

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

**Salud mental y trabajo desde una perspectiva
de derechos. Análisis de una experiencia**

Antonella Rolando
Tutora: **Cecilia Silva**

2019

RESUMEN

La presente monografía trata sobre la inserción en el mundo del trabajo de personas que han estado institucionalizadas por motivo de tratamiento de su salud mental. Para dicho estudio se realizaron entrevistas semi estructuradas a los integrantes de una cooperativa autogestionada, donde la mayoría de los cooperativistas pasaron por internaciones debido a situaciones de sufrimiento mental. Dicho estudio adquiere relevancia debido a que en el país en el año 2017 se aprobó una nueva ley de salud mental y además en la sociedad civil desde hace varios años se vienen cuestionando los modelos de atención manicomiales y luchando para que se realice el cierre de los hospitales psiquiátricos y un atención en salud mental comunitaria, donde la persona adquiera protagonismo y pueda decidir acerca de su atención, dejando de lado la característica de paciente de los modelos manicomiales.

ÍNDICE

Introducción	4
--------------	---

CAPÍTULO I: SALUD MENTAL Y MODELOS DE ATENCIÓN

1.1 Aproximaciones a la noción de salud mental	11
1.2 Características generales sobre los modelos de atención en salud mental en Uruguay	17

CAPÍTULO II: INSERCIÓN LABORAL Y PERSPECTIVA DE DERECHO

2.1 Aproximaciones al concepto de trabajo	25
2.2 Cooperativismo como estrategia de inserción laboral	30

CAPÍTULO III: APROXIMACIÓN A UNA EXPERIENCIA DE INCLUSIÓN LABORAL

3.1 Descripción de la formación y organización de la cooperativa	36
3.2 Vínculos y autonomía de los cooperativistas	39

CONSIDERACIONES FINALES	47
-------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	50
--------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a la Monografía final de grado para el egreso de la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

La monografía trata sobre la inserción en el mundo del trabajo de personas que han estado institucionalizadas por motivos de tratamiento de su salud mental. Se tomó como experiencia un emprendimiento autogestionado y formalizado como cooperativa de trabajo. Esta cooperativa está integrada precisamente por personas que una vez de ser egresadas del hospital psiquiátrico comienzan a generar alternativas para su inclusión laboral y social en general.

Se considera que el estudio de dicha temática es relevante, ya que en el Uruguay se están discutiendo los modelos de atención en salud mental; en donde se propone el cierre de aquellos lugares caracterizados como manicomios, y que se abran espacios de salud en la comunidad. (Vilardevoz, 2015)

En la sociedad existe tanto discriminación como estigmatización para con las personas con sufrimiento mental, se supone que no pueden acceder al mercado de trabajo, que no tienen un comportamiento sostenido para ello y para el desempeño de sus roles sociales. (Fernández,

2009). Y el trabajo en la sociedad capitalista está fuertemente vinculado a la inscripción en las estructuras sociales. El mismo es un vehículo social en donde se establecen determinados derechos así como también deberes sociales, responsabilidades y reconocimiento. (Castel,1995)

Las personas entienden que aquellos con sufrimiento mental, introducen desorden y desviación, no siguen las normas grupales por lo que fueron expulsados desde siempre de la sociedad, fuera de la ciudad, encerrándolos en hospitales, etiquetándolos como pequeños monstruos, generando en gran parte de los internados imposibilidad de volver a una vida digna. A partir de un paradigma de salud mental vinculado a los derechos se intenta acabar con esta forma de atención y concepción del loco. Se entiende que es fundamental que las personas con sufrimiento mental reciban una atención humana, teniendo derechos a la vida en libertad y en sociedad, llevando a que se termine este dispositivo de alienación y exclusión. (Galende, 2006)

Por lo que se entiende que el Estado debe promover la inclusión de las personas con sufrimiento mental al mercado laboral. Pudiendo lograrse de diversas maneras como por ejemplo “la capacitación profesional, préstamos, o subvenciones para empresas pequeñas, contrato de exclusividad o de derechos de producción prioritarios”. (Galende, 2006, p. 135)

Es decir que dicha temática es relevante ya que según el contexto del Uruguay en que nos

encontramos donde se comienza a notar la importancia de que las personas con sufrimiento mental tengan su atención en la comunidad y no fuera de ella, sumando a como se mencionó la importancia que adquiere el trabajo para la construcción de lazos sociales y la importancia de que el Estado intervenga para generar empleos para personas que se encuentran en situación de sufrimiento mental, es así que se optó por el estudio de una cooperativa donde la mayoría de sus integrantes pasaron por internaciones en hospitales psiquiátricos y hoy por hoy generaron su propio trabajo a través de la cooperativa, la cual además genera vínculos sociales.

- ***Delimitación del objeto de estudio***

El objeto de estudio de la presente monografía es la cooperativa como forma de inserción en el mundo del trabajo de las personas que han estado institucionalizadas por motivos de tratamiento de su salud mental. Se realizó el estudio con perspectiva de derechos, colocando la centralidad del análisis en la persona, entendida como sujeto individual y colectivo, por tanto histórico y multidimensional. El mismo se refiere al protagonismo de la persona en cualquier intervención que se pretenda realizar sobre la misma, teniendo en cuenta las capacidades, así como también la identidad. (De León y Techera, 2017)

Se entiende que la atención en salud mental debe ser comunitaria, potenciando las capacidades y habilidades de los individuos (Cohen y Natella, 2007). Para que esto pueda darse el Estado debe promover la no discriminación, así como también potenciar el acceso al

mercado laboral de las personas con sufrimiento mental. (Iglesias y Palacios, 2017)

Una de las formas de generar acceso al mercado laboral es a través de emprendimientos, para la realización de este documento se estudió un emprendimiento el cual está autogestionado y formalizado como cooperativa de trabajo. Actualmente a través del MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) se busca potenciar y promover una cultura emprendedora a través del Programa Apoyo a Emprendimientos, buscando generar alternativas de trabajo.

Tiene como objetivos apoyar a emprendimientos productivos/económicos, con el fin de promover una cultura de participación de gestión local. Como finalidad busca contribuir a disminuir los factores económicos, sociales y culturales que intervienen en los circuitos de reproducción de pobreza, evitando que un mayor número de hogares uruguayos se incluyan en los sectores de pobreza crítica. Se trata de fortalecer mecanismos de inclusión social, recuperación de recursos locales, y de reinserción ocupacional. (MIDES, s/f, p.1)

La cooperativa que se estudia tiene un gran vínculo con el MIDES ya que la misma es una cooperativa social, la cual cuenta con determinados beneficios como por ejemplo estar exonerada de determinados impuestos así como también recibieron sus miembros una capacitación al momento de querer formar una cooperativa. La capacitación se refirió a los principios del cooperativismo.

- ***Objetivos***

El objetivo general estuvo delimitado en describir las características del vínculo de los cooperativistas del emprendimiento y el mercado laboral. En cuanto a los objetivos específicos, fueron tres, (i) problematizar acerca del acceso de los cooperativistas al mercado laboral; (ii) indagar acerca del vínculo de los cooperativistas con sus clientes e instituciones; (iii) indagar acerca del vínculo entre los cooperativistas.

- ***Diseño metodológico***

Se trata de una investigación de carácter cualitativa de tipo descriptiva cuya finalidad es describir el vínculo de los cooperativistas del emprendimiento con el mercado laboral. Para tal propósito, se tomó como referencia el paradigma hermenéutico, ya que se funda en la comprensión, siendo la unidad temporal el presente, el encuentro entre el pasado y el futuro (De Souza, 2013). El estudio buscó caracterizar la inserción en el mundo del trabajo de personas que han estado institucionalizadas por motivos de tratamiento de su salud mental. (Batthyány y Cabrera, 2011)

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a los cinco integrantes del emprendimiento. Previamente se formularon una serie de preguntas guías, siendo pertinente en algún caso formular otras preguntas durante la entrevista. Se entiende que las mismas son de gran importancia en la investigación en ciencias sociales, a través del diálogo las personas, expresan tanto las relaciones como los conflictos así como también el carácter histórico y

social. (De Souza, 2013)

La cooperativa estudiada se consolida en el año 2013. Iniciando su conformación en el año 2010 a través del colectivo La Grieta que trabaja temas vinculados con la salud mental y los derechos humanos. Era según los entrevistados altamente notorio la necesidad de que las personas una vez que egresaban del hospital necesitaban reinsertarse laboral y socialmente, por lo que surge la posibilidad de hacer un proyecto de extensión universitaria en el cual se proponía la construcción de participación que fomentaran el trabajo y el derecho a la cultura. Entre el año 2010 y 2013 se comenzó por conectar con las personas que se iban conociendo en el hospital Vilardebó que aún estaban internadas. Una vez que egresaban seguían conectadas y se empezaron a reunir para pensar entre todos la idea de como podría ser la cooperativa.

