

06.

## La economía social y solidaria en los procesos de desmanicomialización: emprendimientos de trabajo-acogida-vida

Dulcinea Cardozo

**RESUMEN** El objetivo de este artículo es presentar algunas dimensiones significativas en la gestación de emprendimientos cooperativos y colectivos de economía social y solidaria en procesos de desmanicomialización y/o reformas psiquiátricas. En particular los aportes y desafíos de estas propuestas en la transformación de los imaginarios sociales de la locura que ubica a quienes han tenido o tienen una historia en relación a la locura como personas que están incapacitadas para trabajar y para gobernar su propia vida y a que quienes no, como las que tienen que generar prácticas de tutela y trabajo protegido. Se pretende contribuir a la producción de sentido de procesos autogestionados que pretenden generar ruptura en dos planos: con la lógica del capital y con la lógica manicomial. A partir de la experiencia uruguaya proponemos la composición de emprendimientos de trabajo, acogida y vida.

**Palabras claves:** Economía social y solidaria | Desmanicomialización | Tramas comunitarias | Trabajo

### *The social and solidarity economy in the demanicomialization processes: work-reception-life undertakings*

**ABSTRACT** The objective of this article is to present some significant dimensions in the gestation of cooperative and collective enterprises of the social and solidarity economy in processes of demanicomialization and / or psychiatric reforms. In particular the contributions and challenges of these proposals in the transformation of the social imaginary of madness that places those who have had or have a history in relation to madness, as people who are unable to work and to govern their own lives and to whom no, like those that have to generate guardianship and sheltered work practices. It is intended to contribute to the production of meaning in self-managed processes that seek to create a break on two levels: with the logic of capital and with the madhouse logic. Based on the Uruguayan experience, we propose the composition of work, reception and life undertakings.

**Keywords:** Social and solidarity economy | demanicomialization | community networks | work

**Dulcinea Cardozo**

Área Sector Cooperativo y Economía Social y Solidaria,  
Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio,  
Universidad de la República, Uruguay.  
<https://orcid.org/0000-0001-5244-0241>

**Correspondencia**

dulcinea.cardozo@gmail.com

Recepción  
16/11/2020

Aceptación  
07/06/2021

ISSNe  
2314-0208



## 1. Introducción: El Capitalismo es manicomial

*Las luchas concernientes a la salud mental deben insertarse en el conjunto de las luchas de los trabajadores por la defensa de la salud y en forma coordinada con todas las luchas de las fuerzas sociales y políticas por la transformación de la sociedad. No se trata para nosotros de obtener tolerancia para la locura, sino de hacer comprender que la locura es la expresión de las contradicciones sociales contra las que debemos luchar como tales. Sin transformación de la sociedad no hay posibilidad de una psiquiatría mejor, sino sólo de una psiquiatría opresora.*

*Historia de la Antipsiquiatría (s/d).*

Para el desarrollo del presente artículo los insumos principales parten de nuestras prácticas militantes y universitarias, que se han venido gestando en relación al campo-tema *trabajo y locura*, siendo una de las preocupaciones la construcción de los procesos de gestión colectiva en emprendimientos integrados por usuarios/as de salud mental. El estudio del que partimos se produce a partir de distintos trayectos en nuestra vida [privada-académica-militante] y son parte de los resultados de nuestra tesis de maestría<sup>1</sup>. Intenta producir nuevos pensamientos desde nuestras afectaciones, como punto de partida de nuestra mirada del mundo. Nos dispusimos a superar las dicotomías académica-militante que fuertemente se hace carne en nuestras prácticas universitarias, apostamos a pensar junto con otras y otros actores sociales, asumiendo sus luchas como parte de nuestra historia.

Las prácticas psiquiátricas, son producidas por lo que Foucault (2012) denomina poder disciplinar, que tiene efectos, fundamentalmente sobre el conjunto de la población, no pudiendo descontextualizarse del proceso de instalación del capitalismo a partir de la Modernidad, alianza capital-razón productora de formas dicotómicas de pensamiento (racional-irracional, normal-anormal, mujer-varón, blanco-negro, dependencia-independencia...) que sustentan el sistema-mundo capitalista, patriarcal, colonial y manicomial que producimos y reproducimos hasta la actualidad.

Se han venido realizando en distintas partes del mundo desde la década del '60, las denominadas Reformas Psiquiátricas que son transformaciones en el sistema sanitario, incluyendo modificaciones legislativas de distinto tipo y procesos de formación profesional para el cierre progresivo de los manicomios. Implica la creación de una red de servicios comunitarios y experiencias sustitutivas tanto en vivienda, trabajo y atención. La desmanicomilización además de lo mencionado, es una transformación cultural, transformación en las relaciones sociales, en las denominadas lógicas manicomiales (Cano, 2013; Cohen y Natella, 2013), entendidas como una lógica relacional de segregación, etiquetación y exclusión (por ejemplo: peligrosos/as, incapaces, improductivos/as, discapacitados/os, dependientes). Por lo tanto, no solo hablamos del campo sanitario, de la salud o la asistencia, hablamos de la vida. Los procesos de desmanicomilización son multidimensionales. Están estrechamente relacionados con otros movimientos sociales que busquen transformar este sistema-mundo, implica procesos de integración social cuestionándonos sobre ¿cómo vivir juntos/as? (Skliar, 2010). No se trata de generar formas para que "el otro o la otra" se incluyan en "nuestro" mundo, sino que cuestiona las formas en las que estamos juntos y juntas en nuestras prácticas cotidianas de vida, "estar abierto a la existencia de los demás. Qué pasa entre nosotros en vez de que pasa

---

<sup>1</sup> "Desmanicomilización en el Uruguay: experiencia de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo-acogida-vida". Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay. Finalizada en 2018.

con el otro” (Skliar, 2010). Esto nos ubica en una mirada intersectorial y transdisciplinar, pero principalmente en las tramas comunitarias donde se gesta la vida, la vida cotidiana, donde el campo de la Economía Social y Solidaria tiene un lugar significativo en tanto se propone alternativas, basadas en la solidaridad, el apoyo mutuo y la construcción de mundos vivibles para todas y todos.

La perspectiva de la economía social y solidaria (ESS), denominada “otra economía” surgen a partir de la década del ‘80 en Latinoamérica, y acompañan la emergencia de los Nuevos Movimientos Sociales, son experiencias diversas y dispersas que comienzan a nominarse bajo el concepto de Economía Solidaria. Emergen como respuesta social y colectiva al desempleo, la precarización del trabajo, la descomposición del tejido social, provocado por las transformaciones contemporáneas en el mundo del trabajo en América Latina. Acontecen desde una fuerte crítica que se realiza al sistema capitalista, desarrollando otras formas de concebir el trabajo, las relaciones (entre las personas y con la naturaleza) y la vida. Es un fenómeno complejo que al mismo tiempo es económico, social, político y cultural; que nos habla de un campo múltiple y plural.

Es un proyecto de acción colectiva (incluyendo prácticas estratégicas de transformación y cotidianas de reproducción) dirigido a contrarrestar las tendencias socialmente negativas del sistema existente, con la perspectiva - actual o potencial- de construir un sistema económico alternativo que responda al principio ético ya enunciado [la reproducción y desarrollo de la vida] (Coraggio, 2016:15).

La ESS se nutre del acumulado histórico de la Economía Social, que Guerra (2012) identifica en dos orientaciones: la orientación clásica y la orientación paternalista. La primera la ubica en una perspectiva europea que se da a fines de los ‘70 con la integración de mutuales y asociaciones, en conjunto con el cooperativismo como parte del mismo sector. La segunda surge a finales de los ‘90 y la define como: “conjunto de políticas dirigidas a incluir socialmente a los sectores más vulnerables de la población” (p. 77).

Se ha planteado por varios autores la necesidad de problematizar y cuestionar la búsqueda de inserción social al mismo sistema económico social que produce la exclusión, lo que puede generar programas y experiencias que se han llamado de “pobres para pobres” (Coraggio, 2016; Pastore, 2014), por tanto, se hace central lo que plantea Muscillo (s.f) “esta inclusión no puede llevarse a cabo sin preguntarse en qué sociedad queremos incluirnos” (s/d).

La insatisfacción de las necesidades económicas-laborales es un factor de exclusión social que obstaculiza los procesos de externación de los manicomios y el acceso a mayores niveles de autonomía e integración a la vida comunitaria. Por lo que, las reivindicaciones por el derecho al trabajo se han tornado central en los procesos de desmanicomialización y las reformas psiquiátricas. A su vez, la articulación con el cooperativismo y la economía social y solidaria en la creación de emprendimientos productivos colectivos ha sido una estrategia central principalmente en Italia, Argentina y Brasil, donde el trabajo colectivo se constituye como medio en la construcción de estrategias de vida digna y otros lugares sociales para la locura (Amarante, 2013). Surgen al plantear el trabajo como derecho para todas y todos, pero identificando que la estrategia de inclusión a un empleo dependiente no garantizaba la inserción laboral y mucho menos la integración social (De Leonardis, Rotteli y Mauri, 1995; Andrade, 2013) ya que se seguía manteniendo el imaginario social de la incapacidad y la perspectiva de rehabilitación psicosocial o sea, se mantenía la idea de re-habilitar a un sujeto (incapaz, improductivo/a) para esta misma sociedad (capitalista), la cual lo/la había excluido. Por lo que es necesario preguntarnos sobre cómo pensar de otro modo (Foucault, 1999).

