

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Cooperativas Sociales como alternativas de
inserción laboral: ¿pleno ejercicio de Derechos
para personas que han transitado por instituciones
psiquiátricas?**

Sofía Olmedo Bacigalupe
Tutora: Cecilia Silva

2019

Agradecimientos

A mis padres, Andrea y Pedro, pilares fundamentales en este recorrido, por el apoyo incondicional, por cuidarme y quererme. Y principalmente por brindarme la oportunidad de estudiar esta profesión y acompañarme en cada una de mis decisiones.

A mi hermana Mariana, por el amor que nos une, y por estar presente en cada etapa de mi vida.

A mis sobrinos, Juan Pedro y Emiliana, por mis “ausencias” y por no estar presente en su crecimiento debido a las distancias.

A mis abuelas, Nybia y Blanca, por el apoyo que me han brindado a lo largo de este proceso, por tenerme siempre presente en sus pensamientos.

A mis amigas, Dayana, Any, Bruna y Nelsy, por su incondicionalidad en el proceso y en su amistad, sin ustedes muchos de los logros no serían posibles. A todos mis compañeros y compañeras que han formado parte de mi crecimiento personal y profesional.

A los y las docentes, que me brindaron las herramientas para transcurrir por la formación de grado, especialmente a los docentes del Departamento de Trabajo Social. A Cecilia Silva, mi tutora, por su apoyo, comentarios, sugerencias y críticas a lo largo de este proceso.

A todos ustedes, ¡Muchas Gracias!

Resumen

El propósito de esta monografía es presentar un análisis de datos acerca de la noción de salud mental, haciendo hincapié en la inserción sociolaboral de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, así como también del sentido del cooperativismo como alternativa de inserción laboral para esta población.

Además, se realiza un recorrido teórico de las normativas existentes en Uruguay enfatizando en aquellas que promueven la inserción laboral de la población estudiada y de las normativas que promueven las modalidades de cooperativas sociales, siendo el Ministerio de Desarrollo Social, el organismo encargado de la organización, promoción y fomento de las mismas.

Los resultados comprenden un conjunto de análisis teóricos que emergieron de la temática, en los que se observa principalmente que si bien nuestro país se plantea dejar atrás las nociones hegemónicas acerca de la salud mental -visto esto principalmente en la adherencia a la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad-, sigue predominando sobre ella el modelo planteado por instituciones internacionales que se posicionan desde la perspectiva médica- hegemónica, desde el paradigma rehabilitador. Por otro lado, se concluyó que si bien desde el Estado se promueve el acceso al mercado laboral de personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, los modelos y requisitos existentes para que esto sea así no se han podido implementar de manera que aseguren una permanencia de esta población en el mercado laboral.

Palabras clave: salud mental, insercion laboral, cooperativas sociales.

Índice

Introducción	p.4
Lista de siglas	p.7
1. Capítulo 1: Salud Mental: conceptualización y normatividad	
1.1. Conceptualización.....	p.8
1.2. Características del contexto de producción de la normativa nacional e internacional.....	p.14
2. Capítulo 2: Trabajo y cooperativas sociales	
2.1. Trabajo como práctica ontológica.....	p.21
2.2. Acceso al mercado laboral de personas en situación de discapacidad.....	p.24
2.3. Reorientación del Estado.....	p.28
2.4. Cooperativas Sociales.....	p.32
2.5. Marco normativo vinculado a la promoción de empleabilidad de personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.....	p.40
3. Capítulo 3: Principales discusiones en torno a las fuentes documentales	
3.1. Sobre la noción de salud mental.....	p.42
3.2. Discusiones vinculadas a las cooperativas sociales.....	p.43
Consideraciones finales	p.48
Bibliografía	p.51
Fuentes Bibliográficas	p.55

Introducción

La presente monografía se enmarca en la currícula de la Licenciatura en Trabajo Social, exigida como requisito final para el egreso de la carrera grado establecido en el Plan de Estudios 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El área temática que aborda este trabajo toma en consideración el programa de cooperativas sociales del MIDES como alternativas de inserción laboral para personas que hayan tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas en Uruguay.

La temática resulta de suma importancia ya que está presente en distintos lugares de la agenda pública, social y política. Teniendo en los últimos años mucha relevancia social llevada a cabo por las instituciones vinculadas a la salud mental, por los propios usuarios, sus familias y la comunidad en general.

Existe un contexto socio institucional que pone de manifiesto la importancia de la salud mental en Uruguay y sus actores. Estos han tenido a lo largo de los últimos años una marcada visibilidad, y por su parte han logrado conquistar determinadas demandas. Dentro de éstas, se destaca principalmente la “Ley de Salud Mental” 19.529 existente desde agosto de 2017, plantea un proceso de reforma en la atención psiquiátrica, enfatizando principalmente el cierre de las instituciones asilares y teniendo como base una perspectiva de derechos humanos para la población que engloba. Otra de las conquistas ha sido la ley 19.691 “aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad”, la cual promueve un sistema de cuotas en el ámbito privado para personas en situación de discapacidad.

Se indaga acerca de las limitantes y el alcance de la inserción socio laboral de personas que han tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas a través de las cooperativas sociales como un modelo alternativo. Se propuso determinar cuáles son las posibilidades o dificultades que atraviesa esta población al momento de la integración socio laboral y específicamente cuando comienzan el proceso de formación de una cooperativa social.

Problematizar e investigar sobre esta temática, permite generar insumos para próximas investigaciones, ya que en la búsqueda de antecedentes para realizar la presente

monografía no ha sido fácil encontrar publicaciones e investigaciones que sigan la misma línea para el presente documento.

Como metodología se realizó una investigación de carácter exploratorio; para ello se basó en la investigación bibliográfica de la temática; se realizó principalmente una revisión de libros, artículos, documentos y normativas elaboradas tanto por el Estado, así como también por organismos internacionales; se consultaron fuentes de datos secundarias y se utilizaron monografías de grado de Trabajo Social.

La estructura que se le da al documento es en tres capítulos. El primero de ellos trata de una aproximación a la conceptualización sobre salud mental, un recorrido sobre las normativas existentes en salud mental tanto en Uruguay como las normativas internacionales.

En el segundo capítulo, se teoriza acerca del trabajo como práctica ontológica, así como también se trae a consideración la reorientación del Estado que comienza a finales de Siglo XX en Uruguay, teorizando acerca de los conceptos de vulnerabilidad, pobreza, exclusión social y económica; asistiendo a un desarrollo de políticas públicas de integración social y laboral promovidas principalmente por los gobiernos progresistas. También se hace una aproximación teórica acerca del acceso al mercado laboral de personas que han transitado por instituciones psiquiátricas. Se elabora en otro apartado una aproximación al programa de cooperativas sociales del MIDES; y finalmente, se realiza un recorrido por la normativa uruguaya que promueven la inserción laboral de personas en situación de discapacidad y aquellas que refieren a cooperativas sociales.

El tercer capítulo sintetiza las categorías trabajadas a lo largo del documento haciendo énfasis a en el problema de estudio. Siendo éstas principalmente discusiones en torno a la conceptualización de salud mental que está vigente en Uruguay, así como también aquellas discusiones referentes al programa de cooperativas sociales, analizando si éstas promueven el acceso al mercado laboral de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.

Por último, se presentan las consideraciones finales, que sistematizan los elementos presentados a lo largo de esta monografía, considerados de mayor importancia, así como

también los desafíos y propuestas que pueden ser planteadas a futuro. Finalmente se presenta la bibliografía utilizada.

Lista de siglas

ACI – Asociación Cooperativa Internacional.

CDPD ó Convención - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

CV – Currículum Vitae.

IELSUR - Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay.

ISI - Industrialización por sustitución de importaciones.

MDRI - Mental Disability Rights International.

MIDES – Ministerio de Desarrollo Social.

OIT – Organización Internacional del Trabajo.

OMS – Organización Mundial de la Salud.

ONG - Organización No Gubernamental.

ONSC - Oficina Nacional de Servicio Civil.

OPS – Organización Panamericana de la Salud.

PANES - Plan Nacional de Atención de la Emergencia Social.

Pronadis – Programa Nacional de Discapacidad.

Provas – Producto con valor social.

NNUU – Naciones Unidas.

USC – Unidad de Cooperativas Sociales.

Capítulo 1. Salud Mental: conceptualización y normatividad

1.1. Conceptualización

La noción de salud mental es considerada en esta monografía en primer lugar como un concepto polisémico, reconociendo distintas acepciones dependiendo del contexto en el que se trabaja; tanto en el contexto de la academia, ya que se entienden cosas distintas, en lo referido a su uso cotidiano, y a su vez en la normativa que se construye. Por tanto una de las premisas de la que parte esta monografía es de recuperar esa característica polisémica del concepto y realizar algunas delimitaciones conceptuales en términos de orientación teórica. Es decir, hoy en día si bien existen determinadas concepciones acerca de lo que se entiende por salud mental, éste no es un concepto establecido y delimitado ya que el mismo va cambiando a lo largo de la historia, es un producto sociohistórico.

Las nociones y conocimientos existentes sobre salud mental resultan propios de un momento histórico particular que va evolucionando conforme lo hace la sociedad, siendo éste un entramado del resultado de prácticas cotidianas, representando un saber común o popular, y las abstracciones de un cuerpo teórico y conceptual realizadas mediante prácticas profesionales específicas.

Distintas declaraciones internacionales y normativas nacionales consideran a las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas dentro de la definición de discapacidad. La CDPD a la cual nuestro país adhiere bajo la Ley 18.418, en su artículo 1 entiende:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (CDPD, art. 1).

Palacios e Iglesias afirman esta definición y consideran que “entre todas las personas con discapacidad se encuentran las personas con discapacidad psicosocial e intelectual. La realización de planes de vida es el logro de una vida humana digna o si se quiere, el libre desarrollo de la personalidad y esto se determina en cada persona desde su propia autonomía moral” (Palacios e Iglesias, 2017, p.23).

Asistimos hoy a un cambio de paradigma que pone en disputa al modelo rehabilitador basado principalmente en la protección de la persona, hacia un modelo social, el cual entiende que las causas que han originado a la discapacidad a lo largo de la historia no son propias del individuo, sino que son, en gran medida, sociales.

Se parte de la concepción que las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas como aquellas que no lo han hecho, tienen la misma la capacidad de hacer aportes a la sociedad. El modelo social de la discapacidad “parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad” (Palacios e Iglesias, 2017, p.16).

La noción de salud mental a su vez está fuertemente ligada a los paradigmas científicos hegemónicos y a las representaciones sociales dominantes. Por esto, se puede sostener que para conceptualizar a la salud mental en cuanto a su producción histórica, es necesario considerar los contextos sociales desde donde se sitúan y las transformaciones históricas y sociales que han existido a lo largo de los años.

Augsburger tomando como referencia el pensamiento de Galende expresa que es necesario “comprender el sufrimiento psíquico en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia, y no según el modelo médico de enfermedad mental” (Augsburger, 2002, p.65). El binomio salud-enfermedad mental restringe las posibilidades de identificar y comprender las condiciones que han implicado que la persona haya tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas.

Por lo tanto, en el desarrollo de esta monografía se considera a la noción de salud mental como un conjunto de percepciones que entiende a la persona como ser íntegro; desde esta perspectiva, el lugar de los sujetos se modifica. El ejercicio de su condición de sujeto de derecho ocupa un lugar significativo en los procesos de abordaje; no obstante esto, las condiciones materiales para el ejercicio de estos derechos aún son controversiales. Esto es notorio en las situaciones de internación en donde, si bien la condición de sujeto de derecho es reconocida, el ejercicio para ello tiene obstáculos vinculados a la propia institución psiquiátrica. En la institucionalización, el individuo pierde su subjetivación.