La misma hoy por hoy es una cooperativa social y cuenta con cinco integrantes, los cuales han ido cambiando por diferentes motivos a lo largo de los años. De esos cinco integrantes, hay cuatro varones y una mujer. Tres de los integrantes son ex pacientes del hospital Vilardebó, otro es un psicólogo que participó desde el inicio de la conformación de la cooperativa.

Funciona en dos espacios, Cedel Carrasco que es donde tienen la cocina y por tanto realizan la cocción de las empanadas, concurren todos los martes y jueves, y ENLACE donde realizan las reuniones semanales los días viernes por la mañana.

- ***Organización de los capítulos***

La monografía se encuentra dividida en 3 capítulos. En el primer capítulo se hace referencia al concepto de salud mental y como ha ido evolucionando el mismo. Además se mencionan los diferentes modelos de atención que se han ido desarrollando. En el mismo se hace énfasis en la realidad actual del Uruguay, en donde en los últimos años se han dado importantes transformaciones en la legislación en salud mental.

En el segundo capítulo se introduce el análisis del trabajo como categoría principal del objeto de estudio, la importancia del mismo en la sociedad actual. Y al cooperativismo como una de las alternativas para la inclusión laboral y social.

En el tercer capítulo se analiza la cooperativa estudiada como forma de inserción laboral y social, se describe además el vínculo entre los cooperativistas, la comunidad y otras instituciones. A modo de cierre se realizan consideraciones finales.

CAPÍTULO I:

SALUD MENTAL Y MODELOS DE ATENCIÓN

El siguiente capítulo se encuentra dividido en dos partes vinculadas entre sí. En la primera de ellas se comenzará por desarrollar el concepto de salud en términos generales de modo de arribar a una delimitación más precisa a la noción de salud mental que guía el análisis de esta monografía. Además se mencionan los modelos de atención en salud mental, un modelo manicomial vinculado más a un paradigma positivista y un modelo comunitario basado en un paradigma emergente que toma insumos de la teoría histórica crítica. La segunda parte se centra en los modelos de atención que se han ido desarrollando en torno a la salud mental en el Uruguay, desde la creación del Hospital Vilardebó a la creación de una nueva ley.

1.1 Aproximaciones a la noción de salud mental.

Cuando se utiliza el concepto de salud es pertinente mencionar el proceso de medicalización y el binomio salud/enfermedad, es decir que se comienzan a clasificar comportamientos en torno a la salud/enfermedad por lo que se da una importante intervención “en las relaciones sociales en nombre de la salud”. (Ortega, 2008, p,27)

Se entiende que para que las cosas sean medicalizadas deben ser clasificadas en términos de normalidad-anormalidad. Aquello que era conocido como crimen, locura, pobreza se comenzó

a llamar enfermedad y a legitimar que cuando se daban conductas desviadas lo más adecuado era el tratamiento en manos de la medicina. (Mitjavila, 1998)

La salud será entendida desde una concepción integral, considerando por lo tanto a las personas, su entorno, las relaciones entre ellas, sus vínculos y cotidianidad. La misma se reproduce en los espacios cotidianos donde las personas producen y reproducen tanto la salud como la vida en general (Fernández, 2009). No se refiere exclusivamente al sector sanitario, se trata de un concepto que también está relacionado con los recursos sociales y personales, con la vida cotidiana en general. (OMS,1986)

Se entiende que al hablar de salud mental, más que una disciplina estamos hablando de un campo en el sentido de Bourdieu (1995), ya que su objeto es complejo, se relaciona tanto con dimensiones biológicas, como psicológicas, sociales, antropológicas y culturales. En la actualidad cuando hablamos de este campo, estamos hablando de una suma de disciplinas, que lejos se encuentran de estar integradas. Cada una tiene su manera de entender la salud mental, tratar el sufrimiento mental. Siendo hoy por hoy un desafío integrar estos saberes que atraviesan la atraviesan. (Galende, 2008)

Si triunfará la psiquiatría por ejemplo, sobre las demás ideologías, el malestar psíquico sería entendido como cualquier otra enfermedad, tratándose por tanto de igual manera, con medicación, siendo atendida exclusivamente por psiquiatras y neurólogos, ignorando por

tanto el conflicto más allá del síntoma. Pero desde los años 50 del siglo pasado, es considerado que a la hora de atender a una persona con sufrimiento mental, hay que tener en cuenta su historia, su familia, su experiencia, comprender la situación del sujeto más allá del síntoma. Es en este momento cuando se comienzan a utilizar intervenciones psicosociales, donde participan la familia del sujeto así como también la comunidad. (Galende, 2008)

El saber médico, con sus criterios de peligrosidad e incapacidad del loco; la ley, con la existencia del manicomio y la legitimación del encierro en base a la peligrosidad; el poder de la psiquiatría para ordenar el encierro manicomial, que instaura el temor sobre sus sentencias, son los determinantes esenciales de este imaginario social sobre la locura. (Galende, 2006, p.50)

Se puede decir además que el médico al decir internar cumple la misma función que un juez que dicta sentencia, la persona a la cual se va a internar debe someterse y acatar la decisión sobre la privación de su libertad. El médico fundamenta el diagnóstico de alienación y peligrosidad a través de un saber sobre la enfermedad que posee un supuesto de objetividad, y para que esto termine de cumplirse debe dejar afuera la condición de sujeto de la persona que es diagnosticada. (Galende, 2006)

Si la persona se negara de alguna manera o pusiera resistencia será considerada como una actitud proveniente de su enfermedad, generando además en el imaginario social la idea de

que cuando se da un diagnóstico de locura equivale internar y encerrar, donde además se produce una fuerte exclusión social. (Galende, 2006)

Por lo que se vuelve fundamental una comprensión de las otras disciplinas con las que se interactúa en el campo de la salud mental, es esta una forma de acercarnos más a entender la situación por la que está atravesando la persona. (Galende, 2008)

Hay dos elementos esenciales en la intervención en salud mental, comprender la situación de la persona, que permita transformar los síntomas del sufriente mental y potenciar su autonomía. Y el otro elemento es la relación entre la persona y quien lo atiende en este proceso. La comprensión arranca del reconocimiento inicial de un no saber que comparten ambos miembros de la relación, para proponerse construirlo en conjunto, evitando por tanto, el supuesto saber de un especialista que clasifica los síntomas, realiza diagnósticos y actúa solamente sobre los síntomas sin ver ni entender más allá. (Galende, 2008)

En reconocer a la persona como semejante, no como un objeto al cual hay que observar, describir, contemplar de manera objetiva. Sino como un semejante al cual a través de la palabra nos permita conocer algo de la dimensión de su sufrimiento, ya que cada sufrimiento es diferente y está marcado por sus dimensiones históricas, sociales y culturales. (Galende,2006)

Es decir que cuando se desencadena una crisis en la persona son variados los motivos, por lo que deben ser variados los recursos para resolverla por lo que se vuelve de suma importancia que los profesionales que intervienen deben cuestionar aquellas prácticas y conductas que generan una mirada recortada de la complejidad humana, cuestionando su propia identidad profesional. Un recurso terapéutico que es utilizado muchas veces y que en la presente monografía es de sumo interés es la promoción laboral, siendo uno de los factores más importantes para la recuperación de las personas con sufrimiento mental. (Cohen y Natella, 2007)

Se pretende el protagonismo de la persona en cualquier tipo de intervención que se pretenda sobre ella, así como también a la no discriminación, identidad, dignidad y capacidad (De León y Techera, 2017). Entendiendo además que la atención debe ser comunitaria potenciando las capacidades y habilidades de las personas (Cohen y Natella, 2017). Desde la salud mental comunitaria se entiende que se deben tener en cuenta los procesos: “históricos, políticos, sociales, económicos, culturales, biológicos, emocionales, etc. Todos estos elementos resultan fundamentales para comprender y articular una perspectiva de salud que en la práctica se traduzca en una propuesta colectiva que proyecte un horizonte de derechos humanos” (Díaz y Ramírez, 2017, p.207).

