

¿Pacientes o trabajadorxs? Discursos, imaginarios y prácticas en experiencias de inclusión socio-productiva de personas con padecimientos mentales.

Romina Berman.

Cita:

Romina Berman (2021). *¿Pacientes o trabajadorxs? Discursos, imaginarios y prácticas en experiencias de inclusión socio-productiva de personas con padecimientos mentales. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/130>

XIV Jornadas de la Carrera de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires. Sur, pandemia y después.

Mesa 229. La economía popular, social y solidaria ante la pandemia del COVID 19. Experiencias socio- económicas alternativas en la Argentina reciente. Trabajo asociado, organización socio- productiva y acción colectiva ante las transformaciones del mundo del trabajo.

Autora: Romina Berman (UNGS)

rberman@campus.ungs.edu.ar

¿Pacientes o trabajadorxs? Discursos, imaginarios y prácticas en experiencias de inclusión socio-productiva de personas con padecimientos mentales.

1. Introducción

En el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (LNSM). No se trató de una irrupción repentina, sino de una instancia de condensación de viejos debates acerca de la locura, la sanidad, y cuál es el rol que deben desempeñar lxs sujetxs con padecimientos mentales. La norma está orientada a desterrar el modelo manicomial y reemplazarlo por tratamientos “a puertas abiertas” a efectos de consolidar la integración social. En este marco, la conformación de espacios comunitarios para la incorporación sociolaboral se postula como un pilar fundamental. Realizaremos entonces algunas reflexiones sobre la vinculación entre salud mental y Economía Social y Solidaria (ESS), entendiendo a esta última como una llave posible para la materialización de un modelo sanitario anclado en la perspectiva de derechos. Para ello indagaremos en diversos ejes: tensiones entre la normativa y su aplicación efectiva; diferencias entre el modelo psiquiátrico hegemónico y el enfoque comunitario para pensar a lxs usuarixs¹ como trabajadorxs; relaciones de fuerza entre los actores intervinientes para motorizar u obstaculizar estas experiencias socio-económicas; potencialidades y desafíos para la conformación y sustentabilidad de estos emprendimientos.

2. Antecedentes

La historia de la legislación y el sistema de salud mental en Argentina exceden los objetivos del presente trabajo.² Aquí realizaremos una sucinta periodización con la sola intención de marcar los puntos de inflexión que desataron algún movimiento o cambio en dicho trayecto. Este camino atravesó escenarios con relaciones de fuerza disímiles, que

¹ “Paciente” es el término utilizado en el marco del modelo médico hegemónico, mientras que “usuarixs” supone una visión crítica de aquel. Proponemos utilizar esta denominación.

² Para el proceso de constitución del campo de la salud mental en Argentina y su institucionalización, véase Carpintero y Vainer (2004), Faraone y Barcala (2020).

impactaron en los avances y retrocesos vivenciados por lxs colectivxs que bregaron por acciones inclusivas.

Desde fines de la década de 1950, las discusiones sobre los campos de exterminio del nazismo impulsaron en la agenda internacional la problemática sobre la vulneración de los derechos humanos en condiciones de encierro. Esto impactó en el campo de la salud mental y el manicomio comenzó a ser cuestionado. De aquí se derivaron diversos procesos de reconversión con improntas y ritmos dispares, como la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos, la antipsiquiatría inglesa, el Sector en Francia, la desmanicomialización en Italia, entre otros.³ Estas iniciativas críticas a la psiquiatría tradicional impactaron en el plano local, y así la mirada biologicista comenzó a encontrar competencia con propuestas que apuntaban a la vinculación de lxs usuarixs con su entorno a partir de un abordaje interdisciplinario. En los años siguientes se forjaron los movimientos de Salud Mental Colectiva y Medicina Social Latinoamericana como proyectos éticos, teóricos y políticos, que dieron pie a experiencias alternativas de manera desarticulada; en la Argentina en su mayoría fueron eliminadas a partir del golpe de Estado de 1976. Con el advenimiento de la vida democrática en 1983 en algunas provincias se implementaron planes de desinstitucionalización. Si bien estas acciones no se plasmaron en una política de Estado, cabe señalar que de la mano de la consolidación de organismos de derechos humanos, la violación de estos últimos en las instituciones ligadas a la salud mental ganó lugar en la discusión pública: la intención era trocar la representación de la persona enferma y disminuida por otra concebida como sujetx de derecho.

