro de la Economía Social (ES)¹. Dicha expresión que ha resurgido en los últimos años, sobre todo en América Latina, tiene como antecedente empírico la expansión de estrategias socio-productivas autónomas de los sectores populares y organizaciones de apoyo, quienes desarrollaron las mismas como una respuesta social a los crecientes niveles de pobreza, exclusión social y precariedad laboral presentes en el mundo contemporáneo. Desde la dimensión más empírica de la economía social, tal como conceptualiza Rodolfo Pastore (2010), los emprendimientos se han ido desarrollando de manera diferenciada de la empresa capitalista; produciendo bienes o servicios, pero cuya finalidad se orienta a la satisfacción de necesidades humanas, es decir, al buen vivir.

Como señala Sena (2017), algunas características fundamentales que definen a las empresas sociales son las siguientes:

- Persiguen objetivos sociales en la realización de actividades económicas y en la organización de estas en torno a una dinámica empresarial.
- Tienen formas jurídicas variables según los diferentes países (cooperativas, asociaciones civiles, programas estatales, fundaciones, etc.).
- Se organizan con procedimientos decisionales democráticos y de participación multiactoral (trabajadores/as, usuarios/as, etc.).
- Facilitan el acceso al trabajo como factor de promoción de la salud física y mental.
- Promueven la cultura solidaria y la asunción de desafíos como estrategia colectiva de desarrollo personal y autonomía de los integrantes.
- Propician procesos de innovación económica y social en pos de su sustentabilidad económica sobre la base de financiamiento mixto (subsidios y actividad económica)

Cabe entonces la pregunta ¿Que produce el emprendimiento social pensado en clave de empresa social? Está claro que produce bienes o servicios con un valor en el mercado que permite la creación de vínculos sociales, obtener ingresos complementarios y especializarse/capacitarse en un oficio determinado. Pero sobre todas las cosas, generan un valor social agregado que no solo es la inclusión: es también la promoción de salud a partir de la producción de la subjetividad no alienada que permite autonomía y capacidad decisional, pero por sobre todas las cosas, restituye derechos permitiendo así una sociedad más democrática. (Martínez y Sena, 2012)

1 En términos muy sintéticos entendemos por economía social y solidaria (en su dimensión empírica), a las experiencias asociativas de organización del trabajo, la producción, el financiamiento, el intercambio o el consumo, en las cuales se privilegia el desarrollo y bienestar de las personas, el trabajo, la cooperación, la solidaridad, la autogestión colectiva y la participación democrática por sobre el valor del capital y el lucro privado.

Posibilitar -por ejemplo- espacios de trabajo adecuados, compone este proceso de rehabilitación, entendido como un proceso de construir y reconstruir el acceso real a los derechos de ciudadanía, el progreso de su ejercicio, la posibilidad de verlos reconocidos y practicarlos. (Rotelli, 1993)

La empresa social no solo se basa en la inclusión social, sino que implica también lugares de trabajo que producen salud: para pensar la inclusión laboral es necesario realizar ajustes razonables, esto es, modificaciones sustantivas en ámbitos de trabajo que reconozcan más a la persona y menos a la enfermedad, poniendo en valor las capacidades de cada uno. La empresa social no pierde el eje que es producir, emprender y validar los recursos, pero también contempla las singularidades, flexibilizando normas relativas a horarios de trabajo, carga laboral, vacaciones y licencias por enfermedad, para asegurar que la persona, además de no perder el trabajo debido a la manifestación de su padecimiento mental, participe de un espacio que tenga efectos positivos en materia de salud. De acuerdo con Sirianni (2011) es necesario pensar a la Salud Mental Comunitaria como un concepto articulador entre el análisis de la problemática de la desmanicomialización y el análisis y reconocimiento de la problemática social como causante de sufrimiento mental y a la inversa; del sufrimiento mental como causante exclusión social.