Esto debe estar reflejado en la vida cotidiana de las personas, teniendo una participación activa en la comunidad, trabajo, vivienda y educación. Para esto se vuelve fundamental un

trabajo interdisciplinario, para poder entre otras cosas superar el modelo asilar psiquiátrico, el cual reduce la problemática a un trastorno o enfermedad, generando menor o nula participación en la comunidad, reduciéndose a pacientes, sujetos pasivos, produciendo de esta manera una mayor estigmatización. (Díaz y Ramírez, 2017)

Donde los usuarios de la salud tengan una participación activa superando el lugar de pacientes de los anteriores modelos, que puedan decidir y proponer acciones, respetando sobre todo la autonomía de las personas y con profesionales que trabajen tanto con la familia como con las relaciones interpersonales. (Díaz y Ramírez, 2017)

Se concluye que los hospitales psiquiátricos tienen como objetivo controlar e internar a la persona y de esta manera aislarlo de su vida social, en cambio los nuevos modelos de atención en salud mental que se están desarrollando en la actualidad se busca continúen el vínculo con su familia y comunidad. Esto se debe en parte a que ya no es exclusivamente el psiquiatra quien decide, sino que comparte dichas decisiones con otros, profesionales, sufrientes mentales, la familia y la comunidad (Galende, 2006)

1.2 Características generales sobre los modelos de atención en salud mental en Uruguay.

En Uruguay se comienza a discutir acerca del tratamiento en salud mental desde por lo menos finales del siglo XIX, momento en el cual se inaugura el Hospital Vilardebó (primer impulso modernizador del Uruguay) y en el siglo XX se crean las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi. Cabe destacar que estos centros fueron creados para dar contención a las capas sociales más vulnerables, siendo una preocupación hasta el día de hoy la falta de camas, siempre hay más personas que camas disponibles. (De León, 2013)

Las diferentes crisis, la falta de presupuesto, de oportunidades que fueron afectando al Uruguay hicieron que se comenzarán a degradar los servicios de salud mental. El modelo preferentemente manicomial que se extiende hasta fines de la década del sesenta finaliza con la dictadura cívico militar. (De León, 2013)

En la década del 90 en los estados latinoamericanos se producen diferentes transformaciones de la mano de organismos multilaterales como FMI (Fondo Monetario Internacional), BM (Banco Mundial). Es en este marco donde se comienza a ver que el manicomio tiene un costo económico elevado. Es así que se abren las puertas del mismo y no se piensan alternativas diferentes, esto trae como resultado una mayor exclusión social para las personas con sufrimiento mental ahora fuera del manicomio, aumentando la cantidad de ex pacientes del

hospital psiquiátrico en situación de calle. (Baroni, 2015)

La desaparición del modelo asilar para ser efectiva debe ser acompañada de un nuevo diseño de atención, donde se creen los servicios necesarios para la población. Donde por ejemplo la internación sea lo más breve posible, enfocándose en la psicoterapia, privilegiando el desarrollo de rehabilitación psicosocial, un enfoque que pase a ser comunitario y donde se eduque no sólo al usuario sino a la sociedad en general y la familia del mismo en particular. (De León, 2013)

Siendo uno de los inconvenientes principales con que cuenta el país el egreso del sufriente mental de los hospitales, es por esto que se impulsaron ideas para la creación de talleres protegidos, exoneraciones tributarias para aquellas empresas que contraten personas con discapacidad y sobre todo el desarrollo de una conciencia social que esté al tanto de dichas dificultades. (De León, 2013)

En 1972 surge el nuevo plan de salud mental, si bien mucho de los cambios que impulsaron no se pudieron llevar a la práctica, sí se concretaron algunos de ellos, como por ejemplo, la creación del Área de Salud Mental, la descentralización del servicio y la creación de varios centros de rehabilitación (Techera y Apud, 2013). Dicho plan es impulsado luego de un crítico informe del Pierre Chanoit, consultor de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el mismo se realizaron propuestas para cambiar la atención en salud mental en Uruguay.

Luego de describir la atención del Hospital Vilardebó y de la Colonia Etchepare, realiza las siguientes declaraciones:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz inexistencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a sociedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica) y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se cura, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. (Gines, 2013, p.42)

En cuanto a la región Uruguay participó junto con otros países de América Latina en la declaración de Caracas en el año 1900, donde se trabajaron temas en cuanto a los servicios de salud mental, proponiéndose cambios. Uno de los principales temas fue la necesidad de revisar el papel que se le ha dado a lo largo de este tiempo al hospital psiquiátrico y comenzar a pensar más en una atención comunitaria, que respete los derechos de los usuarios, la atención en hospitales psiquiátricos producen aislamiento, ponen en peligro los derechos humanos y civiles de los internados. (Declaración de Caracas, 1900)

En 1948 se crea en el país el Patronato del Psicópata, dicha ley fue un cambio en cuanto a la atención de las personas con sufrimiento mental ya que se puso el acento en reinsertar a la

persona a la sociedad. Para esto se crean talleres que den trabajo y capaciten a los usuarios de los centros de salud mental y se creó el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. (De León, 2013)

Igualmente si bien en teoría se fueron creando leyes para dejar atrás el modelo estrictamente manicomial en 1986 se realiza un diagnóstico del Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay:

Se planteaba que el MSP con el 90% de las camas psiquiátricas del país, manejaba la hospitalización y el asilo como opción preponderante en la atención en salud mental. Caracterizándose la asistencia psiquiátrica por un marcado grado de pauperización, fragmentación organizativa y centralización geográfica inadecuada, con cobertura insuficiente, contando con escasos recursos, entre otros humanos. (De León, 2013, p.91)

Se entendía entonces que Uruguay no consideraba los tratados de los cuales formaba parte. Esta atención basada en la hospitalización daña a las personas las cuales son capaces de vivir y trabajar en comunidad. Es decir que si bien se produjeron cambios a partir de mediados de los 90 no se resolvieron los problemas vinculados a la institucionalización y esto produjo además mayor cantidad de personas con sufrimiento mental en situación de calle. Tal es así que en 2002 se visibilizó un alto porcentaje de personas con sufrimiento mental en esta situación siendo usuarias del Plan Invierno 2002 en la zona de Cordón. (De León, 2013)

Sin embargo, se considera que desde hace varias décadas se está intentando generar cambios en la atención en salud mental, donde se comenzó entendiendo que los usuarios de estos servicios son el centro de atención por lo que debe darse la rehabilitación en forma integral para poder reinsertarse la persona a la vida en sociedad. Es así que se prioriza la atención primaria en salud, preocupándose no solo por atender la enfermedad, sino también la prevención y la atención de los usuarios en la comunidad, para esto se abrieron varias salas de atención psiquiátrica en hospitales generales del país. También se ha producido un importante adelanto en cuanto al abordaje de los problemas, no es sólo ya el individuo aislado que los aborda, sino que se comienzan a formar grupos que tienen situaciones similares en donde abogan sus problemáticas en conjunto. (De León,2013)

En Uruguay en los últimos años surgieron fuerzas anti manicomiales que luchan por reformar la atención en salud mental manicomial, donde aquellas personas con sufrimiento mental no se las ubique en un lugar de dependencia. Volviéndose por lo tanto la salud mental un campo de disputa entre las fuerzas manicomiales y las anti manicomiales. (De León y Techera, 2017)

Estas fuerzas manicomiales comenzaron por realizar un proyecto de ley en Uruguay, teniendo como una de sus principales finalidades dejar atrás el modelo caracterizado por un paradigma que se centra en la enfermedad mental y el trastorno e impulsar una atención centrada en las personas y sus derechos. (De León y Techera, 2017)

Desde el 2017 en Uruguay, año en el que se aprobó una nueva ley de salud mental, dejando atrás la ley vigente desde hace 81 años,

Se entiende por salud mental 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. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. (Ley N° 19.529)

