

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2018 – 2020

Tesis para obtener el título de maestría en Investigación en Políticas Públicas

Entre lo Hospitalocéntrico y lo Comunitario: La Inercia de las Políticas Públicas de Salud
Mental en Ecuador (1930 – 2017)

Sarai Sofía García Guerra

Asesor: Margarita Manosalvas

Lectores: Raúl Silva y Nilda Villacrés

Quito, marzo de 2022

Dedicatoria

A mi familia, estar siempre ahí.

Epígrafe

Tal como a la pobreza (o a la riqueza) también a la locura es necesario redistribuirla. Los chivos emisarios no necesitarían existir si cada uno de nosotros asumiera su parte de locura, su delirio chico o grande.

Alfredo Moffatt

Tabla de contenidos

Resumen	VIII
Agradecimientos.....	IX
Introducción	1
Capítulo 1	6
Políticas públicas.....	6
1.2. Qué son las instituciones	7
1.3. Instituciones: Formales, semiformales e informales	8
1.4. Neoinstitucionalismo histórico.....	11
1.4.1. Dependencia al sendero.....	12
1.4.2. Modos explicativos de la reproducción institucional	13
1.4.3. Secuencias de reproducción y secuencias de autorreforzamiento.....	14
1.5. Diseño de la investigación.....	15
1.5.1. Estrategia metodológica	16
1.5.2. Método de investigación	18
Capítulo 2	22
Paradigma biomédico: ¿Una institución de la modernidad?	22
2.2. De lo religioso a lo hospitalario	27
2.3. Entre la ciencia positivista y la lógica asilar/manicomial	28
2.4. Modelo hospitalocéntrico: ¿Una herencia de la lógica asilar?	34
2.5. Salud mental y derechos humanos	40
2.6. Aproximación al modelo de atención comunitario en salud mental	46
Capítulo 3	53
Aspectos preliminares	53
3.1. Antecedentes	53
3.1.1. Reglas 1930 – 1940	55
3.1.2. Narraciones 1930 - 1940	56
3.1.3. Prácticas 1930 – 1940	60
3.1.2. Conflictos entre actores: Prácticas y narraciones 1940 – 1960.....	63
3.2. Coyuntura crítica del sector de política: Inercia en el subsector de la salud mental.....	69
3.3. Antecedentes de la política pública de salud mental.....	75
3.3.1. Consolidación del modelo hospitalocéntrico: 1967 - 1980.....	75

3.3.2. Coyuntura crítica: Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental (1980 – 1883).....	81
3.3.3. De la coyuntura crítica al retorno de la inacción (1985 – 1999).....	90
3.3.3.1. Hospitales Psiquiátricos	91
3.3.3.2. Unidades de Salud Mental.....	94
3.3.3.3. Promoción y prevención.....	95
3.4. Reapertura de la Dirección Nacional de Salud Mental: Un organismo atomizado (1999 – 2007)	97
3.4.1. Plan Nacional de Salud Mental 1999	99
3.4.2. A ocho años de la aprobación del plan nacional de salud mental 1999	104
3.5. Resultados: 2008 – 2018	111
Capítulo 4	122
Conclusiones	122
Lista de referencias.....	136
Entrevistas	144

Ilustraciones

Tablas

Tabla 1. Esquema de rastreo de procesos sobre el estudio de caso.....	18
Tabla 2. Unidades de análisis y fuentes de información.....	19
Tabla 3. Entrevistas.....	20
Tabla 4. Tasas de incidencia anual para trastornos mentales seleccionados en los años 1994 a 1998 en el Ecuador.....	99
Tabla 5. Componente de prestación de servicios del Modelo de Atención de Salud Mental.....	114

Figuras

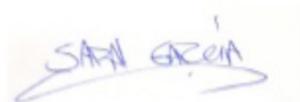
Figura 1. Esquema del modelo neoinstitucionalista histórico.	12
Figura 2. Líneas de acción del Plan Nacional de Salud Mental de 1999.....	100
Figura 3. Limitantes del sistema de salud mental.....	113

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Sarai Sofía García Guerra, autora de la tesis titulada “La reproducción del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental en Ecuador (1930 – 2015)” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Políticas Públicas concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, marzo de 2022



Sarai Sofía García Guerra

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue analizar los factores que han incidido en la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental. En Ecuador este modelo tuvo un carácter dominante antes del surgimiento de la política, desde 1930. Sin embargo, en 2012, con la aprobación del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS), se avizoraban cambios significativos en el sector de la salud, incluyendo a la salud mental. Cuestión que decantó en la aprobación del Modelo de Atención de Salud Mental 2015 – 2017, cuyo eje central fue transitar hacia un modelo comunitario. Sin embargo, a un año de aprobado el nuevo modelo de atención, existió un rediseño en los dispositivos de la política del MASM, rediseño que dio cuenta de la prevalencia del enfoque hospitalocéntrico.

Para analizar la permanencia del enfoque hospitalocéntrico en este sector de política, se ha decidido emplear como marco analítico el neoinstitucionalismo histórico, el cual sostiene que las decisiones tomadas por un gobierno, se enfrentan a condiciones de resistencia institucional, producto de las políticas precedentes. Es así que este trabajo presenta una reconstrucción de las narraciones, prácticas y reglas configuradas en torno a las políticas públicas de salud mental, desde 1930 hasta el 2018. Este recorrido se ha realizado con el fin de rastrear los factores que han incidido en la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental, pese a los enunciados gubernamentales de incorporar un modelo de atención comunitario.

La estrategia metodológica que permitirá indagar las formas de reproducción institucional que han propiciado la permanencia del modelo hospitalocéntrico es el análisis de caso, mientras que el método utilizado para la reconstrucción de la política fue el rastreo de procesos.

Palabras clave: Neoinstitucionalismo histórico, políticas públicas de salud mental, modelo hospitalocéntrico.

Agradecimientos

A Margarita, por su paciencia y acompañamiento durante este largo proceso de trabajo. A los trabajadores, investigadores y hacedores de política, que con generosidad accedieron a ser entrevistados por mí, y con ello me dieron pistas para armar el desordenado rompecabezas de las políticas públicas de salud mental del Ecuador.

A mis compañeros de clase, especialmente a Sandra, José Daniel, Shirley, Najwa y Cami, por ser una escucha, un apoyo, una risa, un café y una biela. Por su compañía en medio de las lecturas, los trabajos, las expectativas, las ilusiones y las angustias, propias del aprendizaje. Qué alegría haber compartido las aulas y la vida con ustedes. Finalmente quiero agradecer a la Cris, a la Pao, a la Señora Mary y a los compitas del área de seguridad, quienes con su presencia hicieron que mi tránsito por la FLACSO estuviera atravesado por un ambiente de afecto y familiaridad.

Introducción

La salud mental es un componente sustancial e inherente al bienestar humano. Incide directamente con la calidad de vida de las personas, con su capacidad de autonomía, socialización y productividad. A nivel mundial:

(...) los problemas de salud mental son la primera causa de discapacidad en el mundo. Algunas de las principales discapacidades son depresión, ansiedad, demencia y uso abusivo de alcohol. Se estima que el 20 por ciento de días saludables perdidos se deben a padecimientos mentales. Y a nivel mundial, solo un 10 por ciento de las personas que necesitan atención o tratamiento para problemas de salud mental lo reciben (OPS 2019, 7).

En América Latina y el Caribe “los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades. Estos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida” (OPS 2009, 9). En este escenario, la existencia de un sistema de salud mental eficiente se vuelve una condición necesaria para mitigar la morbilidad, mortalidad y discapacidad que se derivan de la inatención a trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento (OPS 2009). Un sistema de salud mental adecuado permitiría disminuir la brecha entre aquellas personas que, requiriendo atención en salud mental, reciben tratamiento y aquellas que no logran acceder a él.

Las corrientes más actuales de reflexión sobre la salud mental han considerado que para mejorar la calidad de los sistemas de salud mental en países de ingresos bajos y medios, debe ocurrir una transición del modelo de atención tradicional (hospitalocéntrico) a uno comunitario. En Ecuador ese proceso de transición estuvo impulsado en el marco del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS). En el año 2012, se pretendía pasar de un enfoque de atención hospitalocéntrico, a un modelo de atención con enfoque familiar, comunitario e intercultural. Este planteamiento que partió del sector salud, permeó al subsector de la salud mental y decantó en la aprobación del Modelo de Atención de Salud Mental y del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental el año 2015 – 2017, en estos documentos se desarrollaba una serie de dispositivos que fortalecían el primer y segundo

nivel de atención, incentivando la creación de servicios de atención en salud mental a nivel comunitario, sobre la centralización de atenciones a nivel hospitalario y psiquiátrico.

Pese a la aprobación de la nueva normativa y al diseño de dispositivos que daban cuenta de la incorporación de un modelo de atención comunitario en las políticas de atención en salud mental. El mismo año de aprobación del nuevo modelo se realizó una Evaluación a los Sistemas de Salud Mental en Ecuador. En esta evaluación se describe lo que en términos del diseño de políticas públicas podríamos llamar un rediseño o una calibración a la implementación de los dispositivos de atención inicialmente planteados. Sorpresivamente, esa calibración implicó que varios de los servicios planteados inicialmente no lleguen a implementarse. Por ejemplo, los centros de salud mental comunitarios no fueron abiertos, en su lugar, la atención que estos prestarían fue integrada a los centros de salud tipo B y C. Estos centros no contaban con personal de planta especializado en salud mental, por lo que se agudizó la barrera de acceso a servicios de salud mental en el país (OPS 2015).

Otro ejemplo fueron las unidades residenciales, se constató la existencia de solamente dos unidades en todo el territorio nacional. Creándose así un déficit de servicios que impide avanzar en el proceso de desinstitutionalización de los pacientes (OPS 2015). Esto implicó además el reforzamiento de la centralización de los servicios de salud y de la dinámica asilar en el sistema de atención, características propias de un enfoque de atención de salud hospitalocéntrico. Mientras que más de la mitad del presupuesto destinado a salud mental siguió destinándose a la manutención de hospitales psiquiátricos (OPS 2015).

A menos de un año, de la aprobación del nuevo modelo, la evaluación de la OPS, da indicios de la imposibilidad de hacer efectiva la transición hacia un modelo de atención comunitario. Cuestión que se reafirma cinco años después, con el Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental emitido en 2020. En el cual se narra que:

El Relator Especial siempre ha destacado la importancia de contar con una política nacional de salud mental basada en los derechos humanos y guiada por principios modernos de salud pública, dotada de un número suficiente de especialistas calificados en salud mental. Durante la visita, el Relator Especial se mostró preocupado al comprobar que, a pesar de los recientes

esfuerzos, el sistema de atención de la salud mental en el Ecuador seguía estando subdesarrollado debido a la insuficiente integración de los servicios de salud mental a nivel comunitario y en la atención general de la salud (Asamblea General Naciones Unidas 2020, 89)

En este escenario, la pregunta que rige la presente investigación es ¿Qué factores han incidido en la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental? El planteamiento de un modelo comunitario en la atención de la salud mental es relativamente reciente frente a las prácticas, narraciones y formas de comprensión que han existido para aproximarse a la enfermedad mental desde el discurso psiquiátrico, en el paradigma biomédico, en el modelo hospitalocéntrico y en la misma modernidad.

Es por ello que para el análisis de los factores que han incidido en la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental, se ha optado por un marco analítico que estudie a las políticas públicas a través de sus instituciones y su capacidad de reproducción es decir el neoinstitucionalismo histórico.

Desde esta perspectiva, las instituciones logran prevalecer en el tiempo a pesar de la disolución o ausencia de las fuerzas responsables de su origen por su capacidad de auto reproducción. Esta capacidad de prevalencia es explicada a través del desarrollo de mecanismos de reproducción que las instituciones configuran para conservarse a lo largo del tiempo, “estos mecanismos de reproducción pueden ser tan causalmente eficaces que encierra un patrón institucional dado, lo que hace que sea extremadamente difícil de abolir” (Mahoney 2000, 17).

Según este enfoque las instituciones que “desencadenan de manera rápida y decisiva los mecanismos de reproducción son capaces de aprovechar las oportunidades proporcionadas por eventos contingentes y, por lo tanto, establecer en movimiento secuencias autoreforzantes” (Mahoney 2000). y por tanto potencian su capacidad de prevalecer en el tiempo, incidiendo en el camino de políticas futuras. Es decir que si una institución logra establecer mecanismos de reproducción a través de la potenciación de ventaja temprana que le otorgan los eventos contingentes, esta tendrá una mayor posibilidad de conservar un patrón de

desarrollo particular en el devenir del tiempo, el cual estará fuertemente influenciado por los momentos iniciales de la institucionalización.

De estas proposiciones teóricas, surge la hipótesis que sostiene la presente investigación: La prevalencia del modelo hospital céntrico en las políticas públicas de atención de salud mental, proviene de una temprana institucionalización de este modelo dentro de la política, lo que posibilitó el desarrollo de mecanismos de reproducción institucional, que han reforzado su presencia en este sector de política hasta la actualidad. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es analizar esos factores, aquellos que han contribuido a la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental.

Para poner a prueba esta hipótesis, se ha realizado un estudio de caso, que data de 1930 hasta el 2018. Se ha seleccionado este periodo de tiempo en tanto que, fue a partir de la década de 1930 que el discurso psiquiátrico ingresó al Ecuador a través de la apertura de la cátedra de psiquiatría en la Universidad Central del Ecuador (UCE); Mientras que, el año 2018 se ha seleccionado en tanto que es el año que sigue al término del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental el año 2015 – 2017, mismo que apuntaba a la implementación de un modelo de atención comunitario en las políticas públicas de salud mental.

La estructura de esta investigación está conformada por cuatro capítulos. El primer capítulo se enfoca en el desarrollo del marco analítico y apunta a responder a varias preguntas teóricas: ¿Cómo surge el institucionalismo en el análisis de las políticas públicas? ¿Qué implica la transición del institucionalismo al neoinstitucionalismo? ¿Qué son las instituciones? ¿Cuáles son las potencialidades y debilidades del neoinstitucionalismo para el análisis de políticas? En el segundo capítulo se explica cómo los procesos de salud y enfermedad no son fenómenos constreñidos a lo natural, sino más bien son hechos sociales. Por lo cual, los significados, formas de comprensión y los tipos de atención han estado sujetos a condiciones históricas, sociales y políticas específicas. Tras esta explicación, se realizará una breve revisión histórica de los distintos paradigmas a partir de los cuales se han conceptualizado los procesos de salud y enfermedad mental.

En el tercer capítulo se hace un recorrido sobre las reglas, narraciones y prácticas que han atravesado las políticas públicas de salud mental en el Ecuador desde 1930 hasta el 2018. Los

resultados de investigación se interpretarán a través del esquema propuesto por Mahoney (2001) en el que se operacionaliza en categorías analíticas la dependencia al sendero, esto es en: antecedentes, coyuntura crítica, estructuras de persistencia, secuencias reactivas y resultados. Finalmente, en el capítulo cuarto se sitúan las conclusiones obtenidas de la presente investigación.

Capítulo 1

Políticas públicas

No existe una definición única de política pública, su comprensión depende del enfoque teórico con el cual el investigador se aproxime a este campo. Existen enfoques que plantean a las políticas públicas únicamente desde un orden normativo y centrándose en el quehacer estatal. Mientras que otras aproximaciones amplían su espectro de análisis, al señalar que las políticas públicas traspasan los límites del Estado y de lo oficialmente reglamentado.

La presente investigación se adhiere a la segunda postura, por ello asume de manera general que las políticas públicas son esquemas orientadores a solventar problemas públicos, que han sido socialmente percibidos como conflictivos. Para ello, propician trayectorias de acción reguladas por la autoridad pública, en las cuales interactúan actores ubicados dentro y fuera del Estado (Manosalvas 2015, 25).

A lo largo de esta investigación, las políticas públicas serán abordadas como variables dependientes. Lo que implica comprender que las políticas públicas se encuentran afectadas por eventos sociales, políticos y económicos, que son producto de accionares individuales y colectivos.

En nuestra perspectiva, una política es el producto de un sistema institucional existente, de un equilibrio de fuerzas entre los actores sociales, económicos y políticos, de las políticas anteriores y de la capacidad financiera del Estado. En otros términos, es producto de la historia (Fontaine 2015, 8).

El marco analítico seleccionado para el desarrollo de la presente investigación es el neoinstitucionalismo histórico. Esta elección se fundamenta en la capacidad explicativa de la perspectiva teórica mencionada, cuyo argumento central, es que: “las decisiones políticas que se tomen al formar una institución, tendrán una influencia prolongada y definida sobre la política dominante” (Peters 1999, 110). Pese a que esta afirmación otorga un panorama general sobre el neoinstitucionalismo histórico, se torna necesario ahondar en elementos previos a esta teoría, para comprender a profundidad las implicaciones de la misma.

Con el objetivo de hacer un acercamiento riguroso al neoinstitucionalismo histórico, es fundamental plantear interrogantes que anteceden teóricamente a los postulados de esta perspectiva. Es así que las preguntas planteadas para el desarrollo de este apartado son: ¿Qué son las instituciones? ¿Cómo estudiar las instituciones en el análisis de las políticas públicas? ¿Qué implicó la transición del institucionalismo al neoinstitucionalismo? ¿Cuáles son las potencialidades y debilidades del neoinstitucionalismo en el análisis de políticas?

1.2. Qué son las instituciones

Las instituciones son descritas como las reglas del juego que restringen el comportamiento de individuos y colectivos (Lowndes y Mark 2013, 48). Su capacidad de reglamentación se debe a que operan como “mecanismos reguladores, normativos y discursivos” (Lowndes y Mark 2013, 49) que funcionan de forma conjunta, reforzándose entre sí. Según North (1990, 83) las instituciones incluyen tradiciones, costumbres y cultura de una sociedad (Citado en Lowndes y Mark 2013, 51). Por ello se señala que el concepto de institución puede llegar a "significarlo todo, por lo que entonces no significa nada" (Rothstein 1996, citado en Lowndes y Mark 2013, 47).