Abriendo caminos: experiencias argentinas en clave de Empresa Social

Ante el triunfo del individualismo, fuertemente arraigado en el concepto del emprendedurismo, que propone una salida personal sin contemplar ningún nivel colectivo o comunitario, la economía social y el cooperativismo ha dado respuestas satisfactorias a las problemáticas de las personas con derechos vulnerados. La integración se da a través del encuentro, el acompañamiento y el desarrollo de un proyecto socio-productivo que contenga la diversidad y las capacidades propias de cada problemática en pos del bien común. En Argentina existe una gran cantidad de experiencias de estas características, con variaciones en la figura del emprendimiento (cooperativa, asociación civil, grupo asociativo de hecho, etc.); que trabajan con diversas problemáticas (vinculadas a la salud mental, al consumo problemático de sustancias, a determinadas discapacidades psicofísicas, vulneración social, entre otras). Nombrando sólo algunas experiencias que se vienen desarrollando hace tiempo, podemos reconocer en territorio patagónico, vasta experiencia en Chubut como Nuevos Sabores (Puerto Madryn), Hilando Caminos (Trelew), El Caldero (Trevelin). También habitan suelos sureños La Chacra (Viedma) y Cooperativa Salud Mental El Bolsón, ambas en Río Negro. Otros, en el interior del país, como la Cooperativa Sembrando Sueños y Las Emilianas (Santa Fe) y El Entrevero, Vital Arte en papel y la cooperativa de técnicos escénicos Cro-

nopios en Entre Ríos. En la provincia de Buenos Aires se hallan algunos emprendimientos como Bellísimas (Temperley), Movida de Locos (La Plata), Quereme así Piantao, (Tandil), Emprendimientos CREAM (Temperley). Se localizan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Molineros del Borda e YBYTU - Vientos de Cambio- (Hospital Borda), Orillando la Vida (Hospital Laura Bonaparte). Muchos de ellos forman parte de la Red de Cooperativas Sociales creada en 2017 con el objetivo de fortalecer este actor social en construcción, representando y acompañando a tantas entidades invisibilizadas en busca de una identidad social, política y jurídica.

Una experiencia es La Huella, primera cooperativa de trabajo en Latinoamérica con usuarios del servicio público de Salud Mental. Se trata de un proyecto colectivo que surge en 2007 en el Hospital José T. Borda, y tiene como objetivo favorecer la reinserción en el ámbito laboral a través de un proyecto propio de trabajo junto a sus pares.

El taller se especializa en producir muebles y artículos de decoración a partir del reciclado de materiales. Además, utiliza elementos de desechos como forma de cuidado medio ambiental. Como empresa social, crea valor económico, valor social y comunitario, y es parte de iniciativas de solución a problemáticas estructurales del empleo y la exclusión social de personas con vulnerabilidad psicosocial.

La Huella tiene un antecedente en el servicio 59 de pre alta del Hospital Borda, donde se asienta un programa que trabaja para la externación de usuarios donde, desde el año 1989 se fueron originando de manera autogestiva en el 4to piso, emprendimientos socio-productivos con el objetivo de producir objetos para vender en algún tipo de mercado. Estos emprendimientos continuaron hasta el año 2006, cuando derivan de los servicios de internación a un carpintero (que luego se fue de alta) y otro carpintero-ebanista que es hoy el actual presidente de la Cooperativa. Con su incorporación, comienza el recorrido de La Huella. Hacia el año 2007, madura también la idea de formar una Empresa Social para dar respuesta a la necesidad y al derecho a trabajar generando un espacio sustentable, permanente y autogestionado por los usuarios. Ese encuentro, sumado al descarte de muebles por parte del hospital, da lugar al uso de un pasillo para hacer restauraciones y lavado de muebles.

El modo de trabajo, el porte de los muebles y la idea agradable a la institución, pero no contaban con espacio físico suficiente para trabajar. En ese recorrido, una colega terapeuta ocupacional -jefa de servicio- colabora a la búsqueda y autorización de un lugar más amplio, donde funcionó La Huella por 10 años. Ahí comenzó un proceso de desprendimiento del servicio por dos cuestiones claras: por un lado, se movilizaron de un pabellón a otro y, además, comenzaban a pensarse en la línea de Empresa Social y el dispositivo -hasta ese momento- tenía por objetivo la atención psicológica a través del trabajo.

Así funcionó La Huella desde 2008 hasta el año 2013, donde, a partir de los vínculos construidos en ese tiempo, acceden y experimentan en la modalidad cooperativa. Allí se abre la puerta a un mundo nuevo: contacto con el cooperativismo, conocer las luchas de las empresas recuperadas, asistir a congresos, conocer la dimensión política de lo que estaban haciendo, además de recuperar una forma jurídica la cual permite solicitar recursos a otras organizaciones que donan insumos de manera independiente, entre otros beneficios. Es así como en el año 2014 se constituyen como cooperativa de trabajo.

