



Las Cooperativas Sociales como espacios de inclusión para personas en situación de vulnerabilidad social: la experiencia de los usuarios y usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental.

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Tutor: Nelson de León

Autora: Adriana Firpo

C.I. 3327753-3

Julio 2014

Resumen

Este proyecto de investigación se propone estudiar la integración laboral y social de las usuarias y usuarios del sistema de Atención en Salud Mental. Estas personas con padecimientos psiquiátricos se incluyen dentro de los denominados colectivos vulnerables. Las personas en situación de vulnerabilidad social, enfrentan situaciones que la someten a restricciones en el acceso al mercado de trabajo y a los espacios de inscripción social.

Durante la última década se han desarrollado numerosas políticas públicas de integración social en general y en particular aquellas vinculadas a la generación de espacios de inclusión sociolaboral. La modalidad organizativa de acceso al campo laboral que se estudiarán en este proyecto será el de las cooperativas sociales integradas por personas con padecimientos psiquiátricos, usuarios o usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental.

Este proyecto se propone determinar la cantidad y características generales de estos emprendimientos con el fin de contribuir a la sistematización de las nuevas experiencias surgidas en el campo de la reinclusión de los usuarios del sistema de Salud Mental. A la vez busca valorar el modo de organización de Cooperativa Social como mecanismo de inclusión de personas con padecimientos psiquiátricos.

Para acceder a estos objetivos se coordinará con técnicos del Departamento de Cooperativismo del MIDES a partir de los que se definirá a las cooperativas surgidas en espacios de Atención en Salud Mental. A partir de esta información se establecerá contacto con dichas cooperativas realizándose entrevistas a socios y técnicos acompañantes.

Palabras claves: Cooperativas sociales, vulnerabilidad, Salud Mental.

Fundamentación y antecedentes

El concepto de vulnerabilidad social es ampliamente difundido en el ámbito público y en particular es utilizado en la elaboración de políticas Estatales, fundamentalmente en la última década. En este trabajo se estudiarán las cooperativas sociales como modalidad de organización, que atravesadas por políticas de inclusión sociolaboral, integran personas procedentes de colectivos doblemente vulnerados a través de mecanismos de exclusión confluyentes: el desempleo y la locura¹.

Las cooperativas sociales se presentan como herramientas de inclusión para estos colectivos y han sido ampliamente utilizadas con este fin, en los últimos años. La información brindada por el departamento de cooperativismo del Mides, (MIDES 2013) establece algunos datos demográficos, los principales rubros de actividad y la cantidad de cooperativas sociales existentes (alrededor de 300 a octubre de 2013). Sin embargo no se incluyen datos específicos que permitan saber si los integrantes de estas cooperativas son usuarios o usuarias del sistema de salud mental. Tampoco se establece cuántas cooperativas sociales se han constituido a partir de demandas surgidas desde espacios de atención en salud mental y cuyos integrantes sean personas en situaciones de vulnerabilidad vinculada a padecimientos psiquiátricos.

Al relevar los antecedentes del presente Proyecto de Investigación, se hace notoria la escases de registros y producciones a nivel nacional que den cuenta específicamente de estos emprendimientos de inclusión sociolaboral. Esta falta de registro podría deberse, en parte, a lo novedoso de la cooperativa social como herramienta inclusiva en el Uruguay y por otra parte, a la escasa investigación de producción nacional en torno a la relación trabajo - locura, que solo ha comenzado a desarrollarse últimamente.

El antecedente más notorio que fue posible rastrear, es el proceso de conformación y habilitación legal, de la forma cooperativa social, de un grupo pre-cooperativo integrado por usuarios y usuarias del Centro de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico T. Vilardebo. Este proceso ha implicado por un lado, la interconexión de diversos actores extra hospitalarios (Sindicato Gastronómico y Hotelero de Uruguay, Centro Cultural de Extensión Universitaria, Mides y Proyectos de Extensión universitaria) que

¹ El termino locura, se utiliza en este contexto para identificar a aquellos personas que conviven con patologías psiquiátricas crónicas y que han vivido institucionalizados (De León, 1998) a raíz de esta condición.

produjeron las condiciones necesarias para su desarrollo. Por otra parte, fue fundamental la participación activa de un grupo de usuarios convocados en torno a una organización autogestionada. (Andrada, et.al, 2013).