Con la finalidad de delimitar conceptualmente la noción de institución, Peter Hall (1986) señaló que las instituciones pueden identificarse a través del rastreo de procedimientos operativos estándar (SOP) (Citado en Lowndes y Mark 2013, 55). Los SOP, enmarcan a las reglas de comportamiento tanto explícitas como implícitas. En este sentido, las instituciones se distinguen de las practicas personales, al ser procedimientos que al incumplirse generan un efecto coercitivo (Citado en Lowndes y Mark 2013, 22).

En función de lo antes señalado, se plantea que las instituciones tienen la capacidad de restringir la conducta de individuos y colectivos, por medio de mecanismos coercitivos formales e informales, que tienen la capacidad de disuadir a aquellos que pretenden irrumpir lo instituido. Este potencial coercitivo implica la existencia de acuerdos que trascienden a lo organizacional, es decir que cuentan con el reconocimiento de actores que se encuentran fuera de la organización que encarna lo instituido. Es así que:

Las reglas, prácticas y narrativas institucionales no solo son reconocidas por los actores, sino que también están sujetas a algún tipo de aplicación de "terceros". Además, han establecido

mecanismos de aplicación para asegurar (o al menos alentar) el cumplimiento y castigar (o al menos disuadir) la transgresión. Claus Offe (1996: 203) argumenta que una característica definitoria de las instituciones es que son "triádicas", es decir, "establecidas y aplicadas por "terceros" que no forman parte de la interacción institucionalizada". (Por el contrario, las organizaciones son "diádicas" y las convenciones puras se hacen cumplir por sí mismas) (Citado en Lowndes y Mark 2013, 51).

Las instituciones tienen una capacidad regulatoria, que se efectiviza a través de mecanismos formales e informales. Para efectos de la presente, los mecanismos formales serán asociados con normativas y reglamentos planteados explícitamente. Mientras que las instituciones informales devendrán en prácticas y narrativas.

1.3. Instituciones: Formales, semiformales e informales

Las instituciones son las categorías centrales del institucionalismo y el neoinstitucionalismo. Sin embargo, la concepción de las mismas varía radicalmente en función del periodo de la teoría institucionalista en la que se encuentren insertas. En el desarrollo del presente acápite se puntualizarán cuatro diferencias en cuanto a la definición de institución y las implicaciones que esto conlleva para su utilización como categoría analítica.

El primer cambio que precisa el paso del institucionalismo al neoinstitucionalismo es el reconocimiento de la existencia de instituciones informales. Mientras que, para los viejos institucionalistas el comportamiento de agentes individuales y colectivos se explicaba a través del análisis de las instituciones formales, reflejadas en: reglas, contratos, términos de referencia, normativas explícitas y deliberadamente expedidas. Para el institucionalismo de la segunda fase, la conducta de los actores de política no se restringida únicamente por las instituciones formales.

El segundo cambio, refiere a la condición de estabilidad o dinamismo de las instituciones. En la primera fase del institucionalismo se reconoció a la estabilidad como un elemento característico de las instituciones. Es así que en 1968 Huntington definía a las instituciones como "patrones de comportamiento estables, valorados y recurrentes" (Citado en Lowndes y Roberts 2013, 43) cuestión que planteaba a lo institucional desde una perspectiva determinista y estática.

Esta interpretación fue criticada y replanteada en 1989 por March y Olsen, quienes señalaron que las instituciones tenían la función de "crear y mantener islas de organización imperfectas y temporales, en mundos políticos potencialmente incipientes" (Citado en Lowndes y Roberts 2013, 43). Esta afirmación implica asumir que, si bien las instituciones tienden a la estabilidad, estas pueden modificarse en razón de condiciones desestabilizadoras que impulsen su transformación (Lowndes y Roberts 2013, 42).

En función de la amplitud que adquirió la categoría de institución, tras reconocer la existencia de instituciones de naturaleza informal, la definición de institución presentó un "estiramiento conceptual" (Peters 1996, 216) condición que dificulta su análisis. Por ello se trona indispensable delimitar el concepto de institución dentro de esta investigación.

La visualización de las condiciones de poder que atraviesan a las instituciones, es el tercer elemento que se varía entre el institucionalismo y el neoinstitucionalismo. Mientras que, el institucionalismo, al reconocer únicamente las instituciones formales, tendía a perder de vista las condiciones de poder que incidían tanto en la configuración como en la permanencia de las instituciones. Para el neoinstitucionalismo los acuerdos formales y aparentemente neutrales, están necesariamente atravesados por relaciones asimétricas de poder.

La relación entre estructura y agencia plantea un dilema originario de la teoría institucionalista. Para el viejo institucionalismo, la estructura institucional era un elemento determinante en la capacidad de agencia de los sujetos (Lowndes y Roberts 2013, 43). Mientras que el neoinstitucionalismo reconoce que las instituciones son producto de la agencia de los sujetos, por lo cual los actores tienen la capacidad de transformarla, sin por ello dejar de situar en un lugar de preponderancia lo institucional sobre el ejercicio de agencia (Lowndes y Roberts 2013, 44).

En función de lo planteado, se considera que las instituciones se caracterizan por tener la capacidad de restringir la agencia de los sujetos, sin por ello anularla. Además, se reconoce a las instituciones como elementos atravesados por condiciones de asimetría y poder, que tienden a la permanencia, sin que eso implique una condición de inercia. Además, las instituciones trascienden a las normativas y reglamentaciones explícitas. Cuestión que decanta en el reconocimiento de prácticas y narrativas que se analizan como instituciones informales.

Las instituciones formales son comprendidas como reglas explícitas, constituidas formalmente (Peters 2005, 6). Las leyes juegan un papel preponderante al condicionar el comportamiento de los sujetos. Esta aseveración no implica que toda ley o cuerpo normado consiga operar como una institución. Para que una ley consiga ser una institución debe traspasar el ámbito de lo abstracto y lo enunciativo y operativizarse, al normar la conducta de sujetos y colectivos.

Las instituciones formales son "procesos regulatorios que implican establecer reglas, inspeccionar la conformidad de los demás con ellas y, según sea necesario, manipular sanciones en un intento de influir en el comportamiento futuro (Scott 2008, 52). Sin embargo, la característica coercitiva de las instituciones no es exclusiva de las instituciones formales. Las instituciones informales también tienen capacidad coercitiva sobre la agencia de individuos y colectivos. Sin embargo, sus mecanismos de regulación no tienen registros ni sanciones formales, sino que se ejecutan y transmiten a través de las prácticas, es decir que se: "crean, comunican y aplican fuera de los canales oficiales" (Helmke y Levitsky 2006, 13) Es así que las instituciones son un conjunto relativamente estable de reglas y prácticas que propician las capacidades organizativas y constriñen el comportamiento de actores, a través de la configuración de roles, creencias normativas, etc., sustentado la base de la obligación social (Lowndes y Roberts 2013, 59).

Además de reglas y prácticas, las narraciones también juegan un papel relevante en la estructura institucional. Es así que "las narrativas dan forma al comportamiento, limitan a algunos actores y empoderan a otros: las instituciones políticas más efectivas se caracterizan por historias resonantes" (Lowndes y Roberts 2013, 65). Las narraciones entran en el orden de lo simbólico y posibilitan el desarrollo de discursos "un sistema autosustentable de creencias compartidas acerca de una forma destacada en la que el juego opera repetidamente" (Lowndes y Roberts 2013, 65).

Aunque a lo largo de estos acápites se ha dado acento a la capacidad coercitiva y regulatoria que tienen las instituciones sobre la conducta de sujetos y colectivos, es necesario recalcar que las instituciones no son determinantes absolutos del comportamiento. Esta idea se fundamenta en que a menudo existen brechas entre las instituciones formales e informales, siendo estas

grietas las que posibilitan la existencia de espacios de agencia de los sujetos la cual puede decantar en la evolución institucional (Lowndes y Roberts 2013, 76).

1.4. Neoinstitucionalismo histórico

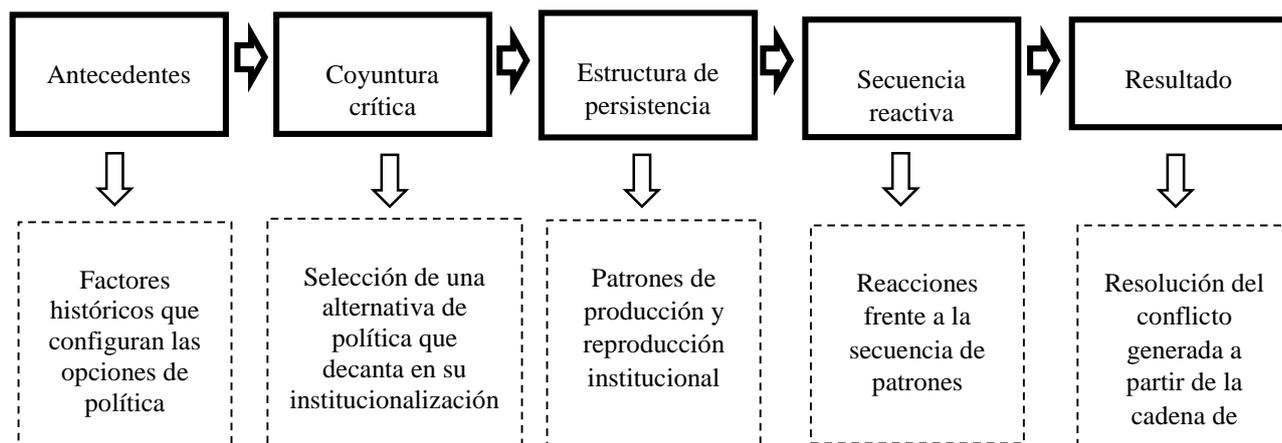
Desde una perspectiva general, el neoinstitucionalismo histórico plantea que las instituciones tienen vigencia en el presente debido a decisiones pasadas, que permitieron su reproducción y con ello la vigencia de la institución a lo largo del tiempo. Un elemento clave en esta teoría es el concepto de “dependencia del sendero”. Según el cual, una vez que se ha formulado una política, esta tiende a configurar patrones de reproducción, que se caracterizan por producir rendimientos crecientes, que refuerzan su existencia (Pierson 2000, 261). La noción de rendimientos crecientes, refiere a la posibilidad de un incremento de la línea de trayectoria en función de los réditos que esta alcanza al mantenerse en el devenir del tiempo (Lowndes y Roberts 2013, 35). Esta condición de refuerzo sostiene que, en la medida en que los eventos institucionalizados sean activados, estos desarrollaran sucesos posteriores que propicien su reproducción, dado que las ganancias de que esta ruta institucional se mantenga, serán mayores a los costos que produciría su modificación (Lowndes y Roberts 2013, 35).

En este escenario, la dependencia al sendero es planteada como poderosa condición autorreforzante (Lowndes y Roberts 2013, 36) que se configura a partir de la capacidad de reproducción institucional. Es por ello, que los estudios enmarcados en la dependencia al sendero, tienden a ser pertinentes para explicar la permanencia de las políticas. Siendo su mayor desventaja la dificultad para explicar el cambio. Pese a ello, este marco analítico reconoce la existencia de coyunturas críticas, las cuales refieren a aquellos eventos detonantes que permiten nuevos procesos de institucionalización.

Cuando una institución llega a configurarse, tiene la tendencia de persistir en el tiempo. Esta capacidad de permanencia se explica por la denominada dependencia al sendero.

Caracterizada por estar hilar una serie de mecanismos de autorreforzamiento, que permiten la producción y reproducción de un patrón que deviene de la decisión tomada durante el surgimiento de la política. A continuación, se sitúa un esquema en el que constan los elementos clave de este marco analítico:

Figura 1. Esquema del modelo neoinstitucionalista histórico



Fuente: Adaptación de Mahoney 2001, 113

1.4.1. Dependencia al sendero

La dependencia al sendero es un concepto que Mahoney (2001) desarrolla desde una lógica de etapas secuenciales. El punto de inicio de una secuencia tiene particular relevancia para las secuencias posteriores. El momento de inicio de la secuencia está caracterizado por enmarcarse en una coyuntura crítica, la cual refiere a un evento en el que se hace una elección entre dos o más alternativas. Esta elección tendrá la particularidad de prevalecer en el tiempo, porque, pese a que los actores o agentes que impulsaron esa elección ya no se encuentren presentes en el devenir de la secuencia, esa decisión inicial mantendrá su incidencia en el devenir de la política (Mahoney 2001, 127).

Son tres las características que definen a los estudios situados desde la perspectiva de la dependencia al sendero. La primera característica es que los “procesos causales son altamente sensibles a los eventos que tienen lugar en las primeras etapas de una secuencia histórica general” (Mahoney 2000, 510). Por tanto, los acontecimientos suscitados al inicio de la institucionalización de una política cobran mayor relevancia en su devenir, respecto de aquellos eventos ocurridos tardíamente.

La segunda característica refiere a que “los eventos históricos tempranos son sucesos contingentes que no pueden explicarse sobre la base de eventos anteriores o condiciones iniciales” (Mahoney 2000, 510). En este sentido los eventos contingentes tienen un carácter

detonante para la política, por lo cual no refieren a sucesos previos que puedan dar cuenta de su existencia.

La tercera característica es que luego de la ocurrencia de eventos contingentes, éstos propician la reproducción de “patrones causales relativamente deterministas” (Mahoney 2000, 511). Cuando una política ha sido instituida, tiende a generar patrones que propician su reproducción, lo cual le permite su prevalencia en el tiempo.

Las instituciones logran prevalecer en el tiempo a pesar de la disolución o ausencia de las fuerzas responsables de su origen, debido a su capacidad de auto reproducción. Esta capacidad de permanencia es explicada a través de los mecanismos de reproducción que las instituciones configuran para conservarse a lo largo del tiempo, “estos mecanismos de reproducción pueden ser tan causalmente eficaces que encierran un patrón institucional dado, lo que hace que sea extremadamente difícil de abolir” (Mahoney 2000, 516).

Según este enfoque, las instituciones que “desencadenan de manera rápida y decisiva los mecanismos de reproducción, son capaces de aprovechar las oportunidades proporcionadas por eventos contingentes y, por lo tanto, establecer en movimiento secuencias autoreforzantes” (Mahoney 2000, 536). Como consecuencia, las instituciones potencian su capacidad de prevalecer en el tiempo, incidiendo en el camino de políticas futuras. Si una institución logra establecer mecanismos de reproducción a través de la potenciación de ventaja temprana que le otorgan los eventos contingentes, tendrá una mayor posibilidad de conservar un patrón de desarrollo particular en el devenir del tiempo, el cual estará fuertemente influenciado por los momentos iniciales de la institucionalización.

1.4.2. Modos explicativos de la reproducción institucional

El elemento central de análisis del neoinstitucionalismo histórico, es la capacidad de reproducción que tienen las instituciones una vez que han sido configuradas. Para explicar la capacidad de reproducción de las instituciones, este enfoque plantea cuatro tipos de explicación: utilitaria, funcional, del poder y de la legitimación.

La explicación utilitaria plantea que las instituciones se reproducen a través de un ejercicio deliberado de aquellos actores beneficiados por la existencia de la institución (Mahoney

2000). Las instituciones emergen y prevalecen por el interés de los grupos o individuos favorecidos por esta. Mientras, el cambio se explica cuando la prevalencia de la institución afecta negativamente los intereses de los actores inicialmente beneficiados (Mahoney 2000). La segunda explicación es de orden funcional, se relaciona con la idea de que las instituciones se reproducen debido a las consecuencias que propician. La reproducción de una institución es posible en tanto que los resultados que provoca son funcionales para su prevalencia. Según la explicación del poder, las instituciones alcanzan una condición de inercia debido a procesos de autorreforzamiento. Las instituciones otorgan a los actores costos y beneficios desiguales. Por ello la reproducción institucional implican un conflicto entre la élite, que es quien se beneficia por la existencia de la institución y ostenta la capacidad de hacer que la misma prevalezca; respecto de aquellos que desean su modificación, sin embargo, no poseen el poder de cambiarla. Por ello, esta explicación sostiene que una “institución persiste incluso cuando la mayoría de grupos prefieren cambiarla, siempre que una élite que se beneficie del arreglo existente, tenga la fuerza suficiente para promover su reproducción” (Mahoney 2000, 530).

La cuarta explicación de la reproducción de las instituciones se refiere a la legitimidad que estas logran alcanzar, una vez que han sido instauradas. Desde esta perspectiva “la reproducción institucional se basa en las orientaciones subjetivas de los actores y sus creencias sobre lo que es apropiado o moralmente correcto” (Mahoney 2000, 531) La legitimación institucional es comprendida a través de un ciclo de retroalimentación positiva, en el cual las nociones legitimadoras tempranamente instituidas, refuerzan las decisiones subsecuentes, que al tiempo fortalecen y posibilitan la prevalencia del marco cognitivo que legitima existencia de la institución.

1.4.3. Secuencias de reproducción y secuencias de autorreforzamiento

Los estudios que parten de la perspectiva histórica, además de plantear modos explicativos de reproducción institucional, señalan la existencia de dos tipos de secuencia que explican los mecanismos de reproducción institucional: Secuencias de autorreforzamiento y secuencias reactivas.

El elemento central de las secuencias de autorreforzamiento son los patrones institucionales. Según este tipo de secuencias, los patrones institucionales propician ganancias y beneficios

que incrementan tras su conformación. Las instituciones prevalecen porque su condición de inercia genera un beneficio mayor del que provocaría el cambio institucional. Es por ello que dentro de la secuencia de autorreforzamiento, “los pasos iniciales en una dirección particular inducen un movimiento adicional en la misma dirección, de modo que con el tiempo se hace difícil o imposible invertir la dirección” (Mahoney 2000, 529).

Los eventos tempranos devienen de coyunturas críticas, caracterizadas por la adopción de un arreglo institucional que prevalece frente a otras alternativas. Esta prevalencia se refuerza a lo largo del tiempo, al desarrollar una secuencia de reproducción del acuerdo inicial, disminuyendo y hasta imposibilitando la adhesión de alternativas que emerjan tardíamente. Las secuencias reactivas se centran en estudiar la reproducción institucional a través de la identificación de “cadenas de eventos temporalmente ordenados y relacionados causalmente” (Mahoney 2000, 512). En esta lógica cada evento que integra la cadena es producto de un evento anterior, mientras que, a su vez, es el detonante de un nuevo eslabón dentro de la secuencia.