En esta nueva ley se define claramente que se apunta a una rehabilitación que mejore la calidad de vida de las personas, donde se genere mayor autonomía e inclusión tanto laboral, social, educativa como cultural. Para esto se pretende que la hospitalización debe llevarse a cabo sólo cuando genere mayores beneficios que el resto de las intervenciones, siendo la misma lo más breve posible. Por lo cual se impulsará el cierre de las estructuras asilares, sustituyéndolas por centros de atención comunitaria, centros de rehabilitación y residenciales con apoyo. (Ley N° 19.529)

En el proceso de creación de la ley participaron diferentes organizaciones de la sociedad civil, muchas de ellas integrantes de la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna. La asamblea promovió la construcción de un documento, lo que sería pre proyecto de la ley de salud mental, no obstante la ley que se aprobó fue

cuestionada por estas organizaciones de la sociedad civil ya que no refleja los aportes que realizaron. (Zecca, 2016)

Se cuestionó que se utilice el término trastorno mental ya que el mismo reduce el tema a la psiquiatría, hablándose además de unidades de psiquiatría en los hospitales generales y no de unidades de salud mental. Igualmente se considera que la ley es un avance debido a que promueve el cierre de las instituciones asilares y restringe la hospitalización pero a la vez no se propone un cronograma concreto para el cierre de las mismas, lo cual hace pensar que no va a suceder, ya que tampoco se mencionó que sucederá con aquellas personas que trabajan y viven en los mismos. (Zecca, 2016)

La Asamblea fue creada en el año 2012, teniendo como objetivos dar visibilidad acerca de la vulneración de derechos de las personas con sufrimiento mental. Entendiendo además que las modalidades de atención y dispositivos vigentes por el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 no generan accesibilidad y un pleno ejercicio de derechos para las personas con sufrimiento mental. Esta visibilidad surge a partir de los testimonios tanto de usuarios, como de profesionales y personas que integran La Asamblea. Por estos motivos proponen líneas de acción para poder superar los modelos manicomiales de atención. (Asamblea Instituyente, 2013)

Además consideran fundamental la inclusión en el plano laboral de los usuarios, a través por

ejemplo de la financiación por parte del Estado de proyectos con fines de inclusión social y laboral en los que participen personas con sufrimiento mental. Siendo necesario para el ejercicio pleno de la ciudadanía cambios en las pensiones por discapacidad, igualarla al salario mínimo nacional y acceso a programas para la solución de vivienda debido a que las personas con sufrimiento mental muchas veces son segregadas y abandonadas por sus familias en casas de salud donde su libertad es altamente condicionada. (Asamblea Instituyente, 2013)

Si bien en los últimos años se han venido dando cambios en los profesionales y en la sociedad sobre los modelos de atención en salud mental queda camino por recorrer, quedan grandes ideas de que la salud mental está plenamente vinculada a la psiquiatría, ya que por ejemplo en la nueva ley de salud mental del Uruguay se sigue utilizando un término como el de trastorno mental que es fuertemente utilizado por psiquiatras. Hay distintas disciplinas trabajando en las situaciones de sufrimiento mental, que ven que para atender a fondo las situaciones que se generan en las personas no basta solo con medicar, la medicación suaviza los síntomas, pero el sufrimiento va más allá de lo biológico está en la vida de la persona, en su historia personal, en sus vivencias, en la sociedad siendo fundamental el aporte de todas las disciplinas que están vinculadas a la temática, dejando de ser ya la psiquiatría la disciplina hegemónica sobre la salud mental debido a que conoce una parte de la realidad recortada necesitando de las otras disciplinas para entender realmente la situación de la persona, la psiquiatría necesita de las otras disciplinas como las otras disciplinas se necesitan entre ellas.

CAPÍTULO 2

INSERCIÓN LABORAL Y PERSPECTIVA DE DERECHO

En este capítulo se desarrollan dos puntos principales. Un primer punto que nos acercará a la concepción del trabajo y a la importancia que asume el mismo en la vida de las personas, no solo por el sustento económico sino como constructor de identidad.

En un segundo punto se estudia una forma puntual de organización del trabajo que ha ido floreciendo en los últimos años por los cambios en el mercado laboral que se han ido produciendo, esta forma de trabajo es la cooperativa.

2.1 Aproximaciones al concepto de trabajo

El trabajo es lo que media entre la necesidad de la persona y su satisfacción. Además diferencia al ser humano con la de los demás animales debido a que a través de él se da un comportamiento consciente diferenciado del espontáneo. Ocupa un lugar fundamental en la humanización de las personas. (Antunes, 2005)

No se da una transformación de inmediato sino a través de la interacción con los otros individuos y la naturaleza. Si bien la persona se autocrea por medio del trabajo, en el capitalismo esta actividad pasa a ser enajenada, separándose el individuo de su poder creador. Por lo que las personas se empiezan a relacionar a través del intercambio de los productos que

realizan. (Gould, 1983)

En la sociedad capitalista el trabajo ha ido cambiando, desde los años 70 se comenzó a notar una crisis, lo que supuso el pasaje del taylorismo y fordismo a la era de la flexibilización, si bien no se da el fin del trabajo como sostienen algunas teorías, si se entiende que ha ido cambiando de forma. Se ha ido produciendo desempleo estructural, precarización laboral y aumento del ejercito nacional de reserva.(Antunes, 2005)

Se podría decir entonces que la sociedad actual está caracterizada por la precarización de las situaciones de trabajo, jóvenes en busca de su primer empleo que van de pasantía y pasantía, personas con desempleo estructurado, siendo el futuro para muchos trabajadores aleatorio, muchos individuos se encuentran en situación de flotación en la estructura social. (Castel, 1995)

Igualmente se entiende que no se da el fin de la clase que vive del trabajo, sino que se extiende dicho concepto, incluyendo a todos aquellos que venden su fuerza de trabajo a cambio de un salario, incorporando no sólo al proletariado industrial sino también a los asalariados del sector servicio y rural. Es decir se toma en cuenta en esta nueva definición no solo al trabajador manual directo sino también a aquellas formas que son productivas y generan plusvalía pero no son manuales. (Antunes, 2005)

El trabajo es visto como un bien y el estar desocupado genera además de cuestiones económicas, manifestaciones afectivas como por ejemplo angustia, decepción, decaimiento (Escobar, 2005). No trabajar genera además sufrimiento psíquico, cuestionamientos acerca de la identidad, degradación en el autoestima, sentimientos desvalorizantes, sintiéndose los desempleados expulsados, fragmentados (Custo, 2008). Es decir que el trabajo es una herramienta fundamental para la inclusión social, quien no tiene trabajo no es, no tiene una identidad laboral con la importancia que esto implica en la sociedad en la que vivimos. (MIDES, 2015)

Es un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Existe en efecto (...) una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que cubren a un individuo ante los riesgos de la existencia. (Castel, 1995, p.13)

En las entrevistas realizadas se comprueba que el estar trabajando genera lazos con los mismos compañeros, uno de los entrevistados por ejemplo menciona que se junta con compañeros que ya no forman parte de la cooperativa pero si siguen teniendo contacto. “Yo en particular me junto con ellos, voy a la casa de ellos, vienen a casa a escuchar música” (Cooperativista N°1). “El tema de bueno tener que salir a vender, a comprar los ingredientes conectan con el barrio con la familia, con el otro, con los compañeros”. (Cooperativista N°3)

El trabajo es constructor de identidad, si existe un buen ambiente laboral permite a la persona descubrir sus capacidades, potenciales, relacionamiento con otros, ser parte de un colectivo. Generando a través del colectivo intercambio de experiencias y adquisición de nuevos conocimientos y relaciones de solidaridad. Necesita y genera relaciones sociales, es decir es fuente de inserción social. (Neffa, 2015)

Esto se ve reflejado claramente en la cooperativa estudiada, en donde es notorio el excelente clima laboral existente así como también las relaciones de solidaridad. “Somos todos muy colaborativos, arrancamos con una tarea específica y después a medida que nos vamos liberando nos damos una mano entre todos”. (Cooperativista N° 2)