Es preciso romper con las históricas concepciones de trabajo producidas de la mano del nacimiento del capitalismo y bajo sus crisis y transformaciones en el

correr de la historia, así como romper con el modelo asistencial asilar producido por la psiquiatría asociada al proyecto capitalista de exclusión y alienación. Existen otras formas de trabajar, así como existen otras formas de cuidar, y esas pueden encontrarse en un proyecto transformador de sociedad<sup>2</sup> (Andrade, 2013, p. 85).

Es en este proyecto transformador de la sociedad donde la intersección de economía social y solidaria y desmanicomialización se encuentran.

En el Uruguay se aprueba la Ley de Salud Mental (N° 19.529) en el año 2017 que reemplaza la Ley del Psicópata (N° 9.581) del año 1936. La misma plantea el cierre de los manicomios para el 2025 y la creación de dispositivos sustitutos. Pero aún falta la reglamentación de la mayoría de los artículos y un avance real hacia este camino de transformación del modelo de atención y más aún de una transformación en los imaginarios sociales de la locura. En la actualidad en nuestro país aún existen los hospitales psiquiátricos públicos (Hospital Vilardebó y las colonias Santín Carlos Rossi y Etechepare) y clínicas privadas por doquier, se aplica el electroshok diariamente como una terapia, se medica en un alto porcentaje a los niños, niñas y adolescentes con psicofármacos; tenemos más de 80 escuelas especiales y la diferencia y el sufrimiento siguen siendo etiquetadas como trastornos mentales.

El proceso de composición de un movimiento de desmanicomialización en nuestro país tiene como mojón significativo en 2011 la creación de la "Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna", que nucleó a algunos colectivos vinculados a la salud mental (como grupo de familiares, usuarios/as y proyectos sociales y laborales), como también docentes, estudiantes y egresadas/os de la Universidad de la República (principalmente de Facultad de Psicología) que estaban sensibilizados con la temática, entendiendo necesario la creación de un espacio para la articulación política y multiplicación de las experiencias, como también la visibilidad de la situación de la salud mental en nuestro país ("extraído el dato a los fines de evaluación"). Es a partir de ese momento que se comienza a realizar la *Marcha Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna*, todos los años en el mes de octubre.

En el 2016 se crea la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM) con el propósito de impulsar una nueva Ley en nuestro país con perspectivas de Derechos Humanos. La Comisión está integrada por un amplio espectro de organizaciones de la sociedad civil, académicas, de profesionales, de usuarias/os y familiares, lo que le da un carácter heterogéneo, con fuertes anclajes en colectivos y actores universitarios. La CNLSM ha presentado fuertes críticas durante el proceso de elaboración de la Ley, apostando a la concreción de un cambio de modelo de atención en salud mental, promoviendo una Ley "Justa, Inclusiva y Humanizadora". El resultado de este proceso es una nueva Ley aprobada en agosto del 2017, la cual continúa recibiendo fuertes críticas desde la CNLSM, sosteniendo que no se concreta un cambio de modelo.

Este proceso se realiza en el marco del tercer gobierno progresista en nuestro país que comenzó en 2005 y desarrollo varias transformaciones en la matriz de protecciones sociales. A su vez se crea el Ministerio de Desarrollo Social y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Traducción propia. En Portugués: *É preciso romper com as históricas concepções de trabalho produzidas no âmago do nascimento do capitalismo e no bojo de suas crises e transformações no decorrer da história, assim como se rompeu com o modelo assistencial asilar secularmente produzido pela psiquiatria associada ao projeto capitalista de exclusão e alienação. Existem outras formas de se trabalhar, assim como existem outras formas de cuidar, e essas podem se encontrar em um projeto transformador da sociedade*".

<sup>3</sup> El SNIS es uno de los puntos de inflexión para que usuarios de salud mental se integren a experiencias laborales, ya que genera condiciones y sostenibilidad del tratamiento médico y farmacológico de los usuarios de salud mental. El SNIS permite que cualquier trabajador/a opte tanto por un a cobertura pública como privada, anteriormente solo se podía elegir una privada. Este aspecto es significativo cuando hablamos de usuarios/as de salud mental, ya que el tratamiento médico suele ser costoso e ingresar al sistema de salud privado muchas veces era una limitante para sostener el tratamiento. Las primeras experiencias laborales con usuarios de salud mental en nuestro país, fue un de los obstáculos que se expresa por parte de los/las usuarios/as. Por tanto este

Del 2008 al 2018 hubo un proceso de transformación en las distintas propuestas laborales con usuarios/as de salud mental que han venido existiendo a lo largo del tiempo, pero aún no hay una política pública que promueva y genere experiencias en este sentido. Las propuestas existentes han sido impulsos puntuales (Aguirre et al, 2010; Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011; Baroni, “extraído el dato a los fines de evaluación”), pero no están articuladas entre sí. Si bien la primera cooperativa con usuarios/as de salud mental en nuestro país data del 2002 no ha habido una articulación a nivel de políticas públicas ni de movimiento sociales hasta la actualidad. Por un lado, el movimiento social en relación a la desmanicomialización ha estado centrado en la concreción y la reglamentación de la nueva Ley donde no ha sido prioritario la articulación con el movimiento de la economía solidaria y el cooperativismo. Por otro lado, las políticas públicas vinculadas a la ESS son muy recientes, contando con una Ley en enero de 2020 (N.º 19.848) y un movimiento aún en consolidación, pero es de destacar el movimiento cooperativo de nuestro país, con un grado importante de institucionalización a partir de mediados de siglo XX hasta el 2008 con la aprobación de la Ley General de Cooperativas (N.º 18.407) que unificó distintas legislaciones por ramas que se habían aprobado en el transcurso de los años (tanto en materia de trabajo, consumo, vivienda). En el 2006 se aprueba la Ley de Cooperativas Sociales (Nº 17978) que luego se incorporan como una modalidad de las cooperativas de trabajo en la Ley General.

Un mojón significativo de articulación entre distintas organizaciones de ambos movimientos fue en el 2019 la realización en el I Encuentro Nacional de cooperación social y economía solidaria en el cual se incluyó el eje temático de la salud mental y contó con la participación de distintos integrantes vinculados al campo.

En la articulación de los procesos de desmanicomialización y economía social y solidaria los debates sobre las nociones de incapacidad, asistencia y trabajo son ejes centrales. En el presente artículo abordaremos cuales son los principales aportes en relación a estas discusiones, las políticas públicas que se han gestado y las tensiones que se han identificado en su desarrollo.

Dividiremos el artículo en cuatro partes. En el primer apartado abordaremos los tres principales antecedentes que son referencia en esta articulación: i) Psiquiatría democrática y cooperación social (Italia); ii) Lucha antimanicomial y Economía Social y Solidaria (Brasil) y iii) Desmanicomialización y Economía social (Argentina). El segundo está compuesto por la situación de Uruguay y el lugar de la ESS en estos procesos. En el tercero desarrollaremos algunas características de las modalidades que hemos identificados de emprendimientos en Uruguay que denominamos como de trabajo-acogida y vida y en el último presentamos una síntesis de lo expuesto y algunos desafíos.

## 2. Disputa a la (im)productividad: políticas públicas intersectoriales y nuevas prácticas sociales

La protección social por parte del Estado se relaciona con la inseguridad y los riesgos sociales que se visibilizan en cada época histórica, generando distintas prestaciones sociales y configuraciones de los derechos vinculados a esto (Castel, 2009). Pero, si bien son políticas dirigidas a una población heterogénea tienen un criterio en común: la relación (o no) con el trabajo, generando distintos tipos de políticas según esta relación. Esta distinción está basada en la separación entre los *capaces* y *lo incapaces* de trabajar (Castel, 2009). La seguridad social, *protege* aquellos que no tienen los medios suficientes para subsistir, estas políticas se entretajan con las denominadas prácticas de asistencia.

Los discursos jurídicos de las políticas de seguridad social nos dan visibilidad sobre las construcciones sociales de la capacidad e incapacidad para trabajar y para gobernar

---

cambio en relación al sistema de salud beneficia directamente las propuestas de inserción laboral, tanto dependientes como cooperativas.

la propia vida, y producen una imagen-pensamiento dogmática de la locura (Grebert, 2017).

Por lo que las nociones de trabajo, asistencia e incapacidad-capacidad son centrales para dar cuenta de lo que están en disputa en emprendimientos de la economía social, cooperativismo y de la ESS que están integradas por usuarios/as de salud mental y se enmarquen en propuestas sustitutivas al manicomio.

El trabajo ha estado presente en la institución psiquiátrica desde sus inicios. La ergoterapia y la creación de talleres protegidos fueron parte del tratamiento moral del paciente psiquiátrico, cumpliendo un papel tanto de normalización y correctivo como terapéutico, siendo parte del tratamiento para la recuperación del paciente (Andrade, 2013). El encuentro del trabajo y la locura ha tenido distintas características: el trabajo como recurso terapéutico sometido a la autoridad médica; el trabajo como recurso terapéutico como instrumento de rehabilitación e inserción social; y el trabajo como derecho, que es trabajo colectivo como emancipador y creador.

Partiendo de la última concepción en algunos países y en marco de procesos de reforma psiquiátrica se impulsan la generación de emprendimientos laborales colectivos, integrados por usuarios/as de salud mental. A continuación presentaremos las características principales y algunos aprendizajes de tres antecedentes internacionales significativos:

- 1) la psiquiatría democrática y la cooperación social en Italia;
- 2) la lucha antimanicomial y la economía solidaria en Brasil;
- 3) los procesos de desinstitucionalización y la economía social (y solidaria) en Argentina.