Los primeros eventos de la secuencia son particularmente relevantes, puesto que se vinculan estrechamente con los resultados finales de la cadena. Este tipo de secuencia, al obedecer a una lógica reactiva, plantea una condición de dependencia entre los eslabones que conforman la cadena, respecto de las entidades antecedentes. Una condición de esta lógica es que el evento que detona la cadena, debe tener un carácter contingente, es decir que no debe ser explicado por eventos anteriores.

La diferencia que radica entre las secuencias auto reforzantes y las secuencias reactivas, es que las primeras se caracterizan por reproducir patrones que refuerzan los eventos tempranos que dieron paso a configuración de la institución. Mientras que las segundas se identifican por propiciar procesos reactivos, en los cuales eventos contingentes, detonan eslabones subsecuentes que posibilitan la aparición de reacciones y contra-reacciones dentro de la secuencia causal (Mahoney 2001).

1.5. Diseño de la investigación

Al inicio del presente acápite se identificó que no existe una teoría única para el estudio de las políticas públicas. La diversidad de los enfoques no reside exclusivamente en un orden

teórico, sino que trasciende a estas dimensiones. Una posibilidad de aproximación plausible pero además profunda de las implicaciones de cada propuesta teórica, es la tipología desarrollada por Jackson (2016).

Según esta tipología las teorías pueden ser comprendidas desde un orden ontológico, que posee dos dimensiones: ontología filosófica y una ontología científica. La ontología filosófica plantea dos posturas divergentes: el monismo y el dualismo. El monismo sostiene la existencia de una relación inseparable entre el investigador y el objeto de estudio; mientras que el dualismo asume a la relación investigador - objeto como separadas, siendo esa separación la que permite al investigador aproximarse de forma objetiva al objeto estudiado (Jackson 2016, 41).

El segundo tipo de ontología es la ontología científica. Se refiere a la posibilidad de acceder al conocimiento a través de algo observable o no observable. En esta dimensión también existen dos posiciones antagónicas. La posición fenomenológica, que plantea como un objeto de estudio posible a aquello que se encuentra en el orden de lo concreto; y la posición transfactual, que sostiene que los objetos de conocimiento trascienden a lo observable a partir de los sentidos (Jackson 2016,40).

A partir de lo expuesto anteriormente y considerando que el marco analítico seleccionado para el desarrollo de la presente investigación es el neoinstitucionalismo histórico, esta investigación se alinea con el realismo crítico, mismo que obedece a una ontología filosófica dualista, y a una ontología científica transfactual. Lo que filosóficamente implica que el investigador se encuentra separado de su objeto estudio. Mientras que, en referencia a la ontología científica, este estudio, al centrarse en el análisis de las instituciones, posee un orden transfactual, en tanto que lo instituido no puede hallarse en el orden de lo concreto, sin embargo, deja impresa su presencia a través de elementos concretos, que dentro del caso de estudio se encuentran presentes en los instrumentos de políticas, prácticas de los actores y narraciones.

1.5.1. Estrategia metodológica

La estrategia metodológica seleccionada para el desarrollo de la presente investigación es el estudio de casos. Esta estrategia permite hacer una aproximación explicativa al objeto de

estudio, a través de una perspectiva holística respecto del mismo, siendo empleada para el análisis de fenómenos sociales complejos (Yin 2003).

Los estudios de caso son propicios para analizar fenómenos contemporáneos, sobre todo cuando los límites del fenómeno son difusos respecto del contexto en el que se enmarca. En este sentido, los estudios de caso permiten considerar de forma previa las condiciones contextuales que inciden en el objeto de estudio. (Yin 2003, 56).

La primera característica de los estudios de caso, es que tienden a investigar fenómenos sociales complejos, enmarcados en un orden contemporáneo. En la presente investigación, pese a que se requiera el rastreo de condiciones históricas que den cuenta de la permanencia de un modelo dentro de las políticas públicas de salud mental. Esa permanencia del modelo en tanto institución, es un fenómeno actual delimitado por patrones estables y resistentes a los cambios en el devenir de la política.

La segunda característica del estudio de caso es que “hace frente a la situación técnica distintiva en la que habrá muchas más variables de interés y como resultado se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger de forma triangular” (Yin 2003, 86). La triangulación implica la comparación de varias fuentes de información, que permitan contrastar la veracidad de ellas entre sí, para tener un resultado de investigación congruente. La triangulación de la información es un elemento sustancial de la estrategia de investigación, en tanto permite corroborar las evidencias obtenidas a lo largo del trabajo y con ello, obtener resultados más rigurosos y veraces.

Analiza la permanencia de un modelo de atención dentro de la política de salud mental a lo largo de un amplio periodo de tiempo (1930 – 2018), implica la interacción de distintas variables, que para poder rastrearse, requieren de la utilización de distintas fuentes de información: archivos históricos sobre las políticas de salud mental, material académico producido durante los distintos periodos estudiados, entrevistas con actores que han intervenido en el desarrollo de la política y fuentes secundarias. Estas fuentes de información y los resultados de la exploración de las mismas deben ser contrastadas, para validar los hallazgos de la investigación.

1.5.2. Método de investigación

El marco analítico seleccionado para el desarrollo de la presente investigación tiene un orden histórico. En esta lógica y con la finalidad de encontrar una relación causal entre los eventos que han propiciado la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas de salud mental. Se ha seleccionado como método de investigación el rastreo de procesos, debido a que este método permite identificar el mecanismo causal que subyace entre una causa y su efecto.

Parte de este método de investigación consiste en situar las entidades que desde una lógica causal se encuentran vinculadas, y a través de esa conexión explican los mecanismos que relacionan un evento detonante respecto de su resultado (Beach y Pedersen 2013, 45).

Siguiendo esta línea, se considera que el rastreo de procesos posibilita la “identificación de un mecanismo causal que vincula variables independientes y dependientes” (Pascal 2013, 147).

El rastreo de procesos trasciende a una narración organizada de acontecimientos, no se encarga únicamente de sistematizar eventos secuenciales, sino de vincularlos en una lógica de causalidad y dependencia, condición que permite a este método brindar una explicación causal a un fenómeno estudiado.

Tabla 1. Esquema de rastreo de procesos sobre el estudio de caso

Operación Lización	Antecedentes	Coyuntura a crítica	Estructura de persistencia	Secuencia reactiva	Resultado
Teórica	Factores históricos precedentes que delimitan las posibles opciones del proceso de selección	Elección de una opción dentro de la política	Producción y reproducción de la institución dentro de la política	Reacciones y contra-reacciones sobre la institución	Resultado del conflicto generado por la reacción y contra-reacción de la política.
Del caso	Atención a la locura por parte de comunidades de religiosas.	Institucionalización del modelo hospitalocéntrico dentro de la política.	Activación de modelos de reproducción institucional a través de lógicas: utilitarias, funcionales, del poder y de la legitimación.	Intento de reforma al modelo existente.	Prevalencia del modelo original sobre el intento de reforma.

Fuente: Adaptación de Mahoney 2001, 113

Las unidades de análisis de la presente investigación se desprenden de los elementos principales del esquema de investigación antes presentado. A continuación, y en función de este esquema, se detallan las técnicas necesarias a ser empleadas para desarrollar recopilar la información necesaria dentro de esta investigación.

Tabla 2. Unidades de análisis y fuentes de información

Antecedentes	Coyuntura crítica	Estructuras de persistencia	Secuencias reactivas	Resultado
Revisión documental de fuentes primarias y secundarias Revisión de archivo	Revisión documental de fuentes primarias y secundarias Revisión de archivo documental Entrevistas a profundidad	Revisión documental de fuentes primarias y secundarias Entrevistas a profundidad	Revisión documental de fuentes primarias y secundarias Entrevistas a profundidad	Revisión documental de fuentes primarias y secundarias Entrevistas a profundidad

Fuente: Exploración bibliográfica 2020

El presente trabajo al haber comprendido un largo periodo de recorrido respecto del devenir de la política (1930 – 2018), requirió hacer uso de dos técnicas de recopilación de información específicas para conseguir reconstruir el devenir de la política y triangular la información existente.

La primera técnica implementada fue la revisión de archivo. Esta técnica fue aplicada para recopilar información de los antecedentes y de la coyuntura crítica. Este trabajo fue desarrollado en el Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella, en el cual se pudo acceder a correspondencia entre autoridades del Hospicio San Lázaro y la Junta de Asistencia Pública. También se pudieron rastrear presupuestos del hospital. Esta documentación permitió rastrear las relaciones existentes entre los organismos vinculados al funcionamiento de los hospicios y hospitales psiquiátricos, únicos dispositivos de atención de la enfermedad mental durante la primera mitad del Siglo XX.

A través de esta técnica se rastrearon publicaciones médicas y médico psiquiátricas, producidas en Ecuador entre 1930 y 1970. Estos documentos permitieron hacer una aproximación no solo al discurso médico, sino también a las críticas que desde provenían desde la psiquiatría respecto del funcionamiento de hospicios y manicomios.

La segunda técnica aplicada para la recopilación de información sobre: coyuntura crítica, estructuras de persistencia, secuencias reactivas y resultados, fueron entrevistas a profundidad. La entrevista a profundidad es una técnica de recopilación de información que apela por un modelo de plática entre iguales, y pretende aproximarse a la experiencia del informante (Robles 2011, 40). En el caso de estudio se optó por esta técnica de recopilación de información en tanto que se pretendía lograr un habiente de confianza que permita a los informantes hablar más allá de lo prescriptivo, cada una de las entrevistas tuvo un periodo de duración de entre una hora a una hora y media.

Las entrevistas fueron realizadas a informantes que ha tenido distintos tipos de vinculación con las políticas públicas de salud mental, y que además han trabajado en este ámbito en periodos de tiempo diferentes. A continuación, se ha anexado una matriz que describe el perfil de los entrevistados.

Tabla 3. Entrevistas

Entrevistas a profundidad			
Pseudónimo	Formación	Periodo de trabajo	Vinculación
Entrevista 1	Psicólogo	1980 – 2020	Consulta privada - Ex docente universitario
Entrevista 2	Psicóloga	2000 – 2020	Consulta privada - Ex docente universitario
Entrevista 3	Socióloga	1990 – 2007	Funcionaria de la Dirección Nacional de Salud Mental
Entrevista 4	Psicóloga	2011- 2014	Funcionaria de la Comisión De Salud Mental 2012 – 2015
Entrevista 5	Psicólogo	1981 – 2014	Funcionario de la Dirección Nacional de Salud Mental
Entrevista 6	Psiquiatra	1981-2012	Funcionario y director de la Dirección Nacional de Salud Mental
Entrevista 7	Psicólogo	2013	Investigador y participante en el desarrollo del Plan Nacional de salud mental (2015)
Entrevista 8	Psicóloga	2014	Investigadora y participante en el desarrollo del Plan Nacional de salud mental (2015)
Entrevista 9	Psicóloga	2010 – 2015	Docente universitaria e investigadora
Entrevista 10	Psicóloga	2000 -2015	Docente universitaria e investigadora
Entrevista 11	Psicólogo	2020	Investigador
Entrevista 12	Psiquiatra	1979 – 1981	Funcionario y director de la Dirección Nacional de Salud Mental
Entrevista 13	Psicóloga	2016 – 2020	Funcionaria de la Comisión De Salud Mental 2012 – 2015
Entrevista 14	Historiadora	1990 – 2020	Exfuncionaria del Hospital Psiquiátrico San Lázaro Historiadora del Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella

Entrevista 15	Psiquiatra	1980 - 2000 Atención privada 2015	Funcionario de una de las Unidades de Salud Mental en un hospital general de Quito Consulta privada
Entrevista 16	Psicólogo	1995 – 2010	Funcionario de la Dirección Nacional de Salud Mental
Entrevista 17	Psiquiatra	1983 – 2005	Funcionario y director de la Dirección Nacional de Salud Mental

Fuente: Listado de entrevistas a profundidad, 2020

Capítulo 2

Paradigma biomédico: ¿Una institución de la modernidad?

La pregunta de investigación que rige el presente trabajo es ¿Qué factores explican la permanencia del modelo hospitalocéntrico en la política pública de salud mental del Ecuador? Para dar respuesta a esta interrogante es necesario plantear que no existe un modelo único de comprensión de los procesos de salud/enfermedad y sus posibles formas de atención/curación. Explicar los factores que posibilitan la reproducción del enfoque modelo hospitalocéntrico en la política pública de salud mental, requiere identificar de qué paradigma se desprende este modelo y su incidencia en la configuración de: ideas, prácticas, discursos y reglas en torno a la comprensión y atención de la salud y la enfermedad mental.

Las nociones de salud/enfermedad y sus formas de atención/curación, no son categorías neutrales, ahistóricas o apolíticas. Por consiguiente, las concepciones sociales gestadas en torno a estas categorías, tienen particular incidencia en las formas de intervención que desarrollan los gobiernos para interceder en el ámbito de las políticas de salud pública.

Bajo esta noción se plantea que las políticas de salud, están atravesadas por formas particulares de comprensión de las relaciones sociales y del ejercicio de poder. Estas formas de relacionamiento, que obedecen a un orden social, pueden ser naturalizadas en nombre de lo científico y lo técnico. Por ello, para la presente investigación es fundamental dilucidar cuál es el paradigma que rige la comprensión de los procesos de salud/enfermedad y sus formas de atención. “En el caso ecuatoriano, el modelo médico hegemónico, es decir aquel que subordina o domina a los demás modelos, es el biomédico” (Cuvi 2013, 23).

Los procesos de salud y enfermedad son fenómenos cotidianos, que los seres humanos de forma individual y colectiva han enfrentado en el devenir de la historia. Es así que los padecimientos del cuerpo son “una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales” (Mendez 1994, 73).

Bajo esta premisa se sostiene que las concepciones sobre el funcionamiento del cuerpo, sus anomalías y formas de curación no se enmarcan exclusivamente en el orden de lo biológico y

natural. Estas aproximaciones tampoco responden exclusivamente al orden de lo científico y lo técnico. Es por ello que, la enfermedad, la salud, el dolor, el padecimiento y sus posibilidades de atención/curación son hechos sociales (Mendez 1994, 75) que en el transcurso de la historia se han transformado. Adhiriéndose a los modelos de explicación configurados socialmente, para otorgarle sentido y respuesta a aquello que puede ser interpretado como “único enemigo interno del ser humano, la enfermedad” (Cuvi 2013, 24). La configuración de modelos de comprensión que permitan explicar los procesos de salud y enfermedad, no se ha posicionado desde la neutralidad. Lejos de ello, los modelos explicativos sobre este tipo de fenómenos, han tenido una estrecha vinculación con los paradigmas imperantes en distintos momentos históricos. Los cuales, han propiciado formas particulares de entender y tratar aquello que se ha asociado con lo normal y lo patológico, reforzando formas de organización social que se encuentran atravesadas por el ejercicio del poder.

La obsesión por salvarse, la angustia por no saber qué hacer para no enfermarse como factor de selección y diferenciación; el límite siempre difuso entre normas sanitarias y mandatos sociales que poco tiene que ver con proteger a la gente de las enfermedades (Rodríguez 2011, 15).

Manifiesta el carácter político y moral que ha atravesado las nociones de la salud y la enfermedad. Estas condiciones han propiciado la generación de mecanismos de control, vigilancia y exclusión en nombre de la curación. Es así que, ya sea desde perspectivas religiosas o científicas, las sociedades han construido formas de aproximación, explicación y tratamiento a los fenómenos del cuerpo. Estas formas de comprensión, vinculadas a elementos tan sensibles como la salud y la enfermedad. Es así que:

(...) el surgimiento del primitivo especialista medico (shamán, brujo, curandero, etc.) que va aparejado con la primera aparición de la autoridad militar y religiosa, constituye la primera ruptura con esta forma básica de poder comunitario. En las sociedades primitivas la figura del curandero condensaba el saber médico y religioso (Cuvi 2013, 43).

Cuando las sociedades comienzan a requerir de especialistas dentro de su organización social y con ello irrumpir dinámicas colectivas, el saber, deja de ser un elemento común y compartido. Para transformarse en una posibilidad de ejercicio de poder. En el caso de la

salud, alineándose con el poder político, al justificar “relaciones de hegemonía/subalternidad” (Mendez 1994, 77).

En la dimensión de lo político, el modelo bio médico se instituye como una arista fundamental para garantizar el funcionamiento del Estado moderno (Foucault 2009, 189-205). La transición del Estado Absolutista al Estado Moderno implicó la transformación los mecanicismos de control ejercidos por el soberano. En el Estado Moderno, el ejercicio del poder gubernamental requería controlar a amplias poblaciones, que se encontraban esparcidas sobre su territorio. Lo cual impulsó el apareamiento de la estadística y la demografía, como disciplinas que permitieron al nuevo soberano conocer y atender las condiciones en las que habitaba su población (Foucault 2009, 208-215). El conocimiento y atención de las necesidades vitales de la población dentro de los Estados modernos, devino de la necesidad de garantizar la supervivencia de la mano de obra requerida para insertarse en las nuevas formas de producción y de mercado.

El modelo biomédico fue una construcción de la modernidad capitalista ante la necesidad de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, optimizar los procesos productivos y reducir las amenazas epidemiológicas que también podían alcanzar a las elites (Cuvi 2013, 48).

En medio del desarrollo de dispositivos de control más eficientes para el funcionamiento del Estado moderno, aparece la biopolítica. Como un mecanismo de control de los cuerpos, que no opera como en regímenes anteriores en el orden del castigo, sino en la incorporación de hábitos de disciplinamiento corporal, para hacer del cuerpo un instrumento más eficiente en el ámbito de lo productivo (Foucault 2002, 141).

La higiene y la salud son componentes fundamentales en la preservación y la comprensión del cuerpo como una máquina, que es a su vez entendida como un engranaje del sistema productivo. En este escenario, la práctica médica cobra un valor central, al ser capaz de explicar los mecanismos que permiten mantener y restablecer la salud, así como controlar la enfermedad.