Se abre así, una brecha entre el Hospital con sus fines y la cooperativa como una presencia cuasi privada: si bien la cooperativa en origen es privada, el apoyo público estaba claro desde el cargo que sostenía el coordinador del emprendimiento como trabajador del Hospital, además de parte de su apoyo material como predio y servicios otorgados a la cooperativa. Estas interrupciones en los vínculos hacen crisis a mediados del 2018 con un pedido de desalojo desde el Hospital hacia La Huella. Luego de un tiempo de resistencia, de acciones concretas, de pedidos de amparos, en junio de 2019 la cooperativa se mudó a una casa abandonada que tenía el Hospital "Casita de Ávila" (lugar donde funciona actualmente), lindando con las rejas de la institución total: el lugar se encuentra deteriorado, en condiciones no alojantes y solo alberga a la mitad de las actividades. Estas condiciones colocan en una situación precaria a un emprendimiento laboral que ha alcanzado el nivel de mayor complejidad al conformarse como cooperativa de trabajo, además de visibilizar formas de adecuación a los marcos normativos vigentes en un contexto de innegable exclusión.

Está claro que La Huella presenta un fuerte nexo con los procesos de salud, que permite vislumbrar y entenderla de manera integral, como un proceso social dinámico, vinculado al empoderamiento personal y grupal sobre un proceso social clave en la economía social y solidaria. Se evidencian las formas organizativas de trabajo asociativo y autogestivo. Actualmente, allí trabajan 7 socios de la cooperativa y 4 talleristas. Del total de socios, 6 son usuarios del servicio público de salud mental: 5 asisten a consultorios externos y 1 se encuentra en situación de internación por problemáticas de orden social.

Es -entonces- su misión, dar vida social, vida económica y derechos que no deben ser sólo asistenciales para las poblaciones de usuarios de servicios de Salud Mental.

Si bien se ahondó sobre La Huella como una experiencia modelo en Argentina por ser el primer emprendimiento socio productivo que se conformó como Cooperativa de Trabajo, donde sus socios son usuarios del servicio público de salud mental, existe una vasta diversidad de trayectorias en nuestro país que, bajo diversas formas jurídicas, desde

distintos ángulos y de diversas formas, están haciendo, creen hacer o hacen sin saberlo, empresa social. Muchos de ellos son Talleres Protegidos, Cooperativas que brindan servicio de cuidado, las vinculadas a programas estatales como fueron el "Argentina Trabaja" y "Ellas Hacen" -que han llegado a ser más de 7000 constituyendo el 25% de del total de cooperativas del país-, las que aúnan recicladores y realizan tareas de cuidado socio ambiental, entre otras. Tal como señala Razeto (2006) generar genuina inclusión social implica un proceso integral: económico, político y cultural.

Reflexiones finales

A partir de la experiencia de la reforma psiquiátrica que se ha dado en Italia, se ha demostrado que dispositivos como las cooperativas sociales, son una alternativa al modelo hegemónico psiquiátrico, pudiendo ser uno de los componentes de la red de salud, tal como indica la Ley Nacional de Salud Mental. También en países como Brasil y España el trabajo ha sido fundamental dentro de un modelo de atención basado en recuperar derechos, autonomía y menor dependencia. Como sujetos políticos debemos cuestionar y ser críticos de la realidad, con sus respectivos procesos políticos, sociales y culturales para poder pensar en una viabilidad política, técnica, social y financiera del proceso desinstitucionalizador. La lucha debe ser teórico técnica: la experiencia en Rio Negro en general, y las de empresas sociales en particular, allanan el camino y demuestran que es posible destruir la lógica manicomial en Argentina con dispositivos comunitarios.

Tal como expresan Spampinato y Testa (2016) la posibilidad de articular horizontes, conocimientos y prácticas de diversos campos (como la salud y el trabajo) constituye sin duda uno de los desafíos actuales para la Terapia Ocupacional. Es cierto que nuestro trabajo se desarrolla en el marco de determinantes estructurales, por lo que las tensiones entre asistencialismo y derechos, entre necesidades y los recursos disponibles, existen. Sin embargo, como terapeutas ocupacionales podemos comenzar a construir contextos que alienten y que creen condiciones que acrecienten el sentido del valor personal y capitalice el placer que se extrae de las cosas que se hacen. Pensar al trabajo no como terapia, sino como condición preliminar para que la persona pueda estar mejor. El trabajo como derecho.