Al encontrarse la salud mental y la legislación insertas en un universo social más amplio, el desguace del Estado y la desfinanciación en los años 90 supusieron un obstáculo para la profundización de un nuevo paradigma. A pesar de la sanción de tratados y convenciones internacionales y regionales orientados hacia la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades psicosociales, las gestiones de signo neoliberal profundizaron la mercantilización de la salud, la estigmatización y criminalización de la pobreza, derivando todo esto en una mayor exclusión social.

Luego, en el período 2003-2015, en consonancia con los gobiernos posneoliberales de la región, en la Argentina se experimentó una ampliación de derechos salvaguardada por una mayor intervención estatal en múltiples ámbitos. Y en este sentido, si bien los logros en materia de atención de la salud mental no han significado modificaciones estructurales (Stolkiner, 2013), se han cimentado experiencias valiosas. Por consiguiente, en el marco de una parcial deslegitimación del discurso neoliberal, organizaciones de trabajadorxs de la

³ Para las reformas psiquiátricas véase Galende (1990).

salud mental, de derechos humanos, de usuarixs y familiares conformadas previamente lograron hacer públicas problemáticas que en la década previa habían sido relegadas al espacio privado (por vergüenza y estigmatización, como así también por ausencia de un actor estatal capaz de motorizar y canalizar estas demandas). El enfoque tecnocrático y biomédico comenzó a ser reemplazado en varios espacios por otro centrado en los derechos humanos de lxs usuarixs.⁴

Es a partir de estos acontecimientos, en conjunto con alguna normativa provincial y otra internacional, que se abrió el proceso de debate y posterior sanción de la LNSM. A grandes rasgos, la ley propone sustituir los hospitales monovalentes por un conjunto de dispositivos de atención en red. En lo referido a la inclusión socio-laboral, se establece la promoción por parte de las estructuras estatales de la integración laboral y social, a la vez que se alienta la adopción de las modalidades terapéuticas que resulten más efectivas para su consecución. Asimismo se señala el fomento de cooperativas de trabajo, centros de capacitación y emprendimientos sociales. Todas estas acciones se presentan enmarcadas en una articulación entre el ámbito público y las organizaciones comunitarias.⁵ El máximo objetivo planteado al momento de la aprobación de la norma fue el cierre definitivo de los nosocomios; luego de 11 años estas instituciones continúan en actividad. No obstante, este hecho no debe opacar la heterogénea realidad que muestra una multiplicidad de iniciativas, entre ellas las productivas.

3. La integración a partir de las experiencias autogestivas y sus condiciones de posibilidad

La LNSM, desde una óptica comunitaria, propone pensar la salud mental de manera integral y en vinculación con todas las esferas de la vida. En este sentido, invita a abandonar los diagnósticos que sólo se anclan en factores biológicos para involucrar también los de carácter socioeconómico, cultural y político. Este enfoque situacional conduce a desechar la concepción del proceso de salud-sufrimiento-atención-cuidado como una faceta recortada y puramente individual; por el contrario, plantea la necesidad de analizarla inmersa en el mundo social. De esta manera, tanto la detección de cuadros patológicos como las estrategias para su control o reversión reposan en lecturas y estrategias transdisciplinarias. Pensar la salud mental como hecho social total (Mauss, 2009) permite ampliar el abanico de opciones para el tratamiento más allá de las instituciones abocadas a la salud mental en

⁴ Algunos acontecimientos significativos de estos años son la creación de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos (2006), Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional (2007) impulsado por Madres de Plaza de Mayo, la publicación del informe del CELS *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (2008).