A nivel internacional surgen numerosos antecedentes, uno de los más destacables el proveniente de la experiencia Italiana.

En Italia, las cooperativas sociales nacen a partir de formas espontaneas de organización social, vinculadas al movimiento cooperativo de la posguerra, que se potencian hacia las décadas de los 70 y 80. En 1991 se aprueba la ley que determina y reglamenta la creación de cooperativas sociales con el objetivo cumplir varias funciones de integración social. Para ello la legislación italiana configura dos tipos de cooperativas sociales, “tipo A” y “tipo B”², definidas según su objeto social. Las del tipo A, son aquellas encargadas de gestionar servicios sociosanitarios y educativos y son financiadas principalmente por el estado que las “contrata”. Las del tipo B gestionan y desarrollan distintas actividades productivas, destinadas a la generación de puestos de trabajo que promuevan la inclusión sociolaboral de las personas desfavorecidas³. (Maiello, 2001)

El surgimiento de las cooperativas sociales en Italia, está directamente vinculado al aumento de las demandas de protección social de carácter universalista, impulsadas por distintos colectivos de acción local. A la vez contiene una fuerte impronta solidaria e inclusiva, que intenta enfrentar la marginalización en los colectivos más vulnerables. En este sentido, el surgimiento de este modelo de organización, está estrechamente relacionado a la reforma del sistema de atención de salud mental implementada a partir de las propuestas de Basaglia (Damiano, 2007). Para el año 2005 existían en Italia más de 2400 cooperativas sociales tipo B, donde el 55% de sus socios eran personas en situación de desventaja social, de los cuales el 15 % eran personas con padecimientos psiquiátricos. (Andrade Martins, 2009).

En la región, la experiencia más significativa proviene de Brasil, que adopta un modelo similar al italiano. En el vecino país esta impronta antimanicomial se expresa con más fuerza y el surgimiento de las cooperativas sociales se vincula directamente a la

² En Uruguay las cooperativas sociales se asemejan a las características de las cooperativas sociales italianas de tipo B. Las cooperativas uruguayas semejantes en su objeto social a las del tipo A, se encuentran dentro de los parámetros establecidos para las cooperativas de trabajo tradicionales (ver Referentes Teóricos).

³ La ley italiana define categorías que incluyen jóvenes, madres solteras, mayores de 50 años, personas con padecimientos psiquiátricos, personas con discapacidad o desempleados de larga data entre otras. (Andrade Martins, 2009).

reforma psiquiátrica de 1990. Como necesaria continuación de esta reforma, se aprueba en 1999, la ley *Cooperativa Sociais*, que a semejanza de la ley italiana, configura un tipo de cooperativa social con la finalidad de integrar aquellas personas en desventaja económica. A su vez se subdividen en dos campos con objetivos distintos, orientadas a la gestión de proyectos socioeducativos o al desarrollo de actividades productivas. (Damiano, 2007, Andrade Martins, 2009)

Referentes teóricos

El concepto de vulnerabilidad aunque es muy utilizado, se torna impreciso por aparecer generalmente ligado a fundamentaciones monocausales. Siguiendo a Castel (1991) la vulnerabilidad social tiene como consecuencias, entre otras, la imposibilidad del sujeto de habitar redes sociales de pertenencia, que faciliten la satisfacción de sus necesidades básicas, habiliten el ejercicio de ciudadanía y promuevan la asunción activa de roles individual y socialmente satisfactorios.

Por lo tanto los espacios de reinclusión deberán interceptar los procesos de marginalización, restituyendo los ámbitos de intercambio social, propendiendo a la construcción de redes en autonomía. (Castel, 1991) Los dispositivos terapéuticos han utilizado diversos mecanismos como herramientas de rehabilitación o reinserción social. Estos espacios tienen y han tenido distintas formas que suponen prácticas más o menos liberadoras.

Una de las críticas a las prácticas tradicionales de la psiquiatría, que ha llevado a las reformas de la institución psiquiátrica, es que las personas con padecimientos psiquiátricos, luego de una internación en una institución total (Goffman, 1961), corren el riesgo de ser dados de alta sin más recaudos que la medicación en el bolsillo (Basaglia, 1972). Esto pone a los sujetos al borde, haciendo equilibrio en la frontera de la exclusión, donde caerán si no se ponen rápidamente en acción redes de protección para impulsar al sujeto en otra dirección. Al decir de Basaglia (1972), el hospital mal o bien funciona como diagramador de la vida del sujeto brindándole una estructura rígida que lo sostiene.

