

## **POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A LA SALUD MENTAL Y LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA SANITARIO CASA S.I.S.**

Andrea N. Lombraña  
María Belén Pepe

### **A modo de introducción: trabajo de campo y precisiones metodológicas**

La presente ponencia se enmarca en el estudio sobre políticas públicas en el campo de la salud mental y la inclusión social. Focaliza en la producción de los enunciados que se ponen en juego a la hora de relacionar *soluciones* al *problema* de esta población y la elaboración de múltiples argumentos para justificar estas asociaciones en el proceso de implementación, sostenimiento y reconversión del programa sanitario.

Para ello se realizó un trabajo de campo etnográfico durante aproximadamente seis meses en el programa Casa S.I.S. (Salud para la Inclusión Social), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. En su formulación original se trataba de un dispositivo intermedio dedicado a la contención transitoria de las personas que egresaban de contextos de encierro - en algunos casos incluso de instituciones penales - con una problemática de salud mental, y que carecían de recursos propios o ajenos para sostenerse por sí mismos en el medio libre.

La investigación combinó la observación de tipo participante con la realización de entrevistas semiestructuradas; prestando atención en ambos casos, a los discursos y las prácticas desplegadas por los profesionales que allí se desempeñaban en relación a los objetivos propuestos por el programa, las formas en las que definían la población destinataria, los modos estipulados para su funcionamiento y los impactos concretos de su transformación a partir del cambio de gestión ministerial.

Nuestra perspectiva de indagación y análisis está orientada por el enfoque pragmático-pragmatista, que recoge una tradición teórica socio-filosófica “sensible a las diferencias y (...) despojado de *a priori*s que carguen en demasía el análisis de la situación concreta” (Nardacchione y Hemilse Acevedo, 2013:87). Las implicancias metodológicas de esta forma de hacer investigación social desplazan la figura del investigador como interprete privilegiado de los procesos sociales, como el único capaz de develar los mecanismos que hacen funcionar a la sociedad y lo ubican como un agente más en las disputas por el sentido de las acciones. Así, las operaciones críticas ya no quedan reservadas al intelectual sino que son efectuadas, en distintos niveles y de acuerdo a sus capacidades, por las personas que están involucradas en determinado ordenamiento.

Reconociendo que los actores tienen saberes prácticos y capacidades evaluatorias que son pertinentes para la situación, pudiendo a través de ellas ajustarse a la misma o bien criticarla, no se tratará aquí de develar lo que se encuentra detrás de las estructuras sociales mediante la operación crítica de las investigadoras; sino que por el contrario, se intentará “poner en valor” los aspectos críticos que los propios agentes sociales producen “en situación” (Corcuff, 1998) para hablar a través de ellos de la política pública bajo análisis.

En esta misma línea entendemos que “lo público”, siguiendo a Cefaï (2003), no es un organismo social o político, y tampoco monopolio exclusivo del estado, sino más bien una forma de vida colectiva que emerge alrededor de un *problema*, siendo al mismo tiempo parte de él. Desde esta perspectiva intentamos exponer en las páginas que siguen, cómo los actores institucionales que conforman el programa se comprometen en un esfuerzo colectivo de definición y de control de la situación percibida como *problemática* (en este caso la contención de una población específica con padecimiento mental); mostrando cómo expresan y discuten opiniones, entablan polémicas y controversias, resuelven crisis y cumplen con los compromisos asumidos.

### **La Nueva Ley de Salud Mental y el cambio de paradigma**

La ley 26.657 de Salud Mental fue promulgada el 2 de diciembre de 2010, siendo la primera en su tipo a nivel federal. Esta normativa materializó un largo proceso de reivindicación de derechos, en donde fueron determinantes las influencias del plexo normativo nacional e internacional, pero también la movilización y participación activa de distintos colectivos de la sociedad civil (Vegh Weis, 2011).