Las experiencias regionales (Brasil y Argentina) han tomado como referencia la propuesta italiana, pero cada país hace propias sus luchas, diagramando nuevos recorridos y posibilidades. En el caso de Italia y Brasil estos procesos se desprenden de la lucha de movimientos sociales como también de políticas públicas articuladas.

## 2.1. Psiquiatría democrática y cooperación social [Italia].

Italia es la primera en el mundo que sanciona una Ley nacional que plantea el cierre de los manicomios (Ley N°180 en 1978) y desarrolla aportes en los planos legales (Ley de cooperativas sociales) y conceptuales (empresa social) vinculados a la intersección de los procesos de reformas psiquiátricas y propuestas colectivas vinculadas al trabajo.

El proceso de desinstitucionalización en Italia se despliega a partir del movimiento de psiquiatría democrática. Cano (2013) destaca cuatro elementos significativos del proceso italiano, que nos parecen acertados para dar cuenta de "la historicidad en tanto movimiento": i) es un proceso que integra un movimiento de negación-y-creación (Holloway, 2011). Negación/rechazo del hospital psiquiátrico y creación de estructuras sustitutivas (vivienda, cooperativas de trabajo); ii) la sanción de la Ley 180 es fruto de las experiencias prefigurativas que ya se estaban desarrollando (principalmente en Trieste), o sea, la creación de propuestas sustitutivas al manicomio antes de su destrucción - proceso de transformación-; iii) vinculación de la lucha antimanicomial con las reivindicaciones del movimiento obrero, el cual la toma como propia en sus reivindicaciones (teórica, política y pragmática); iv) "abordaje integral de la problemática, que contemple (...) también el trabajo con el contexto social y comunitario donde la persona que deja el hospicio se deberá integrar" (Cano, 2013, p. 112).

Cangiano (2018) plantea que en el plano legislativo el proceso de transformación italiano se ve reflejado en cinco leyes: la Ley 180/78 que es la primer ley en el mundo que da cierre a los manicomios; las Leyes 517/99 y 104/92 sobre la discapacidad (que plantean, entre otras cosas, que dejen de existir las escuelas especiales); Ley 833/78 de servicio sanitario nacional, que plantea un sistema único con orientación territorial y Ley 381/91 de creación de las cooperativas sociales, la cual considera una Ley bisagra. El derecho al trabajo se puso en el centro y se hizo énfasis en que la persona pudiera volver

a formar parte del tejido social, para ello fue necesario la invención de nuevas propuestas, ahí se ubicó la cooperación social italiana. A su vez, plantea que son tres los factores que permiten el desarrollo de las cooperativas sociales en Italia: 1) los movimientos contra la exclusión social en particular de desinstitucionalización en la década del '70; 2) la experiencia cooperativa en su dimensión histórica y constitucional; 3) la crisis del estado de bienestar.

De esta forma las cooperativas sociales aparecen como figura posible para dar respuesta a la necesidad de la creación de dispositivos sustitutivos al manicomio y ampliar la cobertura comunitaria. Creándose dos tipos de cooperativas sociales, por un lado la tipo A que gestiona servicios sociales o educativos y por otro la tipo B que son las que desarrollan distintas actividades productivas y/o de servicios con una finalidad de inserción laboral -generación de trabajo-, de personas en situación de vulnerabilidad, teniendo que incluir en la plantilla de trabajo el 30% de los/las cooperativistas en esta condición. Se definen por personas en situación de vulnerabilidad a: "las personas inválidas por cuestiones físicas, psíquicas o sensoriales; las personas que estuvieron internadas en instituciones psiquiátricas; personas en tratamiento psiquiátrico, drogodependientes y alcohólicos, menores de edad en situación de dificultad familiar, condenados con medias alternativas a la detención" (Cangiano, 2018, p. 207). A su vez las cooperativas tipo B reciben beneficios sociales en función de cada cooperativista que está en esa condición (contribución provisional y asistencial). Por tanto, es de destacar que las cooperativas sociales en Italia están integradas por personas en distintas condiciones y no hay cooperativas integradas solo por personas en situación de vulnerabilidad social. Asimismo, afirma que son políticas de estado para la generación de trabajo y servicios sociales, se sostienen con recursos públicos y son empresas no orientadas a obtener ganancia sino a "construir democracia, participación, haciendo economía" (Cangiano, 2018), tienen una función social, son de propiedad colectiva de los socios y socias y tienen una organización democrática.

Por otra parte De Leonaridis, Mauri y Rotelli (1995) hacen una advertencia en relación a las cooperativas sociales, planteando que si bien son un instrumento que promueven la inclusión de usuarios/as de salud mental al trabajo, pueden haber muchas cooperativas sociales y muy poca transformación de las relaciones sociales con la locura, porque no se trata solo de la inclusión al mundo del trabajo "del loco o la loca", no se trata solo de la presencia de usuarios y usuarias de salud mental en cooperativas, sino de cuestionar el concepto mismo de trabajo, de asistencia y de locura, y muchas veces detrás de las prácticas cotidianas cooperativas se mantiene:

el juicio de improductividad que está en la base del derecho a ser asistido es, comúnmente, un derecho que niega las personas, que las invalida definitivamente, que destruye las residualidades, las posibilidades y potencialidades de los sujetos y los remite al orden de lo improductivo<sup>4</sup> (Rotelli, 2000, p. 303).

De esta forma los autores plantean que es necesario mantener inseparables las propuestas de cooperativas sociales del concepto de empresa social, que se empieza a usar en 1987 y se define como el campo de intersección entre la asistencia y la producción, que históricamente han estado separados. La empresa social mantiene conjuntamente dos procesos: el de *acogida* a los sujetos que se encuentran excluidos/as y el del discurso comercial, como empresa, pero "no es el mundo de la producción de riqueza, sino el mundo de su distribución y redistribución" (s/d). Expresan que la cooperativa es un instrumento, pero que la empresa social es la conceptualización de las prácticas desinstitucionalizantes y su orientación-ético política.

---

4 Traducción propia. En portugués: "o juízo de improdutividade que está na base do direito a ser assistido é, comumente, um direito que nega as pessoas, que as invalida definitivamente, que destrói os residualidades, as possibilidades e potencialidades dos sujeitos e os remete para a ordem do improdutivo".

El concepto de empresa social disputa las concepciones de asistencia, mercado y trabajo, las cuales las considera interconectadas, entendiendo que es necesario re-inventarlas.

En relación a la *asistencia*, plantean que hay tres tipos y que esas diferencias se relacionan con la reproducción o transformación de la lógica manicomial en otros tipos de experiencias más allá del manicomio (como por ejemplo podrían ser las cooperativas sociales), expresa que la empresa social se funda en una práctica de asistencia que se caracterizan por la calidad de las relaciones, de los procesos y de los contextos de producción. El trabajo no es un campo para ampliar la oferta de los servicios, es una excusa para transformar los mismos servicios, para transformar el estatuto de las relaciones entre operadores/as y usuarias/os, ente los encargados de la asistencia y asistidos/as.

En este sentido expresan que es central la confianza, el lugar de los “técnicos/os”, la solidaridad. Trabajar en la reconstrucción del tejido de intercambios sociales, mediante el cultivo de relaciones de confianza, que supone tres condiciones: i) reconocimiento del otro/a, brindar seguridad, creer en el otro/o; ii) condiciones de reconocimiento y de intercambio, un “nosotros” /“nosotras”; iii) espacio y disposición a la distancia. La no intrusión, la confianza se alimenta con la posibilidad de entrar en conflicto y la posibilidad de salir. Asimismo, con respecto a las relaciones entre operadores y usuarios/as, plantean que los operadores/técnicos no son los que reparten el trabajo a los/as usuarios/as, sino que trabajan juntos/as.

Hay empresa social cuando una enfermera es presidenta de una cooperativa, cuando un psicólogo administra una radio, cuando un médico va a comprar los árboles para el parque. Y no se crea que hay confusión de papeles o desprofesionalización. Las relaciones de ayuda o de cura se arraigan y se multiplican las opciones, con los materiales que se tocan, con los riesgos, los errores, los éxitos, con los sueños y los miedos, con otras relaciones que se entretejen, más vinculadas a la vida real (De Leonaridis, Mauri y Rotelli, 1995, s/d).

En relación a la noción del *trabajo* dicen que “se valoriza el pathos: el gusto, la tensión, el placer del hacer, dimensión sensible de la actividad” (De Leonaridis, Mauri y Rotelli, 1995, s/d) y se prioriza el trabajo colectivo y la toma de decisiones democráticas.

En relación al *mercado* plantean la necesaria activación de recursos materiales y culturales inutilizados y destacan la potencia de los contextos locales y redes interpersonales como soporte de las empresas sociales, lo que abre paso a una mirada distinta de mercado.

Por último, queremos destacar que el formato legal de las cooperativas sociales nos ubica en una figura jurídica que permite poner en juego el concepto de empresa social sosteniendo equipos mixtos de trabajo, desarrollando principios democráticos y colectivos y recibir recursos públicos que permiten desarrollar propuestas viables económicamente y ser “rentables”. Pero como hemos mencionado las cooperativas sociales no son sine qua non propuestas alternativas a la lógica manicomial.