El cuestionamiento al hospital psiquiátrico y a las formas de tratamiento tradicionales tiene en Basaglia uno de sus principales exponentes quien afirma que

“la experiencia anti-institucional o antipsiquiátrica no puede ser entendida como una técnica sino como un movimiento global que incluye el mundo existencial, social y político tanto del enfermo como del que trabaja en el campo social”.

(Basaglia,1991:2)

En este marco existen prácticas que consideran fundamental -para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos- la generación de redes de socialización eficaces vinculadas a espacios laborales más o menos normalizados. Estas redes (Castel, 1997) orientan al sujeto en el proceso de construcción de la identidad, en la inclusión, en la habilitación, la asunción y asignación de roles y en la creación de espacios desde la autonomía y la creatividad.

Castel (1997) echa luz sobre la estrecha interacción entre las relaciones laborales y las relaciones sociales, constituyéndose el espacio de trabajo (básicamente el empleo en la actualidad) en el sustrato que habilita el desarrollo y proyección de la inscripción del sujeto en la estructura social. Las relaciones laborales son en esos casos, habilitadoras de la construcción de redes de sociabilización.

La vulnerabilidad se constituye así, como un espacio donde se trenzan estrechamente la imposibilidad de establecer un ámbito laboral efectivo y la de acceder a redes de socialización. Más allá de la autonomía económica que proporciona el salario, es la posibilidad de establecer redes sociales estables, coherentes y heterogéneas, la que proporcionan la base de la inclusión (Castel,1991).

Para este autor, en la dinámica del proceso de inclusión - exclusión⁴, se identifican cuatro zonas determinadas por la fortaleza o debilidad de ambos factores (trabajo y afiliación social) que como ya se menciono están por lo general fuertemente entrelazados. La primera de estas cuatro zonas refiere a la *zona de inclusión* donde los sujetos crean vínculos laborales estables y *“están insertos en redes de dependencia fuertes y coherentes”* (Castel, 1991).

La segunda zona es la denominada *zona de vulnerabilidad* donde cohabitan trabajos precarios e inscripciones sociales lábiles. Más allá de esta definición las fronteras son móviles y el tránsito es permanente. Nuevas formas de organización del trabajo que

⁴ O desafiliación, ya que existe un “descolgarse” paulatino de los puntos de contacto con esta estructura social. (Castel, 1997)

representan distintos niveles de precarización para sus trabajadores (flexibilidad, tercerización, inseguridad) han comenzado a expandirse por la estructura social transformándose cada vez más en la norma (Iranzo & Richter, 2012; Neffa, 2012). Esto implica que los parámetros de la zona de vulnerabilidad incluyan, cada vez más, gran parte del sector empleado de la sociedad.

Siguiendo con la definición propuesta por Castel (1991) la tercera zona se configura como la *zona de desafiliación* habitada por aquellas personas que han sido excluidas del mercado de trabajo en casi todas sus formas y a la vez han sido expulsadas de los sistemas de redes de protección social. Esta zona de desafiliación representa un sector expulsado de la esfera de la cohesión social. Se desarrollan por fuera de las redes de socialización “normales”, generando circuitos paralelos de subsistencia externos a la norma socialmente validada.

La última zona, *zona de atención* integrada por quienes no han logrado establecer vínculos laborales fuertes y cuyas redes de socialización son inexistentes, disfuncionales o iatrogénicas pero que a la vez son “*susceptibles de ser atendidos*” (Castel, 1991) y por lo tanto integrados en las “*redes de protección cercana*” (muchas veces vinculados a las instituciones totales). Se incluyen en esta zona el enfermo, el anciano, el niño, y el loco –a veces-. En esta zona se despliegan las políticas, acciones y discursos por las que ha transcurrido el desarrollo de los programas de reinclusión social.

En la última década, las políticas sociales de inclusión sociolaboral se han multiplicado y redefinido, incluyendo la noción de vulnerabilidad como uno de los ejes en su construcción programática (Serna, S/D). En este contexto, existen políticas y programas de inclusión sociolaboral que se despliegan en torno a la forma de organización cooperativa como modelo, que integra la inclusión desde el trabajo y desde la construcción de un espacio de ejercicio de la autonomía y el fortalecimiento de las redes de socialización.