A nivel general entiende la salud mental como una problemática multideterminada por factores económicos, sociales, culturales, biológicos, psicológicos e incluso históricos (y no simplemente en términos de enfermedad); e identifica al padeciente mental como una persona en situación de alta vulnerabilidad psicosocial. Asimismo, discute con la noción de (in)capacidad jurídica, al tiempo que desarrolla una postura crítica acerca del derecho normativo apegado al modelo psiquiátrico forense.

La entrada en vigencia de la ley suponía entonces modificaciones radicales en el tratamiento de esta población que implicó una revisión total de las prácticas judiciales y asistenciales, por cuanto implicó la irrupción de un nuevo paradigma en salud mental (Di Nella y Urios, 2012). Una buena parte de las dudas que la norma suscitó en los primeros momentos, intentó ser resuelta con el desarrollo de un conjunto de acciones de

gobierno; entre ellas la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Este organismo se conformó con el fin de llevar adelante tareas de conducción, regulación, adecuación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios en el marco de la nueva estructura legislativa (Di Nella, 2012). Como producto de su gestión se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA (Resolución conjunta 1075/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y 1128/2011 del Ministerio de Salud de la Nación); diseñado con el objetivo específico de “tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del SPF<sup>1</sup> como en otras Unidades del Servicio que cumplan con los criterios de admisión establecidos para el programa”, según se explicita en el cuadernillo de presentación. Como fundamento de su creación y marco general se aludía a la ley nacional de salud mental. Inclusive preveía la incorporación de profesionales del ámbito jurídico para el seguimiento judicial de los casos y el asesoramiento específico en estos temas para los profesionales de la salud.

El *dispositivo de egreso* previsto en este programa estaba destinado en particular a aquellas personas que obtenían la libertad y habían pasado su estadía en prisión alojados en el *dispositivo de tratamiento* del PRISMA, ya sea de modo transitorio o en cumplimiento de una medida de seguridad por haber sido declarados inimputables. Tenía como objetivo principal garantizar la inclusión social exitosa de la persona egresada del circuito penal. En su enunciación formal se trataba además de un “dispositivo sanitario abierto”, ajeno por completo al sistema punitivo; y en este sentido distinto a estructuras como los patronatos de liberados. En su momento, incluso, los ministerios intervinientes habían previsto la construcción o la adquisición de una casa de medio camino para el desarrollo de esta etapa del programa; y la creación de equipos de seguimiento comunitario para personas que estuvieran en condiciones clínicas de ser alojadas en sus hogares o en otros efectores sanitarios. Si bien esta estructura no fue puesta en funcionamiento, sí fue alquilado un inmueble para trabajar como sede de día y se destinó un equipo interdisciplinario de profesionales para la atención de esta población.

Por una serie de conflictos interministeriales el equipo dedicado a la etapa de egreso fue quedándose de a poco muy aislado respecto del equipo dedicado al

---

<sup>1</sup> Servicio Penitenciario Federal.

tratamiento dentro de la cárcel. El ministerio de salud decidió entonces, hacia el segundo semestre de 2013, separar el dispositivo del PRISMA y convertirlo en la Casa S.I.S., ahora bajo su órbita exclusiva.

### **La Casa S.I.S.**

La Casa S.I.S. se ubicaba dentro de un edificio antiguo muy bien conservado, de tres pisos en un barrio del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Nada advertía desde la calle que se trata de un dispositivo para la atención de la salud mental. Tampoco llamaba la atención entre las construcciones de la zona, hay varias casas parecidas en la cuadra. En general resultaba un lugar agradable donde permanecer. Por su propia distribución y amplitud facilitaba los intercambios y actividades grupales, así como también el establecimiento de un clima de familiaridad y cercanía para el desarrollo de una tarea diaria que se proponía como alternativa a los abordajes asilares y de internación:

Para mí lo fundamental que ofrece la Casa, primero es la casa, lo que representa una casa. No sé si la palabra es hogar, porque acá los chicos no duermen, los usuarios, pero la Casa representa un lugar de pertenencia, un sentido de pertenencia, que fue arrasado de su biografía, de cada uno que viene acá (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