⁵ Véase Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: Capítulo IV, Art. 7° inciso d); Capítulo V, Art. 11; Capítulo IX, Artículo 36.

sentido estricto, porque aquella se lee como expresiones que emergen a partir de un conjunto de prácticas, ideas y valores en circunstancias específicas, en interacción con otros fenómenos sociales. Por consiguiente, el acceso a la salud se encuentra inexorablemente ligado a otros, como el derecho al trabajo, vivienda, reproductivos, entre otros. Todos ellos son apalancados por la norma, más allá de la atención de la salud de manera particular, porque “no solo se dedica al ‘derecho a la salud mental’, sino que recepta y esclarece el ejercicio de otros derechos humanos fundamentales de las personas que, dado su carácter de indivisibles e interdependientes, también se ponen en juego en la relación del sujeto con el sistema de salud mental” (Faraone y Barcala, 2020: 66).

En relación a las temáticas que nos competen, entendemos que la economía de mercado efectúa comportamientos expulsivos de forma estructural y sistemática, y esta dislocación suele aquejar aún más a colectivos vulnerables. Bajo estas condiciones, lxs usuarixs acarrear una doble desventaja: la exclusión en un sentido general, y la imposibilidad de cumplir con los estándares y requerimientos que el mercado, en este caso el de trabajo, exige. Por eso es que han surgido variadas experiencias autogestivas para sostener la vida de lxs usuarixs.⁶ Estas organizaciones se rigen por los parámetros de la ESS dado que su principal objetivo radica en la satisfacción de necesidades sociales, corriéndose de la racionalidad capitalista. Existe una propiedad colectiva de los medios de producción, estructuras democráticas para la toma de decisiones y la construcción de la normatividad interna, y la solidaridad como eje funda el carácter cooperativo del trabajo como así también la apropiación de sus resultados. Además, tienden a cultivar lazos comunitarios más allá de las fronteras de la propia organización, tanto a través de articulaciones mercantiles como no mercantiles (Kasparian, 2013). La dimensión productiva se eslabona necesariamente con principios que expresan una alternativa al proyecto civilizatorio vigente al resignificar las nociones de trabajo, trabajador/a, salud, enfermedad, y en cuanto a las metas que pretenden alcanzar estos emprendimientos. Se proponen procesos de institucionalización diferentes a los que pauta la lógica del capital. De este modo, entendemos que las empresas sociales y otras instancias autogestivas sostenidas por lxs usuarixs pueden leerse como formas de integración que no responden a las reglas del mercado: no sólo porque el punto de llegada no consiste en maximizar el beneficio, sino porque involucra además formas de pensar, sentir y actuar diferentes a las dispuestas por la cosmovisión neoliberal.

⁶ En el plano internacional podemos señalar como ícono las empresas sociales en Trieste, que fueron impulsadas en los años '70 por el psiquiatra Franco Basaglia; para lineamientos generales de su propuesta véase Basaglia (2008). En Argentina La Huella fue la primera cooperativa latinoamericana conformada por usuarixs, Una Movida de Locos (La Plata), Hilando Caminos (Trelew), Chacra La Unión y Vivero La Esperanza (Viedma), entre otras. Véase también Bejarano y Vázquez (2020), Anexo I: Emprendimientos de Integración Sociolaboral integrantes de la “Red de Cooperativas Sociales”.

Si nos detenemos en el análisis sobre el surgimiento de estas experiencias, podemos observar que las trayectorias tienen varios elementos en común. Generalmente se gestan desde los márgenes. Es decir, suelen instituirse como espacios periféricos que no conforman el corazón de los proyectos institucionales, pero se nutren de sujetos, recursos y experiencias que pertenecen a ese “adentro”. Aparecen tensiones entre la organización formal y el trabajo concreto de los profesionales, entre los programas explícitos y las demandas de sus miembros y/o su público externo; se generan fisuras que ayudan a alterar las expectativas y los roles estipulados. En este sentido, planteamos un interrogante acerca de la utilidad estratégica de situarse “por fuera” de las estructuras ya establecidas que, muchas veces, reposan en los criterios de la medicina hegemónica. En este punto, las reflexiones de Bejarano y Vázquez (2020) resultan esclarecedoras: “si estamos totalmente afuera, el dispositivo ganará en libertad pero dejará intacto el adentro institucional; si estamos demasiado en el centro de los dispositivos, no habrá gran desarrollo hacia lo comunitario y la libertad como ejercicio terapéutico” (90). Al pensar los campos existentes como espacios en disputa, se desata una lucha por la dependencia o la libertad, por la reproducción o la transformación. Es en estos grises que han nacido muchos de los emprendimientos productivos que hoy continúan en ejercicio, que han tenido como punto de partida una propuesta por parte de colectivos de trabajadorxs de la salud mental en espacios institucionales ya constituidos; luego el fortalecimiento a través de lazos con nodos externos (públicos y/o privados, para asistencia técnica, financiamiento, provisión y venta, etc.); para robustecer las prácticas innovadoras y debilitar la subordinación a la dinámica institucional original.