## 2.2. Lucha antimanicomial y economía social y solidaria [Brasil]

Amarante (2006) realiza una investigación sobre el proceso de reforma brasilera y plantea que se inicia a finales de los 70' con el surgimiento de un nuevo actor social: el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental, tanto en la formulación teórica como en la organización de las nuevas prácticas, tomando como referencia el proceso italiano. En 1989 se aprueba la Ley 3.657 la que implicó un proceso de cierre de los manicomios, la creación de Centros de Atención Psicosocial (CAPs) y los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPs). La Reforma Psiquiátrica en Brasil se define en tres ejes organizadores: 1) reemplazar los hospitales psiquiátricos y brindar atención integral por medio de distintos tipo de CAPS, desde un abordaje local y comunitario; 2) el programa “De Volta para Casa”

con resistencias terapéuticas, viviendas y una reparación económica para quienes “viven” en hospitales psiquiátricos; 3) acciones de inserción social para el mundo del trabajo, tanto la promoción de empleo formal por medio de cuotas en las empresas como a través de la generación de trabajo asociativo y cooperativo.

Andrade (2013) realiza su tesis doctoral sobre la relación de la locura con el trabajo en la economía solidaria y plantea que en Brasil se produce en el encuentro de dos movimientos contrahegemónicos: la Lucha antimanicomial y el movimiento de Economía Solidaria (ECOSOL) “ambos tienen como principios la construcción de un proyecto de sociedad inclusiva, ética, humanizadora, justa, solidaria y alternativa al mundo de producción capitalista” (p. 21) y a partir de cada movimiento social se producen en Brasil políticas públicas: la Reforma Psiquiátrica y el Programa Nacional de ECOSOL. Según la autora es a partir del evento I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental en el 2004 que “se destaca la perspectiva de la inserción social a través de emprendimientos colectivos y autogestionados como una acción intersectorial” (Andrade, 2013, p. 77) y plantea que “la inclusión social para el trabajo está relacionada con los derechos humanos y la ciudadanía como desafío ético e intersectorial a través de la discusión sobre el trabajo, generación de renta y economía solidaria” (p. 78), a partir de la conformación de emprendimientos económicos solidarios que pueden ser grupos informales, cooperativas y/o asociaciones. Si bien está aprobada en este marco la Ley Federal nº 9.867/1999 de cooperativas sociales, aclara que el encuentro entre Salud mental (SM) y ECOSOL se realiza en el marco de los servicios de SM a través de las denominadas oficinas de generación de trabajo y no son impulsadas desde el movimiento de economía solidaria, generando muchas restricciones y limitaciones a las experiencias.

Asimismo, a partir del análisis documental que realiza la autora plantea que no hay diferencias claras entre: rehabilitación psicosocial, (re) inserción social, resocialización, generación de renta y trabajo e inclusión social para el trabajo. “Todas estas posibilidades están presentes en los discursos de los involucrados con la relación locura y trabajo en experiencias de intercambio entre SM y la ECOSOL (...) provocando una polisemia de significados y abordajes presentes en las prácticas existentes” (p. 80). A su vez plantea que si bien se diagraman dos dispositivos distintos para la inclusión por medio del trabajo como son: las oficinas terapéuticas (el material con el que se produce y la realización de las compras son realizados por el CAPS y los resultados económicos son para invertir en materia prima) y las oficinas de generación de renta (donde los/as “usuarios/as” definen qué hacer, cómo hacer, y todo lo relativo a compras, comercialización, etc), hay una “diferenciación indiferenciada” lo que provoca

algunos equívocos en lo referente a la relación trabajo y locura, como por ejemplo, considerar el trabajo como terapéutico -siendo instrumento de resocialización- sin ampliar la discusión sobre el derecho al trabajo y la (re) inserción social que implica el relacionamiento concreto con el mundo de la producción, más allá de los límites de los servicios de SM (Andrade, 2013: p. 84).

Del estudio que realiza destaca los siguientes elementos a considerar en estas propuestas:

- Al ser desarrolladas por medio del CAPS, quedan en el terreno de la asistencia y el trabajo reducido a su efecto terapéutico. Si bien recibir alguna prestación social se reivindica como derecho, también significa una marca de incapacidad laboral, en la que volver al trabajo implica no recibir recursos relacionados con esta condición. Entrando en tensión: por un lado, la forma jurídica de la cooperativa, ya que se pierden dichos derechos si se forma parte de una cooperativa; pero por otra parte se identifica como un facilitador que tengan beneficios sociales y no presentan una urgencia en la remuneración permitiendo otros procesos en la conformación de un emprendimiento colectivo. Esto trae aparejada una constante e insistente reflexión crítica sobre la incapacidad para el trabajo

y producción de “ruptura con esa marca social, subjetiva y jurídica que atraviesan los procesos de transformación social en este campo” (Andrade, 2013, p. 269).

- Necesaria descentralización de los técnicos y técnicas en las tareas de planificación y concepción para que se produzca el pasaje subjetivo de trabajador/a asalariado/a a cooperativista. O sea, la asunción progresiva de tareas de gestión entre las usuarias y usuarios de salud mental. Esto implica romper con la idea de “coordinador o coordinadora de proyecto” en el marco del CAPS, que se traduce en “mi proyecto” o “el proyecto de...”, generando dependencia para avanzar en las tareas por parte de los usuarios y las usuarias de salud mental y asimismo queda la “responsabilidad personalizada” y no en el marco del equipo interdisciplinario del Centro de salud que impulsa/acompaña dicho emprendimiento.

- Propuestas de organización del trabajo autogestionado, que impliquen discusión y decisión entre todos y todas sobre: rubro, producto, materia prima, equipamiento, comercialización, clientela, planificación y contabilidad. Y la necesaria conexiones entre prácticas de cuidado de sí, producción deseante y producción material para la producción y reproducción de la vida.

- Los equipos de SM deberían formarse para construir procesos de incubación y/o articular con otros sectores, entre ellos la universidad a partir de las prácticas de incubación de emprendimientos. E impulsar formación en economía solidaria y cooperativismo para los equipos técnicos vinculados a la salud.

- Utilización de herramientas de la ECOSOL como: el Mapeamiento de consumo en contraposición con la investigación de mercado. En este proceso se apunta a fortalecer los procesos locales y comunitarios, en la construcción de redes solidarias. Y en relación con el mercado se resaltan otras formas de comercializar, como las de la participación directa en ferias. Ambos elementos permiten un vínculo directo entre quien produce y quien comercializa, habilitando el intercambio social. Uso de los espacios de la ECOSOL como los puntos de economía solidaria, para el desarrollo de emprendimientos.

Andrade (2013) define las nociones de empresa social, territorio, desenvolvimiento local, mercado y trabajo como marcadores teóricos prácticos en el intercambio entre SM y ECOSOL. A su vez, el abordaje territorial, la participación en redes y la salida de estas propuestas del campo sanitario son claves de aprendizajes significativas del proceso brasileiro.

### 2.3. Desmanicomialización y economía social (y solidaria) [Argentina]

En 1991 en la provincia de Río Negro (Argentina) se aprueba la Ley 2.440 que significó la transformación de la estructura asilar a una comunitaria creando una Red de servicios en dicha provincia, siendo un proceso pionero en Argentina. Cohen y Natella (2013) plantean que fue un proceso complejo biaxial: de los valores y técnico-metodológico, y que si bien se inspiran en el modelo italiano expresan tres elementos que lo diferencian del mismo: 1. Prioriza las salas dentro del hospital general (y no la creación de centros de salud mental); 2. Prioriza la inclusión dentro de las ofertas comunitarias [laboral, educativa social]; 3. Habla de desmanicomialización y no desinstitucionalización partiendo del contexto social en ese momento en Argentina, donde a partir de los efectos de la dictadura hablar de desinstitucionalización era ir en contra de lo que implicaba recuperar las instituciones. Entonces desmanicomializar ponía el acento en el manicomio. El término desmanicomialización refiere a un rechazo y cuestionamiento al hospital psiquiátrico. “A partir de la negación del prefijo *des*, que significa: desmontar, descentrar, desjerarquizar, desarmar el manicomio” (p. 113).

En el 2010 se aprueba una Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, la que plantea la sustitución de los manicomios por una red de servicios comunitarios, incluyendo viviendas asistidas, programas laborales, centros de atención en todo el país.

Río Negro ha sido una de las provincias pioneras en la generación de experiencias vinculadas al trabajo. Un proceso destacado y documentado es la experiencia en El Bolsón en Río Negro, conceptualizado por Muscillo (s.f), siendo en el 2001 creada como empresa social y en el 2005 se hace la inscripción formal como cooperativa de Trabajo "Empresa Social de Salud Mental Ltda. El Bolsón". El autor plantea que el objetivo no es solo la inserción laboral, sino también "que la comunidad transforme su visión respecto de la locura y de aquellas personas con sufrimiento mental" como también "busca involucrarse con las otras luchas del territorio" (s/d). El autor se interroga sobre la inserción en el mercado capitalista "¿Es posible para una empresa social sobrevivir en medio de reglas de juego que nada tienen que ver con sus principios?" (p. 1) e insiste en que el objetivo es la transformación social. A su vez, plantean que, si bien aceptan las reglas del mercado "un poco porque no queda otra" y otro poco porque "si no, no tenemos un espacio común donde avanzar; ni siquiera tendríamos un campo de batalla que no deja de ser un territorio común", pero no es de cualquier manera, e indican que tres características principales de la experiencia son:

a) las decisiones son tomadas de forma colectiva y la distribución de roles y tareas se hace en función del saber que tiene la persona. En ese sentido se destaca la figura de la cooperativa y aclara "cuando se vota, se vota y gana la mayoría, no los más "sanos" (p. 8).

b) el colectivo está compuesto de forma mixta por personas con padecimiento psiquiátrico y otros vecinos de la localidad. Generalmente ha estado compuesta por más de la mitad de personas usuarias del sistema de salud mental y el resto que no. Destaca que lo local es central. La inserción de la empresa social en una red de organizaciones sociales, en el marco de una apuesta al desarrollo comunitario y territorial. "La empresa social debe ser en sí misma una muestra de que la convivencia es posible, de que la igualdad es una utopía realizable y de que la integración es un desafío que puede ser encarado" (p. 9).

c) "la incorporación de la preocupación por el otro como un factor decisivo en la toma de decisiones" (p. 10). Entendiéndolo como una rebeldía ante una de las peores dimensiones del capitalismo: el individualismo.