Los usuarios llegaban a la Casa en general por solicitud de los tribunales de justicia y la Defensoría General de la Nación (mayormente a través de “los abogados del artículo 22”<sup>2</sup>), o bien a través de derivaciones de profesionales que se desempeñaban en servicios de internación (como los hospitales Borda, Moyano o Alvear) y otras directas efectuadas desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Las admisiones al dispositivo eran evaluadas por los equipos de profesionales que trabajan en la Casa, y puestas a consideración de la coordinación para su ingreso definitivo. Los criterios que utilizaban, según ellos mismos reconocían, eran amplios y dinámicos. Sin embargo, existían tres consideraciones principales en torno de las cuales se dirimían. La primera de ellas era la presencia de un trastorno mental severo, como condición excluyente. La segunda, y en estrecha relación con la anterior, la persona debía estar realizando tratamiento y presentar cierto grado de estabilidad clínica para ser admitida. La tercera, un tanto más laxa, era que se tratara de personas que habían transitado en algún momento de sus vidas por el sistema penitenciario. La Casa S.I.S., como heredera

---

<sup>2</sup> Los usuarios y trabajadores de la Casa se referían con esta denominación al conjunto particular de abogados dedicados a dar cumplimiento al artículo número 22 de la ley 26.657, el cual establece que “...la persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento”.

de la anterior Casa PRISMA, continuaba recibiendo a personas con padecimientos mentales egresadas del Servicio Penitenciario Federal por cumplimiento de condena o por desprocesamiento; pero admitía también a cualquier otro/a usuario/a que habiendo tenido algún tipo de conflicto con la ley penal o bien un proceso prolongado de institucionalización judicializada, requiriera de intervención del estado en su proceso de inclusión. Finalmente, la presencia de consumo problemático de sustancias asociado al padecimiento mental de base o la ausencia de redes de contención familiar, no configuraban criterios excluyentes para la admisión. Por el contrario, una de las características distintivas del dispositivo que sus profesionales destacaban, era su receptividad para con personas que atravesaban estas condiciones:

Tiene que ser dinámico y no ser expulsivo, porque esa también es otra de las características del sistema de salud, de las instituciones en general. Si vos no tenés determinada característica no podés entrar, o si la tenés no podés estar incluido. Y así es acomodar al paciente a nosotros y no nosotros a la problemática del usuario (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación*).

La Casa S.I.S. se trataba de una estructura intermedia y de transición, con una dinámica similar a la de un centro de día. Sus integrantes la definían como un dispositivo comunitario de sostén que, desde una perspectiva psicosocial y de plena vigencia de los derechos humanos, buscaba entender al individuo en su contexto. El precepto general de las intervenciones se sustentaba en la *clínica de la vulnerabilidad*<sup>3</sup> y los principios expresados en la ley nacional de salud mental vigente:

Son personas en una situación de vulnerabilidad muy alta. No estoy hablando de pobreza, estoy hablando desde la patología mental que tienen, la problemática de salud mental que tienen, pasando por cualquier enfermedad física que pueda agravar su cuadro, pasando por dificultades en el sostenimiento de los vínculos y de los precedentes emocionales, por la inclusión laboral, por el consumo de sustancias, haber tenido conflicto con la ley y el impacto que eso tiene en la mirada de lo social (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

Desde esta perspectiva la Casa establecía como objetivo principal promover la conformación o recuperación de la autonomía personal, y estimular la reconstrucción de un proyecto de vida saludable basado en el criterio de reducción de daños:

Nosotros no podemos arbitrar ningún recurso para que la persona deje de consumir, ningún recurso en particular más que exhortar a que el paciente realice un tratamiento de adicciones o se interne. Entendemos que el que no consuma es una utopía nuestra, no de ellos, y trabajamos con lo que tenemos (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