Esta modalidad se ha venido implementando con anterioridad a la reforma legal, y no se observa un impacto significativo a partir de la misma. Dentro de la literatura especializada son reiteradas las referencias al bajo grado de aplicación de la LNSM de manera general, y que por supuesto impacta en lo relativo a la inclusión socioproductiva de los usuarios.⁷ Esto deriva en una desarticulación de los proyectos en danza, cuyas realidades y recursos exhiben disparidad a partir de las condiciones regionales, la orientación de gobiernos locales, la presencia o no de agrupaciones de trabajadorxs, usuarios y/o familiares dispuestos a presionar por el cumplimiento de la LNSM, las disputas inter e intraprofesionales, el desempeño de los órganos locales de revisión de la ley, entre otros. Tal panorama obliga a emprender un estudio pormenorizado para dar cuenta de manera rigurosa de esta heterogeneidad, empresa que traspasa los objetivos de la presente ponencia. No obstante, destacamos que la sistematización del origen y desarrollo de estos

⁷ Véase Bejarano y Vázquez (2020), Faraone y Barcala (2020), Gorbacz (2019), Stolkner (2013), Galli (2011), documento “A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: propuestas para saldar una deuda histórica” suscripto por asociaciones de la sociedad civil.

proyectos socioproductivos constituye una de las líneas a trabajar en la investigación de más largo alcance en la que se inserta. En este sentido, cabe destacar que este proyecto continúa aún con severas áreas de vacancia, aunque existen algunas instancias colaborativas a través de las cuales se está intentando fomentar la vinculación.⁸ Por lo tanto, esbozaremos a continuación algunas consideraciones generales acerca de los diversos actores involucrados y sus interacciones, a efectos de identificar potencialidades y obstáculos para la expansión de este tipo de organizaciones.

4. Lxs actorxs

Para comenzar, proponemos en términos metodológicos evitar las representaciones monolíticas de lxs actorxs intervinientes, ya que este posicionamiento acarrea el riesgo de adjudicar intereses o funciones a priori. Por eso resulta pertinente pensarlxs en el marco de una economía mixta (Coraggio, 2007), para advertir la pluralidad y las contradicciones constitutivas de la experiencia sociológica real. En este sentido, advertimos que lxs agentes de la ESS, el capital y el Estado se mueven con sentidos diferentes y se orientan por objetivos que resultan conflictivos entre sí. Si bien esta diferenciación es necesaria como punto de partida, sostenemos que resulta insuficiente, dado que al interior de cada una de estas esferas también podemos encontrar tensiones y direcciones contrapuestas. Retomando lo señalado, afirmamos que este abordaje se muestra clave al momento de reparar en las intervenciones estatales. Desagregar al Estado en sus diferentes niveles (nacional, provincial, municipal) habilita a contrastar los magros avances federales con las iniciativas emprendidas a una escala menor. Tomamos de Aguilar Hernández (2016) la idea de reemplazar la noción de Estado por la de “acción estatal”, en sintonía con avanzar en una descripción de las prácticas dentro de cada coyuntura específica que se distancie tanto de un análisis formal, como de otro prescriptivo. Desde esta posición, observamos que en términos materiales no se ha alcanzado a la fecha un despliegue importante de dispositivos de atención capaces de estimular actividades socioproductivas, los presupuestos provinciales y locales destinados a salud mental no han aumentado según lo previsto por la Ley⁹, y son contados los casos en los cuales los recursos asignados a neuropsiquiátricos fueron reorientados hacia la institucionalización de prácticas alternativas respecto del modelo manicomial (Gorbacz, 2019).