En el plano de lo filosófico el auge y la predominancia del paradigma positivista cartesiano, junto con el pensamiento científico fueron una de las principales características de la

modernidad (Cuvi 2013, 53). Los procesos de salud y enfermedad son comprendidos desde la lógica de lo individual y lo biológico. En donde, cada parte del cuerpo debe ser estudiada por separado, siendo la falla de alguno de los órganos que componen el cuerpo, lo que provoca la presencia de lo patológico.

A partir de la hegemonía del conocimiento científico sobre el resto de saberes, emergió la necesidad de producir conocimientos especializados, regidos por expertos que expliquen y respondan a las problemáticas de los sujetos modernos (Bonano 2000, 187-185). En la modernidad, con el apareamiento de la figura del experto, se expropió al sujeto moderno de la posibilidad de entender y resolver sus propios conflictos, al despojarle del lugar de poder – saber que legitime su agencia.

Las llamadas profesiones de la salud tienen un efecto aún más profundo, que culturalmente niega la salud en la medida en que destruyen el potencial de las personas para afrontar sus debilidades humanas, su vulnerabilidad y su singularidad en forma personal y autónoma (Illich 2006, 540).

La práctica médica, presenta una particularidad que la diferencia del resto de disciplinas científicas de la modernidad. Su elemento distintivo es la especial relación existente entre médico y paciente, puesto que, a diferencia de otras relaciones de poder, en este vínculo “la persona que acude a consulta lo hace en una situación de absoluta receptividad, porque pone de por medio una necesidad urgente y vital: su curación” (Cuvi 2013, 30).

La legitimidad científica y aparente neutralidad con la que opera la práctica médica, aunada a la relación existente entre médico y paciente, fueron condiciones coadyuvantes para que durante la modernidad, el espacio de consulta y el sistema médico se configuren en un lugar de intercambio de contenidos simbólicos que propenden a instituir al “modelo biomédico (...) como un factor ideológico incuestionado mucho más determinante en la estructura social que la religión, las leyes o la educación” (Cuvi 2013, 29).

Los elementos característicos del modelo biomédico, según Méndez (1988) son:

Biologismo; asociabilidad, ahistoricidad; aculturalismo; autoritarismo; mercantilismo (salud/enfermedad como mercancía); individualismo; eficiencia pragmática; profesionalización formalizada; legitimación jurídica; relación médico - paciente asimétrica y subordinada, identificación ideológica con la racionalidad científica; tendencia a la medicalización de los problemas (Cuvi 2013, 47).

El carácter biologista, ahistórico y aculturalista, se refieren a que la única forma de comprensión de los procesos de salud/enfermedad parte desde el orden de lo biológico. Desconociendo el resto de elementos históricos y culturales que interactúan en la construcción de la salud y la enfermedad. Partir desde una lógica estrictamente biologista para explicar estos procesos, propicia también asumir que la salud y la enfermedad son procesos estáticos, que se encuentran aislados de los contextos sociales en los cuales se han gestado. Cuestión que a su vez posibilita que el discurso biomédico sea investido de aparente neutralidad, pues al plantear que la enfermedad es el resultado a procesos eminentemente biológicos, desconoce el carácter político que le atraviesa.

El autoritarismo; profesionalización formalizada; legitimación jurídica; relación médico - paciente asimétrica y subordinada: Son características que se relacionan con el lugar central que ocupa el experto en el saber moderno. Desde el lugar del saber se legitiman relaciones de subordinación entre médico y paciente, lo cual es posible por el lugar social de autoridad que otorga la experticia sobre un conocimiento específico, que en este caso refiere al saber médico.

El mercantilismo (salud/enfermedad como mercancía), individualismo, eficiencia pragmática, identificación ideológica con la racionalidad científica, tendencia a la medicalización de los problemas (Cuvi 2013, 58-67): Son condiciones que obedecen a la lógica productiva del Estado moderno. En la cual la salud tiende a ser asumida como un objeto de consumo que depende de la capacidad adquisitiva de los sujetos. La salud es un bien, valorado en tanto garantiza la productividad de las personas, por ello la medicina debe caracterizarse por dar resoluciones rápidas y pragmáticas, para que así la enfermedad no irrumpa con los procesos productivos de la sociedad y las responsabilidades del trabajador.

2.2. De lo religioso a lo hospitalario

Los fenómenos relacionados a la enfermedad mental, no están por fuera de los paradigmas científicos, la ideología, la religión, y las formas de socialización en distintos momentos históricos. Uno de los primeros relatos occidentales sobre la enfermedad mental se encuentra en el Antiguo Testamento. En el Libro de Daniel se menciona a Nabucodonosor, un hombre que debido a su soberbia fue castigado durante siete años con la pérdida de la razón y la locura, hasta que por designio divino consiguió la sanación (Salaverry 2002, 144). Esta escena da cuenta de que, desde los inicios de la civilización occidental, la enfermedad mental fue interpretada desde “una perspectiva predominantemente mítico-religiosa” (Alarcón 2012, 512).

Alrededor del siglo V. a.C. en Grecia, la Teoría Galénica brindó nuevas explicaciones sobre los fenómenos corporales. La enfermedad era producto del desequilibrio de los fluidos del cuerpo: bilis negra, amarilla, flema y sangre (Salaverry 2012, 146). Según esta tradición, la enfermedad mental se clasificaba en dos grandes categorías: manía y melancolía. La manía era producto de un exceso de bilis amarilla o sangre y provocaba alucinaciones; La melancolía, era el resultado de una cantidad exagerada de bilis negra, que se traducía en depresión. Esta clasificación tuvo continuidad hasta el Imperio Romano (Salaverry 2012, 146).

En el año 313 d.C., a partir de la oficialización del cristianismo, se produjo una pugna entre la perspectiva naturalista, de la cual devenía la teoría galénica; Frente a la visión cristiana, que retomaba una explicación religiosa para la comprensión de los fenómenos corporales. La locura fue interpretada como una posesión demoniaca. Durante este periodo, las atenciones brindadas a los enfermos, lejos de pretender su curación, tenían por objetivo aliviar su dolor, como un acto caritativo. Dado que, el intento de alterar el curso de las enfermedades representaba una afrenta a los designios divinos (Salaverry 2012, 147).

El paradigma religioso continuó dificultando cualquier avance en el ámbito médico. Por ello, durante este periodo, la enfermedad mental siguió siendo concebida como una posesión demoniaca o el producto de magia negra, asociada a un castigo divino (Salaverry 2012, 147). Esta concepción de la enfermedad mental implicaba una ambivalencia, pues a pesar de representar a grandes rasgos un castigo, era a su vez comprendida como una tribulación

gloriosa, dado que, partir del sufrimiento del cuerpo, provocado por la locura, el alma lograba su purificación (Ramirez y Quiroz 2017, 329).

2.3. Entre la ciencia positivista y la lógica asilar/manicomial

A partir del Renacimiento las enfermedades mentales, dejaron de explicarse desde un paradigma religioso y comenzaron explorarse como el resultado de consecuencias ambientales (Ramirez y Quiroz 2017, 330). Con la llegada de la ilustración emergió el médico para la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad. Lo que resultó en la superación de explicaciones demonológicas sobre el apareamiento de la enfermedad mental (Salaverry 2012, 145). El surgimiento de este nuevo enfoque, posibilitó la exploración de tratamientos para la enfermedad mental, puesto que, al ser comprendida desde una lógica médica los padecimientos dejaron tener un carácter de inmutabilidad al perder su condición de designación divina.

El nuevo paradigma de comprensión estuvo marcado por una lógica mecanicista, ligada a los postulados cartesianos, propios de la modernidad. En esta línea, la comprensión del sujeto tenía una postura dualista, en la que se diferenciaba una dimensión material y otra racional para comprender la existencia humana. Según esta lectura “el alma se encontraba fuera del mundo material en donde ocurren las enfermedades” (Salaverry 2012, 147). En esta época la enfermedad mental pasó a concebirse como el producto de una disfunción corporal. Esta aseveración abrió la interrogante de cuál es la relación entre la mente y el cuerpo y cómo una afección que tiene un origen en lo material puede afectar a la razón. (Salaverry 2012, 147). La concepción de que la enfermedad mental tenía un origen material y orgánico permitió que vuelva a ser tratada dentro del campo de la medicina.

Con el surgimiento del saber científico, el discurso médico empezó a tener la potestad de diferenciar lo normal de lo anormal. Según lo cual, la enfermedad mental era representada por la pérdida de la razón, siendo el objetivo del tratamiento médico, conseguir que el paciente vuelva a la normalidad y por tanto recupere la razón (Salaverry 2012, 146). En la ilustración, la figura del loco dejó de ser temida y glorificada como lo fue en la edad media, para convertirse en una sombra de lo humano, puesto que, en la era de la razón ¿Qué rastro de humanidad quedaría de aquel que la había perdido?

Pese a las transformaciones que la interpretación mecanicista trajo al estudio de las enfermedades mentales, éstas no lograron ser introducidas en la esfera de la salud pública (Salaverry 2012, 146). Características como la baja moralidad, incapacidad de contagio o la condición de improductividad económica de quienes la padecían enfermedades mentales, propició que la enfermedad mental siga siendo tratada en la esfera de lo privado y continúe asociándose con la pobreza y marginalidad.

En este sentido, el nuevo intento clasificatorio de las enfermedades mentales y el abordaje desde una lógica médica, no implicó que su interpretación se desarraigue de las formas de relacionamiento social de la época. Fue así que:

(...) la melancolía será denominada *spleen* cuando quien la padece pertenece a la clase superior, pero si quien presenta similar cuadro clínico es alguien de la clase trabajadora se le llamará falta de espíritu (Salaverry 2012, 147).

Fueron los postulados de Locke y Condillac, que plantean a la mente como una tabula rasa, que aprehende del mundo a través de las experiencias sensoriales, los que pusieron en cuestión al paradigma cartesiano y con ello, la interpretación mecanicista de las enfermedades. Así emergió, alrededor del siglo XIX “la cura moral” como nueva forma de aproximación y tratamiento hacia los padecimientos mentales.

La cura moral fue una “re-interpretación secular de la concepción punitiva de enfermedad mental” (Alarcón 2012, 515). Desde esta perspectiva, la enfermedad mental era producto de una actividad sensorial previa, que afectaba al sistema nervioso. (Salaverry 2012, 146). En consecuencia, el eje del tratamiento moral se basaba en exponer al paciente a estímulos moralmente positivos (Salaverry 2012, 146). Es así que “un buen manicomio constituye, respecto de la locura, la potencia curativa de mayor alcance” (Giné y Partagás 1876, 309 en Pérez y Peñaranda 2016). La cura moral apelaba por la separación total del paciente de sus familiares, pues había sido ese el entorno que había provocado el padecimiento inicial. El tratamiento moral tenía como base el “aislamiento, persuasión y sugestión” del paciente (Pérez y Peñaranda 2016, 102).

En oposición a esta corriente, surgieron los frenópatas. Un conglomerado médico que ofrecía asistencia domiciliaria para la atención de la enfermedad mental, “estos autores defendían que el tratamiento más eficaz era el que tenía lugar en el domicilio del paciente de forma individualizada” (Plumed y Rojo 2016, 988). La crítica que los frenópatas hacían al tratamiento moral refería a los efectos adversos del confinamiento. Ellos sostenían que, en la mayor parte de los casos el internamiento traía como consecuencia un recrudecimiento en la evolución de la patología mental.

El internar a un hombre en el manicomio trae siempre consigo algo humillante y doloroso; el enfermo, por poca lucidez que tenga, siente que ha pasado a otro mundo, que ya no forma parte de la humanidad racional, que aquello, aunque sea un hospital, es algo más profundamente desconsolador que la muerte” (Escuder, 1895 en Plumed y Rojo 2016, 317).

Una diferencia fundamental entre la cura moral y los frenópatas, es que los primeros ofrecían una solución inmediata, basada en el encierro de enfermos mentales que, debido razones materiales, no podían acceder a un tratamiento domiciliario. Mientras que la segunda corriente, que ejercería su oficio principalmente en la práctica privada, se solía atender a pacientes y familias que contaban con los recursos necesarios para solventar su tratamiento de forma domiciliaria, con lo que se tendía a evitar el internamiento del paciente (Alarcón 2012, 514). Desde sus inicios, la diferencia de tratamientos ofertados a los pacientes mentales estaba estrechamente vinculada a la capacidad adquisitiva de ellos o sus familias.

Además del apareamiento de nuevas teorías para la atención a la enfermedad mental, durante el siglo XIX se produjeron avances en el desarrollo nosológico. Uno de los principales precursores de estos alcances fue Philippe Pinel, quien a través de sus investigaciones dio particular importancia a la observación y análisis de los síntomas correspondientes a la enfermedad mental (Ramirez y Quiroz 2017, 334).

Para el siglo XIX, el discurso médico alcanzó una mayor consolidación. El lugar del médico se convirtió en el único legítimamente autorizado a clasificar e intervenir en el estado de los enfermos mentales. Kraepelin, quien es una de las figuras más representativas de la psiquiatría del siglo XIX, profundizó su preocupación por desarrollar herramientas diagnósticas para la clasificación de las enfermedades mentales. Sus aportes permitieron que

“la psiquiatría se transforme de una ciencia de la alienación a una especialidad médica” (Ramirez y Quiroz 2017, 339).

Entre el siglo XVIII y el siglo XIX, a partir de los aportes de Philippe Pinel, seguido por Emil Kraepelin, las afecciones mentales llegaron a ser clasificadas medicamente y con ello la psiquiatría logró desarrollar una nosología propia (Pérez y Peñaranda 2016, 110). Pese a estos avances dentro del diagnóstico, el desarrollo de una terapéutica fue mucho más lento y tardío, “las instituciones mentales estuvieron durante mucho tiempo ancladas en un vetusto criterio asistencial y asilar que, a menudo, contrastaba abiertamente con la propia práctica clínica” (Pérez y Peñaranda 2016, 111).

El modelo manicomial fue fundado en una tradición asilar, sostenida en el encierro de la locura. Con el surgimiento de la psiquiatría positivista, el encierro fue legitimado en una distinción de orden clínico, que clasifica lo normal de lo patológico. Esta clasificación continuó asociando a la locura con la peligrosidad. Es por ello que los asilos sobre los cuales los nuevos médicos alienistas estaban a cargo, siguieron siendo dispositivos de control que “protegían” a la población en contra de la peligrosidad que les era atribuida a los alienados (Baffo y Onocko 2017, 40).

A pesar de los avances en términos nosológicos respecto de la locura. La atención que se prestaba dentro de los manicomios siguió ubicando, al ahora enfermo mental, en un lugar de marginación y aislamiento. Al respecto se señala que:

De hecho, y con el nombre que se le quiera dar –hospital, sanatorio, casa de locos, etc.– se enviaba al demente a un lugar que podía ser peor que la cárcel. El enfermo mental ni tan sólo tenía previsto un plazo de salida ni quien le defendiera. Estaba pues tan indefenso como un preso. (Pérez y Peñaranda 2016, 111).

Según Castel (1978) el paradigma asilar ha basado su configuración en las nociones de la cura moral, desarrolladas por Pinel. Desde esta interpretación, modelo asilar, esta sostenido en tres condiciones fundamentales. La primera hace referencia al aislamiento del paciente del mundo exterior; la segunda, tiene que ver con la configuración de un nuevo orden, el asilar; y la

tercera hace referencia a las relaciones de autoridad que deben existir entre médico y enfermo (85 – 88).

En referencia a la primera característica del modelo asilar, el aislamiento del paciente, se fundamentaba en la idea de que el enfermo mental, debía su condición a la pérdida de razón, misma que era producto de una injerencia exagerada de las pasiones, provocada en un principio por agentes externos. He ahí la necesidad de internar al paciente y excluirlo del contacto con el exterior, para que pueda ser guiado por la autoridad moral del médico, única figura que le permitiría restituir al enfermo su voluntad racional (Baffo y Onocko 2017). La figura del psiquiatra se enviste de una condición de ambigua. Por una parte, es la nueva voz legítima para estudiar la locura, pues es el representante de la nueva ciencia positivista, representante por excelencia del pensamiento moderno. Sin embargo, la psiquiatría, al operar de manera central dentro de una institución cuya función originaria ha sido el control social y protección de la comunidad frente “al peligro de ciertos comportamientos anormales”, la postura psiquiátrica continúa manteniendo una función de custodial (Baffo y Onocko 2017). Las prácticas asilares tienen un origen que se remonta a la época clásica y se asocian con prácticas de exclusión a segmentos sociales que históricamente han ocupado un lugar de marginación en el ámbito social. El asilo, manicomio y posteriormente hospital psiquiátrico, más que dispositivos terapéuticos, han operado como instrumentos de control social. Según Foucault (2016):

Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán de forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de la correccional y las cabezas alineadas tomarán el papel nuevamente del abandonado y veremos qué salvación se espera de esta exclusión (Foucault 2016, 189).

Las prácticas asilares, relacionadas con la exclusión y el encierro, no se instituyeron tras el surgimiento de la perspectiva psiquiátrica. Obedecen a lógicas aún más antiguas, relacionadas con el diseño de dispositivos cuyo fin último era el de distanciar a aquel que se asumía como una amenaza potencia a las prácticas de la época.

La segunda característica del modelo asilar, hace referencia a su forma de configuración, dentro de la cual existe “una reducción de la existencia del sujeto a la patología” (Baffo y Onocko 2017, 56). El paciente psiquiátrico, es comprendido exclusivamente desde la enunciación médica. El modelo asilar, al entender a la enfermedad mental desde una perspectiva individual, ahistórica y descontextualizada, sostiene que no hay forma más eficaz para entender la patología que aislarla de todo elemento cotidiano al paciente. Ese aislamiento es el que permitirá observar y diferenciar los “factores esenciales a la etiología y evolución de los procesos patológicos, sin interferencias” (Baffo y Onocko 2017, 78).

