

# 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

Universidad Nacional de San Martín CONICET-IDAES, Argentina

[https://doi.org/10.33676/EMUI\\_nomads.56.05](https://doi.org/10.33676/EMUI_nomads.56.05)

**Resumen.-** El artículo analiza los argumentos que los actores institucionales pertenecientes al programa sanitario Casa S.I.S., dispositivo intermedio dedicado a la contención transitoria en la Ciudad de Buenos Aires de personas con una problemática de salud mental egresadas de contextos de encierro penal de todo el país, construían y disputaban en torno al abordaje de la *población padeciente* y la justificación de estas asociaciones en el desarrollo de su tarea. Para ello se realizó un trabajo de campo etnográfico en la Casa durante seis meses (2015-2016), en el que se indagaron los discursos y las prácticas desplegadas por profesionales y personal de apoyo del programa. Los resultados obtenidos muestran la convergencia de posiciones muy diversas entre los actores involucrados, concluyendo que el proceso de implementación de una política pública redefine los términos mismos en los que se plantea el *problema* original a abordar y el diseño de su tratamiento gubernamental.

**Palabras clave:** *política pública; salud mental; servicio sanitario; agentes del estado; etnografía.*

## Public policies oriented to mental health and social inclusion in the experience of sanitary program Casa S.I.S.

**Abstract.-** The article analyzes the arguments that the institutional actors working in the Casa SIS health program, an intermediate device designed to the temporary containment in the City of Buenos Aires of former inmates with a mental health problem, built and disputed regarding how to address the *suffering population* and the justifications of these associations in their daily tasks. To this end we conducted six months (2015-2016) of ethnographic fieldwork in the device, by means of which we explored the discourses and practices deployed by the professionals helpers who worked in the program. The results obtained show the convergence of diverse positions among the actors involved, and so concluding that the process of implementing a public policy redefines the very terms in which the original problem to be addressed and the design of its governmental treatment are posed.

**Keywords:** *public policy; mental health; health services; public servants; ethnography.*

## Introducción: trabajo de campo y precisiones metodológicas

El presente trabajo 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 los actores institucionales 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 de un programa sanitario en particular: la Casa S.I.S. (Salud para la Inclusión Social), dependiente del

Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) y desarrollado en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. En su formulación original se trataba de un dispositivo intermedio dedicado a la contención transitoria de las personas que egresaban de contextos de encierro penales de todo el país, presentaban una problemática de salud mental y carecían de recursos propios o ajenos para sostenerse por sí mismos en el medio libre.

Nuestra perspectiva de investigación 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* que carguen en demasía (...) la situación concreta” (Nardacchione y 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, otorgando prioridad a la indagación de las actividades concretas que realizan los actores involucrados tanto para proponer, oponerse o apoyar una política pública, como las disputas y justificaciones con otros actores que se dan en estos procesos de toma de decisión. Reconociendo que cada uno de ellos tiene saberes prácticos y capacidades evaluatorias, no se trata de develar a través de la interpretación analítica de las investigadoras lo que se encuentra detrás de las estructuras sociales sino que por el contrario, se ponen 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.

Para ello se realizó un trabajo de campo etnográfico (Clifford, 1999; Guber, 2012) e intensivo (Rockwell, 1998) durante seis meses (2015-2016), que combinó la observación de tipo participante (Stocking, 1993) en las instalaciones donde se desarrollaba el programa y la realización de dieciséis entrevistas semiestructuradas (Agar, 1980) con los actores institucionales, profesionales y personal de apoyo que allí trabajaban y dieron su consentimiento voluntario para participar del estudio. En todos los casos se prestó atención a los discursos y las prácticas desplegadas en las actividades cotidianas de la Casa, indagando en particular las cuestiones relativas a los objetivos propuestos por el programa, las formas en las que se definía a la población destinataria, los modos estipulados para su funcionamiento, los impactos concretos de su transformación a partir del cambio de gestión ministerial y la amenaza de su disolución. Las técnicas desarrolladas permitieron la producción de datos empíricos densamente descriptivos en torno a las experiencias de involucramiento en la implementación del programa sanitario desde la perspectiva de los actores. Es importante señalar que el tipo de investigación realizada da cuenta de una configuración social particular, sostenida en un momento específico y en un lugar determinado por actores sociales concretos; y no permite referirse a la

historicidad del problema ni advertir en particular los cambios propios de las tramas sociales fuera del período analizado (Huaracallo, 2014).