Estas situaciones de encierro significan la suspensión de la vida concreta, en la cual las personas pasan determinado tiempo sin tener contacto con el resto de la sociedad y la comunidad, con el afuera; esto genera al momento del egreso, que las personas tengan una mayor dificultad para lograr su inserción social. Estas dificultades en cuanto a la inserción pueden ser, por ejemplo, pensadas en términos habitacionales, de trabajo, e incluso de redes de sociabilidad como lo son la familia o la comunidad.

“Con la internación se provoca la separación y el aislamiento de la persona de su medio, lo que provoca mayores niveles de discapacidad social creando condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de los usuarios” (De León, 2013, p.20).

A lo largo de la historia, hemos asistido a procesos de estigma y exclusión hacia las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, generando dificultades o limitando el acceso de los mismos al mercado laboral. Esta población en su cotidianidad, deben enfrentar vínculos sociales y familiares debilitados, estigma y prenociones por parte de la sociedad, siendo éstas entendidas como barreras para el acceso a un trabajo, y al cumplimiento de las necesidades básicas necesarias para vivir adecuadamente.

Goffman utiliza el término estigma “para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” de los individuos (Goffman, 2006, p.13). Es la situación en la que se encuentra una persona que es socialmente inhabilitado. “De este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (Goffman, 2016, p.14).

Por otro lado considera que “la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, (...) sus posibilidades de vida” (Goffman, 2006, p.15).

En cuanto a cómo se percibe una persona que es estigmatizada, el autor considera que éste se puede autopercebir como “igual a cualquier otro ser humano, mientras que, al mismo tiempo, es definido por él mismo y por quienes lo rodean como un individuo marginal” (Goffman, 2006, p.129). El hecho de que el individuo se considere y sea considerado como marginal, lo pone en una situación de vulnerabilidad, no solo siendo desacreditado por el

resto de la sociedad, sino también por él mismo, perdiendo su confianza personal, limitando la percepción de sus potencialidades y sus capacidades. Por ejemplo, este aspecto afecta negativamente en la posibilidad de acceder al mercado laboral ya que ellos mismos pueden llegar a considerarse incapaces de realizar ciertas actividades. La exclusión y vulnerabilidad limitan también el acceso a herramientas o medios de búsqueda de empleo, como por ejemplo, poder redactar un CV adecuadamente, tener acceso a una computadora para realizarlo, entre otros.

Entonces, podemos entender al estigma como un estereotipo, como una clasificación de las personas hacia actitudes y creencias negativas que han sido establecidas y/o reproducidas a lo largo de la historia por parte del imaginario social. La sociedad tiene la prenoción acerca de las personas que han tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas como personas de carácter peligroso, violento, incapaces, sin habilidades para desarrollarse en su cotidianidad, entre otros atributos negativos. Este tipo de ideas anticipadas o características asociadas a esta población se convierten en barreras para que la persona logre desarrollar su autonomía y su crecimiento personal para con el resto de la sociedad.

A pesar de las consideraciones antes mencionadas y luego de la delimitación que se le pretende dar a este documento acerca de las nociones que hacen a la salud mental, es necesario destacar que las normativas uruguayas entienden a la misma según las denominaciones de determinadas instituciones y organizaciones internacionales que siguen la perspectiva del modelo médico hegemónico.

Uruguay, al igual que muchos países adhieren a la definición de salud elaborada por la OMS la cual se entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013, p.07).

Por otro lado, la OMS define la salud mental “como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2013, p.07).

Tanto la salud mental como la salud en general pueden verse afectadas por distintos factores; como por ejemplo factores sociales, económicos, ambientales, personales, entre

otros; siempre teniendo en cuenta que éstos pueden ser atendidos mediante estrategias enfocadas a la prevención y promoción de la salud.

Pérez destaca que “estos determinantes ubican el problema de la salud y enfermedad mental en el plano social y político (...) este medio social que marca las condiciones de existencia, habilitará y delimitará determinadas condiciones de producción y forma de expresión del sufrimiento psíquico” (Pérez, 2017, p.108). Si se logra la conexión entre éstos, se puede afirmar que el abordaje de las problemáticas y los tratamientos implementados podrán ser relevantes y efectivos para fomentar una mejor calidad de vida de las personas logrando promover sus derechos humanos.

Palacios e Iglesias destacan que “desde una perspectiva transcultural es muy complejo llegar a una definición exhaustiva y universalmente válida. Cabe admitir que el concepto de salud mental es más amplio que la simple ausencia de síntomas psíquicos” (Palacios e Iglesias, 2017, p.24)

Tomando como referencia las normativas uruguayas, en el artículo 2, inciso primero de la Ley N° 19.529 “Ley de Salud Mental” se define a la salud mental como: “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Ley N° 19.529, art.2).

A su vez, se utiliza el concepto de “trastorno mental” del artículo 2, inciso cuarto de la ley mencionada anteriormente:

“Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno” (Ley 19.529, art.2).

Tomando como referencia los aportes de Amico (2004), el binomio salud-enfermedad no son categorías inmutables, absolutas u objetivas, sino que se toma en cuenta el contexto social en donde las personas desarrollan su vida; y que los problemas que puedan llegar a

surgir son construcciones sociales y culturales históricamente determinadas, siendo éstos atendidos conforme el proceso de atención que se le esté realizando a la persona que está institucionalizada y a su entorno.

Tal como puede observarse en las definiciones antes mencionadas acerca de las normativas relacionadas a la salud mental existentes en Uruguay, se destaca que a pesar de que se ha intentado promover la perspectiva del modelo social de discapacidad mediante la adhesión a la CDPD bajo la Ley 18.418, ha “triunfado” el modelo médico hegemónico y el grupo de interés de la psiquiatría tradicional al utilizar el concepto de trastorno mental en el cuerpo de las normativas.

Por otro lado, se hace relevante considerar la noción conceptual de salud mental comunitaria. Desde esta perspectiva, se es bastante crítico en lo que refiere al campo de la salud mental, específicamente lo relacionado al sector socio sanitario; se destaca que esta concepción intenta trascender la lógica psiquiátrica como disciplina.

Tomando como referencia los aportes de Ardila y Galende entienden que en esta perspectiva “está la oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad en el proceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento” (Ardila y Galende, 2011, p.40).

La primera intervención es intentar preservar los vínculos comunitarios, sociales y familiares de la persona, al mismo tiempo que la atención debe ser orientada hacia la integración social del sujeto (Ardila y Galende, 2011).

Tomando en cuenta la perspectiva de Derechos Humanos relacionadas al campo de la salud mental, se puede afirmar que es el Estado el organismo encargado de avalar los derechos de los individuos, orientando y reorientando su marco jurídico a fin de contemplar las necesidades básicas de las personas, brindando recursos y creando políticas públicas a fin de fortalecer y garantizar el bienestar de las poblaciones más vulneradas.

1.2. Características del contexto de producción de la normativa nacional y la internacional

Si bien las primeras internaciones psiquiátricas en el país surgieron a partir de 1778 en el Hospital de Caridad; en 1860 surge el primer Asilo de Dementes; luego en 1880 se crea el Manicomio Nacional, posteriormente conocido como Hospital Vilardebó; y finalmente en 1912 se crea la Colonia Etchepare teniendo como principal fin “aliviar” la sobrepoblación del antes mencionado Hospital Vilardebó (Techera, Apud, Borges, 2009). En términos normativos relacionados a la salud mental en Uruguay, surge en el siglo XX, específicamente en 1936 la Ley N° 9.581 “Psicópatas”, esta ley es pura y exclusivamente destinada a la asistencia a psicópatas. En la misma no se define qué se entiende por psicópatas, o a qué sujetos está destinada, pero es necesario destacar que hasta mediados del Siglo XX dicho término era considerado como “enfermo mental” (Casarotti, 2015).

La Ley 9.581, en su artículo 13, establece que todo enfermo psíquico puede ingresar a los establecimientos psiquiátricos públicos o privados por su propia voluntad, por medio de una indicación médica o por disposición judicial o policial. Quienes estaban a cargo de la dirección de dichos establecimientos eran médicos designados, en los cuales recaía todo el poder de acción y asistencia.

Esta Ley hace una serie de consideraciones exhaustivas para legislar ante las diferentes situaciones que se podrían presentar, (ingreso voluntario con posterior pérdida de libre determinación de voluntad, casos de urgencia; admisión urgente por disposición policial; situaciones del enfermo mental indigente o que carezca de protección familiar, enfermos psíquicos ingresados por orden judicial; ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico). (Fernández, 2017)

El artículo 9 de la ley de psicópatas expresa que la asistencia se hará con los diferentes sistemas: “a) por dispensarios psiquiátricos; b) por hospitales psiquiátricos; c) por asilos, colonia y servicios especializados; c) por la asistencia familiar” (Ley N° 9.581, art.9).

Es necesario remarcar que desde el siglo XIX, el modelo predominante es el manicomial, siendo la lógica asilar (encierro y aislamiento) la principal forma de atención para las distintas situaciones y problemáticas que atraviesan las personas que han sido institucionalizadas.

“Durante la mayor parte de la historia de la atención psiquiátrica de las enfermedades mentales en Uruguay se han privilegiado los tratamientos invasivos basados en el encierro de los cuerpos y la medicalización” (De León, 2013, p.33)

En el año 1949 se crea el “Patronato del Psicópata” a través de la Ley 11.139, hasta la actualidad se encuentra vigente en nuestro país. En la misma se aprueba la creación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. “A pesar de su nombre, con su sanción se produce un giro conceptual histórico para la época, cuando explícitamente se la relaciona con cierta noción de derecho humano” (Fernández, 2017, p.97).

En el artículo 1, literal A, se puede observar que una de las principales finalidades son:

“Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos”. (Ley N°11.139, art.1)

Para quienes no tuvieran amparo familiar se funda un “Hogar Taller” para que puedan seguir con sus tratamientos y se determina que realicen trabajos mediante los cuales puedan obtener una remuneración adecuada.

En la región, en 1990 se llevó a cabo en Caracas la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la OMS/OPS, en la cual fue formulada la Declaración de Caracas. Esta declaración significó un quiebre muy importante sobre la concepción de salud mental ya que se toman medidas acerca de las lógicas manicomiales, procurando establecer reformas hacia una atención comunitaria con perspectivas de derechos humanos y civiles, y a su vez promoviendo la autonomía de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, el intento de

derribar la discriminación y los prejuicios que están ligados a esta población. (De León, 2013)

Es decir, en esta conferencia se propone de cierta forma eliminar el modelo asilar, debido a que comienza a no ser compatible con los objetivos que se proponen en el nuevo modelo, el cual tiene como cometido principal lograr una atención a nivel comunitario, preventiva, descentralizada, integradora y participativa. Se intenta luchar contra los problemas de abusos, discriminación y estigmatización que viven día a día las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.

Es por esto que la Declaración considera que:

“la confianza exclusiva en la internación en hospitales psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural, y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un nexo fundamental entre servicios de salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes” (OMS, 2006, p.16).

En 1992 es publicado un libro sobre las normativas vigentes que regulan la asistencia en salud mental en el cual se recomiendan once acciones necesarias para implementar en Uruguay; la institución encargada de publicar dicho libro fue el IELSUR. Principalmente plantea que “se debe sustituir la vieja Ley 9581 de 1936 por una nueva ley de «Salud mental y atención a las personas con trastorno mental»” (IELSUR, 1995, p.70). A su vez este instituto propone que la atención dirigida hacia la salud mental sea complementada con servicios comunitarios que sean distribuidos en distintas áreas territoriales.