Al mismo tiempo, aunque la LNSM parte de un abordaje integral tanto de la salud como de lxs usuarixs, los usos arraigados derivados de la mirada moderna occidental que divide, especializa, y fragmenta, se terminan imponiendo en la gestión estatal. Esto genera

⁸ Algunas de ellas: Red Nacional de Cooperativas Sociales en Salud Mental, Programa Estudios del Aprendizaje en Autogestión (CEDESI-UNSAM), Registro Colectivo Nacional de Organizaciones de Salud Comunitaria (ReCONOSCo).

⁹ Véase Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: Capítulo IX, Art. 32.

vacíos legales y contradicciones burocráticas que obstaculizan la materialización de la inclusión laboral de estos sectores. Un ejemplo de ello es la pérdida de la pensión no contributiva por discapacidad en caso de registrarse para el monotributo social, condición impositiva que es utilizada por usuarixs que realizan emprendimientos productivos autogestivos. En muchas oportunidades gracias a la movilización de lxs colectivxs implicadxs estas situaciones se han destrabado con resoluciones del Instituto Nacional de la Economía Social (INAES); algunas de ellas también han simplificado los requerimientos burocráticos para el registro de cooperativas sociales integradas por personas con discapacidad psicosocial.

Por lo tanto, pensar en la potencialidad del Estado como aliado obliga a detenerse en las cuestiones señaladas. Los años transcurridos desde la sanción de la LNSM en 2010 evidencian que la modificación del marco normativo y la presencia estatal en sí misma no asegura la consolidación del paradigma comunitario e inclusivo, que con frecuencia sigue dependiendo de las vinculaciones forjadas en el territorio cercano. En palabras de Gago (2014), “el nuevo estatismo está lejos de ser una forma de inmunización al neoliberalismo” (14) porque las estructuras estatales se encuentran inevitablemente afectadas por la desnacionalización y la financiarización de la economía global. Por eso aparece como factor ineludible el impulso de nuevas intervenciones estatales, como “brindar formas jurídicas más simples y adaptadas a la realidad de este tipo de cooperativas, que se puedan formalizar en un plazo breve, ofrecer líneas de financiamiento, regular excepciones impositivas y establecer mecanismos preferenciales en licitaciones y obra pública, todo ello bajo mecanismos que no descuiden y contengan la particularidad en el caso de personas con sufrimiento mental” (Bejarano et al., 2018). Es decir, presionar para que las relaciones de fuerza empujen a que las acciones tiendan más a la protección que a la mercantilización.

Por otra parte, lxs profesionales vinculadxs a la salud también componen un universo variopinto. Pensar la salud mental más allá de las prestaciones implica reordenar el mapa del sistema de profesiones, lo cual pone en jaque las jurisdicciones y jerarquías de éstas (Abbott, 1988). Concebir a lxs usuarixs como trabajadorxs exige la implementación de dispositivos que se sitúen por fuera del hospital especializado, entonces surge la necesidad de contar con diversas disciplinas para su diseño e implementación. Estas circunstancias desatan disputas al interior de cada campo disciplinar, relativas a la aceptación o rechazo del nuevo paradigma; y entre diferentes profesiones por el control de espacios de trabajo. No es casual que la sanción de la LNSM haya sido especialmente resistida por dos actorxs: el complejo médico-industrial-financiero al ponerse en cuestión la medicalización de las problemáticas, y las asociaciones de psiquiatras que veían amenazada su posición (Faraone y Barcala, 2020). La mirada comunitaria no expulsa a la psiquiatría, pero sí impugna la impronta biomédica que prima en el modelo hegemónico. Apostar a la autonomía de lxs

usuarixs supone interacciones novedosas, que requieren de una coordinación entre profesionales más que el control de una especialidad por sobre otras. Aquí reaparece la relevancia del diagnóstico como tecnología de poder, ya sea en su variante biologicista como situacional, condición que puede hacerse extensible al tratamiento. Mientras que la primera refuerza al/la psiquiatra como autoridad y su potestad para medicar, la segunda da lugar a un abordaje múltiple (medicación, actividades recreativas, asambleas para la discusión y toma de decisiones, proyectos socio-laborales, entre otras opciones). Estas tensiones permean los ámbitos laborales, a la vez que cuestionan espacios de formación, de construcción de prestigio y legitimación. Lo que conlleva a posicionar de manera diferente a lxs usuarixs.