En nuestro país el modelo de gestión cooperativa ha experimentado en los últimos años, un nuevo auge donde creció el interés general por esta forma de organización del trabajo (INE- CUDECOOP, 2009). Frente al reconocimiento de la ruptura del modelo tradicional de empleo, el modelo cooperativo ha aparecido como una alternativa para quienes deciden buscar salidas viables. Además, se implementaron y fortalecieron políticas públicas que implicaron distintas propuestas de promoción, acompañamiento y desarrollo con el fin de dinamizar el sector social de la economía.

Este modelo de gestión implica una forma organizacional en la que trabajadores deciden hacerse cargo de la organización operativa, administrativa y de la gestión de su fuerza de trabajo y de los medios de producción. Las cooperativas son organizaciones sin fines de lucro cuyo objetivo fundamental es el de promover el desarrollo individual y colectivo de sus trabajadores socios, empleados y comunidad en general. Además, la propiedad de los medios de producción es conjunta, es decir que los trabajadores son, como colectivo, dueños de los medios de producción. A la vez, este colectivo de trabajadores adhiere a una serie de principios que determinan una ideología particular caracterizada por equidad, solidaridad, cooperación, autoorganización y compromiso con la comunidad. (CUDECOOP, S/D)

En este marco, entre otras formas de fomento, se crea en el 2006 a partir de la Ley N° 17.978 *Cooperativas Sociales*, una nueva forma de organización cooperativa. El objetivo principal de la creación de las cooperativas sociales como forma jurídica y organizacional, será incentivar el desarrollo de organizaciones cooperativas conformadas por colectivos de personas en “*situación de extrema vulnerabilidad social*”⁵ (Ley 18407, 2008).

Dentro de la normativa vigente (Ley 18407, 2008, Decreto Reglamentario 198-012, 2013, Ley 19181, 2014), las cooperativas sociales no tienen mayores diferencias con las cooperativas de trabajo, siendo las cooperativas sociales un subtipo dentro de estas últimas, ya que ambas formas comparten su principal objeto: la generación de un puesto de trabajo para sus asociados.

Pese a esto existen algunas diferencias importantes que distinguen las cooperativas sociales. Estas presentan restricciones en el manejo económico y requisitos específicos en el proceso de conformación, formalización y desarrollo. Las restricciones específicamente económicas, implican la imposibilidad de la distribución de excedentes y la obligación de establecer el salario de los trabajadores de acuerdo al laudo determinado por el convenio colectivo, surgido de los consejos de salario según la rama de actividad.

En cuanto a las diferencias relacionadas al proceso de conformación de las cooperativas sociales, cabe volver a destacar la obligatoria condición vulnerable de los

⁵ Artículo 172. (Definición y objeto).- Las cooperativas sociales son 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 18407.

cooperativistas sociales. A su vez y vinculado a esto último, en el proceso de formalización y desarrollo, una importante diferencia radica en que las cooperativas sociales se encuentran, a efectos de su validación y fiscalización, bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (a diferencia de las cooperativas de trabajo que a los efectos de su fiscalización están bajo la órbita de la Auditoría Interna de la Nación y el Ministerio de Educación y Cultura).

Esta inscripción ministerial específica determina, entre otras cosas, que el proceso de constitución de una cooperativa social este ligado a la implementación de un programa⁶ como parte de un sistema de políticas públicas de promoción del trabajo (en este caso cooperativo) vinculadas a los objetivos gubernamentales de desarrollo social. A su vez, este como todos los programas, son ejecutados por equipos técnicos que responden a las posturas ético políticas generales del programa y de la política gubernamental que lo engloba. En este sentido el Programa Cooperativas Sociales se vinculan directamente a la noción de vulnerabilidad que es la forma por la que definen quien será “población objetivo”.

Problema y preguntas de investigación

El problema central, que atraviesa al presente proyecto de investigación, es el de la situación sociolaboral de las personas con padecimientos psiquiátricos crónicos y las estrategias, condiciones y mecanismos para su inclusión.

De ahí, la necesidad de documentar y contribuir al registro de las experiencias realizadas así como de aportar a la construcción de nuevas prácticas locales y esbozar una sistematización teórica acerca de tales experiencias.