En el modelo asilar el hospital psiquiátrico es el principal espacio de investigación y los internos, en tanto encarnación de la patología, son el objeto central de estudio de la psiquiatría. Al ser el centro de atención de los estudios psiquiátricos, la comprensión “las grandes enfermedades mentales, quedan desplazados los problemas psíquicos menores que no requirieren internación” (Pérez y Peñaranda 2016, 112). Lo que en el devenir del tiempo se traducirá en una dificultad para intervenir a niveles de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En cuanto a la tercera característica del modelo asilar, se hace referencia a la existencia de una relación de absoluta asimetría entre el médico como autoridad y representante de la razón; Frente al paciente, comprendido como un sujeto despojado de la voluntad y del control de sus propias pasiones, un sujeto sin razón. (Baffo y Onocko 2017). Dentro de la lógica asilar, además de existir condiciones de asimetría entre los operarios del hospital frente a los internos, existe además una serie de jerarquías entre quienes conforman el personal que trabaja en el asilo. Estas jerarquías:

(...) ocultan decisiones políticas, pujas de poder y fuerzas corporativas que determinan posiciones y relaciones de fuerzas que hay entre las profesiones y se justifican por la importancia para abordar el problema de la intervención (Baffo y Onocko 2017).

Tras la revisión de los elementos fundamentales del modelo asilar, la presente investigación planteará al modelo asilar y al modelo manicomial como semejantes, en tanto obedecen a una misma lógica: Centrada en el aislamiento del paciente mental, la reducción del paciente a un orden patológico, y la necesidad de la existencia de un dispositivo en particular que aleje a

quienes presentan comportamientos desviados y socialmente interpretados como una amenaza potencial.

El manicomio desde su acepción etimológica, proviene de los términos “*manía* (locura) y *komion* (lugar), es decir que significa lugar para los locos” (Acosta 2014, 9). Es por ello que independientemente de si se enuncia como manicomio o como asilo, ambos dispositivos se centran en el control y aislamiento de la persona mentalmente diferente. En un principio desde una idea custodial, que más adelante se engarzará con el discurso científico para justificar su razón de ser en un orden médico.

2.4. Modelo hospitalocéntrico: ¿Una herencia de la lógica asilar?

Según Baffo y Onocko (2017) el modelo asilar/manicomial prevalecen hasta la actualidad, en lo que hoy se conoce como modelo hospitalocéntrico. A lo largo del desarrollo de la psiquiatría, se han implementado nuevos modelos terapéuticos, socialmente más adaptados a la época. Han existido cambios en cuanto a las teorías, prácticas, actores, y disciplinas implicadas dentro de la atención psiquiátrica. Sin embargo, las tres características fundamentales del modelo asilar han prevalecido: “el aislamiento del mundo exterior, la organización dentro de un orden asilar, y la relación de autoridad” (Castel 1978, en Baffo y Onocko 2017, 198).

Desde una perspectiva hospitalocéntrica, la enfermedad mental obedece a un orden individual. Pese a los intentos de introducir nuevas técnicas terapéuticas, éstas continúan atravesadas por un orden moral, por el intento de restablecer la norma sobre aquello que se lee como desviado:

Conviene, por tanto, considerar al hospital psiquiátrico como un centro de tratamiento transitorio, dotado de todos los medios necesarios para la reeducación de los enfermos y para su reincorporación a la vida normal y a la sociedad. Su función debe consistir en adiestrar al paciente, en la atmósfera de una colectividad terapéutica, para que pueda hacer frente a las tensiones que suele imponer la vida en una colectividad ordinaria (De Miguel y Oltra 1971).

Sostener que permanencia de una lógica asilar perdura hasta la actualidad, se sustenta en que, pese a la existencia de enfoques que pueden operar desde lo individual o lo grupal. La

atención que se presta a los pacientes sigue centrada en un orden individual, en tanto que el síntoma o el malestar del sujeto sigue interpretándose de manera individual. Lo que implica que, al trabajar con familiares o la red de apoyo del paciente, esta intervención consista principalmente en la comunicación de instrucciones y prescripciones para el cuidado del paciente. Es por ello que a pesar de que existan nuevos enfoques que trabajen con familiares de los pacientes, cuando estos enfoques están configurados en una lógica hospitalocéntrica, tienden a trabajar con “personas y grupos familiares a partir de considerarlos sistemas cerrados” (Soforcada, Lellis y Mozobancyk 2010, 36).

Cuando las familias son concebidas como sistemas cerrados, que propician conflictos en sí mismas y que pueden desarrollar formas de interacción problemáticas, éstas formas de interacción son leídas de manera descontextualizada. Es decir que, si bien y es necesario analizar al sujeto dentro del grupo familiar, no puede desconocerse que ese grupo está inserto en un conglomerado más amplio, el cual está atravesado por condiciones estructurales y de contexto. Reconocer las condiciones estructurales que atraviesan las dinámicas familiares permite salir del reduccionismo, pues al analizar a la familia de manera descontextualizada únicamente se trasladan las lecturas patologizantes del individuo a su grupo más cercano. Aunque en el devenir del tiempo se han introducido nuevas disciplinas como la psicología y el trabajo social dentro de los servicios de salud mental, estas disciplinas no han logrado trabajar de forma integral. Las disputas por las jerarquías dentro del hospital prevalecen, lo cual impide un diálogo que permita realizar un trabajo interdisciplinario (Baffo y Onocko 2017). El hospital psiquiátrico por su denominación y herencia en cuanto a prácticas e ideas, tenderá a centralizar la posición de saber dentro de la lógica médico psiquiatra, relegando a lugares periféricos al resto de disciplinas que intervengan. La existencia de disputas internas, así como la generación de coaliciones por parte de los profesionales que operan en torno a la salud dentro de un modelo hospitalocéntrico, implica la existencia de un “aislamiento de la profesión, desde la formación de grado hasta el ejercicio de la profesión” (Soforcada, Lellis y Mozobancyk 2010, 36).

Pese a que el modelo biomédico y las perspectivas de intervención hospitalocéntricas pueden asociarse exclusivamente con hospitales y entidades similares. Las instituciones que prestan formación profesional son cruciales dentro de este modelo, puesto que, a partir de ellas, se refuerzan formas de trabajo que serán aplicadas y reproducidas en el ámbito de la salud.

Desde la perspectiva biomédica, se tiende a la formación de especialistas en campos específicos, cuestión que aísla a los profesionales y genera dificultades para que puedan operar conjuntamente, al encontrarse en una posición constante de defensa del campo de su experticia.

La lógica manicomial y hospitalocéntrica, además de sostenerse en una serie de relaciones asimétricas respecto del saber y la razón. Refleja también una antigua relación, entre locura y pobreza. Las consultas privadas suelen destinarse a aquellos pacientes que “suscitan menor necesidad de control social y ofrecen mejor pronóstico, lo que suele coincidir con su pertenencia a estratos sociales acomodados” (García 1990, 57). Mientras que aquellos pacientes que resultan internados, entregados a la custodia hospitalaria, y en muchas ocasiones considerados irrecuperables por la propia cronificación institucional, suelen pertenecer a los estratos más empobrecidos.

Los viejos sistemas de asistencia cumplen, de alguna manera, una función de amortiguación o de tampón con respecto a la psiquiatría privada; pues absorben los pacientes con los que han fracasado los métodos de esta y los que han agotado los recursos económicos (García 1990, 58).

La atención de los fenómenos que corresponden a lo mental, desde una lógica manicomial, obedece en un principio a un paradigma biomédico, en el cual los procesos de salud y enfermedad se comprenden en escisión de su contexto y por tanto recaen exclusivamente en el individuo como un sujeto patologizado. Esta interpretación fragmentada de la salud en torno a lo mental, se radicaliza al considerar la herencia de la lógica asilar y manicomial, cuyos rezagos operan hasta el día de hoy en los servicios de salud mental.

2.4. Sobre los cuestionamientos al modelo hospitalocéntrico

A lo largo del recorrido respecto de los distintos abordajes a la locura, que posteriormente se transformará en enfermedad mental, instituciones como la psiquiátrica “no fueron pensadas con fines terapéuticos sino con fines de encierro y aislamiento” (Ramírez y Quiroz 2017, 334). Reconocer los orígenes de estas lógicas puede permitir comprender por qué hasta el día de hoy, a pesar de la firme presencia de la lógica médica, la enfermedad mental continúa

investida de una condición de estigma “como si el enfermar psíquico conlleva de por sí, como un estigma, la pérdida de ciudadanía” (Portillo 2003, 307).

Son varios los momentos y escenarios que han propiciado el cuestionamiento y transformación del modelo hospitalocéntrico y la lógica asilar. Las primeras críticas al modelo no se sitúan en la modernización de la práctica psiquiátrica, que en ciertos casos implicó exclusivamente una refinación de las técnicas, teorías e intervenciones realizadas. Las primeras críticas al modelo asilar aparecieron desde un orden político. El escenario de la post guerra fue crucial para la crítica de los sistemas manicomiales, debido a que su lógica de funcionamiento, no alcanzaba a responder a las nuevas demandas sociales y a los potenciales sujetos de atención. Frente a estas nuevas condiciones, tres eran los elementos a reformar del antiguo sistema asilar: La distribución de los servicios sanitarios por zonas, la continuidad de tratamiento y la integración de niveles de atención (Baffo y Onocko 2017).

En la década de los cincuenta, el surgimiento de los psicofármacos planteó la posibilidad de llevar a cabo el tratamiento del paciente fuera del hospital psiquiátrico. (Ardón y Cubillos 2012, 23). Pese a que el recurso farmacológico, implicó y sigue representado una alternativa de tratamiento sostenido y eficaz para aquellos sujetos que presentan algún tipo de sufrimiento mental, el uso masificado de la psicofarmacología, también puede y ha sido empleado como un recurso más adaptado a la época actual para la domesticación del paciente, obedeciendo a través de nuevas técnicas a la misma lógica manicomial (Acosta 2014). Desde el plano de lo académico, el movimiento anti psiquiátrico tuvo un papel sustancial en la crítica a las prácticas manicomiales. En la Inglaterra de 1960, con David Cooper desde este movimiento, la enfermedad mental dejó de ser planteada como una condición individual, y pasó a ser entendida como el producto de un sistema social conflictivo y contradictorio (Avellanal 2017). El movimiento anti psiquiátrico politizó la lectura de la enfermedad mental, asumiendo que los dispositivos psiquiátricos para ese entonces, más que constituirse en medios de tratamiento para quienes presentaban sufrimiento psíquico, operaban como dispositivos de control y exclusión de un segmento poblacional socialmente estigmatizado. Se empezó a cuestionar a la psiquiatría más allá de sus propias lógicas, discutiendo su función social. Es así que: “La psiquiatría del último siglo, según la opinión de un creciente número de psiquiatras contemporáneos, está excesivamente al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad” (Cuesta 2003, 240).

Otro de los exponentes del movimiento anti psiquiátrico fue Franco Basaglia, quien para la década de los setenta señalaba desde Italia, que el lugar de exclusión y de reducción del paciente mental al orden de lo patológico, no era más que la expresión de un síntoma social. Basaglia señalaba que las practicas psiquiátricas tendía a la marginación de ciertos sujetos, bajo un discurso medicalizante, que más que obedecer a un orden científico, se sustentaba en condiciones ideológicas, que apuntaban a punir a aquel que se encontraba fuera de la norma, y con ello al margen del aparato productivo (Acosta 2014). El fin último del movimiento antimanicomial, se prolongó hasta la década de los ochenta y apuntaba como objetivo central la abolición de la institución psiquiátrica.

Para Basaglia, era fundamental modificar los roles jerarquizados y estereotipados existentes entre el personal médico y los internos. Lo que implicaba irrumpir con un orden establecido, generando resistencias frente al caos de una situación nueva, pero necesaria. Esta transformación permitiría modificar no solo la lógica sostenida dentro de la institución psiquiátrica, sino también una dinámica social, que continuamente se encuentra “expulsando, disgregando, marginando a ciertas minorías y, para ello hace uso de técnicas procaces y sutiles” (Cuesta 2003, 109).

La antipsiquiatría puso en cuenstión la forma tradicional de comprender a la enfermedad mental. Primero porque al ubicar a la locura como un síntoma social, se niega un devenir estrictamente biológico de la misma. Además, al señalar a una dinámica social como producotora del síntoma mental, , la enfermedad mental deja de ser comprendida como una condición de orden individual y biológico, para pasar a ser interpretada como función social. La enfermedad mental es el depósito del malestar social quecondensándose en un sujeto, quien al reflejar un conflicto colectivo, es aislado de su contexto.

La Antipsiquiatría analiza la manera en que un individuo es manejado por la familia y por el entorno social, hasta que se decide a asumir el papel del malo, de loco, aún a riesgo de verse cosificado y perder todos sus derechos como persona (Cuesta 2003, 57).

El aislamiento es una idea fundante de la lógica manicomial, que persiste en el modelo hospitalocéntrico. Los propósitos a los que apunta el modelo hospitalocéntrico no tienen únicamente una dimensión sanitaria, sino que son dispositivos, de control social, pues

legitiman el aislamiento de aquellos sujetos cuyos comportamientos son asumidos como desviantes, peligrosos, indeseables.

La prevalencia de esta idea, ha conducido a que ciertas prácticas sanitarias limiten la posibilidad de los pacientes con afecciones mentales a insertarse en sus núcleos más cercanos, ahondando en la gravedad de su condición (Larban 2010, 205-210). La evolución del proceso de enfermedad de aquellos sujetos que han sido diagnosticados con trastornos mentales, dependerá de “la atención recibida, la coherencia de los procedimientos terapéuticos y la continuidad de los mismos” (Larban 2010, 210-216). Si el tipo de atención receptada por los usuarios tiende a su aislamiento, lejos de la reincorporación de ellos dentro del ámbito social y familiar, se propiciarán procesos de exclusión y discriminación, fortificando la prevalencia del estigma circundante en torno a la enfermedad mental.

Las prácticas asilares propiciadas en el modelo hospitalocéntrico, han suscitado varias objeciones. La primera posee un orden ético-jurídico, al señalar la existencia de una mayor propensión a la vulneración de los derechos humanos de pacientes que han sido internados en hospitales psiquiátricos. La segunda tiene un orden clínico y se relaciona con la cronificación del cuadro patológico del desorden mental, el cual incrementa dado el proceso de aislamiento del paciente respecto de su comunidad y cotidianidad.

La tercera objeción se plantea desde un orden económico, en tanto que el mantenimiento del hospital psiquiátrico, genera una baja relación entre costo y eficiencia. La manutención de los hospitales psiquiátricos requiere de un alto presupuesto, pese a ser un dispositivo que no logra dar respuesta a las necesidades de atención de salud mental de la mayoría de la población (Cuesta 2003).

Soforcada (2010) identifica varios efectos del paradigma biomédico y por consiguiente del modelo hospitalocéntrico en las disciplinas encargadas de intervenir en el ámbito de la salud mental. Primero “Reducción de las posibilidades de visualización y de acción de la profesión solo a lo dañado, o sea a la enfermedad” (Soforcada, Lellis y Mozobancyk 2010, 36). La primera crítica a este tipo de intervención refiere a cómo, desde una perspectiva eminentemente hospitalaria, las posibilidades de intervención en el plano de la salud mental se reducen a la intervención exclusivamente a partir del apareamiento del daño. Priorizado

por tanto al hospital y sus instancias derivadas, como dispositivos de intervenciones fundamentales.

El segundo efecto de este enfoque “condujo a un marcado desequilibrio de la profesión, inclinándola desproporcionadamente al campo de la enfermedad mental y a una posición, no explícita, pero sí implícita de reduccionismo cartesiano” (Soforcada, Lellis y Mozobancyk 2010, 39). Desde un modelo hospitalocéntrico existe una comprensión desarticulada entre la salud/enfermedad del cuerpo y la mente. Esta escisión reside en la idea de que es posible y necesario separar la dimensión de lo mental y lo corporal, para hacer una aproximación desde el orden de lo científico. Descontando que es a partir de esta división que se produce una lectura reduccionista sobre lo mental de la salud.

2.5. Salud mental y derechos humanos

Las críticas e impulsos para la transformación del modelo hospitalocéntrico y de las lógicas manicomiales no surgieron de la postura médico – científica. Emergieron de la comprensión de cómo las condiciones contextuales influyen en el estado de salud de los individuos. Desde la crítica social, se evidenciaron las profundas fisuras de la lógica manicomial. La redefinición de enfermedad mental a sufrimiento mental, así como el reconocimiento de los pacientes con diagnósticos mentales como sujetos de derechos, a través de distintas convenciones internacionales, ha sido un elemento clave para el surgimiento e institución de nuevos modelos de atención entorno a la salud mental.

Uno de los primeros marcos legales que reconoció a los pacientes con diagnóstico mental como sujetos de derecho, fue la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, emitida por La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1971. En esta carta se enunciaba el derecho al trabajo, a atención médica, a vivir insertos en su comunidad, de aquellas personas que presenten retraso mental (ONU 1971). Seguida en 1975 por la Declaración de los Derechos de los Impedidos, en este apartado legal, se reconocía tanto los derechos civiles como políticos, acceso atención médica, a vivir dentro de su comunidad, una vida digna de todas aquellas personas que presenten algún tipo de impedimento ya sea este mental o físico (ONU 1975).

En 1977, se llevó a cabo la Declaración de Hawai. A lo largo de este documento se hace referencia al deber de la psiquiatría de operar más allá lo clasificatorio y centrarse en el ámbito terapéutico. Se señala la importancia de trabajar en equipo, en cuanto a la intervención a realizar con los pacientes; se enuncia la necesidad de informar al paciente sobre la condición que posea y sobre el tratamiento que se le llevará a cabo. Además, se realiza un señalamiento importante respecto de la relación médico paciente:

El psiquiatra nunca debe usar las posibilidades de la profesión para maltratar a individuos o grupos, y nunca debe permitir que sus prejuicios, sentimientos o deseos interfieran con el tratamiento. El psiquiatra no debe participar en el tratamiento psiquiátrico obligado de personas sin enfermedad psiquiátrica. Si el paciente o alguna otra persona solicita acciones contrarias a los principios éticos o científicos, el psiquiatra debe negarse a cooperar. Cuando, por cualquier razón, no pueda actuarse conforme a los deseos o el interés del paciente, se le debe informar (Asociación Mundial de Psiquiatría 1977, 35).