En 1995, se presenta un informe llevado a cabo por la ONG MDRI en el cual se sugieren cambios con respecto al sistema de salud mental en Uruguay. Se establecen recomendaciones tales como: internar solamente en casos que sea sumamente necesario y cuando el diagnóstico real así lo requiera; la construcción de redes de asistencia que permitan, desde la propia comunidad contener a las familias y a la persona institucionalizada, especialmente brindando información y espacios de contención específicos; el tratamiento debe ser evaluado constantemente, determinando qué evolución

tienen los mismos, y se debe realizar una continua evaluación de las medicaciones proporcionadas a los mismos, con el fin de evitar daños colaterales. Se propone a su vez tener en cuenta distintos tratamientos interdisciplinarios incluyendo alternativas al modelo médico, destacando la atención en la comunidad. (De León, 2013)

Se entiende entonces la necesidad de cambiar la terapéutica ejercida hacia esta población destacando la importancia de la inserción comunitaria, el apoyo de redes y el ejercicio pleno de los derechos de los mismos para que logren desarrollar al máximo sus capacidades, así como también la importancia de ingresar al mercado laboral. Este cambio de paradigma va fuertemente ligado a la necesidad de que no solo sea el médico quien disponga las terapéuticas a realizar, sino también que la atención debe brindarse desde un equipo interdisciplinario, promoviendo que la persona institucionalizada se inserte nuevamente a su comunidad mediante redes de apoyo.

“El abordaje de la enfermedad mental requiere un plan que involucre a los usuarios, a los familiares, a los profesionales de la salud y a otros actores comunitarios trabajando conjuntamente para desarrollar las mejores condiciones posibles” (Techera, Apud, Borges, 2009, p.116).

Algunas de las críticas que se le puede hacer a la Ley de Psicópatas es la posibilidad de considerar como obsoleta la hospitalización involuntaria o compulsiva, es de suma importancia plantear la necesidad de utilizar consentimientos informados ya que “Las personas que transitan por padecimientos mentales pueden presentar situaciones de especial vulnerabilidad en lo referente al ejercicio de su autonomía dado las dificultades para determinar su capacidad de consentir o asentir” (De Pena, Lema, Silva, 2017, p.89).

Por otro lado, se puede destacar que la misma no prevé programas de atención y prevención de las enfermedades en los distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria). Uno de los impulsos que posteriormente hicieron que esta ley fuera derogada, fue la intención de crear programas de promoción en salud mental en conjunto con la comunidad, para que esta población deje de ser estigmatizada y a su vez que sus derechos sean ejercidos como tal.

En 2006 se celebra la CDPD impulsada por las NN.UU. Nuestro país ratifica y aprueba la misma en el año 2008 creando la Ley N° 18.418. Ésta comprende explícitamente a las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, y es considerada una ley de protección para aquellas personas que tengan alguna discapacidad.

Cabe destacar que la definición de discapacidad utilizada en la CDPD es alentador y rupturista, considera que la discapacidad no es propia de la persona en sí, sino que reconoce que hay personas con ciertos déficits ya sean innatos o adquiridos, pero al término discapacidad lo define también las barreras del entorno y las barreras actitudinales, es decir, cómo la sociedad se enfrenta ante lo diferente y cómo ha sido la matriz de sociabilidad; por lo cual, se entiende que si se dan al menos dos de estas características, se puede considerar que una persona está en situación de discapacidad.

El artículo 1 inciso primero de la misma, expresa que el propósito de esta es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y el respeto de su dignidad inherente” (CDPD, art.1).

Para el caso de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas es importante el concepto que trae el artículo 2 sobre “ajustes razonables”: es decir, las adaptaciones que se deben hacer para que puedan acceder a los servicios y derechos que le impliquen alguna dificultad. (De León, 2013, p.64)

Se destaca que esta población puede vivir de forma independiente, tener acceso a servicios de apoyo y acompañamiento tanto en el hogar, como en residencias, así como también en la comunidad.

El artículo 15, numeral uno de la CDPD expresa que “ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento” (CDPD, art. 15). En artículos posteriores se procura establecer la protección contra explotación, violencia y abuso, protección de la integralidad personal, respeto de la privacidad; los Estados deben garantizar el acceso a la educación tanto primaria como secundaria, y formación profesional, también deben garantizar servicios de empleo, habilitación y

rehabilitación en la salud, posibilidad de ejercer el derecho al voto, posibilidad de acceso a puestos de trabajo en igualdad de condiciones, participar de la vida pública y política, entre otros.

Palacios considera que:

“(…) debe tenerse presente que la Convención, no es, ni debe ser, interpretada como un instrumento aislado, sino que supone la última manifestación de una tendencia mundial, a favor de restaurar la visibilidad de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito de los valores, como en el ámbito del Derecho” (Palacios, 2008, p. 236).

Partiendo de lo planteado acerca de las normativas en salud mental tanto en Uruguay como en la región, puede observarse que es desde de la década de 1990 que se comienza a hacer notoria la necesidad de un cambio de paradigma, con la intención de dejar de lado las lógicas manicomiales, los asilos, el encierro, ya que en la mayoría de los casos éstos no promueven a la cura de los enfermos mentales sino que agudizan sus enfermedades.

Es por esto que, en 2007 se impulsó la redacción del anteproyecto de Ley de Salud Mental, la misma fue impulsada por distintos colectivos: “usuarios y sus familiares, gremios y profesionales de diferentes disciplinas” (De León, 2013, p.34).

Es finalmente en el año 2017 que se aprueba la Ley N° 19.529 “Ley de Salud Mental”, la cual se basa en un modelo nuevo hacia la atención en salud mental, priorizando principalmente la promoción de los derechos humanos de los usuarios, reconociendo al individuo de manera integral, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros; propone además, que el proceso asistencial debe tener un enfoque interdisciplinario en el cual se deben respetar los principios de la bioética y los derechos humanos; entiende que el estado de la persona que ha transitado por instituciones psiquiátricas es modificable ya que es un proceso dinámico, influido por componentes históricos, socioeconómicos, culturales. Los individuos deben tener acceso a una vivienda, a la inclusión educativa y cultural, así como también una inserción laboral acorde a sus posibilidades y necesidades. De todas formas, en la misma se sigue utilizando el término,

trastorno mental para definir a las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, tal como se ha mencionado anteriormente.

En el siguiente capítulo se hará un recorrido sobre el trabajo como noción ontológica; conceptualizaciones del trabajo, el empleo, la inserción social y laboral; el programa de cooperativas sociales del MIDES como modalidad para el fomento de la empleabilidad para personas que han transitado por instituciones psiquiátricas. También se analizan las normativas vinculadas al fomento de la empleabilidad como herramientas de inserción laboral para esta población.

Capítulo 2: Trabajo y Cooperativas Sociales

2.1. Trabajo como práctica ontológica

Para comenzar con el presente capítulo, se presenta la delimitación de la centralidad de la categoría trabajo con la intención de realizar una conceptualización ontológica.

El trabajo como práctica ontológica, es el que determina a la naturaleza misma del hombre y del ser social. Es entendido también como un instrumento de crecimiento del ser y sus relaciones, como el mediador que vincula a ese ser y a la naturaleza de la cual se apropia y la transforma para sí; siendo éste una protoforma del ser social.

En el sentido marxiano, la vinculación entre el ser y la naturaleza es considerada como la dimensión natural del trabajo, y la mediación que se realiza entre el ser y sus pares es considerada la dimensión social. Esta última mediación conlleva en sí el relacionamiento con otros pares, posibilitando la reproducción del ser social y su conjunto. (Duayer, Siqueira, Escurra, 2013)

Por otro lado, visualizar al trabajo desde la perspectiva ontológica permite pensarlo como una totalidad social, ya que en ésta se logran atravesar distintas mediaciones y determinaciones en los procesos de desenvolvimiento del ser social. En palabras de Lukács:

“No trabalho estão contidas in nuce todas as determinações que, como veremos, constituem a essência do novo dentro do ser social. O trabalho pode ser considerado, pois, como fenômeno originário [Urphänomen], como modelo do ser social; o esclarecimento destas determinações proporciona já, portanto, uma imagem tão clara acerca de suas características essenciais, que parece metodologicamente vantajoso começar com sua análise” (Lukács, 2004, p. 59).

No es menor destacar el carácter teleológico que realizan los hombres respecto al trabajo; es decir, éste se destaca por la transformación, la manipulación de la naturaleza y sus relaciones, permitiendo la creación misma del propio ser, logrando así objetivarse. El sujeto logra para sí su propia transformación y la de los medios, ejerciendo sus capacidades. Permite por lo tanto la proyección de una realidad futura, logrando crear una

vida tanto individual como colectiva; y es importante recalcar que el trabajo en esta perspectiva es considerado como posibilitador de una absoluta libertad.

“o trabalho tem por pressuposto que o sujeito que põe e realiza a finalidade decidiu diante de um rol de alternativas, baseado em uma determinada valoração, qual caminho objetivamente seguir para realizar o fim posto” (Duayer, Siqueira, Escurra, 2013, p.20).

Pensar al trabajo en términos de Lukács es pensarlo como el vehículo hacia la autocreación y autorrealización del hombre; ya que éste como ser biológico es considerado como un producto de la evolución natural. Con la autorrealización, que en parte puede significar un retroceso de los límites naturales pero nunca su desaparición; al superar estos límites el hombre se transforma en el ser social. (Duayer, Siqueira, Escurra, 2013)

“Esto significa que necesariamente el trabajo requiere también una movilización subjetiva, es decir mental y psíquica del trabajador, (...) Esta movilización subjetiva sólo se opera plenamente cuando el trabajador espera obtener, en contrapartida de su actividad, su realización personal y un reconocimiento social de su identidad” (Neffa, 1999, p.9).

Sánchez Vázquez retoma la idea de praxis planteada por Lukács: entendida ésta como la realización de una actividad concreta realizada por el sujeto, logrando transformar la realidad, que, a su vez, contiene la lógica de la acción teleológica; cuando se encuentra principalmente la acción concreta y el pensamiento, da como resultado la mediación de los fines. (Sánchez Vázquez, 1980)

Se piensa a la praxis como realización de la actividad de transformación y la objetivación del ser en el producto de su trabajo, permite éste reconocerse en él y así lograr tomar conciencia de la capacidad de transformar la naturaleza, a sí mismo y lograr superarse para comenzar nuevamente, generando así un ciclo de construcción del ser social. Por su carácter teleológico, y por su adecuación a fines, cabe destacar que no necesariamente las transformaciones no son solamente para realizar cambios, sino que puede conservarse algo de la naturaleza de la que se parte.

A pesar de que se considere a todo tipo de praxis como prácticas sociales, no todas las prácticas sociales pueden ser consideradas como praxis. Ésta adquiere su sentido de acción humana si posee la lógica de la acción teleológica, lo que significa que se actúa conforme a un fin deseado para satisfacer una necesidad puramente humana. Sin la proyección teleológica, no se está realizando la praxis de forma concreta.

Siguiendo la línea de análisis, podemos entender al empleo como la forma en la que se materializa la idea de trabajo. El devenir del ser social se realiza en cuanto al acercamiento con los otros, con las relaciones sociales, y a su vez transformándose y superando sus condiciones de existencia, es decir, trabajando.

Duayer, Siqueira, Ecurra (2013) consideran que la satisfacción de las necesidades a través del trabajo es mediada, y que todo producto del trabajo genera en el propio ser una nueva inmediatez, pero esta será de manera artificial. Dichas mediaciones transforman de forma simultánea y continua a la propia naturaleza, a los hombres que en ella actúan y las relaciones recíprocas que se producen. Por lo tanto, el carácter del trabajo como categoría fundante del ser social se inscribe en esta dinámica.