Como guías iniciales de esta investigación surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuántas cooperativas sociales se han constituido a partir de demandas surgidas desde espacios de Atención en Salud Mental y cuyos integrantes sean personas en situaciones de vulnerabilidad vinculada a padecimientos psiquiátricos? ¿Cuáles son las condiciones de surgimiento y las características organizacionales de estas cooperativas?

⁶ Ministerio de Desarrollo Social; División Sociolaboral; Departamento de Cooperativismo; Programa Cooperativas Sociales. (Organigrama Mides, 2014)

¿Pueden establecerse registros a nivel nacional que den cuenta específicamente de estos emprendimientos de inclusión sociolaboral? ¿Puede establecerse una sistematización teórica que explore, explique o interprete estas experiencias?

¿El desarrollo de las cooperativas surgidas desde espacios de Atención en Salud Mental, es proporcional al del cooperativismo social en el Uruguay? ¿De cuándo datan las primeras experiencias? ¿Cuál ha sido el período de surgimiento en la mayoría de estos emprendimientos? ¿Cómo pueden estos vincularse con las políticas sociales y sanitarias coincidentes con el período de surgimiento?

Y finalmente, ¿pueden las cooperativas sociales convertirse en una herramienta válida de inclusión para usuarios del Sistema Nacional de Salud Mental?

Objetivos

Objetivo General

Producir conocimientos actualizados en torno a las Cooperativas Sociales surgidas desde espacios de rehabilitación psicosocial del sistema de Atención de Salud Mental en el área Metropolitana.

Objetivos específicos

Relevar la cantidad, composición y características de las Cooperativas Sociales surgidas desde espacios de rehabilitación psicosocial del sistema de Atención de Salud Mental.

Valorar los efectos de la herramienta cooperativa como mecanismo de inclusión sociolaboral para usuarios del sistema de Salud Mental.

Diseño metodológico

Para poder desarrollar los objetivos propuestos, se implementará una estrategia metodológica de tipo cualitativa (Taylor S.J y Bogdan, 1984) (Vázquez-Sixto, 2009), centrada en la identificación y estudio de cooperativas sociales, que fueron conformadas a partir de demandas surgidas en los espacios de Atención en Salud

Mental y paralelamente realizar una valoración cuantitativa que, aunque sin valor estadístico, cumplirá una función exploratoria.

La principal técnica de recolección de datos será la entrevista, que en un esquema flexible procure obtener datos concretos que contribuyan a la identificación y caracterización de estos colectivos y a la vez permita recoger las valoraciones y experiencias de los sujetos entrevistados.

Como técnicas complementarias se utilizarán la observación participante y el relevamiento de información secundaria. Se utilizaran como fuentes de información secundaria todo documento que, siendo un emergente del campo, se considere pertinente y resulte valioso a los fines de la investigación propuesta. La observación participante se realizara en los espacios grupales (asambleas, reuniones de trabajo y espacios de producción) de las cooperativas sociales seleccionadas.

El proceso de la investigación supondrá dos momentos sucesivos y complementarios. En el primer momento se realizarán entrevistas semidirigidas a informantes calificados. Serán considerados informantes calificados aquellas personas vinculadas al departamento de Cooperativismo del MiDeS, que logren dar cuenta del numero de cooperativas sociales surgidas en espacios de Atención en Salud Mental. En función a los datos obtenidos a partir de ese relevamiento se determinará la población objetivo junto a quienes se desarrollara el segundo momento de la investigación.

En el segundo momento se realizarán entrevistas a los socios de cada cooperativa que serán identificados a partir de la nomina de socios. Se excluirán técnicos u otros socios no pertenecientes a contextos de vulnerabilidad social⁷, acotando la experiencia a aquellos socios vinculados al sistema de atención en salud mental en carácter de usuarios. En esta instancia también serán considerados como informantes calificados los técnicos que acompañaron desde los distintos equipos e inscripciones institucionales los procesos de cooperativización.

Población

Será considerada como población objetivo los cooperativistas pertenecientes a las cooperativas sociales fundadas en espacios vinculados a la asistencia en Salud Mental en la zona Metropolitana.

⁷ La ley 18407 habilita a que un máximo de 25% de los socios no pertenezcan a sectores vulnerables de la población (Ley 18407,2008).