Esta Declaración, que operaba como una guía ética respecto del ejercicio profesional de los psiquiatras, fue actualizada en 1983, en Viena. La Asociación Mundial de Psiquiatría, en 1989 emitió la Declaración sobre Derechos y Protección Legal de los Enfermos Mentales. En ese mismo año, se llevó a cabo la Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental en Luxor. Para 1991 se expidieron los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. En este cuerpo normado, se reconocen las libertades fundamentales, el derecho a una vida en comunidad; las normas de protección a menores; el carácter médico del diagnóstico mental, mismo que no debía basarse en criterios de orden económico, moral o étnico. Se reconoció que ningún paciente puede ser obligado a realizarse un examen médico para ser diagnosticado; se visualizó la importancia del acceso a la medicación y al tratamiento, lo que además implicó señalar que el paciente debía consentir y ser informado respecto de cualquier tratamiento al que fuera a ser sujeto (ONG 1991).

En 1996, la Asociación Mundial de Psiquiatría reactualizó los Requisitos Éticos para la Práctica Psiquiátrica en Madrid. En esta actualización, se volvió a recalcar la importancia de que la relación entre médico y paciente sea una relación basada en el respeto y confianza mutua. Se señaló la obligatoriedad de informar al paciente de todos los por menores que implique su tratamiento. Se indicó que “No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le

rodean” (Asociación Mundial de Psiquiatría 1966, 268). Este documento tuvo una actualización posterior en 2002 en Yokohama, Japón (Ardón y Cubillos 2012).

Además de los acuerdos y consensos antes mencionados, existe una declaración particularmente importante para el Ecuador y los países que conforman la región Latinoamericana. La Declaración de Caracas, firmada en 1990, es considerada uno de los hitos más importantes en la reestructuración de la atención psiquiátrica en los países de Sudamérica y el Caribe. En 1990 la OPS, citó a varias organizaciones, autoridades, profesionales, operarios y usuarios de los sistemas de salud mental a la “Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”.

Esta declaración inicia señalando que “la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (OPS 1990, 1). Ante esto debe considerarse que no solamente la atención en el ámbito de la salud mental estaba siendo reestructurada, sino que a nivel regional se estaba promoviendo, a través de organismos supranacionales como la OMS y la OPS, la descentralización de los servicios sanitarios, y fortalecer los niveles de atención primaria (OPS 1990, 1).

Dentro de este documento, se dedica un apartado para señalar la caducidad de lógica asistencialista sobre la cual operan los hospitales psiquiátricos:

El hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, C) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores (OPS 1990, 2).

La Declaración de Caracas plantea la “revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico” (OPS 1990,3). Lo que implica la creación de nuevos servicios, centrados en una lógica comunitaria y centrados en la promoción de la salud. Dentro de este

cuerpo normado se toman en consideración los criterios bajo los cuales se deben sustentarse los recursos, cuidados y tratamientos brindados a los pacientes mentales:

- a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario (OPS 1990, 3).

Además se señalan las condiciones que deben tener las legislaciones en torno a salud mental de cada país:

- a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento (OPS 1990, 3).

En la Declaración se considera el tipo de formación que debe poseer el personal sanitario misma que debe apuntar a una labor a nivel comunitario. Se especifica la necesidad de que todas las organizaciones inmiscuidas en la Conferencia, se comprometan a abogar activamente por la defensa de los derechos humanos de los pacientes mentales, tanto en función de la normativa nacional de cada país así como de los compromisos internacionales (OPS 1990, 3).

Para el 2005, la OPS y la OMS convocó al “personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares” (OPS 2005, 1) para llevar a cabo la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años Después de Caracas”. Producto de esta convención fueron publicados los Principios de Brasilia, que son una serie de elementos rectores para el desarrollo de la atención en salud en las Américas (OPS 2005, 1).

En los Principios de Brasilia se ratifican los enunciados de la Declaración de Caracas, además se hace hincapié en “El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales” (OPS 2005, 83). En esta línea se recalca la necesidad de generar una atención integral y multidisciplinaria, a través de redes de servicios comunitarios, que operen en remplazo de los hospitales psiquiátricos. El fortalecimiento de la capacidad de respuesta de servicios de

atención primaria; La inclusión de usuarios y familiares en el diseño de los servicios de atención en salud mental; así como la interarticulación de distintos sectores sociales que promuevan la salud mental en la población (OPS 2005, 3) son elementos sustanciales de estos principios.

Para el año 2009, la OPS, lanzó la Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental, a lo largo del cual se señalaban los avances, pero también las dificultades que enfrentaban los sistemas de salud mental a nivel regional. En el documento, se hacía hincapié a la necesidad de pensar la atención en salud mental en el marco de los derechos humanos:

La salud mental es necesaria para poder ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica; al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades es fundamental para las personas con discapacidad mental, quienes tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos (OPS 2009, 7).

Fueron cinco las áreas estratégicas planteadas por el documento. La primera: “Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental”, ubicaba la necesidad de centrar el diseño de políticas a partir de la implementación de un modelo de atención comunitario, así como la estructura de una legislación en salud mental cuyo eje central sea la defensa y garantía de los derechos humanos. Se consideró además el fortalecimiento de servicios de salud mental a nivel de atención primaria y servicios ambulatorios (OPS 2009, 10).

La segunda área estratégica, refería a la “Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez”. En esta área se señalaba la necesidad de apuntar a un nivel de promoción y prevención. Evitando la centralización de la atención a nivel curativo, con el fin de disminuir la carga que representan los trastornos mentales en la vida de la población (OPS 2009, 11).

La tercera estrategia, se relaciona con la “Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones”. Esta estrategia apuntaba a fundamentar los servicios sanitarios

correspondientes a salud mental en condiciones de descentralización, participación, adaptados al contexto social y cultural en el cual vayan a operar (OPS 2009, 12).

La cuarta estrategia tiene que ver con el fortalecimiento y capacitación del personal sanitario. La propuesta apuntaba a que la formación debe difundirse a los distintos agentes comunitarios que participan dentro del campo de la salud mental (OPS 2009, 12). Finalmente, la quinta estrategia, se dirige al “Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental”, señalando la importancia de generar sistemas sanitarios que tengan la capacidad de registrar y producir la información necesaria para apoyar de forma oportuna la gerencia de los servicios sanitarios, y así alcanzar una vigilancia epidemiológica eficiente (OPS 2009, 12).

En 2013 se celebró en Brasilia la Primera Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares, de la cual Ecuador también fue participante. Fueron varias las observaciones realizadas durante esta reunión. Se reconoció que: a pesar de los avances conseguidos a partir de la Declaración de Caracas, aún “gran parte de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares se encuentra destituida de autonomía, de protagonismo y de acceso a los derechos de ciudadanía” (OPS 2013, 1).

El Consenso de Brasilia delineó varias propuestas, direccionadas en distintos ejes. El primero tiene que ver con los derechos humanos. Para alcanzar una reforma a los sistemas de atención de salud mental es necesario que los países cuenten con una legislación que garantice los derechos civiles y políticos de los usuarios. Así también es necesario que existan los medios legales para abolir aquellos espacios en los cuales se vulneren los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental (OPS 2013, 2).

En referencia a las políticas de salud mental, el Consenso propuso la necesidad de evaluar la red de salud mental a nivel intersectorial y adecuarla para que opere a nivel comunitario. Se sostuvo la necesidad de generar dispositivos que presten servicios de salud mental en reemplazo de los hospitales psiquiátricos; La creación de políticas públicas que promuevan la participación de familiares y usuarios, y; Garantizar el acceso a residencias terapéuticas (OPS 2013, 2).

El Consenso consideró la participación ciudadana como un elemento clave en la prestación de servicios de salud mental en el marco de los derechos humanos. Se propuso como elemento clave, el fortalecimiento de asociaciones de usuarios, así como la promoción de espacios de intercambio entre los distintos sectores que operan en torno a salud mental. El último eje de propuestas del Consenso fue el derecho al trabajo, por medio del diseño de políticas de inclusión económica y mecanismos que promuevan a la inclusión de los usuarios de los servicios de salud mental en el mercado laboral (OPS 2013, 2).

2.6. Aproximación al modelo de atención comunitario en salud mental

Los cuestionamientos a modelos de atención inscritos en un paradigma eminentemente biomédico, el impulso a programas de atención primaria por organismos supranacionales, así como los avances en torno a derechos humanos y salud, impulsaron la superación de lógicas biologicistas en el campo de la salud mental. La dimensión de lo social adquirió particular relevancia para la investigación epidemiológica, el planteamiento de la existencia de determinantes sociales como factores cruciales para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, sentaron los antecedentes para la construcción de modelos de atención comunitarios (Alarcón 2012, 512-516).

Los modelos de atención a nivel comunitario, están alineados a un paradigma de comprensión de la salud biopsicosocial. Los procesos de salud y enfermedad, lejos de explicarse desde un orden estrictamente biológico e individual, obedecen a un orden grupal y colectivo. Tanto la salud como la enfermedad son procesos que están atravesados por condicionantes económicas, sociales, educativas y territoriales; por condiciones que traspasan al sujeto y a su núcleo familiar, por condiciones que tienen que ver con una dimensión estructural.

La lectura de los procesos de la salud mental desde una perspectiva biopsicosocial, e inserta en un modelo comunitario, puede rastrearse desde la década de 1960, con Swampscott. Quien planteó la necesidad de desamurallar la comprensión de la enfermedad mental y situarla en la comunidad. Quienes comenzaron a trabajar en función de esta propuesta fueron progresivamente dándole más jerarquía a la promoción de la salud, con lo cual se desdibujaron los artificiales límites entre lo biológico y lo psicológico: la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser solo salud, también dejó de ser un problema individual, para convertirse en uno conflicto social (Soforcada, Lellis y Mozobancyk 2010).

El modelo de salud mental comunitaria (SMC) emergió no como una modernización o refinamiento del paradigma (biomédico) o el modelo (hospitalocéntrico). Más bien, se instituyó a partir de una crítica profunda no solo médica, sino política y social sobre las formas de atención gestadas en el campo de lo mental. Quizá es precisamente esta condición de origen, que al conjugar distintas disciplinas y campos de acción, propició que la SMC, se plantee como un modelo que tiene un carácter polisémico, y heterogéneo, caracterizado hasta la actualidad por ser un “campo de intervención interprofesional, interdisciplinario, intersectorial, que tiende a la articulación de aportes de diversas prácticas y teorías” (Baffo y Onocko 2017, 59).

No existe un momento específico que determina la trayectoria del modelo comunitario en el campo de la salud mental. Sin embargo y en términos generales, así como el surgimiento del hospicio y del hospital psiquiátrico junto con la lógica asilar que les caracteriza, se sitúa entre 1880 a 1955. Periodo determinado por la edificación de grandes hospitales ubicado lejos de las poblaciones de las cuales receptaban a sus internos (Thornicroft, y otros 2011, 6-11).

Se registra un segundo momento, luego de la segunda mitad de la década de los cincuenta. Este periodo se encuentra marcado por la conformación de servicios de salud mental ambulatorio y el desarrollo de servicios a nivel preventivo, instalados dentro de las poblaciones a las que atendían. Un último momento respecto del enfoque comunitario se reconoce tras la incorporación de un enfoque de atención basado en la evidencia, que ha equilibrado e integrando elementos de los servicios comunitarios y hospitalarios (Thornicroft, y otros 2011, 6-11).

La diversidad de experiencias comunitarias en el campo de lo mental, ha implicado que no exista una forma única que responda a la descripción del modelo atención en salud mental con orientación a lo comunitario. Sin embargo, en términos generales, son varios los elementos que caracterizan al modelo de atención comunitario. Uno de sus ejes centrales, apunta a la priorización de la atención extra hospitalaria, descentralizada, y diversificada de los servicios sanitarios (García 1990, 56). La descentralización de los servicios implica la identificación y distribución por áreas demarcadas de los recursos sanitarios. Esta demarcación debe apuntar a las particularidades y necesidades de la población que conforma un área de acción (García 1990, 58).

La posibilidad de operar en salud mental de manera extra hospitalaria y descentralizada, exige la coordinación intersectorial entre entidades gubernamentales. Es fundamental que el gobierno central incentive la participación de los distintos sectores de política dentro del diseño de las políticas de salud mental. Operar desde un modelo comunitario implica que otros sectores de política, además del sector salud, estén vinculados y trabajen de forma conjunta en las políticas, planes y programas de salud mental (OMS 1990).

El modelo comunitario también hace referencia al personal sanitario. En apartados anteriores se ha recalcado que el modelo hospitalocéntrico, al centrarse en el lugar de lo patológico, consideraba exclusivamente al médico especializado en psiquiatría, como el único llamado a intervenir en el campo de la salud mental (García 1990, 58). Al contrario, el modelo comunitario, al plantear una perspectiva interdisciplinaria, amplía el espectro de profesionales que deben considerarse en el ámbito de la salud mental. Una de las explicaciones respecto de la ampliación del espectro de profesionales, es que es más fácil romper con las brechas de acceso a tratamiento y propiciar una intervención a nivel preventivo cuando el personal sanitario consigue realizar de forma eficiente entrevistas y asesoramiento que posibilite la identificación del malestar psíquico en los primeros peldaños de los servicios de salud. En este sentido, el campo de la salud mental no considera exclusivamente al personal psi (psicólogos, psiquiatras) como elementos fundamentales dentro de su área de intervención, sino que incluye a médicos generales, enfermeras, técnicos y promotores de salud, como elementos indispensables para la detección temprana de casos que requieran de atención y remisión a servicios especializados. Por tanto “el adiestramiento de los agentes de atención primaria en técnicas de relación interpersonal los capacita para movilizar grupos de autoayuda y apoyo mutuo en la comunidad” (OMS 1990, 80).

La importancia de fortalecer las capacidades diagnósticas en el ámbito de lo mental por parte personal general de salud reside en que cuando no logra hacerse una detección eficiente respecto de los síntomas que obedecen a lo psíquico, se suelen hacer:

(...) exploraciones repetidas y costosas sobre la causa física de los síntomas, se administran muchos medicamentos ineficaces y caros, y se manda a los enfermos a distintos servicios de salud, en una búsqueda infructuosa de tratamiento eficaz. De ese modo se desperdician recursos que escasean y se dan a los enfermos fármacos que no les sirven de nada e incluso

pueden crearles dependencia y agravar sus problemas mentales y emocionales (OMS 1990, 87).

La capacitación del personal sanitario general es indispensable, porque genera las condiciones propicias para un diagnóstico temprano; una adecuada remisión de pacientes a servicios especializados de salud mental; e implica un ejercicio de cuidado al personal que opera en servicios de atención de salud general. Cuando el personal de salud no tiene conocimientos básicos sobre trastornos mentales, puede presentar sentimientos de angustia, desamparo y ansiedad (García 1990, 58). Cuestión que refuerza la existencia de estigmas respecto de los trastornos mentales dentro de los servicios hospitalarios, y ahonda prácticas de exclusión a pacientes que requieren el uso de servicios de salud mental especializados.

Desde una perspectiva comunitaria, es necesario que los familiares del paciente accedan a asesoría y seguimiento. Debido a que las enfermedades mentales usualmente presentan condiciones crónicas, es decir prevalencia en el tiempo. Por lo que pueden representar para los miembros de la familia o cuidadores, situaciones de estrés y desgaste. En otros casos, el desconocimiento, el estigma y el temor respecto de la enfermedad mental, pueden implicar que: cuando “el trastorno es agudo, aunque desaparezca con el tiempo puede persistir el rechazo de la comunidad, debido al temor a que reaparezca” (OMS 1990, 87).

Una forma de comprensión, que operacionaliza y presenta al modelo comunitario de forma esquematizada, es el enfoque de atención equilibrada. Este enfoque implica reconocer la importancia de que en el ámbito de la atención integral en salud mental se requiere de la prestación de servicios a nivel comunitario y también a nivel hospitalario (Thornicroft, y otros 2011).

La combinación de estos servicios debe obedecer a la identificación de las necesidades específicas de cada territorio. El enfoque de atención equilibrada plantea que los servicios de salud mental deben basarse en los siguientes principio: Los servicios de salud mental deben prestarse dentro de la comunidad; deben proporcionarse intervenciones para discapacidades y síntomas; los tratamientos deben establecerse en función de los requerimientos individuales de cada usuario; los servicios tienen que reflejar las prioridades de los usuarios; y deben existir servicios ambulatorios y permanentes (Thornicroft, y otros 2011).

De forma pragmática, este modelo plantea que los servicios de salud mental deben operar en entornos cercanos a las localidades a las cuales se dirigen. Deben apuntar a la reducción de estancias hospitalarias tanto en número como en el tiempo de duración de las mismas, a partir de esta disminución progresiva, destinar un mayor presupuesto a aquellos servicios que trabajan a nivel comunitario, respecto de los servicios hospitalarios (Thornicroft, y otros 2011).

Dentro de la propuesta desarrollada por este enfoque, existen recomendaciones específicas que se realizan a los sistemas sanitarios en función del grado de recursos de los países. Es así que se plantea que, en los países de bajos recursos, el objetivo debe apuntar a optimizar la capacidad de los centros de atención de primaria para la presentación de servicios de salud mental, a través de un respaldo de especialistas. Es así que las evaluaciones de salud mental, así como los tratamientos deberían lograr gestionarse de forma mayoritaria en centros de atención de primer nivel (Thornicroft, y otros 2011).

En escenarios de recursos medios, se recomienda que además del fortalecimiento de los centros de atención de primer nivel:

(...) se puede desarrollar una capa adicional de servicios generales de salud mental para adultos. Consiste en todas las siguientes cinco categorías: clínicas ambulatorias / ambulatorias; equipos comunitarios de salud mental; servicios agudos de hospitalización; atención residencial basada en la comunidad; y servicios de trabajo, ocupación y rehabilitación (Thornicroft, y otros 2011, 159).