En términos marxianos, mediante el relacionamiento con el mundo y sus pares, y donde atiende a la realidad como posible de transformación, es donde se inscribe el ser social y constituye principalmente las relaciones sociales.

En relación a lo planteado anteriormente, Neffa (1999) entiende que:

“El trabajo humano no sólo es una actividad que despliega el esfuerzo humano, sino también la expresión de un saber hacer acumulado, de la habilidad personal, del aprendizaje realizado en el seno del colectivo del trabajo, que pone de manifiesto la autonomía, la responsabilidad, la creatividad y las capacidades de adaptación que disponen los trabajadores para hacer frente a los desafíos cotidianos que les plantea la actividad” (Neffa, 1999, p.9).

2.2. Acceso al mercado laboral de personas en situación de discapacidad

Tal como se ha visto a lo largo del documento, las personas en situación de vulnerabilidad presentan dificultades para acceder a un empleo formal. Dentro de esta población se puede distinguir las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, ya que éstas son estigmatizadas socialmente y en la mayoría de los casos no se les da una oportunidad real de acceso al mercado laboral; por lo tanto, es la sociedad la que pone barreras para el acceso al mercado laboral debido a los prejuicios y prenociones que se tienen en base a dicha población.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, es posible afirmar que el empleo da sentido fortalecedor a la calidad de vida de las personas, ya que puede promover la posibilidad de realización personal, desarrollar el sentido de pertenencia a un grupo y a la comunidad fortaleciendo vínculos como consecuencia del relacionamiento con compañeros de trabajo; por otro lado, desarrolla el crecimiento personal y económico de la persona, y potencia en gran medida la inserción social y laboral de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.

Se entiende al trabajo como una actividad en la cual los individuos toman conciencia de sí, se descubren, se transforman y establecen relaciones sociales.

La OIT define al trabajo como “el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarias para los individuos”¹.

Por otra parte, dicha organización define al empleo como cualquier tipo de trabajo realizado a cambio de algún pago sin importar las relaciones de dependencia².

Neffa define al empleo como:

“una relación laboral que permanece en el tiempo y tiene carácter mercantil, pues se intercambia por un salario asignado individualmente; goza de ciertas garantías jurídicas y de la protección social y está normatizado mediante una clasificación

¹ https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm

² Ídem

resultante de reglas codificadas en los estatutos profesionales o en los convenios colectivos de trabajo” (Neffa, 1999, p.12).

Se puede entender entonces que a diferencia del trabajo, el empleo supone una relación de dependencia (empleado-empleador), en la cual, ambos están sujetos a un contrato laboral, mediante el cual se definen los derechos y obligaciones de cada contraparte; tales como la carga horaria del empleo, los descansos, horas extras, remuneración, entre otros.

“Hoy el trabajo no significa sólo la posibilidad de obtener una renta (...), sino también es el principal mecanismo de inclusión. (...) el trabajo es el vehículo de inserción en la sociedad y todos tenemos que ver reconocido el derecho al empleo, que es un derecho humano fundamental”. (Pronadis, 2015, p.41)

Para desarrollar el concepto de inserción social, se considera pertinente tomar como referencia los aportes de Castel, el cual centra su estudio en la relación Capital/Trabajo; en su texto “La metamorfosis de la Cuestión Social”, hace un estudio analítico acerca de los procesos de integración y desintegración de los individuos en las sociedades contemporáneas.

El autor construye “zonas de cohesión social”; “la asociación “trabajo estable/inserción relacional sólida” caracteriza una zona de integración” (Castel, 1997, p.15). Es decir, considera que los individuos que estén insertos en el mercado laboral también lo están en la sociedad, ya que obtienen redes de sociabilidad y recursos capitales (social, económico y cultural) que generan que esa inserción social sea posible.

Castel plantea que existir positivamente como individuo implica tener la capacidad de desarrollar estrategias personales, poder tomar sus propias decisiones libremente y decidir entre un abanico de posibilidades. Estas posibilidades constituyen los soportes a los que hace referencia el autor; “(...) a partir de los cuales un individuo puede, o no, desarrollar este tipo de estrategias” (Castel, 1997, p. 31). Se desprende en base a lo planteado, que el Estado y la sociedad tomen el rol de generar una “red de soportes” básicos como condiciones mínimas para acceder a empleos formales, brindados para el bien de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas y enfrenten dificultades para

acceder a los mismos. Es por tanto un cometido entre el Estado y la sociedad establecer las bases materiales para la inserción laboral de esta población.

En cuanto a la inserción laboral, siguiendo la línea del autor, considera que el trabajo es un pilar fundamental para el desarrollo personal del individuo, generando también un aumento de oportunidades para las personas en situación de discapacidad; oportunidades tales como acceder a una vivienda digna, servicios de salud, educación, entre otras. El trabajo, es entendido en términos de Castel como “...un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social” (Castel, 1997, p.15). El autor señala que este soporte brinda a la persona que lo desempeña un reconocimiento público y utilidad social. Por ende, los soportes son la posibilidad de disponer de recursos y capital, de esta forma el individuo podrá existir como tal.

Retomando el planteo realizado anteriormente, la OIT expresa que:

“No se trata simplemente de crear puestos de trabajo, sino que han de ser de una calidad aceptable. No cabe disociar la cantidad del empleo de su calidad. Todas las sociedades tienen su propia idea de lo que es un trabajo decente, pero la calidad del empleo puede querer decir muchas cosas. Puede referirse a formas de trabajo diferentes, y también a muy diversas condiciones de trabajo, así como a conceptos de valor y satisfacción. Hoy en día, es indispensable crear unos sistemas económicos y sociales que garanticen el empleo y la seguridad, a la vez que son capaces de adaptarse a unas circunstancias en rápida evolución, en un mercado mundial muy competitivo”³.

Según lo planteado en el primer capítulo, los tránsitos por instituciones psiquiátricas generan que la persona pierda su dignidad y su potencial humano, por lo que luego de su egreso, se hace más dificultoso su reinserción social. El empleo es considerado entonces como el facilitador de la reinserción en los diferentes ámbitos de su vida personal y comunitaria.

³ <http://www.oit.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>

“(....) la discapacidad significa una dificultad mayor de inserción en el trabajo, que plantea la necesidad de construir una educación/formación y un contexto laboral que reconozca a las personas con discapacidad ese derecho humano al trabajo, que muchas veces le es negado. Es necesario promover una sociedad civil con normas más justas y distributivas del trabajo, para incluir aquellos colectivos que no gozan plenamente de su derecho al empleo” (Pronadis, 2015, p. 41).

Siguiendo los aportes de Castel, no es el empleo asalariado o el trabajo en general lo que funda la dignidad social de los individuos, sino la utilidad social, “esto es, la parte que el individuo toma en la producción de la sociedad” (Castel, 1997, p. 416). Utiliza el término supernumerarios para hacer referencia a aquellos individuos que nunca han formado parte del mercado laboral (y posiblemente no lo harán en el mercado formal) debido a su baja calificación educativa, sin contar con experiencia en el mercado de trabajo formal, entre otros; y expresa que los mismos, por no reunir las condiciones necesarias para acceder al mercado laboral formal, pierden el sentido de pertenencia en la sociedad al no estar integrados y no tener algún tipo de utilidad social.

Si por medio de la descalificación, la pérdida de autonomía, estigmatización y dependencia que atraviesan las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, se les suma la restricción de la participación social, específicamente en el ámbito laboral, las condiciones de vulnerabilidad se ven aumentadas, por lo tanto, sus condiciones de vida y la restitución de sus derechos pueden verse limitadas.

En términos internacionales, la CDPD reconoce en su artículo 27, el derecho de las personas en situación de discapacidad a acceder a un empleo en igualdad de condiciones con las demás personas, “ ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad”. (CDPD, art.27)

Se expresa también que los Estados Partes deben adoptar medidas pertinentes para promover el ejercicio del derecho al empleo, tales como emplear a las personas con discapacidad tanto en el sector público como en el sector privado, y “promover

oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias” (CDPD, art.27)

Conforme lo planteado anteriormente, Palacios e Iglesias expresan que

“las personas con discapacidad tienen igualdad de derechos a trabajar y a ganarse la vida. Los países deben prohibir la discriminación en cuestiones relacionadas con el empleo, promover el empleo por cuenta propia, la capacidad empresarial y el inicio del negocio propio, emplear a personas con discapacidad en el sector público, promover su empleo en el sector privado y asegurar que se proporcione una comodidad razonable en el lugar de trabajo” (Palacios e Iglesias, 2017, p.19).

Que éstas poblaciones logren acceder y participar del sector cooperativo, significa tener una posibilidad de mejoramiento de las condiciones de vida, que por distintos motivos no han podido lograr acceder a éstas por otros medios, como por ejemplo, acceder de forma individual a un empleo formal.

2.3. Reorientación del Estado

En el presente apartado, se describe el rol que ha tenido el Estado luego de la década de los 90’, entendiéndose que fue una etapa crucial en la formación de garantías de derechos laborales y de bienestar social en la región. Se considera relevante este hecho dado que lo expresado en apartados anteriores se plantea el rol fundamental de este actor como garante de generar condiciones básicas para que las personas que transitan por instituciones psiquiátricas puedan acceder a un empleo formal.

A fines de los años 80’ y comienzos de los 90’ en América Latina se comienza a revisar el modelo ISI para adaptarse a una economía internacional globalizada. Es por esto que los Estados consideran necesario una reorientación de las políticas sociales defendidas éstas en gran medida por los sectores medios de la población en conjunto con los más vulnerables.

A su vez, se destaca la necesidad de incorporar la temática de la pobreza en la agenda pública. (Korpi y Palme, 1998, apud. Midaglia, 2013)

Midaglia destaca que, en América Latina, debido a los niveles de desigualdad económica, acompañado por procesos de informalidad laboral, las políticas sociales universales significan de alguna manera la protección de segmentos de la población que no logran acceder a derechos básicos debido al proceso anteriormente mencionado. “En otras palabras, las políticas de bienestar, según su orientación y los criterios de financiamiento que las sustenten, tienen posibilidades de corregir la segmentación laboral, o al menos las deficiencias de incorporación en ese ámbito” (Häusermann y Schwander, 2010, apud. Midaglia, 2013, p.8).

Se intenta por su parte reducir algunos puntos como por ejemplo el incremento de la precariedad laboral generando mejoras en la seguridad social y la negociación salarial, creando por un lado programas de combate a la pobreza especialmente focalizados a los grupos poblacionales de extrema vulnerabilidad, se comienzan a tomar como criterio las necesidades de la población en términos de “pobreza y no pobreza” y finalmente “se debilitó la perspectiva sistémica de los esquemas de protección social, que pasaron a reformularse en clave sectorial de políticas públicas -salud, trabajo, educación, etc.” (Midaglia, 2013, p.10).

Se comienza a entender que es necesaria una intervención estatal ya que el mercado no es capaz de paliar por sí solo las situaciones de desigualdades sociales existentes en la región. Para lograr esto, los países latinoamericanos crearon los llamados Ministerios de Desarrollo Social.

Por otro lado, se introducen dos conceptos claves para entender la pobreza: exclusión social y la categoría vulnerabilidad. Siendo la primera entendida como “un concepto multidimensional, que considera una multiplicidad de aspectos jurídicos, económicos, culturales” (Serna (coord.), 2005, p.11). Las dimensiones de la exclusión son económicas, sociales e institucionales; por lo tanto la exclusión social según la OIT es considerada como la no participación en el mercado laboral, la falta de acceso al empleo y la

imposibilidad de acceso a empleos de calidad pudiendo éstas ser condicionadas como, por ejemplo por la seguridad, la higiene y el acceso a capacitaciones laborales, entre otros.