Plan de análisis

Para satisfacer el primero de los objetivos específicos propuestos se integrará la información aportada por las entrevistas a informantes calificados, las entrevistas a socios cooperativistas y la información secundaria, que será analizada a la luz de los siguientes parámetros descriptivos:

- 1- Cantidad a) cantidad de cooperativas sociales b) cantidad de socios fundadores c) cantidad de socios actuales.
- 2- Composición: a) rubros de actividad de las cooperativas b) fecha de fundación c) nivel de inserción productiva - laboral (formal- informal, tiempo completo-parcial) d) sexo, edad, nivel de educación formal, núcleo familiar de los socios e) trayectorias laborales f) trayectorias institucionales
- 3- Características a) condiciones de surgimiento -espacios de atención en Salud Mental en los que se origina la demanda- b) proceso de formalización, c) acompañamiento técnico del Mides luego de la formalización, d) equipo técnico específico en Salud Mental de acompañamiento, e) otros actores vinculados

Para satisfacer el segundo objetivo específico que pretende la valoración de la experiencia cooperativa, se realizará el análisis y la integración de los datos obtenidos a partir de las entrevistas y los datos emergentes de la observación participante. Este análisis se realizara desde tres perspectivas:

- 1- Las redes de socialización, desde la noción de vulnerabilidad, como elementos centrales en el proceso de inclusión. Esto es, analizar si las redes de socialización de los participantes se han visto fortalecidas (en cantidad, calidad, estabilidad) a partir del proceso de integración de la cooperativa social.
- 2- Las valoraciones de los cooperativistas, buscando aquellos puntos comunes acerca del proceso atravesado desde el comienzo del proyecto cooperativo, evaluando los puntos de saturación que se producen en los relatos acerca de la cooperativa social como herramienta de inclusión.
- 3- El grado de inclusión laboral y productiva de la Cooperativa y la incidencia en las posibilidades de autonomía económica de los cooperativistas.

Consideraciones éticas

Todas las estrategias metodológicas utilizadas, especialmente aquellas que deriven en contacto directo con los cooperativistas usuarios del Sistema de Atención de Salud Mental se regirán por lo establecido en el Decreto N° 379/008 *Investigación en Seres Humanos*, promulgado el 4 de agosto de 2008 y publicado el 14 de agosto del mismo año.

En particular se atenderá al cumplimiento de las cláusulas referentes a:

- consentimiento informado
- resguardo de datos personales
- participación voluntaria
- evitación de daños secundarios o asociados a la investigación

El respeto a estas normas *“tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad”* (Decreto N° 379/008, 2008) y será de particular observancia en el transcurso de toda la investigación.

Cronograma de ejecución

Procedimiento

1era Fase – Entrevista a informantes calificados a partir de contacto con técnicos del Departamento de Cooperativismo del Mides. Acceso a datos. Identificación de cooperativas objetivo. Búsqueda de información secundaria.

2da Fase – Contacto con cooperativas objetivo. Entrevistas a socios. Observación participante. Búsqueda de información secundaria.

3era Fase -- Análisis y elaboración de conclusiones.

4ta Fase -- Difusión de resultados

	Marzo 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Setiembre 2015	Octubre 2015
Fase 1	X							
Fase 2		X	X	X				
Fase 3					X	X	X	
Fase 4								X

Resultados esperados

La presente investigación pretende aportar a la producción de conocimiento sobre las Cooperativas sociales como herramientas de inserción sociolaboral de las personas con padecimientos psiquiátricos crónicos. Se espera poder establecer la cantidad de Cooperativas Sociales constituidas a partir de las demandas surgidas específicamente de espacios de Atención en Salud Mental, la composición de estas cooperativas y sus características generales.

A su vez se pretende, a través del diseño propuesto, construir elementos para valorar la eficacia de la herramienta Cooperativa Social en las cooperativas conformadas por personas con padecimientos psiquiátricos, a fin evaluar su viabilidad como herramienta de inclusión socio laboral para esta población. Se espera lograr un acercamiento a la comprensión del proceso de construcción y situación actual de estas cooperativas desde distintas perspectivas; la valoración de los cooperativistas, el proceso de inclusión productiva y la conceptualización de la vulnerabilidad.

Por último, se busca contribuir a la construcción de estrategias viables de reinclusión social para personas que sufren padecimientos psiquiátricos y que han sufrido procesos de vulneración y exclusión.