Finalmente, en los países de altos recursos, se recomienda que además de los puntos anteriores, se implementen otros servicios especializados en salud mental,

Estos pueden incluir, por ejemplo, clínicas ambulatorias y ambulatorias especializadas, equipos asertivos de tratamiento comunitario, manejo intensivo de casos, equipos de intervención temprana, equipos de resolución de crisis, alojamiento para crisis, atención residencial comunitaria, hospitales de día agudo, hospitales de día, centros de día no médicos y recuperación / empleo / servicios de rehabilitación (Thornicroft, Semrau, y otros 2011, 71).

El desarrollo del modelo de atención comunitario en el ámbito de la salud mental ha obedecido a impulsos originados del ámbito político, social. En este modelo, la comprensión del paciente como sujeto de derechos, así como la aplicación de lógicas de descentralización de los servicios sanitarios y de priorización de los niveles de promoción y prevención en salud han sido elementos fundamentales.

No existe una vía única para la implementación de modelos de atención en salud mental comunitaria, sino más bien, las estrategias han sido adaptadas y desarrolladas en función de los contextos de implementación. En los que influyen factores como el nivel de ingresos de los países y la trayectoria de los servicios previos.

Capítulo 3

Políticas públicas de salud mental en Ecuador: 1930 - 2018

El objetivo de esta investigación es analizar los factores que explican la permanencia del modelo hospitalocéntrico en la política pública de salud mental en Ecuador. Para alcanzar este objetivo se ha realizado un proceso rastreo documental, exploración de archivo, recopilación de entrevistas a hacedores de política, búsqueda de instrumentos normativos, y revisión de fuentes secundarias vinculadas al campo de las políticas públicas de salud mental en Ecuador. El propósito inicial de esta búsqueda fue responder a la pregunta de investigación: ¿Qué factores explican la permanencia del modelo hospitalocéntrico en la política pública de salud mental en Ecuador? Así también, fue poner a prueba la hipótesis siguiente: La prevalencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de atención de salud mental, proviene de una temprana institucionalización de este modelo dentro de la política. Cuestión que posibilitó al modelo hospitalocéntrico desarrollar mecanismos de reproducción institucional, que han reforzado su presencia en este sector de política hasta la actualidad.

La hipótesis que se pone a prueba a lo largo de esta investigación, tiene un carácter teórico, al sostener que las políticas públicas están sujetas a una condición de dependencia al sendero. Lo que implica que el punto de inicio (coyuntura crítica) de una política es crucial, porque determinará su trayectoria. En el caso de estudio, esto implicaría que, en Ecuador, la permanencia de un modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental obedecería a la temprana institucionalización del mismo. Lo que habría desencadenado una serie de estructuras de persistencia que permitieron la permanencia del modelo hospitalocéntrico, en tanto institución, hasta la actualidad.

En este escenario se ha optado por presentar los resultados de investigación en base a los componentes del esquema de Mahoney (2001), mismos que detallan los eslabones que conforman el esquema de estructura de la dependencia al sendero. A lo largo de este acápite se contrastará el esquema teórico y la hipótesis planteada inicialmente, frente a los hallazgos encontrados en el trabajo de campo.

Capítulo 3

Aspectos preliminares

Durante la colonia española, Quito fue uno de los polos económicos de la Real Audiencia, “la mitad de su población estaba constituida por indigentes, pordioseros, mendigos, huérfanos y personas con trastornos mentales” (Zuñiga y Riera 2018, 35). Juan José de Villalengua, presidente de la Real Audiencia, junto con el Obispo Blas Sobrino y Minayo fundaron el hospicio y manicomio Jesús, María y José en 1785 (Zuñiga y Riera 2018, 39). La función de este establecimiento era mantener el orden público a través del control social de quienes representaban una amenaza para las costumbres de la época (Peñaloza 2005, 98).

Aunque el apareamiento de los hospicios en Ecuador data desde antes de la consolidación de la República, no fue sino hasta 1933, que se encuentran los primeros estudios relacionados con el ámbito de la enfermedad mental, a través de la inclusión de la cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UCE (Guarderas 2005 en Ramírez 2011, 334). La brecha existente entre el apareamiento de los asilos, respecto del surgimiento de la psiquiatría como una rama médica, hace que sea posible afirmar que:

La psiquiatría es la ciencia en cuyas prescripciones se incluye la posibilidad del internamiento. El hospicio ya estaba ahí tanto en el Ecuador como en el resto del mundo, es más viejo y más poderoso que la misma psiquiatría y son sus lógicas arraigadas de encierro las que han moldeado la psiquiatría a su conveniencia (Ramírez 2011, 346).

Aunque el objetivo central de este trabajo no fue identificar por qué la enfermedad mental ha sido tratada a partir de la exclusión, el encierro y la marginación, en distintos regímenes políticos y bajo diferentes paradigmas de comprensión. Se recalca que las políticas públicas de salud mental, han sido instituid tras la pesada herencia de una lógica asilar – manicomial, que está atravesada por prácticas y narraciones que datan de mucho antes de la institución del Estado nacional y del surgimiento de la psiquiatría como práctica médica.

3.1. Antecedentes

Los antecedentes son factores históricos que delimitan las opciones previas al proceso de institucionalización de una política (Mahoney 2000). En este estudio de caso, los antecedentes

son aquellas prácticas, narraciones y reglas que operaron en torno a la atención de la enfermedad mental, antes de que esta temática se instituyera en un problema de salud pública. A finales del siglo XIX, con la revolución liberal, el Estado comenzó a asumir la administración de los servicios de salud. Lo que generó una mayor diferenciación entre el rol de la iglesia y del Estado. Esto implicó que, al menos parcialmente, tanto el gobierno central como los locales empezaran a gestionar el manejo de los establecimientos de salud, antes regentados exclusivamente por la iglesia. Esta transformación impulsó un cambio en el carácter de la atención en salud. Se implementaron las Juntas de Beneficencia en varias ciudades del país: Quito, Latacunga, Babahoyo y Cuenca. Estas organizaciones fueron un primer intento estatal por asumir la prestación de servicios de salud para la población (Rodas 2011, 8).

Este entretelón fue seguido por la Revolución Juliana (1925), que implicó cambios esenciales en la comprensión de la responsabilidad rol estatal frente a los fenómenos de salud y enfermedad de la población (Rodas 2011, 13). Además, impulsó la introducción del discurso médico en la atención a la enfermedad. Durante la década de 1930, inició la inserción del discurso médico - psiquiátrico en Ecuador. El periodo temporal que delimita los antecedentes en este estudio de caso data desde 1934, con la fundación de la cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UCE; Hasta 1963, año previo al surgimiento del MSP como órgano rector en la prestación de los servicios de salud en el país.

Se ha seleccionado este intervalo de tiempo (1934 – 1963) como antecedentes, en tanto que: la fundación de la cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UCE, implicó el reconocimiento la enfermedad mental como un objeto de estudio y de intervención de la práctica médica y científica en el país. Se ha escogido 1963 como el año de finalización de los antecedentes de la política, debido a que este es el año que precede a la constitución del MSP en Ecuador.

La presencia del MSP tiene particular importancia en el sector salud, pues marcó un hito en la organización y prestación de servicios de salud dentro del país. La construcción del MSP, es planteada dentro de esta investigación como una coyuntura crítica para el sector de la salud pública, al representar un punto de quiebre en el devenir de las políticas sanitarias del país. Los elementos rastreados durante este eslabón son las narraciones, prácticas y reglas que atravesaban la atención de la enfermedad mental durante la época (1930 – 1963). Estos

elementos pueden dar cuenta del modelo de atención preexistente a la institucionalización de la política de salud mental.

3.1.1. Reglas 1930 – 1940

La normativa encontrada dentro de la época es escasa, y está inserta en el campo médico legal. Hace referencia a la declaración de incapacidad civil del denominado demente, señalada por el Código Civil: “Art. 445. El adulto que se halla en estado habitual de demencia, deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos.” Dentro del Código Civil también se hacía referencia a la declaración de interdicción del “alienado” o del “débil mental”.

Art. 449. El Juez se informará de la vida anterior y conducta habitual del supuesto demente y oirá el dictamen del facultativo de su confianza, sobre la existencia y naturaleza de la demencia. Pero no podrá decretar la interdicción, sin examinar personalmente al demandado, por medio de interrogatorios conducentes al objeto de descubrir el estado de su razón (Flores 1933, 374).

Además de estas disposiciones existen dos artículos particularmente llamativos. El primero hace referencia a las condiciones bajo las cuales puede llevarse a cabo la internación del demente, señalando que:

Art. 455. El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras, a solicitud del curador, o de cualquiera persona del pueblo, se obtenga autorización judicial para cualquiera de estas medidas (Flores 1933, 76).

A pesar de lo estipulado en el Código, en relación a la privación de la libertad del demente, las prácticas se contraponían a lo legislado. En los apartados subsiguientes se señalaba que, una práctica común era que las estancias de los pacientes dentro de los hospicios tiendan a ser prolongadas. Los pacientes que eran internados, lejos de tener un curador que vele por su bienestar, solían enfrentarse a un escenario de marginación y estigma. Aunque dentro del artículo se considere la figura del curador como responsable de presentar la solicitud para el internamiento del paciente y velar por los bienes del mismo durante su estancia en el hospicio.

Los pacientes solían llegar al manicomio llevados por la policía, al encontrarse en condiciones de mendicidad.

En efecto, nuestro Manicomio u Hospicio, en Quito, el Lorenzo Ponce, en Guayaquil, son los únicos establecimientos oficiales destinados a aliviar y curar alienados, o proteger ancianos y dar sustento y amparo a los inválidos y abortos de la naturaleza, la mayoría de los cuales sufren las desastrosas consecuencias de la herencia vesánica y viciosa de sus progenitores (Flores 1933, 375).

3.1.2. Narraciones 1930 - 1940

En 1933 la Facultad de Medicina de la UCE abrió la especialidad de psiquiatría. En 1934 la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil aperturó la cátedra de psiquiatría dentro de sus planes de estudio. A raíz del surgimiento de esta cátedra, se han encontrado las primeras investigaciones psiquiátricas del Ecuador, publicadas en los Archivos de la Facultad de Medicina de la UCE. En esta documentación se logran identificar narraciones, prácticas e ideas prescriptivas en torno a las formas de atención, aproximación y comprensión de lo que en ese entonces era denominado como: debilidad y enajenación mental.

En el capítulo anterior se había señalado que una de las características del modelo biomédico era una aproximación hacia los fenómenos de la salud desde una postura biologicistas. Según la cual, los fenómenos de salud y enfermedad se comprenden de forma escindida respecto de factores sociales, culturales, económicos y políticos, centrándose exclusivamente en el análisis de elementos estrictamente orgánicos.

En esta línea se encuentran varios trabajos, que obedecen a la producción académica de la época. Se han rastreado lecturas estrictamente organicistas y mecanicistas respecto del estudio de lo mental. Se ha identificado que, durante la década de 1930, el término enfermedad mental no era acuñado todavía, en substitución se empleaba la nominación de: Debilidad mental. Se encuentran afirmaciones como la siguiente: “En cuanto a los débiles mentales, éstos casi siempre son congénitos (Flores 1933, 345). Esta aseveración, implica que la enfermedad mental era comprendida como un fenómeno de origen estrictamente orgánico y genético. Pese a la lectura organicista respecto de la enfermedad mental, este tipo de formulaciones se entremezclaban a su vez con un orden moral:

En efecto, nuestro Manicomio u Hospicio, en Quito, el Lorenzo Ponce, en Guayaquil, son los únicos establecimientos oficiales destinados a aliviar y curar alienados, o proteger ancianos y dar sustento y amparo a los inválidos y abortos de la naturaleza, la mayoría de los cuales sufren las desastrosas consecuencias de la herencia vesánica y viciosa de sus progenitores (Flores 1933, 348).

En este mismo orden, la idea de “profilaxis mental”, al sostenerse en la presunción de que la debilidad o alienación mental obedecían a una causa congénita, tenía implicaciones por sobre todo jurídicas y morales. Es así que la “profilaxis mental” se basaba en el impedimento del matrimonio entre “individuos con taras orgánicas” (Flores 1933, 350).

La profilaxis mental y su labor debe referirse especialmente a evitar el nacimiento de niños cuyos progenitores presentaron un defecto en su organización mental; así como debería impedirse el matrimonio de individuos con taras orgánicas, que pueden ser transmitidas a sus descendientes (Flores 1933, 353).

Además de lecturas que atañen únicamente a lo orgánico como explicación de la alienación mental. Se identifica la utilización de términos propios de la psiquiatría moderna para la comprensión de los síntomas de los sujetos:

Para Kretschmer, existen dos tipos principales, los cicloides o circulares y los esquizoides. Bleuler conoce estos dos grandes grupos con los nombres de sintónicos y esquizoides y según él, estos tipos no significan otra cosa que modos de reacción que coexisten en el mismo individuo, pero que el predominio en él, de una u otra modalidad, daría lugar a una polarización en el sentido, ya sea sintónico o ya esquizoide (Solis 1933, 327).

Se encuentra también la introducción de otras categorías diagnósticas y nominaciones médicas destinadas a la clasificación de los enfermos mentales:

La prueba de la emoción experimental la hemos hecho en veinte enfermos mentales del Hospicio de Quito: 9 de epilepsia, 6 de esquizofrenia y 5 de psicosis maniaco-depresiva; habiendo empleado para provocarla 1 c. c. de solución al milésimo de adrenalina, aplicada subcutáneamente (Alvarez 1933, 226).

En medio de aproximaciones organicistas y la introducción de categorías clínico - psiquiátricas para la clasificación de los pacientes. Se rastreó el intento de aplicar métodos de estudio experimentales. Es así que, sobre los estudios realizados por el Dr. Julio Endara, renombrado psiquiatra de la época, se señalaba que “utiliza métodos experimentales y verificación de los fenómenos a través de la comprobación experimental” (Rodríguez s.f., 89).

La introducción de estos elementos, implicó una nueva forma de aproximación sobre la figura del enfermo mental. Con el discurso médico, la enfermedad mental dejó de ser la representación de la voluntad divina, para convertirse en objeto de experimentación científica:

El hecho de experimentar con individuos anormales ofrece serios inconvenientes y grandes dificultades, ya que no son dóciles, o sí lo son, no toman en cuenta todas las advertencias que se les hacen, o las olvidan, y el momento menos pensado hablan, contraen sus músculos, ejecutan movimientos, todo lo cual influye en él trazado neumo y esfígmográfico, no pudiendo ser exacto el número de pulsaciones ni respiraciones, por unidad de tiempo, y variando el carácter mismo de la gráfica (Ballesteros 1933, 260).

Para la época el único lugar de tratamiento de los “débiles mentales” eran los psiquiátricos, que eran regentados por la Asistencia Pública. En documentos de la época, se encontró un escrito que señalaba de forma prescriptiva cómo debería ser el funcionamiento de estos servicios. Este documento hacía referencia a varios elementos, como: la importancia de una pronta clasificación diagnóstica, el inicio temprano del tratamiento y las formas de intervención:

La asistencia de los psicópatas debe ser precoz, en cuanto ingrese el enfermo al asilo y a ser posible antes de su ingreso. En cuanto a los enfermos agudos, su tratamiento debe ser precoz, intenso, ya que de estos días depende muchas veces la curación del enfermo, su reingreso a la sociedad y el evitar que pase a la cronicidad; para ello se necesita el auxilio indispensable del laboratorio y los gabinetes especiales para esta clase de investigaciones. Establecido de manera cierta y segura el diagnóstico, se podrá aplicar una terapéutica apropiada y dar normas para el tratamiento familiar o fuera del asilo (Flores, 1933, 345).

Se observa además un intento de que la enfermedad mental sea tratada por médicos especialistas. Asociándose a los postulados de la cura moral, se planteaba la necesidad de que

el manicomio u hospicio sea reemplazado por un hospital psiquiátrico moderno, que presente el ambiente propicio para dotar los estímulos adecuados para el restablecimiento de la salud del paciente.

El trabajo es el mejor medio de tratamiento y curación de los alienados, a condición de que sea reglamentado, aplicado y dirigido por el médico especialista; especialmente el trabajo al aire libre, a pleno sol y con la alegría de la naturaleza, en labores agrícolas, fatigan el sistema muscular y reposa el sistema nervioso y facilitan el sueño. De lo dicho se desprende la urgente necesidad de anexar granjas, talleres, a los asilos, para dar trabajo a los asilados; de gabinetes de labores manuales para hombres y mujeres, de costura, bordado, lavanderías, obras de arte, obras de práctica diaria en la vida del hogar (Flores, 1933, 348).

Finalmente, y en este orden prescriptivo se enuncia la importancia de que el paciente permanezca el menor tiempo posible en internación:

El alienado debe salir lo más pronto posible del asilo, para que se haga más fácilmente la adaptación a la vida social, despertar su inteligencia y ejercitar sus facultades adormecidas por el Flores 1933, 349).

La minimización del periodo de internamiento del paciente mental, era recomendable en tanto permitiría lo que en la época se llamaría: Tratamiento extramanicomial, mismo que pretendía precautelar el:

(...) porvenir social del enfermo, dotándole, en lo posible, por medios científicos y de reeducación apropiados, de los medios necesarios para que, a la salida del asilo, pueda emplear en provecho propio y de la sociedad sus deficientes aptitudes mentales y físicas (Flores, 1933, 360).

Desde esta lectura, el tejido social del cual provenga el paciente tiene un rol pasivo. En tanto que la pretensión última, es que el paciente mental logre tener las herramientas necesarias para adaptarse a su medio.