La vulnerabilidad hace referencia:

“a grupos con determinadas características que los tornan más débiles para su integración económica. El concepto se acerca al de exclusión, pues alude no sólo a la carencia de ingresos sino también a la carencia o desventaja en el plano cultural e institucional, mientras también permite identificar situaciones diferentes al interior del conjunto de los pobres” (Serna (coord.) 2005, p.11).

En el presente trabajo se considera relevante el concepto de vulnerabilidad ya que la población a la que se hace referencia es considerada como población vulnerada. ¿Por qué hablar de poblaciones vulneradas y no vulnerables? Porque se puede entender que es la sociedad en gran medida quien pone a estas personas en situación de vulnerabilidad y no su estado de relación con la institucionalización psiquiátrica; es decir, no son éstas las que definen o caracterizan en su totalidad a las personas.

Para entender mejor este posicionamiento se puede tomar como referencia los aportes de Luna, la cual considera que la categoría vulnerabilidad no debe ser pensada como etiquetas, debe partirse de la idea de que es un concepto dinámico y relacional. Es decir, una persona que tiene algún trastorno mental no es cien por ciento pasible de vulneración, sino que estos trastornos sólo afectan a una parte del ser, pudiendo operar en otros aspectos de su vida de manera satisfactoria. Para este tipo de población se debería intervenir en los aspectos ligados a la salud mental; por ejemplo, si la persona vive en situación de pobreza también se debería realizar una intervención para subsanar dicha situación, y así debería ser con los aspectos “malos” que la persona tenga, es decir, la situación de vulnerabilidad puede ser modificada si se atiende específicamente las situaciones que hacen que la persona esté en esa situación.

“La vulnerabilidad no debería ser entendida como una condición permanente y categórica, una etiqueta que es aplicada a alguien bajo ciertas circunstancias (como la falta de poder o incapacidad) y que persiste durante toda su existencia. No es un

concepto de todo o nada: un rótulo que incluye o excluye a un grupo particular” (Luna, 2008, p.9).

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, debido a la revisión de las acciones estatales y a que el mercado no es capaz de disminuir las situaciones de desigualdad existentes en los distintos países de la región, se crean los llamados Ministerios de Desarrollo Social.

En Uruguay, es en el año 2005 que se promulga la Ley 17.866 “Creación del Ministerio de Desarrollo Social” formando parte del Poder Ejecutivo y siendo sus principales cometidos lo relacionado con las políticas sociales y con el desarrollo social del país, a su vez en sus comienzos fue el encargado de la ejecución del PANES. Las áreas sobre las que actúa el MIDES son la juventud, mujer, familia, adultos mayores y discapacitados; garantiza el pleno ejercicio de derechos al acceso de alimentación, educación, salud, vivienda, al disfrute de un medio ambiente sano, empleo, seguridad social y la no discriminación. (Ley 17.866, Art. 9)

En el artículo 9 de dicha ley se expresa que además el MIDES debe implementar, ejecutar y coordinar programas que atiendan a la cobertura de las necesidades básicas para aquellos que se encuentren en situación de indigencia y extrema pobreza, atendiendo al mejoramiento de sus condiciones de vida y de integración social.

El PANES, por otro lado, fue creado también en 2005 mediante la Ley 17.869 y fue ejecutado en el período 2005-2007. “El plan consistió en un conjunto de políticas sociales dirigidas a hogares de muy bajos ingresos. Su población objetivo correspondió al primer quintil de personas bajo la línea de pobreza” (MIDES, 2009, p.3). Por otro lado, se procuró otorgarles herramientas para que estos hogares puedan salir del estado de pobreza, exclusión social y económica de las que formaban parte.

La reorientación de las acciones del Estado tanto en Uruguay como en la región trajo aparejado la promoción de derechos humanos, visibilizando las situaciones de pobreza, vulnerabilidad, exclusión social y económica. Se puede destacar que el ascenso del primer gobierno de izquierda en nuestro país instauró estas y otras series de políticas orientadas a paliar las desigualdades sociales y económicas existentes en el país. Es importante

considerar además que estas mejoras en la creación y promoción de políticas y leyes que atienden a los grupos menos favorecidos de la población, no se agotaron con el primer gobierno de izquierda, sino que durante los siguientes dos se ha realizado un gran avance en dicha materia; entre ellas se pueden encontrar la Ley de protección integral de personas con discapacidad en el año 2010; Ley de Salud Mental en el año 2017; la aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad en el año 2018; entre otras.

Frente a la reestructuración del Estado se puede observar que han sido varias las políticas de inclusión socio laboral que se han creado y redefinido en las últimas décadas. Un tipo de políticas sociales como alternativas de inclusión socio laboral son las cooperativas sociales. Éstas promueven la inserción laboral ya que construyen y fomentan espacios de ejercicio de autonomía y fortalecen redes de socialización para los socios cooperativistas. Es así que el modelo de cooperativas aparece como una alternativa para aquellas personas que buscan una salida laboral viable.

2.4. Cooperativas Sociales

Las cooperativas sociales son un instrumento generado por el Estado para dar base a la garantía de derechos de la población en situación de extrema vulnerabilidad social. En este apartado se tomará como caso de estudio el Programa Cooperativas Sociales del MIDES siendo éste el actor encargado de la creación, promoción y garantía de las cooperativas sociales, se realiza además una aproximación teórica sobre el sentido del cooperativismo.

A partir de la creación del MIDES en el año 2005, se comenzó a pensar el modelo cooperativo como forma de intervención para lograr superar situaciones de subempleo o desempleo, así como también detener los procesos de exclusión e indigencia⁴. Se considera

⁴ En Uruguay, en año 2002, se desató una gran crisis económica, la que tuvo como consecuencia la amplitud de la brecha entre excluidos e incluidos. El desempleo tuvo una fuerte expansión y afectó a gran parte de la población económicamente activa, además comenzaron a hacerse visibles las situaciones de pobreza, indigencia y vulnerabilidad social.

que este modelo promueve el desarrollo del mercado laboral para sectores poblacionales excluidos y vulnerados, partiendo desde la base de fomentar actividades productivas y generar un tránsito de integración social basado en el trabajo asociado.

Se entiende que el sentido del cooperativismo es el de asociarse entre un grupo de personas que se encuentren en igual situación y que buscan el mejoramiento de su calidad de vida, como por ejemplo, mejorar el nivel de vida individual, como el de sus familias, el acceso a servicios de salud, mejoramiento habitacional o vivienda digna, entre otros.

La ACI define a las cooperativas como “una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente para hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales comunes por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controlada” (Colombo y Oxoby, 2013, p.12).

Por otra parte, la ONU define a las cooperativas como “empresas económicas y sociales que ayudan a generar empleo en todo el mundo”, al mismo tiempo que hace referencia a su rol en el progreso económico y social de sus miembros mediante “iniciativas de auto-ayuda y la asistencia en la lucha contra la pobreza” (ONU, 2007, p.3, apud. Colombo y Oxoby, 2013, p.14).

En nuestro país, en 2006 se aprueba la Ley 17.978 “Cooperativas Sociales”, en la cual se decreta la creación de cooperativas sociales, planteando como principal objetivo promover el acceso al empleo y a la organización cooperativa. Posteriormente, en el año 2008 se aprueba la Ley 18.407 “Unidad de Cooperativas Sociales”.

En ambas normativas se define a las cooperativas sociales como:

“aquellas cooperativas de trabajo que tienen por objeto proporcionar a sus socios un puesto de trabajo para el desarrollo de distintas actividades económicas, agropecuarias, industriales, comerciales o de servicios, con el fin de lograr la inserción social y laboral de los jefes y jefas de hogares pertenecientes a sectores con necesidades básicas insatisfechas, jóvenes, discapacitados, minorías étnicas y todo grupo en situación de extrema vulnerabilidad social” (Ley 18.407, art. 172).

No es menor destacar que la Ley 17.978 está focalizada hacia sectores de extrema vulnerabilidad. Luego de haber transitado las primeras experiencias, y demostrando las dificultades de poder desarrollar este tipo de emprendimiento con personas en situación de extrema vulnerabilidad, surge la Ley 18.407, con la cual se intenta dar un giro más integrador y se considera que un 25% de quienes forman parte de las cooperativas sociales pueden no estar en situación de vulnerabilidad social; esto está expreso en el literal D del artículo 174: “un mínimo de 75% (setenta y cinco por ciento) de los socios deberá pertenecer a sectores en situación de vulnerabilidad social” (Ley 18.407). De esta manera, se busca fortalecer al grupo cooperativo, ya que el 25% de socios cooperativistas que no necesariamente deben pertenecer a la población de extrema vulnerabilidad social pueden, en cierta medida aportar conocimientos, experiencia y formación, creando y fomentando una práctica y una experiencia mucho más enriquecedora generando estrategias de promoción y de crecimiento de la cooperativa.

En este sentido, la ley de cooperativas sociales, le otorga a la USC, la tarea de conformación de las cooperativas, brindándoles capacitación a los futuros grupos cooperativos; además estudia la viabilidad social y económica de las mismas; en caso de que el emprendimiento sea viable, se promueve la formalización jurídica, y se le brinda asesoría en gestión cooperativa, constitución de redes y otros aspectos que posibiliten su desarrollo.

Las cooperativas sociales presentan ciertas ventajas en comparación de las cooperativas de trabajo: “la exoneración de todo tributo nacional, no pagan Impuesto al Valor Agregado, tampoco realizan aportes patronales a la seguridad social y el correspondiente al Fondo Nacional de Salud (FO.NA.SA.). A su vez acceden con mayor facilidad a las contrataciones con el Estado” (Moreno, 2009, p.87).

Por otra parte, se establece que los socios y los no socios no deben percibir una mayor remuneración que la que se establece en el laudo del sector cooperativo, y que los excedentes no deben ser repartidos entre los socios, éstos deben ser destinados a consolidar la cooperativa. (Moreno, 2009)

Amorín y Algorta expresan que las cooperativas “complementan el sistema capitalista intentando obtener una distribución más equitativa de los ingresos y mejorar la calidad de vida de aquellos sectores más desprotegidos. Hoy en día las cooperativas son entidades empresariales que se enfrentan a los problemas de cualquier empresa” (Amorín y Algorta, 2018, p.68)

Conforme va avanzando el proceso de formación las cooperativas, los socios van adquiriendo cierto grado de autonomía; esto conlleva a que se vaya superando la dependencia y precariedad, promoviendo sus capacidades y potenciando su desarrollo personal; la autonomía se va construyendo a partir de espacios de libertad y del desarrollo de las capacidades de los socios cooperativistas.

Se puede entender, por lo tanto, que las cooperativas sociales surgen para responder al desafío de generar empleo y promover la inserción laboral para las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, se hace necesario destacar que no es suficiente para enfrentar el desempleo solamente la creación de cooperativas; éstas deben ser eficientes y competitivas para que logren desarrollarse en el mercado.

Las normativas referentes a cooperativas sociales existentes en nuestro país pueden ser consideradas como modalidades para el fomento de la empleabilidad y la inserción socio laboral para los sectores de extrema vulnerabilidad, siendo parte de ellos las personas en situación de discapacidad y dentro de esta población las personas que han transitado de alguna forma por instituciones psiquiátricas.

También se las puede señalar como una forma de empleo protegido o empleo con apoyo, entendida ésta como una “metodología de inclusión laboral dirigida a la prestación de apoyo continuado a las personas con discapacidad para acceder, asegurar y mantener un empleo remunerado en el mercado laboral” (Ley 19.691, art. 4).