Se comprobó además que hay una relación entre la salud mental de las personas y el lugar que ocupan en cuanto al empleo, la educación, el acceso a las protecciones sociales. Además el sufrimiento psicosocial se vincula con la escasez de recursos, el desempleo, la precariedad, el estado de la vivienda en donde se vive. (Neffa, 2015)

En cuanto a las personas con sufrimiento mental la inserción laboral es un elemento clave para la inclusión de las mismas. Se ha comprobado que el estar trabajando genera mejoras en cuanto a la situación clínica y psicosocial, además de la situación financiera, estructuración de las actividades cotidianas. Mejorando por tanto el autoestima, la autoimagen y el aumento en la calidad de vida de las personas. (Tapia, Castro y Moreno, 2012)

Los cooperativistas deben organizar su vida cotidiana para poder formar parte de la cooperativa y cumplir sus tareas eficazmente. “El tener un horario, el tener que ir a trabajar, el deber, la responsabilidad de llevar a cargo una tarea adelante, el compromiso que genera el tener que estar presente, sostener una jornada de trabajo”. (Cooperativista N°3)

El conseguir trabajo para estas personas se vuelve más difícil y muchas veces necesitan de apoyo para realizarlo, este apoyo es realizado por medio del entrenamiento, supervisión y transporte. Se pretende que puedan percibir sus propias habilidades, puntos fuertes y débiles. Siendo dicho empleo compatible con sus intereses, experiencia previa y situación. Poniéndose énfasis en la creación de oportunidades de empleo, se asume que las personas todas tienen la capacidad de aceptar un empleo con apoyo si se les proporcionan los servicios necesarios. (Jordan, 2011)

Uno de los entrevistados menciona que antes de formar parte de la cooperativa había realizado un curso de panadería lo que despertó la idea de poder realizar dicho emprendimiento sobre empanadas. “Yo hice un curso de panadería en el Vilardebó entonces siempre invitábamos alguna cosa. Y entonces empezamos a cocinar (...) entonces tenemos la cooperativa”. (Cooperativista N°4)

2.2 Cooperativismo como estrategia de inserción laboral

El cooperativismo en dicha monografía ocupa un lugar de suma importancia, debido a que el emprendimiento que se estudió es una cooperativa social, y las mismas son una forma particular de organización laboral por lo que se considera fundamental mencionar qué se entiende cuando hablamos de cooperativa en la región así como también cuales son los principios que la hacen tan diferentes a otras formas de trabajo.

Las cooperativas son asociaciones autónomas de personas que se unen voluntariamente sobre la base del esfuerzo propio y la ayuda mutua, para satisfacer sus necesidades económicas, sociales y culturales comunes, por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente gestionada. (Ley N° 18.407)

Si bien las cooperativas son una organización económica, siempre tienen además una finalidad social. Para que exista éxito no alcanza con identificar una necesidad en común sino que también se vuelve necesario la capacidad de funcionar, trabajar y resolver en común. Ofreciendo a los socios la capacidad de superarse no solo económicamente, sino también socialmente, culturalmente, profesionalmente y comunitariamente. (CUDECOOP, S/F)

Las transformaciones que se han ido produciendo en el mundo del trabajo, el debilitamiento del empleo, género ocupaciones que son autogeneradas y autogestionadas por los propios

trabajadores, donde encontramos por ejemplo los emprendimientos de trabajo asociativo, fábricas recuperadas y cooperativas sociales. Todas ellas son una gran herramienta para combatir el desempleo y la pobreza, así como también posibilitan la inserción socio-laboral. Siendo una alternativa para superar el aislamiento y la vulnerabilidad. (Weisz, 2014)

En estas formas de organización encontramos aspectos positivos y negativos. En cuanto a los aspectos positivos se nota que este tipo de colectivo es un gran sostén en cuanto a la vulnerabilidad económica y psicosocial. Pero por el contrario aparecen grandes dificultades en cuanto a la constitución y consolidación de las mismas así como también en cuanto a los recursos económicos y la autogestión. (Weisz, 2014)

Los cooperativistas del emprendimiento estudiado plantean las dificultades y los esfuerzos que han tenido que ir realizando desde que se creó la cooperativa hasta el día de hoy. Por ejemplo en cuanto al fortalecimiento y consolidación de la misma. “Consolidarnos y fortalecernos entonces ha sido difícil, siempre hemos estado produciendo o trabajando para cubrir gastos” (Cooperativista N°3). También resaltan los aspectos positivos de formar parte de una cooperativa.

Las posibilidades de la cooperativa, el emprendimiento (...) a los compañeros (...) que se entiende que siempre se ha hecho muy difícil el tema de conseguir trabajo y esto de conectar con un deseo, porque a su vez la cooperativa es gastronómica porque cuando

ellos estaban internados tenían formación en cocina y esas cuestiones entonces qué pueden conectar con eso hay una satisfacción muy grande y a su vez todo lo social.

(Cooperativista N° 3)

Las cooperativas son una vía hacia la formalización y superación de la exclusión social y económica. Además se basan en valores como la auto ayuda, auto responsabilidad, solidaridad equidad, igualdad y responsabilidad social (OIT, 2013). A través de la siguiente cita es posible entrever la igualdad y equidad que existe entre los compañeros en la toma de decisiones, se le consultó al entrevistado quién era que decidía en cuanto al ingreso de un nuevo integrante a la misma a lo que respondió: “Todos los que estamos, porque somos una cooperativa social, dependemos todos iguales, ninguno tiene más grado”. (Cooperativista N°5)

El cooperativismo forma parte de lo que se denomina como economía social y solidaria (término que se utiliza para designar al conjunto de emprendimientos económicos que se desarrollan de manera diferente a la típica empresa capitalista). Este tipo de economía fue expandiéndose en los últimos años, debido a las transformaciones socio económicas existentes (crisis del estado de bienestar, transformaciones en la sociedad salarial), así como también son consecuencia de la precariedad laboral, pobreza estructural, desintegración social. Es decir que este tipo de economía se orienta a mejorar la calidad de vida de la comunidad (Pastore, 2010). Estas formas que se fueron expandiendo “tienden a reconstruir la

significación social del esfuerzo y el trabajo, de las capacidades, potencialidades y expectativas de los involucrados, así como también fortalecer sus tramas relacionales y socio-vinculares de solidaridad y apoyo mutuo”. (Pastore, 2010, p.8)

Alguna de estas están orientadas a la inclusión social de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad sociolaboral, como por ejemplo personas en situación de calle, jóvenes que están en proceso de recuperación de adicciones, personas con discapacidad, usuarios de servicios de salud mental. (Pastore, 2010)

El emprendimiento estudiado surge como propuesta para usuarios egresados del Hospital Vilardebó que se encuentran por tanto en situación de vulnerabilidad tanto social como laboral, ya que al salir del hospital tienen que volver a construir lazos sociales y buscar un trabajo para sustentarse.

Esta cooperativa es social, las mismas tienen como finalidad lograr la inserción laboral y social de personas con las necesidades básicas insatisfechas, discapacitados y todo grupo de personas que se encuentre en situación de vulnerabilidad social. Las mismas pueden ser del rubro tanto comercial, como de servicios, como gastronómico, como agropecuario, como comercial. Como primer punto deben ser presentadas frente al MIDES y tiene como uno de sus requisitos claves que el 75% de los miembros deben encontrarse en situación de vulnerabilidad social. Además todos los socios recibirán capacitación sobre los postulados y

principios de la cooperativa. Y se encuentran exoneradas de tributo nacional. (Ley N°18.407)

La cooperativa estudiada en la presente monografía surge como proyecto para la inserción laboral de las personas luego de su internación en el Hospital Vilardebó.