El incremento de autonomía e independencia en la vida cotidiana es el campo de trabajo diario de los y las terapeutas ocupacionales. La inserción en el mundo productivo, la formación y el trabajo son medios para la liberación y emancipación social desde el hacer. Es necesario hablar de empresa, de economía; para crear instrumentos y dispositivos que sancionen la exclusión del mercado y buscar la generación

de beneficios económicos desde un enfoque que potencie las capacidades y la generación de redes y lazos solidarios. La formación permanente debe ser un derecho, sobre todo para los más vulnerables. ■

[Recibido: 14/04/2019 - Aprobado: 14/03/2020]

Referencias bibliográficas

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*.
- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en Salud Mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 173-182.
- Cohen, H., Natella, G. (2013) *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro* (pp. 189 - 357). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. 1 de Octubre de 1996
- De Leonardis, O., Mauri, D. y Rotelli, F. (1994) *La Empresa Social* (pp. 11 - 21). Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión. Recuperado en: <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/10/apres-la-empresa-social-rotelli-franco-leonardis-ota-mauri-diana-apresentac3a7c3a30.pdf>
- Declaración de Caracas. (1990) *Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela. OPS/OMS. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789). Adoptada por la Asamblea Nacional Constituyente francesa. Recuperada en: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/humano1789.htm>
- Dell'Aquila, P. (2012) *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. IDEASS Italia. Recuperado en <http://www.triestesalutementale.it/spagno/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Falcone, R. (2010). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Recuperado de: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_Historialnstit.pdf
- Galende E. (2015) Prologo. Cruzar el Muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. En CELS (ed.) (pp. 5 - 11). Recuperado de: <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>
- Legge Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori N° 180. Publicado en Gazzetta Ufficiale. República Italiana, 13 de mayo 1978.
- Legge Disciplina delle cooperative sociali N° 381. Publicado en Gazzetta Ufficiale. República Italiana, 8 de noviembre 1991.
- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo de 1999.
- Ley de Atención de Salud Mental N° 10.772. Santa Fe, Argentina. 1 de abril de 1992
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 27 de julio de 2000
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- Ley Prohibición de la Institucionalización N° 536. San Luis, Argentina. 13 de diciembre de 2006
- Ley Protección de la Salud Mental N° 9.848. Córdoba, Argentina, 20 de octubre de 2010.
- Ley Provincial I - N° 384. Chubut, Argentina, 22 de octubre de 2009.
- Ley de Salud Mental N° 8.806. Entre Ríos, Argentina, 14 de julio 1994.
- Ley Provincial de Salud Mental, tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental N° 2.440. Río Negro, Argentina, 10 de octubre de 1991.
- Ley Salud Mental N° 6.976. San Juan, Argentina. 11 de noviembre de 1999.
- Martínez, M. y Sena, S (2012). Desde el mar hacia la sierra; experiencia de formación para trabajadores de la salud mental en economía social y solidaria. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2270/ev.2270.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud mental*. Argentina. Recuperado en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Resolución 715/2019 de la Ley nacional de Salud Mental N° 27.657*. Recuperado en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/206363/20190426>
- Pastore, R. (2010). Un panorama del resurgimiento de la economía social y solidaria en la Argentina. *Revista de Ciencias Sociales*, 2 (18), 47 - 54.
- Razeto, L. (2006). Inclusión social y Economía solidaria. *Conferencia dictada en el Simposio latinoamericano "Inclusión Social, dimensiones, retos y políticas"*. Caracas. Recuperada en: <http://www.luisrazeto.net/inclusi%C3%B3n-social-y-econom%25C3%25A-Da-solidaria>
- Rotelli, F. (2000) Empresa social: construyendo sujetos e derechos. En P. Amarante (ed.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. (pp. 301 - 306). Loucura & Civilização collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado en: <http://books.scielo.org/id/ht-jgj/pdf/amarante-9788575413197-15.pdf>
- Rotelli, F. (2015) *Para una empresa social*. (pp. 100-113). En: *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Editorial Topía, Buenos Aires Argentina.
- Rotelli, F. (1993) *Re-habilitación de la re-habilitación*. Recuperado en https://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/47_comoq_riabilitare_es.pdf
- Sacristán, C. (2009) La locura se topa con el manicomio: Una historia por contar. *Cuicuilco*, v. 16 (45), (pp. 163-189). Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es.

Sena, S. (2017). *La economía social solidaria como un aporte a la salud comunitaria*. (pp. 13-28). Colección PGD E-books. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universidad Nacional de Quilmes Posgrado.

Sirianni, M (2011). *Descripción y análisis de un programa de integración sociolaboral para adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de em-*

presa social como estrategia de salud mental comunitaria: estudio de caso (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaSMC/Sirianni_M_Descripcion_2011.pdf

Spampinato, S. B., Testa D. E. (2016). Emprendimientos Sociales en Salud Mental. Transformar desde “abajo”. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 19 -27.

Cómo citar este artículo:

Araujo, V. (2020) Emprendimientos que producen lo social: la fractura entre el mundo del trabajo y el mundo de la asistencia en Salud Mental. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 60-67.