El objetivo principal de este tipo de empleo es realizar un trabajo productivo y lograr la participación en el mercado a cambio de una remuneración. “Se trataría de una política de promoción del empleo protegido desde el momento que se determinan los salarios y el uso de los excedentes, lo que entraría en contradicción con los principios del cooperativismo” (Martí, 2010, p.21). Este tipo de modelo promueve dos objetivos, por un lado, asegurarle a

las personas una remuneración a cambio del trabajo realizado, y por otro lado, asegurar la permanencia de la persona en el mercado laboral. Y por lo tanto, podemos entender a las cooperativas sociales como una modalidad de empleo con apoyo, ya que éstas están destinadas a poblaciones vulneradas, en una modalidad que como se hizo mención anteriormente, el 25% de sus socios no necesariamente tiene que ser considerado población en situación de extrema vulnerabilidad, por lo tanto, estas personas pueden en cierta medida ayudar a que la cooperativa prospere y que los otros socios que sí están en situación de vulnerabilidad puedan permanecer en el mercado laboral por un período de tiempo extendido.

Tal como se ha mencionado en apartados anteriores, se afirma que empleo es entendido como un facilitador para fortalecer la autoestima de esta población, promoviendo su integración en la comunidad, su calidad de vida, su autoestima e independencia. El empleo es la puerta de entrada para fomentar la integración y la participación en la comunidad. Tanto así que el desempleo es el camino hacia la marginación social, debilitamiento de sus posibilidades de productividad, calidad de vida, socialización, entre otros.

Si se toma en cuenta a las cooperativas sociales como alternativa de inserción social por medio de procesos autogestionados, principalmente por el acceso al mercado laboral y como consecuencia de ello a medios de subsistencia, se puede considerar que las personas que forman parte de ellas, transcurren por un proceso de autonomización.

El valor que el empleo le otorga a la persona puede influir en distintas áreas, como la social, la personal y la económica. Su inserción en el área social normaliza al individuo al poder ser partícipe de la sociedad, promueve su integración, la persona sale de su rol de “enfermo” para adquirir el rol de trabajador. En cuanto a cómo el empleo influye en el área personal, se puede destacar que favorece al establecimiento de su identidad, así como también brinda seguridad a la persona para tener relaciones sociales. Por último, en cuanto al área económica, la persona cobra un salario, el cual permite tener independencia económica, y en otro sentido, contribuye a la economía de la sociedad. (Rodríguez, Rodríguez, García, 2004).

A lo largo de la historia, son pocos los antecedentes existentes en cuanto a la inserción laboral de las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, en algunos casos, cuando lograban acceder al mercado laboral, lo hacían en trabajos precarizados y de baja calificación, esto genera una desmotivación hacia los mismos trabajadores así como también para otras personas que estén pasando por la misma situación. Pero, a pesar de lo mencionado, existe un gran número de personas que han tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas con el deseo y la posibilidad de trabajar, pero que permanecen en el desempleo debido a las barreras sociales existentes.

En cuanto al Programa de Cooperativas Sociales del MIDES, los equipos que trabajan con los grupos de cooperativas en formación y con las cooperativas ya formadas son el área de promoción y desarrollo, y el área económica. Por otra parte, el equipo técnico del MIDES se ocupa de apoyar en la construcción de viabilidad social y económica. Este equipo también se encarga de acompañar en el proceso de formación de las mismas y de los procesos de seguimiento de aquellas que ya han sido formadas; esta actividad se realiza en conjunto con la OSC.

Las principales actividades que desarrolla el Programa de Cooperativas Sociales son:

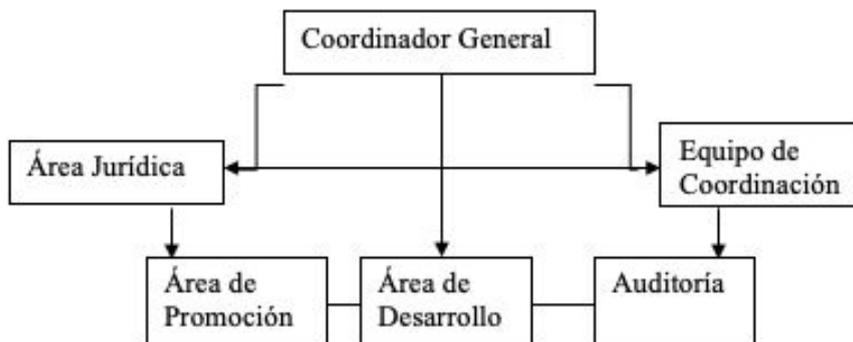
“1) Difundir las características de las cooperativas sociales como oportunidad de inserción laboral a los destinatarios de otros programas del MIDES; 2) Difundir las características de las cooperativas sociales como oportunidad de inserción laboral en las mesas interinstitucionales en todo el territorio; 3) Recepcionar, asesorar y/o derivar a personas o grupos de acuerdo a su demanda; 4) Capacitar a los grupos pre cooperativos; 5) Formalizar a los grupos pre cooperativos; 6) Acompañar, asesorar y realizar el control social y económico de las cooperativas sociales; 7) Formalizar vínculos institucionales en el ámbito público y privado que favorezcan la contratación de cooperativas sociales; 8) Organizar y ejecutar encuentros en todo el territorio con la presencia y participación de actores locales del ámbito público y privado; 9) Articular con distintas instituciones cursos de formación profesional y técnica para las cooperativas; 10) Propiciar con los agentes de financiamiento actuales revisiones en las condiciones de acceso al crédito de las cooperativas; 11)

Adecuación de estatutos al decreto reglamentario a través de convenios con instituciones del ámbito cooperativo”⁵

El programa está dividido en varias áreas para dar un mayor énfasis al fortalecimiento de las cooperativas. Por lo tanto, el programa se integra por:

“el Área de Promoción, la cual se encarga en mayor grado de la formación de grupos en cooperativas; el Área de Desarrollo trabajando en conjunto con la OSC, cuya tarea es el fortalecimiento de las cooperativas existentes, el pasaje a cooperativas de producción y la participación de las cooperativas en la marca social Provas; el Área Jurídica encargada del asesoramiento legal (integrada por escribano y abogado), y el Área de Auditoría, cuya función es el control social y económico de las cooperativas” (Machado, 2014, p.12).

Organigrama: Departamento de Cooperativismo, MIDES⁶.



“Para dar cumplimiento a la Ley y los objetivos de desarrollo e inclusión social que ésta plantea, el Departamento cuenta con un equipo técnico para realizar acciones de: Asesoramiento a grupos pre-cooperativos y cooperativos Evaluación de acuerdo al índice de vulnerabilidad Estudio de viabilidad social y económica; Formación

⁵ Cooperativas sociales. Resultados de evaluación

http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1216/Documento%20de%20Trabajo%20N%2016.%20Evaluación%20Cualitativa%20CCSS_Con%20devolución%20del%20programa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶ Fuente: Machado, 2014, p.13.

cooperativa; Búsqueda de información y oportunidades para las cooperativas Nexo con el movimiento cooperativo en su conjunto Articulación con instituciones públicas y privadas”⁷

Una vez que el proyecto de cooperativa social esté consolidado y desarrollándose, lo fundamental es que ésta se transforme en cooperativa de trabajo, ya que las cooperativas sociales son un subtipo de cooperativa de trabajo. El artículo 116 de la Ley 18.407 reglamenta el pasaje de las cooperativas sociales a las de trabajo:

“en caso que el desarrollo de la cooperativa la ubique fuera de los parámetros legales, por la posibilidad o por la intención de distribuir excedentes, o de superar los topes de remuneración fijados por el laudo de la rama de actividad que se trate o de dejar de pertenecer al sector de población vulnerable, la cooperativa social, podrá reformar sus Estatutos y podrá transformarse en cooperativa de trabajo. Dicha transformación no será perceptiva, cuando por ella se haga caer nuevamente en situación de vulnerabilidad a los socios de la cooperativa” (Ley 18407, art. 116).

El acceso a este programa de cooperativas sociales y por ende a una alternativa de empleo formal, le brinda a la persona que ha tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas -además de los beneficios que se han enunciado anteriormente-, un sentido emancipador, logrando así desvincularse de las situaciones de dependencia, obteniendo el restablecimiento y goce de los derechos inherentes de las personas, permitiendo el acceso a un conjunto de beneficios -salario, aportes a la seguridad social, entre otros- que posibilitan la mejora de la calidad de vida.

En la siguiente parte del capítulo se hará una descripción de las normativas promulgadas en materia de promoción de derechos, inserción laboral para personas en situación de discapacidad y, específicamente normativas relacionadas a la inserción laboral para personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.

⁷ Folleto “Construyendo trabajo digno, identidad y futuro” MIDES.
<http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/721/1304-Folleto%20Triptico%20Cooperativas%20Sociales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2.5. Marco Normativo vinculado a la promoción de empleabilidad de personas que han transitado por instituciones psiquiátricas

Hoy en día, nuestro país cuenta con normativas para el fomento de inserción laboral para personas con discapacidad. Una de ellas es la Ley 18.651 “Protección integral de personas con discapacidad”, publicada en el año 2010. En su capítulo VIII dispone normas sobre el trabajo para dicha población.

Es necesario destacar que anteriormente a la publicación de esta ley, Uruguay contaba con distintas normativas enfocadas a personas en situación de discapacidad, pero en ninguna de ellas se hizo un principal hincapié en el acceso al mercado laboral.

La Ley 18.641 en su artículo 49 obliga al Estado, a los Gobiernos Departamentales, los entes autónomos, los servicios descentralizados y a personas de derecho público no estatales a ocupar a personas con discapacidad que dispongan condiciones para emplear al cuatro por ciento de sus vacantes. A su vez, las personas con discapacidad, para poder aspirar a alguna vacante estatal debe estar inscripta en la Comisión Honoraria de la Discapacidad.

Al aprobar esta ley, y al obligar al sector público a emplear en un porcentaje mínimo a personas con discapacidad, nuestro país logró dar un avance en materia de inclusión laboral, pero en los primeros años de implementada esta normativa no se observaron avances considerables. En el año 2017, la ONSC realizó un “Informe sobre el ingreso de personas con discapacidad en el Estado” en el cual se releva que ingresaron 85 personas en situación de discapacidad, siendo 5 las personas con alguna discapacidad relacionada a la mental. Se entiende entonces que “las personas menos representadas dentro de los ingresos al Estado han sido las que presentan discapacidad psíquica/intelectual, siendo entre ambas la psíquica la menos representada” (ONSC, 2017, p.22).

Según la ONSC, en 2018 se logró la empleabilidad del 4% de personas con discapacidad en el ámbito público⁸. El director de la ONSC Alberto Scavarelli destacó que “existe un

⁸ Se destaca este porcentaje ya que desde la promulgación de la ley 18.651 en el año 2010, no se había logrado alcanzar al 4% de empleabilidad de personas en situación de discapacidad establecido para los sectores públicos.

prejuicio cultural para la inserción laboral de personas con discapacidad”⁹ y que en algunos organismos públicos todavía hace falta realizar cambios para poder emplear personas con discapacidad. Se estima que para dicho año, las personas con discapacidad inscriptas en la Comisión supera los 7000, siendo 26 de ellas empleados estatales.

En 2018 se publicó la Ley 19.691 “Aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad”, la cual en su artículo primero expresa:

“Los empleadores de la actividad privada que cuenten con 25 (veinticinco) o más trabajadores permanentes, en todo nuevo ingreso de personal que se produzca a partir de la vigencia de la presente ley, deberán emplear a personas con discapacidad (...), que reúnan condiciones y la idoneidad para el cargo...”
(Ley 19691, art. 1).

Se plantea que a partir de los tres años de entrada en vigencia la ley, el porcentaje de empleabilidad de personas con discapacidad debe ser del 4% tal como lo establece también la Ley 18.651.