Y la idea de la cooperativa surge de este colectivo La Grieta con la necesidad de que las personas una vez que salían del hospital necesitaban reinsertarse socialmente y laboralmente obviamente y bueno surgió la posibilidad de hacer un proyecto de extensión en el cual se proponían la construcción de espacios de participación y que fomentara el derecho al trabajo y el derecho a la cultura y a otras cuestiones. (Cooperativista N°3)

El acompañamiento del MIDES se desarrolla durante los primeros tres meses para verificar que las personas que integran la cooperativa social cumplan con las condiciones para un trabajo colectivo. Luego de eso se sigue por los requisitos establecidos por BPS (Banco de Previsión Social) y como por ejemplo el registro social, libro contable, la reunión de la asamblea y la toma de decisiones. Uno de los principales objetivos que tienen el Ministerio es que las cooperativas sociales se conviertan en cooperativas de trabajo. (MIDES, 2016)

Todas las ellas tienen los siguientes requisitos: el número de miembros no podrá ser menor a cinco, debe tener una duración ilimitada, neutralidad religiosa, política y filosófica. Igualdad de derechos y obligaciones entre los integrantes de la cooperativa (Ley N° 18.407). Otra de las

características más importantes es la adhesión libre y voluntaria de sus miembros con la finalidad de generar bienestar y encontrar respuestas a las necesidades comunes. Siendo fundamental también la autonomía de los integrantes, en cuanto a la creación de normas, la dirección y el control de la cooperativa de manera democrática. Dicha autonomía se enriquece cuando se da una rotación en cuanto a los cargos directivos. (Silva, 2010)

Es posible decir entonces que la cooperativa que se eligió estudiar en la monografía es una cooperativa social, ya que cuenta con por lo menos un 75% de sus integrantes en situación de vulneración extrema, tres de los cinco integrantes son ex pacientes del Hospital Vilardebó y justamente la misma surge como necesidad a dar respuesta al egreso de las personas luego de estar internadas, se la ve como una posibilidad para reinsertarse laboralmente y socialmente. Ya que la cooperativa como todas las formas de trabajo generan lazos sociales.

CAPÍTULO III

APROXIMACIÓN A UNA EXPERIENCIA DE INSERCIÓN

LABORAL

En el siguiente capítulo se analiza la cooperativa entrevistada como forma de inclusión laboral se traen fragmentos de entrevista que dan cuenta de ello. Se divide en dos partes una primera parte donde se describe cómo se formó y cómo se organiza la misma y una segunda parte donde se mencionan los vínculos que generan los cooperativistas por medio de la cooperativa, además se traen fragmentos acerca de la toma de decisiones que adopta esta organización.

3.1 Descripción de la formación y organización de la cooperativa

Cuando las personas pasan por situaciones de sufrimiento mental y por internaciones en hospitales psiquiátricos se genera cierta estigmatización por parte de la sociedad. Se las excluye tanto socialmente como laboralmente y en la sociedad capitalista las personas valen según el trabajo que realicen, según la capacidad de producir. (Techera, Apud y Borges, 2009) Es así que ciertos profesionales piensan en alternativas de trabajo para las personas cuando recién salen de una internación, la cooperativa estudiada surge en un primer momento a través de un proyecto colectivo de extensión, donde se den relaciones horizontales entre las personas y los técnicos. Es decir que surge como proyecto para la inclusión de las personas con sufrimiento mental.

El objetivo también es ese desde nosotros como inclusión social (...) no está siendo fácil aún el ingreso de las personas con sufrimiento mental en el ámbito del mercado laboral y esto les genera a ellos desde lo personal una ocupación, potenciar sus habilidades y a nivel social también le genera una experiencia que les puede servir hoy o mañana para otras cosas sino siguieran integrando la cooperativa o integrando incluso la cooperativa, así que lo veo como muy positivo también creo que es lo que yo más rescato la posibilidad de tener una actividad, con una remuneración, con una responsabilidad y que ellos la cumplen muy bien. (Cooperativista N° 2)

Para las personas que han estado institucionalizadas por el tratamiento de su salud mental es más complejo el acceso al trabajo, el acceder al salario mínimo, por este motivo surgen empleos con apoyo, los apoyos son por ejemplo de supervisión, entrenamiento, transporte. Se utilizan en este tipo de empleos entrenadores laborales. Estos no preparan al individuo para el empleo ni es una actividad para brindarle servicios sino que es una vía de trabajo, para lograr oportunidades y participación, así como también interacción con la sociedad en general. (Jordan, 2011)

En el emprendimiento estudiado uno de sus cooperativistas es psicólogo y si bien tiene el mismo poder de decisión que el resto de los compañeros en algunas ocasiones cumple la función de entrenador laboral, tratando de solucionar conflictos que puedan surgir, dedicándose a la administración de los fondos y de las ventas. “Todas las semanas nos

reunimos el viernes acá que hacemos la cuenta de las ventas, bueno y lo que sobra, la diferencia entre lo que gastamos y lo que tenemos de dinero lo vamos poniendo en un fondo”.

(Cooperativista N° 4)

Se preguntó a los cooperativistas como se solucionaban los conflictos que se podían llegar a generar, las respuestas aludieron al rol de mediación del psicólogo colectivo “calma las aguas a veces pero por suerte no tenemos problema”. (Cooperativista N°4)

En la ley de salud mental de Uruguay aparece regulada la temática en torno a la inserción laboral de las personas con sufrimiento mental, se menciona que dicha inserción debe ser ajustada al perfil y posibilidades de las personas, que deben ser trabajos de calidad, facilidad para el ejercicio de una actividad que se encuentre remunerada, fomentar las cooperativas y emprendimientos. (Ley N° 19.529)

A través de las entrevistas fue posible reconocer que estos requisitos de inserción laboral se cumplen en la cooperativa. Por ejemplo en buscar que las tareas se ajusten al perfil de cada uno:

Cuando nos reunimos al principio de año decíamos que que era bueno cada uno, por ejemplo yo era bueno picando la la jamón y queso picando la aceituna todo eso porque ta estaba gordo yo antes pesaba 175 kilos. Y era muy gordo y no estaba ágil para las cosas,

entonces picaba el jamón y queso, cortaba las las empanadas, y hacía otras suaves.

(Cooperativista N°1)

La idea fue en la tarea y el lugar que nos sintiéramos más cómodos participar desde ese lugar o sea el deseo de cada uno, a mi me gusta más, me siento más cómodo haciendo esto me gusta hacer esto, bueno tratamos de que ese lugar se ocupe el compañero, cada uno hoy trabaja en un lugar que se siente cómodo y le genera placer trabajar.

(Cooperativista 3)

3.2 Vínculos y autonomía de los cooperativistas

Como fue mencionado anteriormente la Ley de salud mental menciona la importancia de generar emprendimientos y cooperativas. El cooperativismo es una elección de vida diferente, debido a que los trabajadores no tienen patrón son sus propios dueños y organizadores, tienen relación directa con los clientes. (MIDES, 2016)

Lo diferencia de otro tipo de trabajo yo creo que es eso que te marcaba al principio el modo de organización que te permite la cooperativa, que hace tener ciertas condiciones que son mucho más saludables y (...) que se decide todo en forma conjunta al no existir o figurar el patrón por ejemplo se hace todo mucho más participativo, todos tomamos decisiones entre todos. (Cooperativista N°3)

El ser todos iguales y tomar las decisiones entre todos genera cierta autonomía en las personas. Siendo uno de los derechos que aparecen en la Ley de salud mental, que las personas usuarias de los servicios de salud puedan acceder a medidas que promuevan la mayor autonomía posible, la reinserción tanto familiar, como laboral, como comunitaria (Ley N°19529). Uno de los cooperativistas menciona justamente esta igualdad que existe entre los compañeros, “Somos todos iguales”. (Cooperativista N°5)

La forma de organización que requieren las cooperativas impulsan el acceso a una mayor autonomía, ya que todos los integrantes deben participar en las elecciones y toma de decisiones con respecto al emprendimiento, además claramente es una forma de reinserción laboral y a través de las mismas se impulsa una reinserción comunitaria debido a que al tener que vender los productos realizados se ponen en contacto con los clientes, deben relacionarse con los mismos comentando las ventajas del producto que venden, en este caso empanadas. En las entrevistas se menciona:

Después hay independencia y autonomía y otro de los principios es que se relaciona con otras cooperativas porque a veces pueden hacer negocios entre cooperativa y también con la sociedad con las personas del barrio por ejemplo comunidad, es uno de los principios del cooperativismo que es un estilo de vida digo yo a veces, porque nosotros no somos patrones, todos somos patrones y somos empleados y todos somos responsables también.