Desde esta perspectiva intentamos exponer en las páginas que siguen cómo los actores institucionales que integraban el programa Casa SIS se involucraban en un esfuerzo de definición y de control de la situación percibida como *problemática* (en este caso la contención de una población específica con padecimiento mental); y adoptando un trato analítico simétrico, mostrar cómo éstos expresaban y discutían opiniones, entablaban polémicas y controversias, resolvían crisis y cumplían con los compromisos asumidos.

Es importante destacar que la arena que nos ocupa estaba signada por una fuerte institucionalización del debate, producto de la intervención del poder público a través de una variedad de agencias del estado que se habían ocupado del problema en instancias anteriores de su trayectoria (debates legislativos, diseño interministerial del programa, implementación inicial y primeros años de desarrollo). De este modo muchas de las disputas aparecían, en el momento del desarrollo del trabajo de campo e incluso en el proceso de organización de los datos, relativamente estabilizadas en prácticas rutinizadas y discursos burocratizados a la vista de las investigadoras. La búsqueda fue entonces la de identificar y describir la (re)configuración problemática del asunto a partir de la implementación del programa en un contexto que amenazaba de manera constante su desmantelamiento, donde los marcos de negociación orientaron a los actores involucrados en la situación a disponer y presentar sus controversias en la forma específica que a continuación se presentan.

### **Antecedentes. 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 contribuyó a 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 Servicio Penitenciario Federal (SPF) 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 especialistas 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 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.

### **El programa sanitario 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 trataba 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. Para algunos de los actores institucionales que se desempeñaban allí, la distribución y amplitud del edificio facilitaba justamente 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).*

Sin embargo, para otros actores de la Casa esa misma distribución espacial funcionaba más bien como un obstáculo que como un facilitador:

*...el hecho de saber qué pasa con cada paciente, eso es un fuerte [del dispositivo]. Poder digamos, tener la comunicación fluida en cuanto a (...) qué pasó con este o aquel, que se llevó la medicación, si vino mal, si... eso es constante. La comunicación es muy fluida, a pesar de que esta disposición edilicia, no [la] facilitaría (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista).*

Asimismo, en distintas circunstancias, disponer de la casa se representaba como un costo económico excesivo (alquiler, pago de servicios, gastos de mantenimiento) que desviaba recursos de por sí escasos, restándolos a otros aspectos considerados por los actores como más relevantes para el funcionamiento del dispositivo:

*Sé que obviamente la casa les cuesta un montón (...) Es carísimo, el alquiler de esto, o sea que, toda la partida presupuestaria del dispositivo es bastante*

*elevada, entonces no sé cómo* (fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación).

Los usuarios llegaban a la Casa en general por solicitud de los tribunales de justicia y la Defensoría General de la Nación, 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 trabajaban en la Casa, y puestas a consideración de la coordinación para su ingreso definitivo. Los criterios que utilizaban, según ellos mismos reconocían, eran amplios, dinámicos y objeto de disputas.

Existían cuatro consideraciones principales en torno de las cuales se dirimía esta controversia. 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 de la anterior Casa PRISMA, continuaba recibiendo a personas con padecimientos mentales egresadas del SPF 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 solían configurar criterios excluyentes para la admisión.

Los argumentos enunciados por los actores en torno a esta cuestión, eran el resultado de un proceso extenso de negociación sobre los alcances del programa. Por un lado éstos eran producto de una interpretación de los preceptos establecidos en la instancia de diseño original de la política pública interministerial que los abarcaba; gestionados y controlados en aquel entonces por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Vale destacar que la escisión 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 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).*

Este proceso de definición quedaba plasmado en un registro único de prestaciones que los profesionales de la Casa elevaban a las autoridades ejecutivas con frecuencia mensual. El sentido de estas prácticas de registro implicaba tener constancia de que se había garantizado a los usuarios la disponibilidad de los servicios (de vivienda, de capacitación, de salud, de trabajo) y 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 (Barrera, 2012, Ojeda, 2013):

*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).*

Por otra parte los criterios para concretar admisiones a la Casa también se disputaban en relación a los requisitos y prescripciones que imponían otros efectores de salud del territorio de la Ciudad de Buenos Aires. Algunos de los profesionales insistían en que la especificidad del dispositivo era incluir a personas con problemáticas de consumo, generalmente excluidas de la atención intermedia local:

*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).*

El desarrollo de esta argumentación incluía distintos modos de articulación con otras instituciones del estado y organizaciones no gubernamentales, que

resultaban en oportunidades bastante informales y dependían 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 actores 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).*

Por último, entre los propios actores de la Casa, se expresaban una serie de controversias respecto a las valoraciones atribuidas a cada uno de los criterios en juego al momento de las admisiones al programa (padecimiento de trastorno mental severo, asistencia a tratamiento de salud mental, antecedentes de encierro penal y presencia de adicciones):