Para lograrlo, quienes allí se desempeñaban, consideraban que el primer paso era la creación de un sentido de pertenencia al dispositivo que les permitiera dar continuidad al *cuidado*. A su vez, entendían que la tarea debía estar orientada a la

---

<sup>3</sup> Supone que el sujeto al cual deben abordar se caracteriza por una doble vulnerabilidad, entendida ésta como una situación de desventaja permanente: la situación de encierro y el padecimiento de un trastorno mental severo. La propuesta es entonces fortalecer las habilidades y potencialidades del usuario para afrontar estas circunstancias y elevar así sus niveles de invulnerabilidad.

generación de una red de apoyo para estas personas, como así también a la sensibilización y concientización de la comunidad sobre la problemática de la salud mental en general y sobre la situación de las personas usuarias del dispositivo en particular:

Darle más vitalidad, tratar de concentrar la atención de los usuarios acá y con ellos trabajar desde acá para el afuera, digamos (...) Primero que ellos, los usuarios, sientan que puedan recurrir cuando tengan necesidad; y a partir de ahí trabajar con ellos, para una inclusión efectiva. Sabiendo que también en este tipo de población, donde lo que se privilegia es la prolongación de cuidado porque todos tienen una problemática que es crónica (...) Y que requiere, sí, de trabajadores que tengan mirada amplia, interdisciplinaria, de cuidados progresivos, de salud mental comunitaria (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación*. El subrayado es de las autoras).

Hacer foco en las *prácticas de cuidado* permite poner en cuestión los supuestos epistemológicos, políticos y morales que subyacen en las formas de entender y valorar las prácticas que promueven el bienestar, la salud y la ciudadanía (Rose 2012, Tronto 2005). Incluyen en el análisis el cuerpo y las emociones, las prácticas y saberes formales e informales; y al mismo tiempo dan cuenta de los modos sociales de producción de las dolencias, el bienestar, la supervivencia y la muerte. De modo que permiten acceder a la dimensión humana de los modelos asistenciales que buscan el alivio de un sufrimiento o su mitigación, haciendo soportable la vida cotidiana del enfermo. Y en este sentido se diferencian de las *prácticas de cura* (Mol, 2008) ligadas a intervenciones destinadas más bien al restablecimiento de cierto estado de salud. Sin embargo, en la práctica, ambas actividades tienen similares efectos sobre el cuerpo; y en los casos de enfermedades crónicas, esta demarcación es siempre menos clara.

Las estrategias de intervención eran decididas caso a caso en la Casa S.I.S., según el nivel de autonomía y autovalimiento que presentaba cada usuario; pero sus integrantes aclaraban que siempre el primer abordaje era sanitario. La intención que expresaban era la de superar la oferta asistencial parcializada y fragmentada, articulando de modo permanente y sistemático entre los equipos de salud de los distintos niveles del sistema:

...la base para que estas personas, que tienen de antemano un padecimiento mental severo, que en parte es lo que los conduce a estar en conflicto con la ley, el primer abordaje es sanitario, por eso está bien que estén dentro del ministerio de salud (...) porque sin tratamiento no pueden acceder a ninguno de sus derechos. A partir de que tienen un tratamiento instalado sí podemos trabajar la posibilidad de un subsidio habitacional, inclusión laboral, todo eso, pero sin un tratamiento no (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación*).

Existían en aquel momento dos modalidades principales de trabajo con los usuarios: el seguimiento externo y la asistencia en la Casa. La primera estaba destinada a aquellos usuarios que no requerían o no podían (por encontrarse internados, por

ejemplo) participar de las actividades propuestas a diario en el lugar. En esos casos la tarea del dispositivo se centraba en el acompañamiento del usuario a la realización de trámites ante entidades públicas y privadas, la comunicación con los profesionales tratantes y el contacto regular con familiares y/o allegados. La mitad de los usuarios de la Casa se encontraba recibiendo este tipo de asistencia:

Yo creo que lo que marca la diferencia de nuestro dispositivo es el acompañamiento; que no existe en ningún otro dispositivo. Acompañarlo a tramitar el certificado de discapacidad, acompañarlo al banco y enseñarle a cambiar la clave de la tarjeta porque no sabe usarla, acompañarlo a elegir hotel y decirle que busque uno que tenga una habitación luminosa (...) La diferencia es abismal... *(fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación)*.