(Cooperativista N°4)

También se refieren al contacto con los clientes:

Porque tenemos solamente Facultad de (...) Ciencias Sociales a quienes estamos entregando y estamos en tratativas con otras Facultades por la cantina. Asistí a la entrevista cuando les fuimos a ofrecer nuestros productos a Ciencias Sociales fue muy buena la entrevista, (...) los compañeros que venían ya con la experiencia fueron los que más hablaron de la historia de la cooperativa y bueno cuáles eran nuestros objetivos, como se hacía la mercadería que estábamos ofreciendo. El trato fue bueno, ellos fueron muy claros en lo que tenían que decir y después tenemos otras ventas que son personales que venden así ellos en el barrio. (Cooperativista N°2)

“Yo siempre estoy haciendo clientes viste ahora mismo en la Plaza Cuba (...) me compro frutas y eso, y ofrezco las empanadas y hago clientes así avisando a la gente”. (Cooperativista N°4)

Estos son los principios del cooperativismo que aparecen en la Ley que regula en Uruguay las cooperativas, la autonomía, independencia, cooperación entre las cooperativas y compromiso con la comunidad, control y gestión democrática por parte de los socios. Los socios a los que se les realizó las entrevistas están informados acerca del funcionamiento de las cooperativas

debido a que recibieron una capacitación sobre la temática, siendo este un requisito a la hora de formar una cooperativa social y además debe ser gestionada por el MIDES que es quién decide si el emprendimiento puede ser catalogado como cooperativa social. (Ley N°18.407)

Tuvimos que ir al MIDES primero que nada para ser cooperativistas porque sino no éramos cooperativistas teníamos que ir a hacer un curso al MIDES de cooperativismo íbamos todos los días, todos los días o día por medio íbamos y nos enseñaban cosas de cooperativismo, las cosas básicas y después cómo ser presidente, secretario, tesorero, fiscal, corte electoral todo eso tenes que aprender. (Cooperativista N°1)

Si después en el (...) Abrojo nos dieron curso durante un año y medio de cooperativismo de vuelta para no olvidarnos de los principios de la cooperativa y todo lo mismo quién era el presidente quién era el secretario, el tesorero y teníamos una abogada ahí del MIDES que (...) podías hacerle cualquier pregunta que precisáramos. (Cooperativista N°1)

La cooperativa analizada por su forma de organización y su finalidad que es la inserción laboral de ex pacientes del hospital Vilardebó puede ser vista como una forma de atención en salud mental desde una perspectiva comunitaria basada en los derechos humanos, debido a que en este tipo de perspectiva es fundamental que la persona usuaria de los servicios de salud tenga una participación activa en la toma de decisiones y autonomía. Donde la comunidad adquiera un papel protagónico, y se estimule un trabajo colectivo y comunitario, donde el

encuentro entre todas las personas sean momentos de elaboración, cooperación, propuestas de acción y solidaridad. (Díaz y Ramírez, 2017)

En cuanto al vínculo con la comunidad como ya fue mencionado se encuentra en el contacto con los clientes, pero también en los lugares locativos donde funciona la organización.

Cocinamos en Cedel (...) es una cocina completa si vas te vas a sorprender y ellos no dan la electricidad porque hay hornos electricos y a gas y nosotros usamos el eléctrico no pagamos nada. Y nos permiten usar esos hornos, esos hornos nosotros no lo compramos, estaban ya, ellos creo que son parte de la intendencia. Además el Cedel tiene de todo viste, tiene varias heladeras, tiene así para congelar freezer, tiene unas cuantas cositas, tiene ollas y esta completa la cocina, (...) nosotros tuvimos las visita de un señor de la intendencia que es el que firma la visita de la cocina y el fue un dia nos fue a dar una clase y nos felicitó por la cocina. (Cooperativista N° 4)

Nosotros estamos en el el Cedel, en Parque Rivera, ahí cocinamos y nos reunimos acá en ENLACE, en Agraciada y San Martín (...) Y una vez por semana nos juntamos acá en ENLACE para juntar la plata (...) ENLACE acá hay fiestas. (Cooperativista N°1)

ENLACE es un espacio de trabajo colaborativo gestionado por la Intendencia de Montevideo, se reúnen organizaciones de la sociedad civil , estando caracterizado por un ambiente

amigable y participativo donde la clave es la inclusión social. (IMM, 2018)

Es necesario que el Estado intervenga en la promoción de trabajo para las personas que sufren alguna discapacidad ya que son excluidas y discriminadas en muchos aspectos por la sociedad, generando limitaciones para el acceso a un trabajo digno, por lo que es fundamental que el Estado intervenga para nivelar estas diferencias, estas intervenciones pueden darse por ejemplo a través de préstamos, exoneraciones fiscales, capacitación, asistencia técnica y/o financiera. (Galende, 2006)

En esta cooperativa como fue posible notar a lo largo del trabajo el Estado interviene en algunos aspectos como por ejemplo en el préstamo de los lugares para cocinar y reunirse, ambos pertenecen a la Intendencia de Montevideo, además la misma al ser una cooperativa social está exonerada de ciertos aportes, pero los cooperativistas mencionaron ciertas dificultades que aún se les presentan.

Los obstáculos son la formalización, la burocracia que te exigen que no completan el tipo de cooperativa que somos, de emprendimiento que somos la dificultad que creo se le presenta a cualquier emprendimiento quizás a nosotros para hacernos frente a todas las exigencias necesitamos vender y bueno no siempre es fácil llegar a la al consumidor o sea porqué porque vendemos productos gastronómicos que implica que tenga ciertos requisitos lo cual ya lo hemos conseguido pero siempre hay como una instancia más, digo

para venderla a una, necesitas ciertas cosas que se nos escapan de las manos, o sea creo que lo más difícil es eso los requisitos que se le presentan a un emprendimiento como el nuestro que no contamos con ciertas cuestiones, más o menos por ahí. (Cooperativista N° 3)

Pasa que un obstáculo por ejemplo es el registro en la Intendencia, que la Intendencia te habilite es, yo no sabia esto que lo aprendi aca es producto por producto que tenes que registrarte lo tienen que autorizar es toda una tranza todo eso, es bastante pesado lleva tiempo entonces eso estaria buenísimo si hubiera alguna forma pero no nos corresponde a nosotros, no depende de nosotros pero si se pudiera me encantaría poder tener un poco mas variedad de productos y bueno eso estaría muy bueno. (Cooperativista N° 2)

Estas dificultades con la administración, con el relacionamiento con las instituciones públicas, con la consolidación y constitución, los recursos económicos se le presenta en general a los emprendimientos que se encuentran autogestionados y autogenerado colectivamente. Si bien el colectivo tiene aspectos que no se dan en otras formas de organización como por ejemplo el sostén en cuanto a la vulnerabilidad psicosocial aparecen dificultades en estos aspectos como es posible notarlo en esta cooperativa que se estudió en la presente monografía .(Weisz, 2014)

La cooperativa estudiada es un medio para la inclusión laboral de las personas, al formar parte de la misma los integrantes se comienzan a vincular entre ellos, volviéndose en muchas

ocasiones amigos, compartiendo actividades fuera del ámbito laboral, generando por tanto soportes relacionales. Además del vínculo con la comunidad, al tener que autogestionar la organización se vinculan con los clientes, con las personas de diferentes instituciones a las que pertenecen ya sea para cocinar o donde realizan las reuniones una vez a la semana.

El tipo de funcionamiento de la cooperativa puede ser pensada como alternativa para las personas cuando egresan del hospital, primero por esto mismo de la inserción social y laboral pero también por la dinámica de la misma, ya que las personas en la cooperativa tienen autonomía, deben decidir y participar todos en la toma de decisiones, y como es sabido las personas cuando pasan por situaciones de sufrimiento mental pierden su autonomía, muchas veces se vulneran sus derechos y el formar parte de un tipo de organización en donde tiene como requisito el tener que elegir democráticamente entre todos los participante, va generando situaciones en donde la persona deba decidir por lo que va generando confianza en las mismas para la toma de decisiones en la vida también.

CONSIDERACIONES FINALES

En la monografía se planteó el estudio de una cooperativa como forma de inserción en el mundo del trabajo de personas que han estado institucionalizadas por tratamiento de su salud mental, teniendo como objetivo describir las características del vínculo de los cooperativistas del emprendimiento y el mercado laboral.