*Personas con padecimientos mentales, severos, en la gran mayoría, carentes de red, de vínculo, de sistemas de apoyo (...) muchos fueron durante mucho tiempo excluidos, excluidos en todo sentido, excluidos por ignorar, excluidos por ignorar lo que le pasaba a esa persona, excluidos socialmente porque la sociedad ignoraba a este tipo de población (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista. El subrayado es de las autoras).*

*Tienen que ser derivadas por un profesional de la salud mental, porque el requisito condición base para formar parte del dispositivo es estar en tratamiento de salud mental, encontrarse compensado de su cuadro de base, digamos, y ser derivado por un profesional de la salud, mediante un informe, un pase, un llamado, por lo general tiene que ser por escrito, y se le da un horario para que asista a la Casa, o si son personas que se encuentran internadas, el equipo se acerca al lugar de la internación para entrevistar a esa persona (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista. El subrayado es de las autoras).*

*...a ver, cómo te lo puedo decir, sí, la mayoría, de hecho su inicio fue en conflicto con la ley penal, no actual, sino haberlo tenido también (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista. El subrayado es de las autoras).*

*...la lógica sería la misma (...) no siendo el consumo como problemática sola de consumo. Porque a veces nos llaman, suponete, de los hogares: "tengo un problema de un chico que consume". No, porque si no lo acotás, en un dispositivo que está en construcción... más vale que tenga la identidad clara hacia dónde está dirigido, sino se convierte en reservorio de todo lo que no hay dónde, no se sabe dónde poner y se convierte la Casa en eso y no queremos (...) que la problemática del consumo no sea la problemática principal (fragmento de entrevista, integrantes del equipo de coordinación. El subrayado es de las autoras).*

Estas diversas argumentaciones producían que los profesionales se asociaran coyunturalmente ante la situación de evaluación de ingresos al dispositivo:

*Es la evaluación, porque vos tampoco podés poner a una persona por las dudas, "y por las dudas metelo acá, porque si lo dejás...", me entendés, es como que... también es muy difícil, eh, ojo, es muy difícil evaluar, es muy difícil determinar, porque nada es exacto, nada es como yo digo, son diferentes miradas y diferentes, digamos, maneras de pensar un caso, por decirlo así, muchas veces no estamos de acuerdo y pensamos diferente (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista).*

*...al ser los equipos de más de una persona, por suerte, también son dos o tres o cuatro personas profesionales, o no, no importa, decidiendo en ese momento qué hacer con esa persona. Se asigna un equipo para ser admitido. El equipo decide, previa consulta con la coordinación, si se admite o no [al] dispositivo (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista).*

Dichas controversias y agrupaciones se materializaban en múltiples registros, formularios, fichas y legajos que producían y circulaban los profesionales del equipo, a través de los cuales se establecían relaciones y adquirían un alto valor de significación al permitir no sólo el efectivo funcionamiento del programa en términos de soporte para la comunicación de las acciones operadas dentro de la Casa; sino que habilitaban las conexiones con toda una gama de actores por fuera del dispositivo que eran determinantes para su desarrollo y subsistencia. Estas asociaciones entre humanos y no humanos (Latour, 2008) explican en parte el ensamblaje del colectivo bajo análisis, ya que permiten establecer y sostener los lazos sociales haciendo mensurables y traducibles las relaciones que de otra forma se mostrarían opacas. Tenerlos en cuenta al momento de *seguir a los actores* humanos nos permitió comprender las propiedades "sociales y asociales a la vez, productores de naturaleza y constructores de sujetos" (Latour, 2007) de los actantes no humanos. A la manera de los colectores para vieiras de Michel Callon (1995),

los documentos del programa, con su capacidad de producir inscripciones, de escribir y de mostrar ante otros *interesan* en el problema a otros actores.

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. Algunos de sus integrantes la definían como un dispositivo comunitario de sostén que, desde una perspectiva psicosocial y de plena vigencia de los derechos humanos y los principios expresados en la ley nacional de salud mental, buscaba entender al individuo en su contexto. El precepto general de estas intervenciones se sustentaba en la *clínica de la vulnerabilidad*. Estos profesionales suponían que el sujeto al cual debían abordar se caracterizaba 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 era entonces fortalecer las habilidades y potencialidades del usuario para afrontar estas circunstancias y elevar así sus niveles de invulnerabilidad:

*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 otra perspectiva, algunos actores entendían que el objetivo principal de la Casa debía ser el de 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:

*Bueno, todo está pensado terapéuticamente de manera tal de, como nosotros ponemos en los objetivos, que ellos puedan construir su proyecto de vida autónomo y darles las distintas herramientas. Y la otra cosa fundamental es el tema de la reducción de daños. Cuanto más tiempo te tengo ocupado en otra cosa, menos tiempo le dedicás a consumir. Nosotros sabemos que porque nosotros digamos “no consumas” no van a dejar de consumir, entonces, desde ese lugar, cuantas más actividades haya de distinta índole y que a su vez los llame a reflexionar y a repensar su propia construcción subjetiva (fragmento de entrevista, integrantes del equipo de coordinación).*

*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 consume es una utopía nuestra, no de ellos, y trabajamos con lo que tenemos (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista).*

Otro sector de los actores institucionales consideraba que el foco de las intervenciones giraba en torno a la creación de un sentido de pertenencia al dispositivo que les permitiera dar continuidad al cuidado. Entendían que la tarea debía estar orientada a la 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:

*...en realidad lo primero que se hace es el contacto con la familia cuando llega cualquier usuario, se hacen entrevistas que se hacen acá, a cualquiera que sea el vínculo de la familia, y puntualmente en el dispositivo tenemos la asamblea multifamiliar, que se hace una vez por mes, donde se invita a los familiares a venir, ya sea a una reunión con los otros profesionales o a participar de todos los talleres que tenemos (fragmento de entrevista, integrante del equipo de coordinación).*

*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 profesionales 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).*

Este 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 (Paperman, 2008 y 2015; 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 permite 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.

Diversos profesionales de la Casa resaltaban que las estrategias de intervención eran decididas caso a caso según el nivel de autonomía y autovaloramiento que presentaba cada usuario; 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).*

El conjunto de actores que conformaban el personal de apoyo y algunos profesionales destacaban 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. Imaginate, 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:

*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 estos actores 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.

Durante el horario de trabajo se 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).*

La pertenencia a este dispositivo era percibida diferencialmente por sus integrantes. Algunos pocos destacaban su satisfacción con su desempeño en el lugar:

*...le pedí el pase a [la directora nacional]; ella pensó que este era el lugar más apropiado por mi formación, de lo cual agradezco porque...era lo que más me gustaba. Realmente en el Ministerio es muy difícil que vos puedas conseguir un lugar donde el ejercicio esté tal cual lo que vos pensabas, que fue lo que me pasó a mí. Entre sí, con la nueva ley de salud mental, como decías vos, esto de... todavía en auge, esto se acerca un poco al ejercicio, la Casa en sí se acerca un poco al ejercicio de esta nueva ley en cuanto a lo que es la interdisciplina, en cuanto a lo que es la relación con la comunidad, en cuanto a lo que es la inclusión (fragmento de entrevista, integrante de equipo de seguimiento y tallerista).*

Por otra parte, el trabajo en el dispositivo era percibido por la mayoría de sus integrantes como una tarea titánica y por momentos frustrante:

*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 actores 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.

### **Situación actual del programa sanitario**

A fines de 2015 los actores 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 trabajadores 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.

Finalmente, el 30 de junio de 2017, la Casa SIS fue desmantelada por completo. El cierre del dispositivo se ejecutó de manera abrupta, unilateral y sin comunicados oficiales. Los pocos profesionales que continuaban desempeñando funciones en la Casa fueron citados para entrevistarse individualmente con el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones quien les comunicó la decisión ejecutiva de dar por terminado el programa.

A su vez, fueron los profesionales y el personal de apoyo de la Casa, quienes debieron encargarse de transmitir esta información a los, ahora ex, usuarios de la Casa, junto con la indicación de que para ser derivados debían ir por sus propios medios al Hospital Laura Bonaparte (ex Cenareso), institución especializada en el tratamiento de adicciones. Sin embargo, ante la ausencia de un proceso oficial de articulación y derivación adecuado por un lado, y las características de atención sanitaria del ex Cenareso, que no coinciden en principio con las necesidades específicas de la población de la ex Casa SIS, los usuarios quedaron sin la red de contención que significaba para ellos esta política pública.

## Conclusiones

Siguiendo a Philippe Zittoun (2016) la proposición de una acción pública sobre determinado tema no sólo propone la *solución* a un problema dado, sino que en el mismo momento de su formulación redefine los términos en los que se plantea el *problema público* a abordar y el sector de la población al que está orientada.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran la convergencia de posiciones muy diversas, incluso encontradas, entre los actores institucionales durante el proceso de sostenimiento y reconversión del programa Casa SIS; concluyendo que la implementación de esta política pública en salud, transformó los términos mismos de su enunciación original y el diseño primigenio de su tratamiento gubernamental. Según se ha presentado, dichas controversias giraron principalmente en torno a los espacios destinados al programa, los criterios de admisión, los objetivos y modalidades de intervención, la pertinencia y el trabajo en el dispositivo.