En la segunda modalidad, se ofrecía un conjunto de actividades diagramadas de lunes a viernes en las instalaciones de la Casa durante horarios diurnos, todas ellas orientadas a la contención integral de los usuarios y a su reinserción laboral. Por la mañana se desarrollaba principalmente el espacio socio-productivo, donde se brindaba capacitación en oficios y se llevaban adelante micro emprendimientos económicos de carácter colectivo como la fabricación de macetas pintadas, remeras estampadas, aros y bijouterie, entre otras. Por la tarde tenían lugar los talleres de corte psicoterapéutico, que bajo distintas modalidades generaban espacios de discusión e intercambio a fin de invitar a reflexionar y repensar la propia construcción subjetiva:

...todos los talleres apuntan a la inclusión, a recuperar la propia autonomía, a las habilidades sociales (...) En el taller de cocina, para darte un ejemplo, se les enseña a cocinar para que ellos lleguen a la noche a su hotel y sepan qué se pueden hacer (...) Muchos a la noche no comían, lo pasaban de largo o por ahí se compraban algo hecho. Imagínate, no tenían ni idea de que se podían cocinar algo. Después de tanto tiempo, de estar cinco años detenido donde jamás te cocinás... *(fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación)*.

Vale además destacar que los usuarios recibían en la Casa tres comidas: desayuno, almuerzo y merienda; y que todos ellos participaban rotativamente de su elaboración y servido. Con este grupo de usuarios también se realizaban actividades de acompañamiento externo del tipo de la primera modalidad, facilitando así la (re)vinculación comunitaria y el acceso a derechos. En algunos casos incluso se les administraba la medicación que ellos mismos traían hasta la Casa:

Nos aseguramos que la traiga cuando la tiene que traer. Retira la del mes en el hospital o con su médico, viene y la deja acá. Entonces acá se le da mañana, mediodía y tarde, y se le da dosificada la de la noche para que sepa lo que tiene que tomar. Lo mismo los fines de semana. Es una manera de ayudarlos a que no se pierdan las tomas de medicación o no tomen de más *(fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación)*.

Los profesionales realizaban además entrevistas de seguimiento por lo menos una vez a la semana con cada usuario. Se trataba de un encuentro individual donde estaban presentes dos integrantes del equipo, y se conversaba con cada uno sobre su ánimo, las novedades y necesidades del momento. También allí se iban discutiendo los

avances y acordando las futuras intervenciones en miras a alcanzar el egreso del dispositivo, que se definía en función del cumplimiento de un conjunto de objetivos propuestos en la instancia de la admisión, a través de un consentimiento informado:

...hay algunos usuarios con los que en un principio es mucho pedirles que vengan todos los días, entonces se arregla una o dos veces por semana. Hay otros que no necesitan venir todos los días tampoco o las mujeres que tienen hijos que no pueden venir todos los días. Entonces todo eso se arregla cuando se inicia con el equipo de seguimiento (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación*).

Para el desarrollo de esta variedad de actividades, en la Casa trabajaban alrededor de veinte personas en horarios distintos. Los profesionales estaban organizados en tres equipos interdisciplinarios, cada uno conformado aproximadamente por cuatro personas que realizaban el seguimiento de diez a doce casos. Ellos eran en su mayoría psicólogos/as y trabajadores/as sociales (aunque también los había pertenecientes a otras disciplinas), y en todos los casos poseían formación y/o experiencia en salud mental comunitaria y cuidados progresivos. Luego estaba el equipo de coordinación, integrado por tres profesionales de distintas disciplinas (psiquiatría, psicología y abogacía-psicología). Dos de ellos estaban por aquel entonces abocados a la organización integral del funcionamiento del lugar: articulaban las distintas actividades, tomaban las decisiones que hacían al conjunto, resolvían situaciones con los usuarios que requerían de su intervención, gestionaban los recursos y dirigían las reuniones con los equipos. La tercera integrante se dedicaba más bien a las relaciones interinstitucionales de la Casa: establecimiento de redes de contacto, acuerdos con organismos gubernamentales y no gubernamentales, actividades de divulgación. Finalmente, la Casa contaba también con la presencia de un enfermero, una cocinera, un portero y personal administrativo.