Por otra parte Colombini (comunicación personal, 22/9/2009) suma dos elementos de esta experiencia:

d) reivindica su carácter a-disciplinado. "Adentro de las empresas sociales habemos personas" (s/d). A su vez considera "de absoluta necesidad que las distintas disciplinas realicen su trabajo en los ámbitos correspondientes. La empresa social de El Bolsón, no podría existir si el servicio de salud mental no realizara su trabajo interdisciplinario" (s/d). O sea, destaca la separación del ámbito sanitario de la empresa social, aunque es fundamental su articulación.

e) dificultad con las pensiones, ya que "las pensiones por discapacidad que reciben algunos compañeros están pensadas sobre la base de que las personas no pueden hacer nada. Y sólo podrían cobrar la pensión si no hace nada". Plantea la necesidad de modificar dicha prestación social ubicándola como un complemento.

El despliegue de empresas sociales en distintas provincias de Argentina se vio impulsado por el proyecto ISoLE (Integración socio laboral y lucha contra la exclusión social) durante el 2008-2011 en el marco de un programa de cooperación entre Italia y Argentina, asociado al tercer sector que proponía la implementación de 18 empresas sociales en salud mental en cuatro provincias: Chubut, Río Negro, El Chaco y Ciudad de Buenos Aires. Se denominan empresas sociales tomando como referencia el planteo de los autores Italianos, pero se han conformado mayoritariamente como "estrategias de transición" (Freytes, 2018, p. 178) y en la provincia de Chubut "pensados desde esta lógica de etapas y ubicándose como parte de un dispositivo sanitario, las empresas sociales de salud mental se reconceptualizaron como Centros Ocupacionales Laborales" (p. 182), ya que son principalmente de capacitación y no de "trabajo propiamente dicho" y no están externos a los dispositivos sanitarios. La creación de unidades productivas

con una lógica laboral y ya no de capacitación es lo que definen como la última etapa del proceso y es lo que más a costado desarrollar, logrando conformar dos “experiencias exitosas” (Cocinando sueños y Manos a la obra).

En el 2017 se crea la Red de cooperativas sociales que nuclea distintas propuestas de toda la Argentina tanto con el formato jurídico de cooperativa como no y a su vez otras organizaciones e instituciones de “apoyo” como son Universidades y organizaciones no gubernamentales técnicas. Esta Red ha permitido la visibilidad de la figura legal de la cooperativa social como también como actor social e interlocutor para las demandas del sector.

Algo a destacar del proceso de Argentina es la denominación de estas experiencias (más allá del formato jurídico que tengan): empresas sociales en salud mental. Esta forma de nombrar ubica quizá la mayor tensión de las mismas, que es, que estos emprendimientos se gestan en el seno de la red de dispositivos de salud mental comunitaria y mayoritariamente no logran “salir” de la lógica sanitarista.

En síntesis:

La articulación entre ambos campos se encuentra determinado por los procesos de reformas psiquiátricas en los distintos países. Esto provoca que mayoritariamente el desarrollo de los emprendimientos quede en la órbita de los servicios de salud, generándose distintas dificultades tanto a nivel productivo y de comercialización como también de los procesos de transformación en la subjetividad de todos y todas quienes participan, incluyendo técnicos/as y la sociedad en general.

Por su parte la experiencia Italia crea la figura legal de las cooperativas sociales de la mano del proceso de desinstitucionalización. Figura que ha permitido introducir en el movimiento cooperativo las discusiones en torno a los procesos de inclusión social, pero Rotelli advierte que despojar a las cooperativas sociales el concepto de empresa social, el cual relaciona el mundo de la asistencia con el de la producción, reproduce las prácticas de *como sí*, porque no se pregunta sobre el para qué, en qué sociedad y cómo. Similar a la crítica que plantea Skliar (2010) para las políticas de inclusión educativa, expresando que son “suma presente de presencias, pero no de existencias” (p.106).

En Argentina y Brasil, a diferencia de Italia, los emprendimientos son casi siempre integrados solo por usuarios de salud mental lo que muestra grandes dificultades de viabilidad económica.

Más allá de las diferencias en los procesos de los tres países mencionados las tensiones que se presentan en este “tipo” de emprendimientos son las mismas: asistencia-producción; trabajo colectivo-asalariado; protección-autonomía. En ese sentido hay tres grandes ejes de disputa:

- las discusiones en relación a la noción de incapacidad, asistencia y las distintas prestaciones sociales asociadas (jubilación, pensiones y curatela)
- las nociones de trabajo, las formas jurídicas de los emprendimientos que posibilitan estas experiencias
- el lugar de los técnicos.

Retomaremos algunas dimensiones de estos ejes en disputa en el apartado tres.

### 3. El lugar de la economía social y solidaria en los procesos de desmanicomialización en Uruguay

En este apartado queremos dejar presentado brevemente el contexto de nuestro país en relación a el proceso de desmanicomialización, la reforma psiquiátrica y las políticas sociales, en particular el surgimiento y desarrollo de las cooperativas sociales.

Las cooperativas sociales son el formato jurídico que toman algunos de los emprendimientos con usuarios/as de salud mental. Pero es importante señalar que la creación de las mismas no tiene ninguna relación con los procesos de desmanicomialización, ni reforma psiquiátrica en nuestro país. La Ley de cooperativas sociales es promovida por

el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con el fin de lograr inserción social y laboral de personas en situación de vulnerabilidad socio-económica, a partir de una forma cooperativa de trabajo protegido, con el fin de lograr la inserción social y laboral, en jóvenes, personas en situación de discapacidad, minorías étnicas y todo grupo en situación de vulnerabilidad social, pudiendo integrar como máximo un 25% de personas que no estén en esta situación. Es una de las primeras iniciativas que se aprueban como forma de salida laboral del Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social, en el marco de las políticas sociales del primer gobierno progresista. El MIDES es el encargado de autorizar la creación de las cooperativas y de monitorearlas durante su desarrollo (formaciones iniciales, hasta la firma del Estatuto y luego realiza una licitación a asociaciones de la sociedad civil para realizar la tarea de acompañamiento y asesoramiento durante un tiempo indefinido). Si bien forman parte de las cooperativas de trabajo, tienen un beneficio: quedan exoneradas de todo tributo nacional (DGI y aportes patronales) y tiene al menos dos limitaciones: 1. tienen un tope en el monto de la remuneración que es el laudo nacional del rubro; 2. no está permitido repartir los excedentes, debiéndose destinar a la creación de reservas o mejora del servicio (se permite que hasta en un 20% puede usarse para fines de progreso social, educativo y cultural de sus integrantes).

Foucault (2012) plantea que el poder disciplinario crea “nuevos sistemas de recuperación, [para] restablecer siempre la regla” (p. 76) y los denomina sistemas disciplinarios complementarios, indica que por ejemplo las escuelas especiales se ubican ahí. La creación de escuelas especiales son una política de inclusión social de acceso a la educación para aquellos considerados los “residuos” del dispositivo disciplinario de la escuela. En el actual contexto de nuestro país, podemos considerar que las cooperativas sociales son una política de inclusión laboral para aquellos considerados los “residuos” de los dispositivos disciplinarios del trabajo capitalista, ubicándose como una posibilidad de “obtener un trabajo” para personas en situación de vulnerabilidad. La lógica de las cooperativas sociales opera como sistema disciplinar complementario en relación al trabajo.

Por otra parte, hay tres investigaciones significativas que vinculan “trabajo y locura” las cuales identifican las propuestas existentes en nuestro país y presentan los principales desafíos, fueron realizadas en 2008, 2015 y 2017-2018.

Aguirre, et al (2010) expresa que las propuestas laborales que existían en el 2008 son impulsadas por instituciones de salud públicas y privadas en el marco de propuestas de rehabilitación psicosocial y se las consideraba como la etapa final de este proceso (que tiene que ver directamente con los sentidos del trabajo para los/las técnicos/as e instituciones que la llevan adelante). Se las caracteriza como trabajos protegidos con mayor o menor grado de autonomía, pero mayoritariamente tenían mucho de protección y poco de autonomía, algo que se reforzaba al ser todas las experiencias coordinadas y gestionadas por técnicas/os del área de la salud, que entendían su rol como parte de su tarea de asistencia [en la segunda acepción planteada por De Leonaridis, Mauri y Rotelli (1995)]. Las experiencias tienen muy baja remuneración económica y las capacitaciones no garantizan una inserción laboral posterior. O sea, apuntaban a la inserción laboral en el mercado de trabajo tradicional, ya sea a través de la capacitación o generación de experiencia laboral, más allá de que se cumpla o no ese objetivo. A su vez, la figura del taller protegido reproducía relaciones de opresión e infantilización.