En la discusión del proyecto de ley en 2016 en diputados, se destacó que el porcentaje de personas en situación de discapacidad es de 15,9% aproximadamente 560 mil ciudadanos y la desocupación en comparación con el resto de la población es diez veces mayor siendo en porcentaje 80% de personas en situación de discapacidad desempleadas, y el promedio nacional un 8%. Para la fecha de la discusión, las personas con discapacidad que estaban empleadas ganaban un salario inferior al de las personas sin discapacidad.

Ambas leyes junto con las citadas en el capítulo anterior, velan por proteger, promover y asegurar el pleno goce de los derechos de las personas en situación de discapacidad y aquellas que han tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas; y por lo tanto, garantizar estos derechos supone asegurar el acceso a la educación, salud, empleo, vivienda, entre otros, promoviendo el derecho a calidad y condiciones de vida dignas.

⁹Nota:

https://www.onsc.gub.uy/onsc1/index.php?option=com_content&view=article&id=668:2018-10-12-12-42-06&catid=1:latest-news&Itemid=90

Capítulo 3: Principales discusiones en torno a las fuentes documentales

3.1. Discusiones sobre la noción de Salud Mental

El presente apartado pone en discusión los aspectos vinculados a las normativas referentes sobre salud mental, específicamente la CDPD y la Ley “Ley de Salud Mental” N°19.529.

La Ley de Salud Mental promulgada en el año 2017 plantea el concepto de salud mental definido por la OMS¹⁰ y el de trastorno mental, sin embargo, nuestro país adhirió a la CDPD bajo la Ley 18.418 del año 2007. La Ley de Salud Mental, de alguna manera está en una dualidad de superar estas definiciones en términos de inclusión, para entender desde otro lugar a las personas en situación de discapacidad, pero al utilizar estas definiciones reafirma algunos aspectos de estigmatización al referirse a estos conceptos; directamente está afiliado al prototipo impuesto por el modelo hegemónico que ha regido estas nociones a lo largo de la historia.

“se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Ley 19.529, art. 2).

Por otra parte, utiliza la noción de trastorno mental y entiende por el mismo a “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno” (Ley N° 19.529, art. 2).

En este sentido, y considerando los aportes de Palacios e Iglesias, entienden que “el modelo social de la discapacidad desplaza conceptos tales como deficiencia, minusvalía, impedimento, incapacidad, limitación e imposibilidad, entre otras adjetivaciones, para dejar en claro que la discapacidad se encuentra en un entorno social que no habilita a las personas a participar en condiciones de igualdad con los demás. Las barreras sociales son

¹⁰ Salud mental: un estado de bienestar (2013):
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

dispuestas por políticas no inclusivas, que desplazan y que marginan” (Palacios e Iglesias, 2017, p.22).

En este sentido, Palacios e Iglesias afirman que “todo análisis en el ámbito de la discapacidad en general, y de la discapacidad mental o psicosocial en particular, requiere asumir un marco filosófico y sociológico referencial, que aborde la temática desde los valores y principios que sustentan a los derechos humanos” (Palacios e Iglesias, 2017, p. 20).

Además siguen expresando que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos, y comprenderla de tal forma supone un cambio de paradigma que entiende que los problemas que se presentan en la vida de las personas en situación de discapacidad como problemas de derechos humanos y “que las respuestas ofrecidas a dichos problemas deben asimismo ser pensadas y elaboradas -desde y hacia- el respeto de los valores que sustentan dichos derechos” (Palacios e Iglesias, 2017, p.20).

Tal como se ha mencionado en el primer capítulo de este documento, en Uruguay, hoy en día sigue vigente desde hace 70 años la Ley 11.139 “Patronato del Psicópata”, ésta ha sido una Ley innovadora para la época, pero hoy en día se la puede pensar como paternalista, ya que busca en cierta medida “proteger” a aquellas personas que han tenido tránsitos psiquiátricos, como se ha expresado anteriormente, esta ley tiene como principal finalidad proteger a esta población en las etapas de su asistencia, procurarles alimentación y soluciones habitacionales y un empleo adecuado para solucionar problemas económicos.

3.2. Discusiones vinculadas a las cooperativas sociales

El presente apartado pone en discusión los aspectos vinculados a las cooperativas sociales que han sido desarrollados a lo largo de la monografía. Se parte de la base que este programa al tener como población objetivo a personas en situación de extrema

vulnerabilidad, fomenta la empleabilidad de personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.

Uno de los principales aspectos a destacar es su rol como productor de espacios en el que las personas se puedan desarrollar libremente en tanto seres humanos, es decir la promoción de las libertades individuales; esta característica se logra brindando herramientas necesarias para tener voz y voto debido a la horizontalidad que se desarrolla dentro de las mismas, fomentando la opinión de los socios cooperativistas; este aspecto es fundamental en los procesos cooperativos ya que son modelos donde lo primordial sería que existan lazos de compañerismo y solidaridad, mediante el desarrollo y promoción de las cooperativas, se dé también un desarrollo personal y la promoción del crecimiento individual de cada socio cooperativista.

Por otro lado, al promoverse los vínculos entre socios cooperativistas con la intención de aprovechar al máximo sus potencialidades y capacidades, con el fin de lograr un empoderamiento y que entre todos puedan llevar adelante un proyecto colectivo. Tal cometido genera que las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas consigan mediante la horizontalidad existente en el modelo cooperativo, potenciar su autonomía, y de alguna forma dejar de lado esa “etiqueta” de persona que ha sido institucionalizada. El programa por tanto implica la participación en el mundo del trabajo mediante el acceso a nuevos vínculos de sociabilidad y empleo.

No obstante, se puede tener en cuenta que todo programa no es perfecto, y si bien cumple con su cometido, se pueden generar espacios para mejorar distintos aspectos, como por ejemplo en los procesos de aprendizaje de las cooperativas sociales, y otras cuestiones que posibilitan la integración socio laboral, así como también cómo se moviliza el capital social¹¹.

¹¹ En términos de Bourdieu: “El capital social está constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos. Expresado de otra forma, se trata aquí de la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo” (Bourdieu, 2001, p.148).

Al participar en una cooperativa social se genera cierta estabilidad en materia laboral, mejorando vínculos sociales que en los procesos de institucionalización se pueden considerar como debilitados.

Las cooperativas, al contar con la posibilidad de que el 25% de cooperativistas que no necesariamente formen parte de la población en situación de extrema vulnerabilidad, se puede considerar en términos de Katzman que al integrar trabajadores de baja calificación con aquellos que cuenten con distintos niveles de calificación, da acceso y oportunidades a información y nuevos conocimientos; por ende las cooperativas sociales podrían verse mejoradas si cuentan con una composición de trabajadores heterogénea. “Dos evidencias provenientes de estudios sobre redes sugieren que los niveles de información y contactos mejoran cuando las empresas en que trabajan los individuos tienen una composición más heterogénea” (Katzman, 1999, p.192).

Por otra parte, el rol de la cooperativa se puede considerar limitado tanto en su accionar como en la toma de decisiones, al ser el Estado el actor que genera mayores niveles de demanda de trabajo, y tener potestad al ser el regulador de dicho programa.

Entonces, podemos entender que las cooperativas sociales existentes en nuestro país son consideradas como modalidades para el fomento de la empleabilidad y la inserción socio laboral para los sectores de extrema vulnerabilidad, considerando dentro de esta población a las personas que han transitado por instituciones psiquiátricas.

“Por sus características se trataría de una política de promoción del empleo protegido desde el momento que se determinan los salarios y el uso de los excedentes, lo que entraría en contradicción con los principios del cooperativismo” (Martí, 2010, p.21).

También se las puede señalar como una forma de empleo protegido o empleo con apoyo, entendida como una “metodología de inclusión laboral dirigida a la prestación de apoyo continuado a las personas con discapacidad para acceder, asegurar y mantener un empleo remunerado en el mercado laboral” (Ley 19.691, art. 4).

El objetivo principal de este tipo de empleo es que la persona genere productividad, pudiendo por esta acceder no solo a una remuneración acorde al mismo nivel de esfuerzo,

sino también, contar con derechos laborales. “Se trataría de una política de promoción del empleo protegido desde el momento que se determinan los salarios y el uso de los excedentes, lo que entraría en contradicción con los principios del cooperativismo” (Martí, 2010, p.21).

Este modelo promueve dos objetivos, por un lado, asegurarle a las personas una remuneración a cambio del trabajo realizado, y por otro lado, asegurar la permanencia de la persona en el mercado laboral. Y por lo tanto, se puede entender a las cooperativas sociales como una modalidad de empleo con apoyo, ya que éstas están destinadas a poblaciones vulneradas, en una modalidad de que no todos sus participantes estén dentro de este tipo de población (como se hizo mención anteriormente), el 25% de sus socios pueden no ser población vulnerable. La integración de personas heterogéneas en cierta medida pueden ayudar a un mejor rendimiento de la cooperativa y generar beneficios para aquellos socios que se encuentren dentro de la población vulnerada, promoviendo su permanencia en el mercado laboral formal por un período extendido.

También se puede considerar que el Programa de cooperativas sociales es una forma de empleo protegido ya que en parte genera un tipo de autonomía relativa¹², ya que desde el mismo programa se busca generar cierta autonomía para que las personas se independicen, promuevan un proyecto colectivo que sea sustentable en el tiempo, y que además puedan desarrollarse personalmente; en cambio, al ser el Estado su principal empleador o contratante, al promover la política, puede llegar a interferir en la gestión cooperativa y así obstaculizar su desarrollo y promoción.

Tal como se ha mencionado en apartados anteriores, se afirma que el empleo, puede entenderse como uno de los canales para fortalecer la autoestima de esta población, promoviendo su integración en la comunidad, su calidad de vida, su autoestima e independencia. El empleo es la puerta de entrada para fomentar la integración y la participación en la comunidad. Tanto así que el desempleo es el camino hacia la

¹² En cuanto a la autonomía, Razeto propone que: "En la dirección del proceso de la autonomía se encuentra, pues, algún grado de autosuficiencia que la organización como tal quiere. alcanzar, para asegurarle a sus integrantes la superación de su precariedad y dependencia vital, y un progresivo perfeccionamiento y desarrollo personal de los mismos, esto es, la ampliación y potenciamiento de sus capacidades". (Razeto, 1986)

marginación social, debilitamiento de sus posibilidades de productividad, calidad de vida, socialización, entre otros.

Si se toma en cuenta a las cooperativas sociales como alternativa de inserción social por medio de procesos autogestionados, principalmente por el acceso al mercado laboral y como consecuencia de ello a medios de subsistencia, se puede considerar que las personas que forman parte de ellas, transcurren por un proceso de autonomización.

El valor que el empleo le otorga a la persona puede influir en distintas áreas, como la social, la personal y la económica. Su inserción en el área social normaliza al individuo al poder ser partícipe de la sociedad, promueve su integración, la persona sale de su rol de “enfermo” para adquirir el rol de trabajador. En cuanto a la influencia del empleo en el área personal, se puede destacar que favorece al establecimiento de su identidad, al igual que le brinda seguridad a la persona para generar vínculos sociales. Por último, en cuanto a la influencia en el área económica, la persona accede a un salario, el cual le permite generar independencia económica, y en otro sentido, genera contribuciones en materia económica al resto de la sociedad. . (Rodríguez, Rodríguez, García, 2004).

Consideraciones finales

En el presente apartado se presentan las principales conclusiones relevadas en lo que refiere a la inserción laboral de personas que han transitado por instituciones, principalmente en lo relacionado al Programa de Cooperativas Sociales del MIDES en relación con la intervención estatal.

Si bien no hay una política específica de promoción de inserción al mercado laboral para personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, las cooperativas sociales, al tener como población objetivo a personas en situación de extrema vulnerabilidad social, apoya en cierta medida la empleabilidad de personas que han estado institucionalizadas.