La medicina tradicional ha acuñado el término “paciente” para referir a la persona que padece una patología y que aguarda, con pasividad, que quien detenta el saber lo enderece; requiere tutela por su condición de minoridad. Sólo cuenta como portadora de enfermedad: queda sujeta a ella y es esta sujeción la que le da identidad. La LNSM subvierte esta noción para apuntalar los principios de actividad y autonomía. No se trata sólo de una mera discusión semántica, sino de imbricar la construcción de nuevas significaciones con la lucha por la alteración en el orden material. En este sentido, ver en lxs usuarixs a potenciales trabajadorxs insta a trascender la mirada binaria instalada en términos de locura-sanidad de manera excluyente. Y exhorta a abrazar concepciones más ambiguas, que se acercan más a las experiencias concretas, cambiantes y dinámicas. Pensar en una individualidad paradójica (Badaró, 2014) aporta fuerza explicativa para dar cuenta de dimensiones que podrían pensarse opuestas, incluso por parte de lxs mismxs usuarixs. Ellxs no niegan sus condiciones, en muchos casos constituyen su identidad sin pretender un estado de “normalidad” según los cánones socialmente establecidos. Se posicionan como personas que sufren una enfermedad, no como enfermxs; se paran como sujetxs que exigen una voz propia: el lema “nada de nosotrxs sin nosotrxs” lo ilustra.¹⁰ Esto desafía las relaciones de poder entre médicxs y pacientes, ya que éstxs se desligan de una supuesta imposibilidad esencial y perpetua. La ilusión de control que provee la medicalización de la vida no rige únicamente para lxs profesionales, también puede inquietar a usuarixs y familiares.

Dentro de este último grupo podemos identificar un doble movimiento que impacta de manera disímil sobre el impulso de las experiencias sociolaborales. Por un lado, las ya mencionadas en torno a la participación activa en prácticas comunitarias. Por otro, visiones condicionadas por los cánones de productividad y eficiencia propios de la economía de

¹⁰ Estas expresiones se han recogido de asambleas de la Red Federal de Usuarios, mesas de trabajo del Encuentro Plurinacional de Prácticas Comunitarias en Salud, reuniones de familiares de Asociación argentina de ayuda a la persona que padece esquizofrenia y su familia (APEF), entre otras instancias.

mercado. Al existir la chance de no alcanzar estos parámetros por parte de lxs usuarixs, temen a su frustración y que ésta derive en posibles crisis posteriores. Se clausura la oportunidad antes de intentar una experiencia concreta al colarse la mirada esencialista que explica las posibilidades presentes y futuras a partir de la enfermedad. Aparece una dificultad para pensar proyecciones con altibajos y vaivenes, y las actividades productivas que realizan lxs usuarixs son leídas como viables únicamente en el plano individual y/o acotadas a un pasatiempo.¹¹ Estas actitudes juegan como una barrera, ya que en las propuestas socioproductivas abordadas el soporte familiar tiene un rol central a la hora de sostener a sus miembrxs.