A partir de la indagación y el análisis realizado consideramos que “lo público” se trata más bien de una forma de vida colectiva que emerge alrededor de la definición y el tratamiento de *problemas* (Cefai, 2003) (en este caso la contención de una población específica con padecimiento mental), conformando un ámbito de intercambio simbólico y discursivo en torno a las respuestas y definiciones que configuran los problemas sociales (Nardacchione et al., 2018). De ese modo las políticas públicas y sus procesos de discusión, negociación y puesta en ejecución definen también una manera de gobernar y de producir un orden político que siempre es complejo. Su estudio debe ser capaz de mostrar cómo los actores involucrados expresan y discuten opiniones, entablan polémicas y debates, resuelven crisis y cumplen con los compromisos asumidos.

### **Reflexiones finales**

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.

### **Referencias Bibliográficas**

Agar, M. H. (1980) *The Professional Stranger: An Informal Introduction to*

*Ethnography*. San Diego: Academic Press.

Barrera, L. (2012). *La Corte Suprema en escena. Una cartografía del mundo judicial*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Callon, M. (1995) "Algunos elementos para una sociología de la traducción: la domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de St. Brieuc", en Iranzo, S.M. et. al (editores) *Sociología de la ciencia y de la tecnología*. Madrid: C.S.I.C.

Cefai, D. (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.

Clifford, J. (1999) *Itinerarios transculturales*, Barcelona: Gedisa.

Corcuff, P. (1998) *Las nuevas sociologías. Construcciones de la realidad social*. Madrid: Alianza.

Daskal, A.M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica, en *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XVII, N°3, pp. 215 a 224.

Di Nella, Y. (2012) *Inclusión mental: políticas públicas con enfoque de derechos*, Buenos Aires: Koyatún Editorial.

Di Nella, Y. y Urios, R. (2012) "Modelos de Estado y Políticas de salud (mental): historización", en DI NELLA, Y. *Inclusión Mental: políticas públicas con enfoque de derechos*, Buenos Aires: Koyatún Editorial.

Epele, M. (2013). "El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica "políticamente correcta". *Cuadernos de Antropología Social*, Nro. 38, pp. 7 a 31.

Guber, R. (2012) *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Latour, B. (2007) *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

\_\_\_\_\_ (2008) *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

Mol, A. (2008) *The logic of Care*, Nueva York: Routledge.

Nardacchione, G. Y Acevedo, M.H (2013) "Las sociologías pragmático-pragmatistas puestas a prueba" en *América Latina Revista Argentina de Sociología*, N°9 y 10, pp. 87 a 118.

Nardacchione G., Márquez Murrieta A., Pereyra S., Guerrero JC. (Eds.) (2018) *Problemas públicos: aportes y controversias contemporáneas*. México DF: Instituto Mora.

Ojeda, N. (2013) *La cárcel y sus paradojas. Los sentidos del encierro en una cárcel de mujeres*. Selección, Tesis doctoral en Antropología Social, Universidad Nacional de San Martín. Inédito.

Paperman, P. (2008) "Pour un monde sans pitié" en *Revue du MAUSS*, Vol. 2, N° 32, pp. 267 a 283.

\_\_\_\_\_ (2015). "L'éthique du care et les voix différentes de l'enquête" en *Recherches féministes*, Vol. 1, N° 28, pp. 29 a 44.

Rockwell, E. (2008) "Del campo al texto: dilemas del trabajo etnográfico", en Jociles, Ma. I. y Franzé, A. (Eds.) *¿Es la escuela el problema? Perspectivas socio- antropológicas de etnografía y educación*, Madrid: Editorial Trotta.

Rose, N. (2012) *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE Editorial Universitaria.

Stocking, G. (1993) "La magia del etnógrafo: el trabajo de campo en la antropología británica desde Tylor a Malinowski", en VELASCO MAILLO, H. et ál., *Lecturas de antropología para educadores*, Madrid: Trotta.

Tronto, J. (2005) *Moral Boundaries: A political argument for an ethics of care*. New York: Routledge.

Vegh Weis, V. (2011). "Salud Mental y Adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos." Disponible: <https://www.aacademica.org/000-093/380.pdf> [14 de agosto de 2018].

Zittoun, P. (2016). "Hacia un enfoque pragmático de la acción pública" en *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, Vol. 3, N°1, pp. 9 a 32.