Bibliografía

Aguirre, A., Antúnez Maciel, M. C., Arozamena, C., Celhay, M. C., del Castillo, R., de León, N.,..., Peyrot, H. 2008. *Anteproyecto de Ley de Salud Mental*. Grupo de trabajo "Política, legislación y derechos humanos en salud mental". Comisión asesora técnica permanente (CATP). Programa nacional de salud mental (PNSM-MSP) Recuperado de http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/blog-page_25.html

Andrada, D., De León, N., Dorta, G., Garolfi, M., Jurado, F., Leguisamo, M., ..., Vecino, L., 2013 Colectivo la grieta: salud mental y DDHH En *Abrazos De León* (coord.) Uruguay. Ediciones Levy.

Andrade Martins R., 2009. *Cooperativas sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção*. (Tesis de Maestría, Universidad de Brasilia). En *Resumos das teses e dissertações apresentadas no ppg-sol/unb de setembro a dezembro de 2009* Dissertações Sociedade e Estado. vol.24 no. 3 Brasília Recuperado en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922009000300015&script=sci_arttext

Basaglia, F., 1991. *La Antipsiquiatría y las "Nuevas Técnicas"*. Revista Zona Erógena. Nº 3. Recuperado de http://www.inclusionmental.com.ar/contents/biblioteca/1329412548_basaglia-franco-la-antipsiquiatria-y-las-nuevas-tecnicas.pdf

Basaglia, F., 1972. *La institución negada*. Argentina. Barral.

Castel R., 1997. *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires. Paidós.

Castel, R., 1991. *La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión*. En Acevedo M. J., Volnovich J. C., (selección de textos) *El espacio Institucional*. Argentina Lugar Editorial.

Confederación Uruguaya de Entidades Cooperativas CUDECOOP, S/D. *¿Qué es una cooperativa? ¿Cómo formarla?* Montevideo.

Damiano, H. 2007. *Cooperativas sociais*. En Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região, n. 3. Recuperado de http://portal.trt15.jus.br/documents/124965/125441/Rev31_art12.pdf/eee310f7-12d3-40f4-959a-99817a75174d

De León, N., 1998. *Institucionalización de la locura: La enfermedad mental*. En IV Jornadas de Psicología Universitaria. Facultad de Psicología, Universidad de la Republica. Montevideo.

Decreto Nº 379/008, 2008 *Investigación en Seres Humanos* Parlamento de la Republica Oriental del Uruguay, Publicación Oficial.

Goffman, E., 1961. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

Instituto Nacional de Estadística, Comisión Honoraria del Cooperativismo, Confederación Uruguaya de Entidades Cooperativas, 2011. *Censo Nacional de Cooperativas y Sociedades de Fomento Rural. Área Socio Demográfica del Banco de Datos*. Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.

Iranzo C & Richter J., 2012. *Las implicaciones de la subcontratación Laboral en Celis Ospina J.C. La subcontratación laboral en América Latina: Miradas multidimensionales*. Medellín Primera edición, Escuela Nacional Sindical.

Ley N° 17.978 2006. *Cooperativas Sociales*. Parlamento de la Republica Oriental del Uruguay, Publicación Oficial.

Ley 18.407 2008. *Sistema cooperativo. Regulación general de su funcionamiento*. Parlamento de la Republica Oriental del Uruguay, Publicación Oficial.

Maiello, M. 2001. *La cooperación social en Italia en el movimiento cooperativo y en el sector no lucrativo*. CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, (37) 177-202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17403708>

MIDES, 2013. *Informe sobre Cooperativas Sociales*. Presentado en 3er Encuentro Nacional de Cooperativas Sociales. Uruguay. Sin editar.

Neffa J. C. 2012 *Subcontratación, tercerización y precarización del trabajo y el empleo: una visión regulacionista desde la economía del trabajo y el empleo* En Celis Ospina JC (Coord) *La subcontratación laboral en América Latina: Miradas multidimensionales*. Medellín, Escuela Nacional Sindical.

Taylor S.J y Bogdan, 1984. *Introducción a los métodos cualitativos*. Buenos Aires, Paidós.

Serna, M., S/D. Exclusión y vulnerabilidad social: que hay de nuevo en los debates contemporáneos. *En Exclusión y vulnerabilidad. Aportes para las políticas sociales*. Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, MIDES.

Vázquez-Sixto, F., 2009. *Protocolo orientativo para la redacción de una propuesta o proyecto de investigación*. Universidad Autónoma de Barcelona.