Baroni et al (2016) llevaron adelante el proyecto: *Emprendimientos Socioproductivos, Desmanicomialización y Ciudadanía*, en el cual se realizó un mapeo de emprendimientos existentes en ese momento en nuestro país, el cual da cuenta de que si bien se mantienen experiencias similares a las planteadas por Aguirre et al (2010) tanto de aquel tiempo como nuevas, también se crean otro tipo de propuestas que son transformación de algunas de ellas o creación de otras, donde el centro es el derecho al trabajo y la generación de remuneración. Entre ellas hay cuatro cooperativas sociales con usuarios/as de salud mental. Asimismo las propuestas no solo son impulsadas por

instituciones de salud sino también por la Universidad de la República y por un grupo de familiares, que les da otra impronta.

Los resultados generales que el proyecto identificó fueron: “1. No existe una política pública laboral que contemple la especificidad de la población de personas con padecimiento psiquiátrico; 2. Carencia de dispositivos de inclusión sociolaboral, cuyo diseño contemple la especificidad de la situación de esta población; 3. Ausencia de dispositivos laborales que contemplen y resuelvan la inclusión socioeconómica (tensión entre la asistencia y la producción, quedando generalmente la experiencia reducida a la socialización y efectos terapéuticos; pero no logrando insertarlo competentemente en el mercado y por ende, no oficiando como dispositivos de real inclusión económica); 4. Escasa evaluación de experiencias de emprendimientos productivos y construcción de indicadores de viabilidad, a partir de este tipo de experiencias; 5. Formas jurídicas que no consideran las características de la población; 6. Ausencia de la inclusión de la población involucrada en la planificación e implementación de políticas y marcos regulatorios que los involucran; 7. Ausencia de políticas intersectoriales que aborden este problema, y la tendencia a asimilarlo de forma reduccionista como “problema de salud mental y políticas sociales”, quedando desligado de las políticas de índole económico-laboral y jurídico; 8. Dificultades de viabilidad y sustentabilidad de los emprendimientos socioproductivos (a partir de la referida tensión entre la asistencia y la producción que albergan dichos emprendimientos)” (Baroni et al, 2016).

A su vez, en nuestra investigación realizada en 2018 (de la que se desprende este artículo) planteamos que uno de los elementos significativos en el transcurso de los años es el crecimiento en el formato jurídico de cooperativa social de este tipo de emprendimientos, pero que varía los sentidos que se le da a esta herramienta jurídica, identificando dos: 1. los centros de salud públicos ven la “cooperativa social” como un medio para la capacitación y la adquisición de herramientas socio-laborales pero no como un fin en si mismo, o sea, propone que las personas pasen y la cooperativa se “quede”. 2. las propuestas impulsadas por la Universidad y centros de salud privado proponen que la cooperativa se constituya como un emprendimiento autogestionado por los propios usuarios/as, que conformen un equipo de trabajo y que se autonomicen del equipo técnico/universitario que acompaña dicho proceso. Estos procesos lo que tensionan al máximo son la viabilidad económica del emprendimiento, situación que genera que las instituciones de salud privada luego de determinado tiempo “cierren” dichas experiencias. Pero en el caso de la Universidad sucede algo distinto que denominamos un proceso de disputa de la (im) productividad, ya que pasado un tiempo se empieza a gestar la idea de emprendimientos con equipos mixtos (usuarios/as y otros/as personas en otras condiciones sociales) para sostener esa viabilidad, pero las cooperativas sociales limitan la cantidad de personas que no están en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, lo que genera dificultades de implementación.

Queremos dejar planteado otros elementos que se expresan en las investigaciones. Por un lado, la baja remuneración que se ha logrado de estos emprendimientos cuestiona su alcance, al ser muy inestables económicamente y no tener una clara viabilidad para sostenerse como salida laboral y en complemento con otros ingresos (pensiones, por ejemplo). Por otro lado, las cooperativas sociales pasan a tener una doble intervención del estado por un lado los equipos de salud y por otro el equipo desde el MIDES (u ONG contratada por dicho organizamos). Esto provoca tensiones, contradicciones y un margen estrecho de procesos de autonomía. Las cooperativas sociales están entre medios y fines. Como medios identificamos las que se desarrollan en el marco de las instituciones de salud se las ve como propuestas transitorias al igual que planteos de Freytas (2018) de Argentina y como una herramienta del propio centro de rehabilitación más que del grupo de cooperativistas. Como fin identificamos las que se desarrollan desde la Universidad y que se plantean como propuestas de otro tipo de trabajo y apuestan a procesos de transformación a largo plazo y hasta pueden prescindir de la figura legal, son las que desarrollaremos algunas características en el siguiente apartado.

Asimismo, como veremos también en los antecedentes de otros países las condiciones de las prestaciones sociales contributivas (pensiones) y no contributivas (jubilaciones) como el tema de la incapacidad jurídica (curatela) es un tema álgido y central como indicador en relación a las transformaciones en relación a la imagen-pensamiento de la locura.

#### 4. Algunos aprendizajes a partir de las experiencias uruguayas: emprendimientos de trabajo-acogida-vida

La autogestión (...) deberá involucrar la propia textura del socius, mediante la promoción de un nuevo tipo de relaciones entre las cosas, los signos y los modos colectivos de subjetivación (...) la autogestión solo puede resultar de un proceso continuo de experimentación colectiva.

Guattari (2013)

A partir de los aportes internacionales y de las referencias en nuestro país queremos dejar planteadas tres dimensiones que para nosotras caracterizan este tipo emprendimientos y a su vez los producen y sostienen: 4.1) Trabajo digno: Jaque mate al patrón y al técnico social; 4.2). Acogida: gesto, palabra, cuerpo; 4.3). Redes para la vida: políticas de encuentros y circulación. Hablamos de la composición de emprendimientos de trabajo, acogida y vida, se trata de una invitación a compartir.

##### 4.1. Trabajo digno: jaque mate al patrón y al técnico social

Los emprendimientos colectivos que se despliegan en el marco de la ESS y los procesos de desmanicomialización tienen un desafío constante de acompañar y sostener un doble pasaje: la lógica manicomial y la lógica salarial, que están en permanente movimiento y que no se generan de una vez y para siempre sino se dan de forma constante. Implica generar rupturas vinculadas a las concepciones de trabajo protegido y trabajo dependiente. En este sentido es necesario provocar mutaciones subjetivas en dos sentidos:

1. en relación con la imagen-pensamiento dogmática de la locura (Grebert, 2017) donde podemos identificar los sentidos del "loco" como incapaz-improductivo-inferior-ignorante-irracional, que son necesarios transformar para que el/la loco/a pueda estar (subjetivamente) en condiciones de trabajar y de construir su propia vida. Para ello será necesario generar una ruptura con las identidades de "paciente psiquiátrico" y producir otras formas de sentir/pensar/ vivir la locura dislocada de su cristalización en la enfermedad, como también las identidades de técnico/a de la salud como ese lugar de quien sabe lo que hay que hacer en relación a la locura y en estos casos en relación al trabajo, por ende es necesario transformar las relaciones técnico-paciente (De Leonaridis, Mauri y Rotelli, 1995; Guattari y Rolnik, 2005) y crear nuevas relaciones sociales vinculadas a la locura-trabajo.

2. en relación a la cultura salarial, la significación social de trabajo en la sociedad actual, a partir del capitalismo, se encuentra cristalizada en la igualación del trabajo como empleo, por lo que el trabajo autogestionado implicará también producir rupturas en ese sentido (Sarachu, 2009b) y en los lugares identificados hegemónicamente como patrón/a – trabajador/a. En las experiencias de desmanicomialización generalmente el técnico o la técnica un lugar de coordinación, produciéndose la igualación de patrón/a=técnico/a y trabajador/a=paciente.

Por lo tanto, en estos procesos se tendrá que producir un pasaje o sea, un cambio de composición territorial, que implica un cambio subjetivo (Grebert, 2013). A su vez, sostenemos que la idea de este doble pasaje se relaciona a la idea de devenir loco/a-

trabajador/a-cooperativista y en el devenir técnico/a-coordinador/a-cooperativista en el entendido de que “la idea de devenir está ligada a la posibilidad o no de un proceso de singularizarse (...) entrar en ruptura con la estratificación dominante” (Guattari y Rolnik, 2005, p. 105).

Asimismo, para disputar la viabilidad económica de los emprendimientos y que se contemple una suficiente remuneración para los/as integrantes es necesario que quienes sean parte de los emprendimientos sean personas en distintas situaciones y no solo usuarios/as de salud mental. Entendemos que esto es clave para que efectivamente se logre un resultado económico que sea un aporte sustantivo para la sostenibilidad de la vida en este plano de quienes lo integran. Como hemos expresado esto a sido una de las mayores dificultades en las experiencias de Argentina y Brasil, y en Italia se lo presenta como condición necesaria para la viabilidad. En Uruguay la forma planteada por los emprendimientos impulsados por la Udelar, fue que “los/las técnicas/os” sean parte de los mismos, lo que implica como técnico/as estar “dentro”, o sea no acompañando a otros sino siendo parte, acompañamiento mutuo, bidireccional, lo que implica combinar de forma distinta el conocimiento, el poder y la propiedad (Sarachu, 2009).