Este tipo de emprendimientos desarrollados por personas que han tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas, generan ingresos económicos para que éstos puedan tener cubiertas sus necesidades básicas, así como también posibilitan que esta población adquiera un grado de autonomía e identidad, mediante la participación en el sector cooperativo al realizar tareas específicas y al apropiarse del rol que cumplen en el emprendimiento.

Estos emprendimientos surgen, entonces, como una posibilidad de desarrollo personal, en la cual el Estado es el encargado de brindar ciertas oportunidades reales de fomento en su inserción socio laboral.

El Programa de Cooperativas Sociales es una política social referida al empleo ya que persigue como uno de sus principales objetivos la empleabilidad de personas en situación de extrema vulnerabilidad, por medio de la promoción de fuentes de empleo. Y a su vez se puede considerarlas como una forma de empleo protegido ya que tienen una prioridad al ser contratadas por entes públicos (principalmente el Estado), y al tener ciertas exoneraciones tributarias.

En cuanto a la relación de las cooperativas sociales con el Estado, se puede considerar que estas presentan cierto grado de dependencia, al ser el MIDES quien promueve e impulsa el surgimiento de las mismas. Tomando como referencia que es bajo la tutela del Estado (mediante un agente externo) que se forman estas cooperativas, sus valores y principios

pueden ser en algunos casos impuestos por este organismo, y en menor medida por los socios cooperativistas.

No cabe duda que desde la creación de este programa de promoción y de inserción socio laboral para un tipo de población en situación de extrema vulnerabilidad significó un cambio principalmente al crear redes sociales, laborales mediante el relacionamiento con otras instituciones.

A pesar que hoy en día se cuenta con una Ley de Salud Mental con una perspectiva de derechos humanos, es necesario que se trabaje fuertemente en lo relacionado a la promoción de la participación de esta población en el mercado laboral, ya que, como se ha mencionado a lo largo del documento, el principal programa promovido por el Estado es el de cooperativas sociales; es necesario que el contenido de esta Ley se ponga en práctica, y que principalmente se generen dispositivos para que la misma tenga viabilidad en lo referente a la inserción laboral.

Tal como se ha desarrollado en los últimos capítulos de esta monografía, una de las características de las cooperativas sociales es su horizontalidad, mediante ésta característica, se logra que las mismas trabajen de manera diferente a los otros tipos de empresas del mercado. Por tanto, mejora las condiciones de trabajo de las personas y su calidad de vida, además, por medio de la participación activa en las gestiones dentro de la cooperativa, se promueve su empoderamiento, y fomenta la creación de planes a futuro de las personas.

Las cooperativas sociales como espacios alternativos de inserción socio laboral para personas que han transitado por instituciones psiquiátricas, es un tema relevante para la actualidad a pesar que son escasas las trayectorias existentes, por lo que requiere una mayor promoción de este modelo, a fin de promover la empleabilidad, como también de visibilizar a esta población que ha sido estigmatizada a lo largo de la historia.

Para finalizar con las consideraciones finales de esta monografía, se presentan algunas interrogantes:

Pensando la características de que las cooperativas sociales surgen y se desarrollan siendo tuteladas por el Estado, como forma de empleo protegido; si se las proyecta hacia la posibilidad de ser parte del mundo del trabajo del sistema capitalista bajo el cual estamos insertos, ¿cuántas cooperativas (de las existentes y las futuras) podrían sobrevivir a la lógica del mercado y prosperar bajo las reglas del juego del sistema?

¿Qué condiciones deberían implementar las cooperativas sociales para ser sostenibles a largo plazo y poder realizar ese paso hacia cooperativas de trabajo? Éstas, en tanto política social que promueve la inclusión laboral y que dentro de la normativa existente prevé el paso de cooperativas sociales a cooperativas de trabajo, tendrían que presentar condiciones para que ese paso sea efectivo, y que éstas sean una herramienta eficaz para la promoción de inclusión socio laboral que atienda de manera autónoma las demandas del mercado.

Y principalmente, ¿qué pasa con aquellas personas que han tenido tránsitos por instituciones psiquiátricas? ¿Pueden desarrollar un proyecto productivo, sostenible a largo plazo? Sin la necesidad de estar bajo la tutela del Estado para poder ser eficaz y crear un proyecto que atienda a las demandas exigidas por el mercado de trabajo al que asistimos hoy en día.

Bibliografía

- Amico, L. (2004). *Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos Hegemónicos en Salud Mental*. UNLU. Recuperado de:
<http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Amorín, M., Algorta, P. (2018). *Génesis y desarrollo del derecho cooperativo en Uruguay*. En Guerra, P. (coord). *Aportes desde la Universidad de la República al campo temático de la Economía Social y Solidaria*. Cap. 3. pp. 63-82. Recuperado de:
<https://publicaciones.fder.edu.uy/index.php/book/issue/view/65/Texto%20completo>
- Ardila, S. y Galende, E. (2011). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Revista Salud Mental y Comunidad. Año 1, (1). Diciembre de 2011. Universidad Nacional de Lanús. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa. pp. 39-50.
- Augsburger, C. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos Médico Sociales, 81, pp. 61-75. Recuperado de:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf
- Bourdieu, P. (2000). *Sobre el poder simbólico*, en *Intelectuales, política y poder*, traducción de Alicia Gutiérrez, Buenos Aires, UBA/ Eudeba, pp. 65-73. Recuperado de:
http://sociologiac.net/biblio/Bourdieu_SobrePoderSimbolico.pdf
- Bourdieu, P. (2001). *Las formas del capital. Capital económico, cultural y social*. En *Poder, derecho y clases sociales*. Ed. Desclée de Brower. S.A. España, cap. 4. pp.131-164.
- Casarotti, H. (2015). *Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 79 (2). Diciembre 2015, pp.137-151.

- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Una crónica del salariado. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Colombo, S., Oxoby, P. (2013). *El sector cooperativo en el MERCOSUR durante la primera década del siglo XXI*. Retos y oportunidades. Biblioteca virtual. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1258/index.htm>
- De León, N. (coord.). (2013). *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: CSIC, Psicolibros- Waslala.
- De Pena, L., Lema, S., Silva, C. (2017). *Consentimiento informado en Salud Mental*. En Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UdelaR. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 89-104). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Duayer, M., Siqueira, A., & Escurra, M. (2013). *A ontologia de Lukács e a restauração da crítica ontológica em Marx*. Revista Katálysis, 16(1), pp.17-25. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n1/v16n1a03.pdf>
- Fernández, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
Recuperado de:
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Katzman, R. (1999). *Activos y estructuras de oportunidades*. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el Uruguay. Cepal. Uruguay. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28651/LCmvdR180_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lukács, G. (2004). *Ontología del ser social: el trabajo*. Traducción de Antonino Infranca e Miguel Vedda. Buenos Aires: Herramienta.

- Luna, F. (2008). *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*. CONICET/FLACSO.
- Martí, J. P. (2010). *Evaluación de la legislación y los programas de fomento del cooperativismo en Uruguay*. Esfuerzos espasmódicos y fragmentarios. Recuperado de: <http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2013/archivos/Mart%C3%AD,%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20la%20legislaci%C3%B3n%20y%20los%20programas%20de%20fomento%20del%20cooperativismo%20en%20Uruguay.%20Esfuerzos%20espasm%C3%B3dicos%20y%20fragmentarios.pdf>
- Mascayano, F., Lips, W., Moreno, J. (2013). *Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión*. Salud mental, 36 (2), 159-165. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n2/v36n2a9.pdf>
- Midaglia, C. (2013) *Introducción Revista Uruguaya de Ciencia Política*. Nº 22. Ed. ICP-Montevideo, pp. 7-16.
- Moreno, D. (2009). *El nuevo régimen jurídico de las cooperativas en Uruguay*. En: Revista Estudios Cooperativos. Año 14. Nº1. Recuperado de: http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2015/10/03_revista_3.pdf
- Neffa, J. C. (1999). *Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate*. Orientación y sociedad, 1, 127-161. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-88931999000100007&lng=es&tlng=es
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: Ediciones Cinca.
- Pérez, R. (2017) *¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico?*. En Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UdelaR. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 105-124). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Rodríguez, F., Rodríguez, M. N., García, M. C. (2004). *La integración laboral de las personas con trastorno mental grave*. Una cuestión pendiente. Psiquis. 25 (6). pp.

26-43. Recuperado de:

<http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10012/laintegracionlaboral.pdf>

- Serna, M. (coord) (2005) *Exclusión y vulnerabilidad social: que hay de nuevo en los debates contemporáneos*. En *Vulnerabilidad y exclusión. Aportes para las políticas sociales*. Uruguay Social, Vol. 5. Mides, 2005, pp. 7-19.
- Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009). *La Sociedad del Olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. CSIC, Universidad de la República.

Fuentes documentales

- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006). Recuperado de:
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- Declaración de Caracas. *Conferencia, reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990*. Recuperado de:
https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

- Machado, A. N. (2014). *Las cooperativas sociales como herramientas de integración socio-laboral de sectores vulnerables*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Sociales. UdelaR. Recuperado de:
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9803/1/TTS_MachadoPlennerthAna.pdf

- MIDES. (2009). *Informe final de la evaluación de impacto del PANES*.

- MIDES. (2013). *Cooperativas Sociales. Resultados de evaluación*. Recuperado de:
http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1216/Documento%20de%20Trabajo%20N%2016.%20Evaluación%20Cualitativa%20CCSS_Con%20de%20evolución%20del%20programa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- MIDES. *Cooperativas sociales. Construyendo trabajo digno, identidad y futuro*.
Recuperado de:
<http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/721/1304-Folleto%20Triptico%20Cooperativas%20Sociales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- IELSUR- Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay. (2006). *Estudio sobre armonización legislativa conforme a los Tratados de Derechos Humanos ratificados por Uruguay u otras normas legales con fuerza vinculante*. Uruguay: Productora Editorial. Recuperado de:
http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/09/ARMONIZACION.pdf

- Ley N° 9581. *Psicópatas*. Montevideo, Uruguay, 24 de agosto de 1936. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6843198.htm>

- Ley N° 11139. *Patronato del Psicópata*. Montevideo, Uruguay, 17 de enero de 1949.
Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>
- Ley N° 17.866. *Creación del Ministerio de Desarrollo Social*. Montevideo, Uruguay, 31 de marzo de 2005. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17866-2005/5>
- Ley 17.869. *Plan Nacional de Emergencia Social*. Montevideo, Uruguay, 25 de mayo de 2005. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17869-2005/4>
- Ley N° 17.978. *Cooperativas Sociales*. Montevideo, Uruguay, 3 de septiembre de 2006.
Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17978-2006>
- Ley 18.407. *Sistema Cooperativo*. Montevideo, Uruguay, 14 de noviembre de 2008.
Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp181444.htm>
- Ley N° 18.418. *Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad*. Montevideo, Uruguay, 4 de diciembre de 2008. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4584872.htm>
- Ley 18.651. *Protección integral de personas con discapacidad*. Montevideo, Uruguay, 9 de marzo de 2010. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>
- Ley N° 19.529. *Ley de Salud Mental*. Montevideo, Uruguay, 19 de setiembre de 2017.
Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Ley 19.691. *Aprobación de Normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad*. Montevideo, Uruguay, 8 de noviembre de 2018. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19691-2018>
- Pronadis. (2015). *Discapacidad y trabajo en Uruguay. Perspectiva de derechos*. Vol. 1, Montevideo, Uruguay.
- OMS. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Recuperado de:
https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

-OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS.

Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=56DBC8FF0579B4AA3CBD831702B51FE1?sequence=1

-ONSC. (2017). *Informe sobre el ingreso de personas con discapacidad en el Estado*.