El sistema de comunicación tenía para los trabajadores de la Casa una importancia central. Como en muchos casos no desarrollaban sus tareas simultáneamente o no compartían el mismo espacio físico, tenían previsto todo un circuito de intercambios y registro a través del cual no sólo socializaban información relevante sobre los casos en seguimiento, sino que también daban cuenta de sus intervenciones y labores cotidianas, tanto a sus superiores como a sus pares. Este entramado incluía la presencia de libros de novedades en los distintos espacios del lugar y uno por equipo, legajos de cada usuario, crónica diaria de las actividades y noticias de la Casa que se enviaban por mail al final de la jornada, reuniones semanales de casos y de equipo con la coordinación, y un registro único de prestaciones que se elevaba a la Dirección Nacional con frecuencia mensual. Durante el horario de trabajo los

profesionales dedicaban bastante tiempo a estas tareas burocráticas. Cada entrevista realizada, cada evaluación, cada participación en un taller o cualquier otra novedad, se escribía en algún lugar. Era muy común verlos ocupados en estas cuestiones durante extensos períodos de tiempo:

...se anota quién entra, quién sale, cuándo, qué fue a hacer, todo. Después al final del día se hace una crónica del día que se manda por mail a todos los del equipo y todos sabemos (...) Es fundamental que estemos todos comunicados (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación*).

Pero las prácticas de registro tenían además otro sentido dentro de la Casa, y es que el control de acceso a los tratamientos implicaba para los profesionales tener constancia de que se había garantizado a los usuarios la disponibilidad de los servicios (de vivienda, de capacitación, de salud, de trabajo). La “constancia de tratamiento” parecía constituir, por momentos y bajo determinadas circunstancias, una prioridad en sí misma, tal y como suele ocurrir en casi todas las oficinas y delegaciones estatales (Ojeda, 2013; Barrera, 2011):

Todas las articulaciones, todas las gestiones, todo está acá, en los registros. La Dirección está encargada de hacer todo el análisis de todas las actividades y el recuento de todo lo que se hace. [Hace unos días] llamaron para preguntar si había un error por el nivel de intervenciones que da la Casa S.I.S. porque comparado con otros dispositivos, por decirte algo, tienen 30 intervenciones y acá son 1800. Entonces en los registros se ve diferencia (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación*).

El trabajo en el dispositivo era percibido por sus integrantes como una tarea titánica y por momentos frustrante. Expresiones como “aguantar”, “soportar”, “tragarse saliva” o “armarse de paciencia” inundan los relatos del personal sobre la cotidianidad de la Casa:

A nivel individual, para mí es trabajar con lo imposible. Trabajar con lo que sabemos que no vamos a poder, y que eso no sea condición para dejar de hacerlo (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

Las cosas se van logrando por rodeos. Uno tiene un deseo, uno quiere cumplir algo, uno quiere dejar algo, y siempre es por rodeos, siempre es con vueltas, siempre es con matices (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

La supervisión, como instancia de reflexión profesional, suele acercar justamente soluciones a situaciones laborales difíciles y pesadas (Daskal 2008) como las que este dispositivo solía enfrentar. Sin embargo, durante el trabajo de campo, hemos podido advertir que el dispositivo no contaba con la presencia de esa figura. Si bien se nos fue referido que hasta hacía algunos meses asistía periódicamente un psiquiatra enviado por la dirección nacional a cumplir estas funciones en el lugar, dichas visitas habían sido abruptamente interrumpidas. Esta situación era vivida por los profesionales como una pérdida importante, en detrimento de su desarrollo cotidiano.