Esto nos ubica en el desafío de compartir el trabajo manual y el intelectual, por tanto, la descentralización de las tareas de gestión de los/as técnicos/as y el compartir el trabajo manual entre todos/as. Esto interpela el rol de coordinación que es llevado adelante por parte mayoritariamente de técnicas/os de la salud (o sociales), pero también preguntarnos ¿quién amasa el pan? ¿Cómo se organiza el trabajo de tal forma que todos/as disfruten del mismo? ¿Como el trabajo es campo fértil para el despliegue de deseos y sueños (¿más allá de la idea de “trabajar”? Arriesgar-se en qué tipo de producto/servicio ofrecer, confiar-se para decir, compartir-se en la tarea productiva, articular saberes para que el conocimiento disciplinar y las identidades profesionales no se apoderen de nuestros posibles (Teles, 2010). Esta apuesta nos desplaza de un lugar de comodidad del “técnico” o la técnica y fuerza a que otros saberes propios emerjan, habilitando que quienes conforman el equipo no sea solo “la psicóloga” sino una compañera que tiene formación en psicología que a su vez escribe poesía y es familiar de un usuario de salud mental, etc. Entendemos necesario forjar ese devenir atravesado por esos muchos mundos que nos habitan dando paso a otras formas de relación con los/as otros/as.

Asimismo, implica compartir la acogida. Generalmente este trabajo, ubicado en el cuidado y en el campo profesional de la salud, es depositado en el/la técnico/a, siendo quienes pueden acompañar, sostener en distintas situaciones. Es necesario que estas redes de apoyo sean mutuas. O sea, todos/as los/as integrantes estén dispuestos a cuidar, escuchar, acompañar al otro/a, como también mostrarse en su fragilidad y pedir esa red de ayuda. Si todos/as acogen, pero solo algunos/as son los/as acogidos/as las relaciones no son mutuas ni se logra tejer red-trama. Este desafío es enorme pero muy necesario para relaciones de reciprocidad, genuinas y rupturistas.

Podríamos decir entonces que, para compartir el trabajo es necesario crear tiempos-espacios distintos a la organización hegemónica, entre otras cosas avanzar en tareas compartidas y ampliar el campo del hacer en todos los/as integrantes.

Hablar de trabajo digno significa que estos emprendimientos puedan generar retribuciones económicas que permitan una vida digna. Pero como estas experiencias se desarrollan en el sistema capitalista no podemos esperar que se produzca una competitividad equitativa. Es así que generalmente son complementarias a las prestaciones sociales. Ahora bien, las prestaciones sociales (contributivas y no contributivas) estigmatizan y reproducen la imagen-pensamiento dogmática de la locura, por lo que una discusión que se podría incluir en ese sentido, es la Renta Básica Universal como una posible herramienta para la distribución de la riqueza y garantizar un piso mínimo para vivir, “la renta básica al proporcionar un ingreso alternativo ampliaría la libertad de las personas para trabajar en las condiciones deseadas, sin el apremio de la necesidad” (Salas, 2008, p. 122) . Por lo tanto, para estos emprendimientos se podría constituir en una posibilidad para integrar-nos desde otros lugares, tanto las personas con padecimiento

(de lo) psiquiátrico como los/las “universitarios-as/profesionales” y desplegar nuevas formas en la relación trabajo-acogida-vida.

#### 4.2. Acogida: gesto, palabra, cuerpo

Tomamos como referencia el concepto de acogida que plantea Oury (1998) que lo expresa como “lo mínimo indispensable” en experiencias que apuesten a otras relaciones con la locura, donde “lo importante es que haya posibilizaciones, por el hecho que hay otros que están ahí” (Oury, 1998).

Acoger es sostener, auxiliar, generar demora, acompañar en espacio, tiempo y afecto. Abrir y multiplicar los espacios capaces de acoger las singularidades en sus diferencias. Arriesgarse, construir confianzas mutuas, despliegue de distintos modos de ser, dejarse acoger, acoger al otro, “abandonarse al encuentro”. Grebert (2013) plantea: “acoger al otro, es acogerlo en su gesto, dolor, palabra, cuerpo, en su sufrimiento. Acoger entonces, permite alojar la angustia en lo colectivo, para luego colectivamente poder desalojarla” (p.139), para lo que es necesario promover y producir la “circulación y pasaje de los cuerpos, las palabras y los afectos” (p146).

Pero ¿cómo producir prácticas de acogida sin reproducir formas del deber ser, de la moral, de la norma? ¿Cómo oponerse a los modos dominantes de la temporización? (Guattari y Ronkin, 2005), que son lineales, del orden de lo uno, del Orden capitalístico y por tanto manicomial. Sin duda, es uno de los mayores desafíos que presentan estas experiencias y se presentan dos grandes desafíos: practicar otras temporalidades para desplegar el saber hacer y poder decir singular y colectivamente; y alojar acciones en relación a los efectos de la lógica manicomial y la precariedad de la vida como parte de la tarea del emprendimiento. Otros tiempos, otros ritos, otros modos.

Los procesos de gestión colectiva necesitan de experimentación del decir [argumento-entendimiento-pensamiento-afectación]. Fernández-Savater (2016) plantea que “Oury recomienda abrir y multiplicar los espacios capaces de acoger las singularidades en sus diferencias” (p. 128) para lo cual plantea la idea de sistema colectivos, partiendo de la idea que no alcanzan las asambleas para la toma de decisiones colectivas, teniendo presente que las personas con padecimiento (de lo) psiquiátrico se encuentran en un lugar social donde su palabra ha quedado silenciada, desvalorizada y ridiculizada por tanto es necesario un proceso que implique la construcción de un escenario colectivo que permita transformar otros lugares.

Oury afirma que la decisión no es un acto puntual que tenga lugar en un espacio-tiempo determinado, ni tampoco una secuencia lineal de tipo deliberación-decisión-ejecución, sino que se trata de algo más complejo. Un proceso de 'preparación' en el cual la decisión va incorporándose (haciéndose cuerpo). Un proceso de maduración (en espacios y tiempos múltiples) que produce finalmente un 'consenso', no en el sentido de una unanimidad, sino de 'sentido compartido'. (...) aprender a enriquecer ese proceso de preparación, maduración e incorporación es aprender a tomar decisiones de modo no soberano. Aprender a tomar decisiones en el elemento mismo de la multiplicidad (Fernández-Savater, 2016, p. 129).

Múltiples espacios de circulación, de pasaje, de flujo, que permiten ir amasando ideas, pensamientos y sensaciones. Asimismo, es fundamental prestar atención a cómo se construye la información y cómo se ponen en juego para la construcción de acuerdos en relación a las diferencias y desigualdades sociales en las que se encuentran los/las integrantes. Para ello es necesario la producción colectiva de entendimientos que Estevez (2004) expresa de la siguiente forma: “la palabra 'entendimiento' puede poseer

simultáneamente el carácter social y cognitivo (...) dos sentidos del término: nuevas comprensiones y nuevos acuerdos<sup>5</sup> (p. 163).

Para tomar cualquier decisión es necesaria información. De esta forma la formación y la transparencia de la misma es fundamental, hablamos del conocimiento de todo el proceso productivo, del manejo del dinero, como también la forma en la que se crea la información. Ya que no solo se trata de que circule, sino de la comprensión de esa información. Implica por tanto dedicar un tiempo-espacio para que se desarrolle esta tarea, darle un lugar en la organización del trabajo, construir lenguajes comunes y herramientas posibles de desarrollar entre todos.

Avanzar en compartir las decisiones, la información y el conocimiento, implica construir relaciones de confianza y de reconocimiento en el propio trabajo. Y es un ejercicio permanente de escucha, como también estar dispuesto a llevar adelante una idea "loca", implica una ruptura en el cuerdisimo de la toma de decisiones enfrentándose a la idea de pensar que se están perdiendo oportunidades o que ese no es el camino "correcto".

Se trata entonces de multiplicar espacios de decir-decidir-cuidar.

#### 4.3. Redes para la vida: políticas de encuentros y circulación

La producción de lazos sociales tiene un lugar central en estas experiencias y podríamos afirmar que se gestan en la promoción, fortalecimiento y construcción de redes. Por un lado, abriendo otros circuitos posibles de habitar-transitar de la ciudad a partir de distintas tareas desarrolladas para el emprendimiento: proveedores, comercialización, la propia producción. A su vez, el apoyo de organizaciones e instituciones y/o la presentación de la experiencia en distintas jornadas, congresos, marchas, abre mundos otros a los habituales.

Por otra parte, el trabajo en red con diversas instituciones y organizaciones para el sostén de la vida o sea desplegar distintas estrategias en relación a la vivienda, situaciones de crisis, relaciones familiares, etc. es fundamental. En el entendido de que, si se tiene trabajo, pero no se tiene un lugar propicio para vivir, gozar, dormir, oír no se tendrá como prioridad disponerse a la construcción de un proyecto colectivo, si se está en un momento de mucho sufrimiento o con problemas familiares no se podrá poner en el centro el emprendimiento. Entonces estas tareas se vuelven centro del emprendimiento lo que también repercute en los sentidos de los mismos para cada quien, la vida se pone en el centro. "Lo que ocurre a nuestro alrededor nos afecta, nos involucra. Se trata de cuidar y cuidarnos, del respeto mutuo, requisito esencial para el despliegue de la vida" (Teles, 2010, p. 70).

Asimismo, las experiencias con las que investigamos expresan que el trabajo es un espacio para encontrarse y compartir mates, música, conversas de la vida, festejos. Estos espacios de *entre* en lo cotidiano, *entre* día a día también sostiene y produce la vida.