A partir de la investigación realizada es posible reconocer que para los cooperativistas es fundamental el vínculo al que acceden a través del emprendimiento, debido a que muchas veces luego de una internación en un hospital psiquiátrico, como es la situación de alguno de los integrantes de la cooperativa estudiada, se da cierta estigmatización por parte de la sociedad para con ellos, siendo por tanto de gran dificultad el acceso a un trabajo y a la inserción social. (Techera, Apud y Borges, 2009)

Como consideración final es pertinente hacer énfasis en el capítulo dos donde se menciona que en la forma de organización cooperativista es fundamental la autonomía de los integrantes (Silva, 2010) y en la ley de salud mental se menciona como uno de los derechos principales para los usuarios el acceso a medidas que promuevan la mayor autonomía posible y la reinserción laboral, familiar y comunitaria. (Ley N° 19.529)

Es decir que por lo anteriormente expuesto la cooperativa puede ser considerada una forma de

inserción laboral y social para las personas con sufrimiento mental, y se puede entender además que está vinculada a una forma de atención en salud mental comunitaria con perspectiva de derecho.

El tipo de organización que requiere estos emprendimientos, estimula a que las personas tengan autonomía, debido a que las decisiones deben ser tomadas en conjunto, siendo del mismo peso todos los votos de los integrantes. El ser sus propios dueños genera en los cooperativistas cierto sentimiento de pertenencia y el luchar todos para un mismo lado, lo que genera que se refuercen los vínculos entre ellos y en muchas ocasiones, como es en esta cooperativa terminan realizando actividades fuera del horario laboral. Y al ser ellos mismos los que gestionan la venta del producto se van vinculado con la comunidad en general, como es notorio en las entrevistas tienen vínculos con varias facultades, con circuitos de ventas creados por ellos, también con familiares y amigos.

Lo que complejiza la tarea y donde quedaría camino por recorrer es en la formalización y el poder vender más tipos de productos. Muchas veces a nivel económico no se genera grandes números pero el vínculo que existe entre ellos hace que sigan en camino de búsqueda de poder llegar a mayor número de ventas.

Como fue desarrollado en el documento monográfico el trabajar fortalece los vínculos sociales, así como también es constructor de identidad y en la sociedad capitalista el estar

trabajando genera cierto reconocimiento por parte de la comunidad. A las personas que pasan o pasaron por situaciones de sufrimiento mental muchas veces se les complejiza el encontrar un trabajo, por eso es necesario que existan en los países alternativas de trabajo, como por ejemplo cooperativas, empleos con apoyo, ya que en la sociedad en la que vivimos donde el trabajar ocupa un rol fundamental en la vida cotidiana y organización de las personas no es posible hablar de una plena reinserción en la sociedad sino existe un vínculo con el ámbito laboral.

BIBLIOGRAFÍA

Antunes, R (2005) *Los sentidos del trabajo*. Buenos Aires: Editorial Taller de Estudios.

Asamblea Instituyente (2013) *Carta presentada en la II Asamblea Nacional de Derechos de la Institución Nacional de Derechos Humanos y defensoría del pueblo: Documento de síntesis tras los muros nadie ve nada*. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>

Baroni, C (2015) *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B8OeD1JQDBIvVWJSUTMxNjM0bWM/view>

Batthyány, K (2011) *Metodología de la investigación en ciencias sociales*. Recuperado de http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/FCS_Batthianny_2011-07-27-imprimir.pdf

Bourdieu, P (1995) *La lógica de los campos*. Recuperado de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-catolica-de-salta/sociologia/apuntes/pierre-bourdieu-1995-la-logica-de-los-campos/2979120/view>

Castel, R (1995) *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Recuperado de <https://catedracoi2.files.wordpress.com/2013/05/castel-robert-la-metamorfosis-de-la-cuestic3b3n-social.pdf>

Cohen, H y Natella, G (Ed.) (2007) *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Editorial SA.

Comisión Especial de Cooperativismo CUDECOOP (sin fecha) *¿Qué es una cooperativa? ¿Cómo formarla?* Recuperado de

<http://www.cudecoop.coop/documentos/2013/Libro%20Cudecoop.pdf>

Custo, E (2008) *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Declaración de Caracas (1900) *Declaración de Caracas*. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

De León, N (comp) (2013) *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: PiscoLibros.

De León, N y Techera, A (2017) *Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región*. Recuperado de

<http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/Salud%20Mental,%20Comunidad%20y%20DDHH-VERSI%C3%93N%20DIFUSI%C3%93N.pdf>

De Souza M (2013) *La artesanía de la investigación cualitativa*. Argentina: Editorial SA.

Díaz, A y Ramírez, R (2017) *Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria*. Recuperado en <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/Salud%20Mental,%20Comunidad%20y%20DDHH-VERSI%C3%93N%20DIFUSI%C3%93N.pdf>

Escobar, A (2005) *Trabajo, desocupación y configuración de la subjetividad laboral en la región del Biobío-Chile*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3873/387334679007/>

Fernández, B (2009) *Complejidad social y salud mental*. Montevideo: Editorial CSIC-Universidad de la República.

Galende, E (2006) *El sufriente mental: El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Editorial S.A.

Galende, E (2008) *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gines, A (2013) *Salud mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud*. En De León, N (coomp) *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: Psicolibros.

Gould, C (1983) *Ontología Social de Marx. Individualidad y comunidad en la teoría marxista de la realidad social*. México: Fondo de cultura económica.

Iglesias, G y Palacios, A (2017) *Convención de los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de

<http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/Salud%20Mental,%20Comunidad%20y%20DDHH-VERSI%C3%93N%20DIFUSI%C3%93N.pdf>

IMM (2018) *Emprendimientos solidarios invitan a compartir talleres*. Recuperado de

<http://montevideo.gub.uy/noticias/infancia-y-adolescencia/emprendimientos-solidarios-invitan-a-compartir-talleres>

Jordan, F (2011) *Acercamiento al empleo con apoyo y y breve análisis de España e Iberoamérica*. Recuperado de

<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/103/34>

Ministerio de Desarrollo Social (2015) *Discapacidad y trabajo en Uruguay: Perspectiva de derechos*. Recuperado de

http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/40851/1/pronadis---discapacidad-y-trabajo-en-uruguay_web.pdf

MIDES (2016) *Mides promueve 470 cooperativas sociales en todos los departamentos.*

Recuperado de

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/cooperativas-sociales-dinasil-mides>

MIDES (sin fecha) *Nota para proveedores.* Recuperado de

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22380/1/nota_para_proveedores.pdf

Mitjavila, M (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social.* Montevideo: UDELAR FCS.

Neffa, J (2015) *Los riesgos psicosociales en el trabajo.* Recuperado de

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fo-umet/20160212070619/Neffa.pdf>

Ley N° 18.407 (2008) *Ley de cooperativistas, regulación, constitución y funcionamiento.*

Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18407-2008>

Ley N° 19.529 (2017) *Salud Mental.* Recuperado de

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Organización Internacional del Trabajo OIT (2013) *Organización. Representación y diálogo.*

Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_229855.pdf

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_229855.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS (1986) *Carta Ottawa.* Recuperado de

<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Ortega, E (2008) *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista.* Montevideo: Trilce.

Pastore, R (2010) *Un panorama del resurgimiento de la economía social y solidaria en Argentina*. Recuperado de http://base.socioeco.org/docs/a2.ess_pastore_unq.pdf

Silva, J (2010) *La educación cooperativa como estrategia para el desarrollo de la participación y autogestión*. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.pa.gob.mx/publica/rev_45/analisis/javier_andres_silva_diaz.pdf

Tapia F, Castro W, Moreno J (2012) *Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200009

Techera, A y Apud, I (2013) *Políticas de Salud Mental en Uruguay*. De León, N (2013) (coomp) *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: Psicolibros.

Vilardevoz (2015) *8 razones para una nueva ley en salud mental*. Recuperado de <http://www.vilardevoz.org/2015/09/aportes-para-los-contenidos-de-una.html>

Weisz, C (2014) *Continuidades y rupturas psico-socio-simbólicas del sentido del trabajo: ocupaciones autogeneradas y autogestionadas colectivamente*. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/190/175>

Zecca, E (2016) *Salud Mental: “No es la ley que pensamos”* Recuperado de https://www.180.com.uy/articulo/64866_salud-mental-no-es-la-ley-que-pensamos