5. Desafíos

Tal como se destacó, las organizaciones de la ESS conviven con otras en una economía mixta en la que predomina la racionalidad capitalista. De este modo, los emprendimientos ligados a la salud mental no están exentos de los problemas comunes que aquellas enfrentan. La normatividad impuesta por la economía de mercado implica desventajas a partir de lo que la ESS considera prioritario en las etapas de producción, circulación, distribución y consumo.¹² Y estas condiciones imponen dificultades para su supervivencia y sustentabilidad. En el caso de las iniciativas que analizamos, el carácter problemático se agudiza al tratarse de sujetxs con padecimientos mentales. Entonces: ¿se debe priorizar la actividad de usuarixs en clave terapéutica? ¿O los criterios económicos deben ser el norte para apostar a la viabilidad? El reto es incorporar ciertos elementos de mercado como la calidad, segmento de potenciales consumidorxs, recursos técnicos, sin descuidar la integración y derechos de sus miembrxs. La meta es evitar un “marketing de la caridad” que inste a adquirir los productos o servicios por lástima o para que no se sientan rechazadxs, y que esto a su vez atente contra la confianza y autoestima de lxs usuarixs. Construir equilibrios siempre provisorios en espacios productivos que se ubican en una competencia conflictiva con el mercado, y que incluso pueden presentar en determinadas circunstancias instancias de cooperación (aunque no necesariamente deseada). Como expresa Coraggio (2014), aunque las formas no capitalistas busquen conscientemente la autonomía, “puede haber pasado a ser una forma de subsidio al capital en el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo. Y este análisis se potencia cuando se hace en el contexto del conjunto de relaciones de la sociedad.” (25).

En el plano cultural, desde la ESS se plantea pensar la economía como un espacio de acción que construye cosmovisiones y un sentido común. En este punto, creemos que la

¹¹ Se han recogido estas expresiones en reuniones de familiares de usuarixs de La Puerta. Centro de salud, arte y pensamiento.

¹² Sobre los obstáculos que enfrentan los espacios productivos de la ESS y sus “formas degeneradas” véase Singer (2000).

integración de lxs usuarixs a través de proyectos productivos solidarios colabora para desarmar su estigmatización. La desigualdad sufrida en términos simbólicos refuerza los impedimentos para su inclusión laboral, generando así un círculo vicioso de exclusión. Aguilar Hernández (2016) manifiesta que a la preocupación por demoler el orden neoliberal debemos anteponer el análisis de los procesos de subjetivación que tienen lugar bajo su influencia, porque es desde aquí que parte toda acción material y simbólica tendiente a subvertirlo. Si bien las gestiones de corte nacional y popular pusieron en cuestión algunos pilares de esta matriz, esta razón sigue operando “desde abajo” (Gago, 2014). Al reinante individualismo y la celebración de la gestión de sí debemos sumar en este caso las representaciones sociales que asocian locura con la peligrosidad, la preeminencia de esquemas tutelares que apuestan al encierro, y el peso de intereses corporativos que bregan por prolongar la mercantilización e individualización de la atención en salud mental para la generación de renta. Así, concebir a lxs usuarixs como trabajadorxs a partir de su participación en proyectos cooperativos potencia la paradoja entre el espíritu de la LNSM y el sentido común instalado. Porque más allá de reparar en el modelo médico de corte positivista como una traba y en los períodos de políticas neoliberales, una de las luchas más importantes es la que se libra por el significado de los conceptos. Aquí, a diferencia de la ingeniería institucional y la dimensión material, la LNSM ha permitido avanzar en la desnaturalización de la asimilación entre padecimiento mental y dependencia. Asimismo, el clima de ideas abierto por el debate de la normativa fomentó una mayor participación de usuarixs y familiares, la conformación más frecuente de equipos interdisciplinarios, algunos fallos novedosos que revisaron los criterios para la internación y la declaración de incapacidad. Además tuvo un nuevo impulso en el sector público la interacción entre dependencias de derechos humanos y de salud mental, sobre todo a nivel provincial. También cobró visibilidad la violencia institucional en el trato hacia internos de instituciones de salud mental. Por último, desde la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación se promovió la actualización de los espacios de formación en línea con el nuevo marco normativo (Gorbacz, 2019; Faraone y Barcala, 2020).

De esta forma, vigorizar las experiencias socioproductivas significa ir en contra de aquel aislamiento que tranquiliza a la parte “sana” de la sociedad. Porque habilita el vitalismo de las personas con discapacidad psicosocial al restituirles el derecho a decidir y actuar en un mundo incierto y complejo. Admitir la “dignidad del riesgo” por parte de lxs propixs usuarixs, familiares, profesionales y demás actorxs involucradxs es prerequisite para el desarrollo de estas prácticas.