### 5. Síntesis para seguir pensando: nuevas constelaciones

Deseo por un deseo de convivencia que habilita, que posibilita, que da paso, que deja pasar, que enseña, la posibilidad de poner algo en común entre las diferentes formas y experiencias de la existencia. (Skliar, 2010).

---

5. Traducción propia. En portugués: "Este termo preserva a tensão presente nas negociações pelas quais as cooperativas alcançam certos entendimentos coletivos. Além disso, a palavra "compreensão" pode simultaneamente ter o caráter social e cognitivo, por isso torna-se excepcionalmente apropriado compreender o método pelo qual os cooperativistas produzem novos entendimentos em ambos os sentidos do termo: novos entendimentos e novos acordos".

La pregunta que insiste es ¿cómo vivir juntos/as? Y de eso se trata, de la construcción de autonomía-de-un-nosotros/as.

El trabajo colectivo pasa a ser un medio para generar rupturas en la imagen-pensamiento dogmática de la locura, pero a su vez las nuevas imágenes-pensamiento provocan [o permiten] nuevas prácticas de trabajo, configurando a estas experiencias como posibles nuevos territorios existenciales (Guattari, 2013). Para ello es necesaria una mutación en la relación trabajo-locura mientras los colectivos van siendo-haciendo, lo que implica una mutua transformación en los sentidos del trabajo como en los sentidos de la locura. Estas (im)posibilidades se dan en los bordes de la histórica relación trabajo-locura, que sin duda siguen presentes insistentemente en estas experiencias.

Sostener la generación de vínculos de confianza donde el mundo del padecimiento, con las dificultades, los miedos, el sufrimiento, las inseguridades puedan ser compartidas, pero no estereotipadas ni depositadas en algunos/as, es parte de este proceso. Esto implica romper con la imagen del técnico/a-universitario/a como alguien que “todo lo puede”, al que nada le pasa. A su vez compartir entre todos/as los/as integrantes el trabajo manual e intelectual y las tareas de los registros contables y trámites como espacios de aprendizaje y formación, en procesos a otros ritmos y formas creativas. No se trata de que las/os universitarias/os le enseñen a los/las usuarios/as de salud mental, sino de aprender juntos/as estrategias para hacer juntas y juntos, donde día a día se produzca un jaque mate al patrón, muchas veces investido por el técnico/a social.

Estos cambios en los colectivos, se relacionan directamente con la construcción del/la intelectual/universitario-a/profesional que intenta construir su vida en relación a prácticas prefigurativas de ese mundo deseado, soñado e imaginado. La dignidad y la política afectiva son guía para sostener el proceso desde relaciones de reconocimiento, respeto mutuo y amorosidad (Holloway, 2011), se trata de prácticas cotidianas en las que están envueltos -nuestros- “mínimos gestos”.

Estos movimientos desplegados en estos colectivos son solo el principio en la construcción de una nueva maquinaria, ya que sus piezas están hechas de detalles y sensaciones y se va moviendo en un tiempo otro, porque la autonomía de lo que se trata es de “hacer crecer los mundos que somos [cuidar, comunicar, multiplicar, entramados simbólicos y materiales en los que estamos siempre-ya implicados]” (Fernández-Savater, 2016, p.132). La apuesta sigue siendo la construcción de un nosotros/as a partir del encuentro, no desde la idea de inclusión de los/as otros/as, sino desde la convivencia entre todos y todas, espacios de encuentro que posibilite el despliegue de nuestras existencias.

Inventar, disputar y sostener otras formas de reproducción de la vida que ponen en jaque las relaciones de poder instituidas y las formas conocidas de hacer-producir-vincularse, es aún un desafío, pero insistimos: “encontrar vías de producción de subjetividades potentes y creativas es un problema fundamental que no se resuelve de modo individual, sino de un modo radicalmente colectivo” (Teles, 2010, p.179).

Entendemos la desmanicomialización en tanto potencia como movimiento y posibilidad de nuevas formas de existencia, que se van gestando en la construcción autónoma de experiencias de vida digna, en donde podamos crear nuevas formas de acompañar el sufrimiento humano desde la sensibilidad, singularidad y solidaridad. En la certeza de que para ello, es necesario transformarnos a nosotras mismas.

## Bibliografía

- Aguirre, M., Cardozo, D., Carracedo, L., Castrillejo, M. y Jaurena, C. (2010).** *Trabajo y Locura. Investigación sobre experiencias y programas laborales para personas con Trastornos Mentales Severos y persistentes.* (Informe Final: PAIE – CSIC- UdelaR). Inédito.
- Amarante, P. (2006).** *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.* Buenos Aires: Ediciones Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2013).** *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Fiocruz
- Andrade, M. (2013).** *O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na saúde mental.* (Tese doutorado), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/105590>
- Cano, A. (2013).** Algunos desafíos para la desmanicomialización en el Uruguay. En N. de León (Coord.). *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 107-124). Montevideo: Levy
- Castel, R. (2009).** *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013).** *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro.* Buenos Aires: Lugar.
- Coraggio, J. L. (2016).** *Economía social y solidaria en movimiento.* Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cangiano, P. (2018)** El caso italiano: abordaje histórico y funcional de las cooperativas sociales. En: Bragulat (Edit.) *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales* (pp. 199-222). Buenos Aires: Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- De Leonardis, O.; Mauri, D. y Rotelli, F. (1995).** *La empresa social.* Buenos Aires: Nueva visión. Recuperado de <http://conferenciasasagiargentina.org/la-empresa-social/>
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011).** Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*,1(4), pp. 83-96. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Estévez, E. (2004)** Sócio, trabalhador, pessoa: negociações de entendimentos na construção cotidiana da autogestão de uma cooperativa industrial (Tesis Maestría). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia . São Paulo, Brasil
- Fernández-Savater, A. (2016).** La asamblea y el campamento. Sobre la organización de lo común. *El Apantle: ¿Común cómo? Lógicas y situaciones*, (2), pp.101-132.
- Foucault, M. (1999).** *Estética, ética y hermenéutica: Obras esenciales* (Vol. 3). París: Paidós
- Foucault, M. (2012).** *El orden Psiquiátrico.* Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
- Freytes, M. (2018).** Otras experiencias de cooperativas sociales en Argentina la inserción socio-laboral de sectores en situación de vulnerabilidad. En: Bragulat (Edit.) *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales* (p. 199 – 222). Buenos Aires: Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2005).** *Micropolítica: cartografías del deseo.* Buenos Aires: Tinta limón, Traficantes de sueños.
- Guattari, F. (2013).** *Líneas de fuga. Por otro mundo de posibles.* Buenos Aires: Cactus.
- Guerra, P (2012).** Las legislaciones sobre economía social y solidaria en América Latina. Entre la autogestión y la visión sectorial. En *Revista de la Facultad de Derecho*, 33, pp. 73-94.
- Grebert, L. (2013).** Clinique la borde. Un espacio de vida. En de León, N. (Coord.) (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* Pp: 125-147. Montevideo: Levy.

- Grebert, L. (2017).** Cartografía de diálogos entre la locura y el ordenamiento psiquiátrico: configuración de un atlas de imágenes-pensamiento. (Tesis de maestría). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.
- Holloway, J. (2011).** *Agrietar el capitalismo: el hacer contra el trabajo*. Buenos Aires: Herramienta.
- Lei N°180 (1978)** Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigtórios. Italia. En: Amarante (2015) *Saúde Mental, Formação e crítica*, Rio de Janeiro, Laps.
- Legge N° 381 (1991)** Disciplina delle cooperative sociali. Italia. Recuperado de: <http://www.unife.it/studenti/tirocini-placement/tpl-tirocini-post-laurea/normativa/l-381-91.pdf>
- Ley N.ª 9.581 (1936)** Psicópatas. Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3841208.htm>
- Ley N° 17.978 (2006)** Cooperativas sociales. Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7529694.htm>
- Ley N° 18.407 (2008)** Sistema Cooperativo. Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6780870.htm>
- Ley N.ª 19.529 (2017)** Salud Mental. Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484987325482.htm>
- Ley N.ª 19.848 (2020)** Economía Social y Solidaria. Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu6743052081156.htm>
- Ley 24.400 (1991)** Salud mental. Rio Negro, Argentina. Recuperado de: <http://www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/7.pdf>
- Ley 26.657 (2011)** Derecho a la Protección de la Salud Mental. Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/nor>
- Musillo, M. (s.f.).** *La empresa social: Una forma de ser en el Mercado*. Recuperado de: <http://saudecosol.wordpress.com/>
- Oury, J. (1998).** *Libertad de circulación y espacio del decir*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/libertad-de-circulaci%C3%B3n-y-espacio-del-decir>
- Pastore, R. (2014).** *Economía social y solidaria, un campo socioeconómico, simbólico y político en construcción*. Miradas y prácticas desde la Universidad pública. S/d.
- Rotelli, F. (2000).** Empresa social: construyendo sujetos e direitos.. En P. Amarante (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 301-306). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sarachu, G. (2009).** Límites y posibilidades de la economía social y solidaria: la recuperación del sentido del trabajo en movimiento. *Revista PROCOAS* 1(1), pp. 98-105.
- Skliar, C. (2010).** Los sentidos implicados en el estar-juntos de la educación. En *Educación y pedagogía*, 22 (56), pp. 101-111.
- Teles, A. (2010).** *Política afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Entre Ríos: Fundación la Hendija.