Por otra parte, si bien cada uno de ellos contaba con vasta formación previa - según se ha dicho - en áreas que hacían al desarrollo de su tarea en salud mental desde el enfoque comunitario, tratar con una población que había transitado por ámbitos de encierro penal (al menos parte de ella) les resultaba complicado y expresaban regularmente su interés en formarse y actualizarse en temáticas ligadas a la cárcel, el sistema de justicia, la violencia institucional, el servicio penitenciario y la problemática de la reincidencia. Según entendían, la comprensión de la experiencia del usuario y sus proyecciones futuras, podían resultar enriquecidas.

Finalmente, los modos de articulación con instituciones del estado y organizaciones no gubernamentales que establecía el dispositivo, resultaban en oportunidades bastante informales; dependiendo muchas veces de la movilización de contactos personales de los mismos profesionales. Sólo en algunos casos se inscribían en convenios o acuerdos, pero casi siempre de corto plazo y ante situaciones puntuales. Los profesionales que se desempeñaban en el dispositivo, identificaban que esta situación generaba eventuales problemas en la gestión de recursos y la imposibilidad de formalizar estrategias de trabajo a largo plazo con otras áreas del sector público y privado:

...las relaciones informales a veces sí ayudan y funcionan, porque algunos te avivan rápido de algo, “che, sabés que vi a tal” (...) En realidad está bueno en un punto; pero en realidad no tendría que ser así, tendría que funcionar, para que sea más efectivo, de manera formal (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

En relación a lo anterior, vale destacar que aquella escisión informal del PRISMA había tenido como consecuencia la ruptura concreta de relaciones entre los equipos de evaluación y tratamiento de esta población durante su estadía en prisión – que quedaron en manos del Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación – con la Casa S.I.S. Tanto así, que las derivaciones de usuarios desde aquellos dispositivos a la Casa eran prácticamente nulas:

...es como un programa que había sido inicialmente pensado de una manera, para ser implementado de manera integral (...) A mí me parece que la ruptura impacta, primero en lo que es la gestión de un programa, se superponen, por ahí los desacuerdos y las rencillas por los motivos que sean, a la misión que tiene un programa formalmente constituido (...) Entonces es una una política que se implementa de manera muy deficitaria, el resultado no va a ser de lo mejor (*fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista*).

### **Situación actual del programa sanitario. Reflexiones finales.**

A partir de la nueva gestión a cargo del poder ejecutivo nacional a fines de 2015, los integrantes de la Casa de a poco fueron percibiendo que el propio ministerio de salud “les soltaba la mano”; situación que se traducía en la ausencia de actos políticos

concretos que permitieran sostener el desarrollo del modelo terapéutico tal y como ha sido concebido originalmente por el equipo de profesionales. Todos describían modalidades de contratación muy precarias, malas condiciones de trabajo, desorganización, ausencia de espacios donde elevar inquietudes, falta de previsión, cambios de situaciones laborales bruscas y unidireccionales, entre otras. Casi todos compartían la sensación de que existía la decisión cierta de dejar caer al dispositivo quitándole sus recursos, tanto humanos como materiales:

Hace poco alguien del ministerio de salud nacional me dijo “nosotros tenemos que implementar políticas públicas de salud para 40 millones de personas, no para un grupito (...) ¿para qué nos vamos a gastar o invertir mucho en los trastornos severos cuando es un 1% de la población?” Entonces vos decís... bueno, está bien, y qué hacemos ¿los guardamos, los depositamos? (*fragmento de entrevista, integrante del equipo de seguimiento y tallerista*).