6. Reflexiones finales

La inclusión sociolaboral a partir de proyectos solidarios y cooperativos se muestra como una estrategia posible entre otras para estimular la integración social de lxs usuarixs del sistema de salud mental. Estas iniciativas tienen un largo recorrido en el país, con trayectorias y características variadas. La LNSM, en su letra, busca afianzar lo realizado de manera autogestiva. Sin embargo, su aplicación dista de haber generado movimientos sólidos y sostenidos capaces de generar modificaciones significativas para poner fin al sistema hospitalocéntrico. Para ensayar posibles explicaciones frente a esta situación, hemos propuesto analizar sus múltiples facetas, pues consideramos que tanto la salud mental como las organizaciones de la ESS a ella vinculada deben ser abordadas como “fenómeno total”. Esto habilita no sólo a evitar la espera de soluciones mágicas de la mano de algunx de lxs actorxs que intervienen, especialmente el Estado, sino también a complejizar las reflexiones al reparar en su naturaleza contradictoria y cambiante. Además, permite rescatar las prácticas implementadas sin necesidad de evaluarlas en términos de rotundo éxito o fracaso. Preferimos un abordaje que no tema a las tensiones, y que las rescate como posibles instancias creativas. Identificar los avances particulares tanto como algunas inercias más generales permite pensar y trabajar desde lo real, lo posible. Sólo así se podrá avanzar en una integración más plena del sistema asistencial y los espacios productivos que permita una ampliación de escala y sustentabilidad.

7. Referencias bibliográficas

- . Abbott, Andrew (1988). *The System of professions*. Chicago, University of Chicago Press
- . Aguilar Hernández, Eduardo Enrique (2016). “Economía solidaria y territorio: Complejizando la propuesta de análisis territorial de Coraggio” en *Polis (Santiago)*, 15(45), 19-40.
- . Badaró, Máximo (2014). “One of the Guys: Military Women and the Argentine Army” en *American Anthropologist*, 117(1), 86-99
- . Basaglia Franco (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*, Buenos Aires, Topía
- . Bejarano, Federico y Vázquez, Alberto (2020). *Emprendimientos sociolaborales en Salud Mental. Apuntes para una pragmática de lo social*, Buenos Aires, Incluir
- . Bejarano, F., Burin, D., Daga, A., Pacheco, M., Sosa, G., y Heras, A. (2018). “Las Red de Cooperativas Sociales. Una construcción rizomática para incidir en políticas públicas” en *Crisis del modelo neoliberal y sus alternativas*. Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes
- . Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*, Buenos Aires, Topía

- . Coraggio, José Luis (2014). "Una lectura de Polanyi desde la economía social y solidaria en América Latina" en *Cadernos Metrópole*, 16(31), 17-35
- . Coraggio, José Luis (2007). *La economía social desde la periferia: contribuciones latinoamericanas*, Buenos Aires, UNGS/Editorial Altamira
- . Faraone, Silvia y Barcala Alejandra (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinadas para una cartografía posible*, Buenos Aires, Teseo
- . Gago, Verónica (2014). *La razón neoliberal*. Buenos Aires, Tinta Limón
- . Galende, Emiliano (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires, Paidós
- . Galli, Vicente (2011). "Problemática de la salud mental en Argentina" en *Voces en el Fénix*, Número 7
- . Gorbacz, Leonardo (2019). "Capítulo 3. Determinantes de la salud mental." en Trimboli, Alberto (dir.), *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*, Buenos Aires, Noveduc
- . Kasparian, Denise (2013). "De alianzas y solidaridades. Las articulaciones no mercantiles en las empresas recuperadas de la Ciudad de Buenos Aires" en *Revista OSERA* N° 8
- . Mauss, Marcel (2009). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*, Buenos Aires, Katz
- . Singer, Paul (2000). "Economía solidaria. Un modo de producción y distribución" en Singer, Paul y de Souza, André Ricardo (org.) *A economía solidaria no Brasil: a autogestao como resposta ao desemprego*, San Pablo, Editora Contexto
- . Stolkiner, Alicia (2013). "Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental" en Lerner, Hugo (comp.) *Los sufrimientos. 10 psicoanalistas, 10 enfoques*. Buenos Aires, Psicolibro