La desarticulación de la Casa como programa de atención socio-sanitaria se profundizó a principios de 2016, cuando se les comunicó a usuarios y profesionales la decisión del poder ejecutivo de no renovar los contratos que tenía el estado con distintas universidades nacionales, a través de los cuales sostenía su relación laboral con al menos la mitad de los profesionales que desarrollaban sus tareas en el lugar. De acuerdo a un informe producido por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) y la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), para el mes de febrero la Casa S.I.S. había dejado de contar con los recursos necesarios para funcionar de manera estable; teniendo que recortar de forma considerable su horario de atención y dificultando tanto el desenvolvimiento de los talleres socioproductivos, como los distintos espacios de atención previstos por el programa. Los mismos usuarios comenzaron a cumplir tareas no remuneradas dentro de la Casa para evitar el cierre por falta de personal. La ausencia de apoyo institucional debilitó también las redes de articulación con otras dependencias estatales, que resultaban imprescindibles al momento de tramitar el acceso a derechos básicos de los usuarios.

Las transformaciones sociales y las crisis económicas cíclicas del capitalismo, junto con las racionalidades gubernamentales de corte neoliberal, impactan sobre todo en aquellos sectores de la población que se ubican y son producidos en los márgenes de la ciudadanía. El deterioro del sistema de salud pública va en detrimento del acceso y la continuidad en el tratamiento de los usuarios, la precarización en las condiciones de contratación de los profesionales dedicados al cuidado y la culpabilización de los padecientes quienes deben hacerse cargo de su situación (Epele, 2013) sobre todo cuando ésta involucra comportamientos que son valorados negativamente por la sociedad. Este sentido, y para el caso de los hombres y las mujeres con padecimiento

mental que han transitado por instancias de detención penal, adquiere especial significancia el modo en el cual el estado interviene en sus procesos de (re)vinculación comunitaria y en la disminución de sus niveles de vulnerabilidad, en el período inmediatamente posterior a la recuperación de la libertad ambulatoria. En ese contexto, la Casa S.I.S. adquiriría una relevancia estratégica y social que debe desatacarse. No sólo para los profesionales que allí trabajaban y los usuarios que la frecuentaban - aunque fundamentalmente para ellos - sino también para sus familias y la comunidad en su conjunto.

### **Bibliografía**

- BARRERA, Leticia (2012). *La Corte Suprema en escena. Una cartografía del mundo judicial*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CEFAÍ, Daniel (2003) “Acción asociativa y ciudadanía común ¿La sociedad civil como matriz de la res publica?”, en Morán, María Luz y Benedicto, Jorge *Aprendiendo a ser ciudadanos. Experiencias sociales y construcción de la ciudadanía entre los jóvenes*. Madrid: Instituto de la juventud.
- CORCUFF, Phillipie (1998) *Las nuevas sociologías. Construcciones de la realidad social*. Madrid: Alianza.
- DASKAL, Ana María (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, N°3, (215-224).
- DI NELLA, Yago (2012). *Inclusión mental: políticas públicas con enfoque de derechos*. Buenos Aires: Koyatún Editorial.
- DI NELLA, Yago y URIOS, Romina (2012). Modelos de Estado y Políticas de salud (mental): historización. En: Y. Di Nella (Comp.) *Inclusión Mental: políticas públicas con enfoque de derechos*. Buenos Aires: Koyatún Editorial.
- EPELE, María (2013). “El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”. *Cuadernos de Antropología Social*, Nro. 38, (7-31).
- NARDACCHIONE, Gabriel y HEMILSE ACEVEDO, Mariela (2013) “Las sociologías pragmático-pragmatistas puestas a prueba” en *América Latina Revista Argentina de Sociología*, N°9 y 10, pp. 87 a 118.
- ROSE, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE Editorial Universitaria.
- TRONTO, Joan (2005). *Moral Boundaries: A political argument for an ethics of care*. New York: Routledge.
- VEGH WEIS, Valeria (2011). “Salud Mental y Adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.” Disponible: <https://www.academica.org/000-093/380.pdf> [10 de mayo de 2016].