3.1.3. Prácticas 1930 – 1940

Aunque en la década de 1930, se observa la inserción de terminologías médicas y técnicas científicas para el estudio sobre la enfermedad mental. Las prácticas realizadas dentro del hospicio distaban de alinearse con el nuevo pensamiento científico positivista. Durante esta década, el lugar destinado a la atención de la enfermedad mental era el hospital psiquiátrico. Sin embargo, el espacio de los hospicios y manicomios, no se alineaba a las modernas prescripciones médicas sobre los hospitales psiquiátricos. Sobre el Manicomio San Lázaro, un psiquiatra de la época señalaba:

Cuartos estrechos, oscuros y húmedos, que semejan las clásicas celdas de criminales; un pobre y duro lecho que sirve para el descanso corporal de aquellos espíritus atormentados por su desgracia: su sistema antiguo de construcción no presta las comodidades suficientes a las necesidades actuales por el hacinamiento y a mezcla heterogénea de los asilados; ni un aliciente moral para su curación, ni un halago que les recuerde su primitivo estado de libertad (...) Una vetusta y antiguada casa sirve en la actualidad de albergue y refugio a este crecido número de seres desgraciados y castigados duramente por la naturaleza; casa colonial, que no reúne ni las más elementales condiciones de higiene, ni está adecuada, siquiera medianamente, para realizar, como se anhela, la alta finalidad a la que se halla destinada (Flores 1933, 340).

La escasez es una condición permanente dentro del hospicio. Este tipo de edificaciones, al mantener a sus internos reclusos de forma permanente, deben encargarse de solventar todas sus necesidades de: vestimenta, alimentación, medicina y hasta recreación. El sistema asilar, dadas sus características, representa una incesante demanda de recursos. Cuestión que, si es situada en la crisis económica de la época, junto con la invisibilidad que la Junta de Asistencia le otorgaba en el hospicio, el escenario que emerge es desolador

Casos hemos visto que un sólo vestido, aquél con que entró el enfermo a su aislamiento, lo lleva puesto durante largos años, sin poseer otra prenda para sustituirla; se conseguiría así laborar eficientemente por la higiene corporal y desaparecería el desagradable y triste cuadro de ver deambular por los corredores del claustro enfermos semidesnudos, sucios, harapientos, heterogéneamente vestidos, contribuyendo así a aplastar y deprimir más su pobre espíritu, ya de suyo dislacerado y sangrante por sus dolencias. No es tarea difícil, y sobre todo, de grave costo, el proveer a cada asilado de los útiles necesarios para la higiene diaria: un cepillo de dientes, una peinilla, un jabón, etc.; costumbre descuidada completamente en nuestros

Hospicios, por la falta de los útiles necesarios, que repito se los podría conseguir con el costo de unos pocos centavos al año (Flores 1933, 311).

Durante la década de 1930 y en concordancia con los postulados de la cura moral, el hospital psiquiátrico de forma descriptiva era comprendido como un dispositivo fundamental, para el restablecimiento de la salud de los pacientes. En sus instalaciones, los pacientes deberían contar los estímulos ambientales adecuados para alcanzar su recuperación. Sin embargo, en la práctica, el hospital distaba de enmarcarse en la imagen ideal que se requería para el cumplimiento de esos propósitos.

(...) el actual edificio con ningún aliciente para recreo de los asilados, el patio es estrecho y en él tienen que acomodarse cientos de enfermos, mezclados heterogéneamente entre agudos y convalecientes. Cada celda no excede de tres metros de largo, por dos de ancho, y en ella se alojan a veces dos enfermos. El hacinamiento es enorme y el número de enfermos excede con mucho a las comodidades materiales que presta la defectuosa construcción del edificio, pues a él acuden enfermos de casi todos los lugares de la República, con excepción talvez de las provincias australes, que acuden al de Guayaquil (Flores 1933, 353).

Durante esta década, el hospital psiquiátrico presentaba otra particularidad importante. Los internos no solían llegar por voluntad propia o una remisión médica. Eran traídos mayoritariamente por la policía, o familiares que sentían que la conducta del futuro paciente era una amenaza para sí mismo o para otros. “De ahí la intervención policial antes que médica y de ahí también que la Psiquiatría desarrolle en esta década en el Ecuador la vertiente legal y criminalística” (Landazuri 2008, 178).

Aunque en párrafos anteriores se señaló que desde la narrativa médica se apelaba por la disminución de tiempo de internación de los pacientes, en cuanto a las prácticas, se encuentran hallazgos de otro tipo:

Refería que un enfermo esquizofrénico que fue admitido en su clínica en 1924, ya lleva 14 años siendo mantenido en la institución y que aún por la edad que tiene y por su calidad de crónico, le quedarían otros 14 años más para continuar siendo sólo mantenido, ya que su posibilidad de salida era muy remota (Cuesta 2003, 93).

El extracto antes señalado describe una situación nada excepcional. En los Archivos de Criminología y Neuropsiquiatría, dirigidos por el Dr. Julio Endara en 1938, se relata:

... la mayor parte de los pacientes de nuestros asilos, no hospitales psiquiátricos, se han vuelto crónicos, (algunos pacientes permanecen en ellos desde hace más de treinta años), porque hasta hoy ha sido imposible conseguir que nuestra asistencia pública considere la gravedad del problema y consecuentemente solucionarlo” (Cuesta 2003, 98).

Tales eran las condiciones de precarización en las que operaban los médicos y en las que eran atendidos los pacientes dentro de los hospicios. Que lejos de empezar a implantarse un modelo hospitalocéntrico en estricto rigor, desde la propia práctica psiquiátrica se reconocía que: “debido a la extrema miseria de medios para atenderlos, el ingreso a estos asilos equivale para los enfermos a su pérdida definitiva” (Endara 1938, En Cuesta 2003, 101).

Los estudios de la época, además de relatar las precarias condiciones en las que se desarrollaban las prácticas médicas dentro de los psiquiátricos. Se hallan indicios sobre las prácticas sociales que enfrentaban aquellos internos que eran dados de alta del hospital psiquiátrico.

Actualmente un asilado que ha tenido la fortuna de curar de su enfermedad, sale a la calle y se encuentra con el irresoluble problema de su alimentación. Es un mendigo; esta situación, aparte de las secuelas de su enfermedad, le enloquece, atormenta su espíritu y sangra nuevamente la herida recién cicatrizada, se da cuenta de la realidad de su situación y cae fácilmente en la desesperación, que coadyuva a la aparición de nuevos síntomas morbosos o a la regresión de su enfermedad. Sus parientes ya no se acuerdan de él y la sociedad, con un criterio inhumanamente erróneo, cree que el loco es siempre loco y sigue siendo un individuo inútil y peligroso para ella; le abandona con este estigma y se muestra cruel y egoísta con él (Flores 1933, 358).

Existen relatos de finales de la década que explicitan el abandono al cual se sujetaban los hospitales psiquiátricos. En un escrito de 1938 del Dr. Julio Endara, quien en ese entonces fungía como director del Hospicio San Lázaro señalaba que: “nuestra asistencia pública hoy como hace cincuenta años, mira con perfecta indiferencia e incompreensión el problema de la asistencia de los enfermos mentales” (Cuesta 2003, 102). En medio de estas condiciones ya

desde la década de 30, se planteaba la necesidad de reemplazar los hospicios – manicomios por hospitales psiquiátricos. Es en torno a la necesidad de la construcción de un hospital psiquiátrico, que posibilite la introducción de las propuestas médicas de la época, que giraron las acciones de los actores relacionados con el ámbito psiquiátrico entre 1940 y 1960.

3.1.2. Conflictos entre actores: Prácticas y narraciones 1940 – 1960

Entre 1940 y 1960 hay una significativa disminución del material académico encontrado. Tampoco se lograron rastrear cuerpos normativos que permitan identificar los modelos de atención vigentes de ese entonces. Sin embargo, hay evidencia de un conflicto central, que inició en la década de 1940 y se prolongó hasta inicios de 1960. La construcción de un nuevo hospital psiquiátrico, que reemplazara al hospicio – manicomio de Quito y sobre lo cual giraron constantes demandas, desde el sector médico psiquiátrico hacia la Junta de Asistencia Pública, organismo encargado de las políticas filantrópicas de la época. Para dar cuenta de este conflicto entre actores, se ha decidido no segmentar la información entre prácticas, narraciones y reglas sino más bien, contar los sucesos y hacer las interpretaciones necesarias, a lo largo de la descripción de los mismos.

Entre finales de 1930 e inicios de 1940, actores como: Julio Endara, Carlos Alberto Arteta y Alberto Correa, psiquiatras de la época, junto con varios colegas, señalaban a la Junta de Asistencia de Quito, la necesidad de construir un nuevo hospital psiquiátrico en los terrenos de la Hacienda El Rosario en Cotacollao (Landazuri 2008, 256). Para reemplazar al Hospicio – Manicomio San Lázaro, en el que se brindaba atención psiquiátrica a pacientes, al tiempo que operaba como una suerte de asilo permanente para indigentes y mendigos.

El fin último de esta petición, era contar con una edificación que presente las condiciones óptimas para el tratamiento de los pacientes. Tras su insistencia, el gremio de médicos logró ser llamado a una reunión con los miembros de la Junta de Asistencia Pública, para prestar asesoría sobre la construcción del nuevo hospital. Sin embargo, estas reuniones no condujeron a decisiones, sino hasta varias décadas después y tras importantes modificaciones al proyecto inicial (Landázuri 2008, 261).

Para 1940 los servicios de atención psiquiátrica seguían ocupando un lugar marginal frente a la Junta de Asistencia (Landázuri 2008, 262), que no atendió las demandas de Fernando

Cáceres de la Torre, quien fungía como director del Manicomio San Lázaro. Él, a través de una insesante correspondencia, denunciaba ante la Junta las desesperantes condiciones en las que habitaban los internos y laboraban los trabajadores del manicomio.

Es vergonzoso que lo diga, pero el Sr. Director debe convenir conmigo, que respecto a la asistencia de los enfermos mentales estamos en la misma situación que hace 100 años: el edificio que sirve de alojamiento de alienados, la criminal confusión que se hace de enfermos mentales con ancianos, inválidos e incurables, la indiferencia no solo del hombre ordinario, sino aún del hombre culto (Casares 1941, En Landázuri, 2008, 238).

La enfermedad mental era un tema que despertaba poco interés público bajo la justificación de no es contagiosa, y en la mayor parte de casos se consideraba incurable se hacía invisible a la agenda gubernamental. Además, quien la padecía solía encontrarse en condiciones de precariedad económica y en caso de poseer alguna fortuna, su condición le imposibilita administrarla (Landázuri, 2008, 264). Esto, aunado al estigma y la carga que representaba para la familia de aquellos categorizados como “alienados o débiles mentales”, propiciaba la falta de interés de los tomadores de decisión y la poca capacidad de los afectados para ejercer presión en el ámbito político:

Un buen reportaje de prensa señala la imperiosa necesidad de construir un nuevo edificio en la hacienda El Rosario, en Cotacollao. Esto provoca la visita al Manicomio de una comisión de la Cámara de Diputados que ofrece conseguir fondos para este fin. Sin embargo, el proyecto que se presenta al Congreso queda sepultado ante la argumentación de un diputado de que la locura no es contagiosa y nada se puede contra ella (Landázuri 2008, 240).

Las narraciones y prácticas médicas de la época dan cuenta de una mayor tecnificación respecto del hacer psiquiátrico, a través del reconocimiento y la incorporación de nuevas terapias, como la terapia electro convulsiva, que llegó a instituirse en uno de los principales tratamientos psiquiátricos a nivel mundial (Zúñiga y Riera 2018, 34).

En Ecuador, una clínica privada, fundada por Julio Endara, prestaba este tipo de tratamientos, sin embargo, no era la única. Las gestiones realizadas por el Dr. Cáceres, permitieron, más adelante, la introducción de las terapias electro convulsivas dentro del Hospital San Lázaro.

Este adelanto técnico en el tratamiento contrastaba con la obsoleta estructura del Hospital (Landázuri 2008, 276).

Durante la primera mitad de 1940, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos, ofreció al Ministerio de Previsión Social encargarse de la construcción del nuevo hospital, a condición de que la Junta Central de Asistencia Pública y el Gobierno Central compartan los gastos (Landázuri 2008, 255). La Junta de Asistencia Pública era parte del Ministerio de Previsión Social, la Junta, operaba con la finalidad de intentar tomar un mayor control desde el Estado Central, respecto de las Juntas de Beneficencia Locales. La Junta de Asistencia se inscribía en la propuesta del liberalismo que pretendía apuntar al laicismo de los servicios del Estado. Sin embargo, la Junta de Asistencia continuaba dirigiéndose a aquellos sectores considerados como menesterosos (De la Torre 2004, 165). Es así que, tras el acuerdo emprendido, el Dr. Casares visitó el Hospital Santa Isabel, en Carolina del Norte, con el fin de prepararse para administrar el nuevo hospital (Landázuri 2008, 255).

Durante la ausencia del Dr. Casares, la construcción del psiquiátrico en la Hacienda El Rosario, en el sector de Cotocollao fue negada. el Ministerio de Defensa Nacional, se disputaba este terreno debido a su cercanía con el aeropuerto (Landázuri 2008, 254). Así, el Ministerio de Previsión Social decidió que el proyecto de construcción quede designado para edificarse en la Hacienda de Santo Domingo de Conocoto (Landázuri 2008, 265). La nueva ubicación del proyecto estaba en una zona más distante y menos urbanizada que aquella inicialmente prevista. Esto planteaba dificultades adicionales para la movilización de personal, pacientes, y del acceso al agua y demás los servicios básicos (Landázuri 2008, 265).

En referencia a la financiación del proyecto se presentaron nuevas complicaciones. El Director de Asistencia Pública Dr. Ormaza, recibió el financiamiento para la edificación del psiquiátrico a través de la Oficina de Asuntos Interamericanos (Landázuri 2008, 256). Sin embargo, destinó ese dinero a la construcción de la Maternidad Isidro Ayora, bajo el compromiso de vender la Hacienda de Chiriacu, y recuperar los fondos para la obra. Durante este proceso, en 1946, Cáceres denunciaba que:

Hasta la presente han contribuido la Oficina con la suma total señalada, el Gobierno con \$ 600.000, en dos cuotas y la Junta no ha contribuido en ninguna forma. Mr. Stone opina que los

trabajos van necesariamente a suspenderse por falta de cumplimiento de la Asistencia Pública del compromiso contraído en su nombre por el Dr. Ormaza (Landázuri 2008, 256).

Al parecer, la Asistencia Pública no solo abandonó la obra en términos económicos, sino que tampoco se responsabilizó de gestión administrativa de la misma, dejando sin respaldo a las autoridades del hospital.

Por parte de la Asistencia no existía ningún interés en la realización de la obra y no teníamos palabras para justificar este abandono cuando nos reclamaban al respecto los personeros del Servicio Cooperativo (Casares 1945 Landázuri 2008, 258).

En medio de todas estas complicaciones, fue apenas en 1946 que el edificio comenzó a construirse. Pero no fue sino hasta 1949, tras una visita del Presidente Velasco Ibarra al Hospicio San Lázaro. Quien luego de observar las condiciones en las que habitaban los internos del lugar emitió la orden de trasladado a la nueva edificación de Conocoto, pese a que su construcción se encontraba todavía inconclusa (Landázuri 2008, 261).

Para inicios de 1951 se había culminado la construcción del pabellón administrativo y de servicios del Hospital de Conocoto. Mientras tanto, se había acordado con el Servicio Cooperativo y la Asistencia Social habilitar las áreas que estaban listas para el traslado de algunos internos (Landázuri 2008, 261). Sin embargo, en 1952, tras sortear todas las vicisitudes que acompañaron la construcción del nuevo hospital, el proyecto casi fue anulado “el edificio para Hospital y resolvió dedicarlo mejor a un servicio de Protección o algo así, de Menores” (Casares 1979 en Landázuri 2008, 291).

Finalmente, quienes asumieron los gastos de la obra fueron: el Gobierno Nacional, la Junta de Asistencia y el Servicio Cooperativo, fue así que en 1953 se inauguró el Hospital de Conocoto (Landázuri 2008, 261). Esto no implicó el cierre del San Lázaro, que era el objetivo inicial de los médicos que empujaron la construcción del nuevo hospital. En años venideros, el Hospital San Lázaro no solamente siguió recibiendo internos, sino que su población asilar incrementó de forma considerable. Además, se produjo un conflicto entre los trabajadores de ambas instancias debido a que “los sueldos que gana el personal de Conocoto son superiores a los de

la Asistencia porque están temporalmente mantenidos por el Servicio Cooperativo” (Landázuri 2008, 295).

A lo largo de esta década, se identifica la prevalencia una perspectiva organicista y reparadora frente a los procesos de salud y enfermedad en torno a lo mental (Estrella 1980, en Landázuri 2008, 302). Pese a que en ese entonces la lectura sobre la enfermedad mental estaba enmarcada en una lógica estrictamente biológica, la implementación de prácticas que obedezcan a una línea médica dentro de los hospicios se dificultaba, frente a las prácticas preexistentes en dentro de los hospicios.

En referencia a los tratamientos psiquiátricos durante la década de los cincuenta, se implementó el método mixto. Que consistía en alternar sesiones de electrochoques con la insulino terapia:

(...) dos aplicaciones por semana de electrochoques y tres días seguidos de como insulínico, que se lo iniciaba con una dosis de 20 unidades, la cual era rápidamente aumentada, hasta llegar a la dosis en la que se producía el coma (Cuesta 2003, 156).

Pese a que tratamientos como el electrochoque siguen vigentes y fueron reconocidos ampliamente por la esfera médico – psiquiátrica. Desde varias posturas críticas, se ha planteado que tanto el uso del electroshock, como posteriormente la administración de psicofármacos, eran utilizados como una herramienta de disciplinamiento, más que dentro de una lógica terapéutica.

En la Institución Quiteña el electro shock es una práctica constante desde los años cincuenta y no se aplica bajo parámetros médicos. Si un interno se pelea con otro, shock, si una interna cuestiona su tratamiento, shock, si un interno quiere ver a su familia y no puede, shock, es decir es utilizado en cualquier circunstancia (Ramírez 2011, 47).

En referencia al lugar social que ocupaba el hospital psiquiátrico para inicios de la década de 1960, continúa siendo un espacio asociado al disciplinamiento, la caridad y el control de los pobres y desviados. Es esto lo que se constata en un intercambio de correspondencia entre el Dr. Cáceres, director del Hospital San Lázaro, al director de la Asistencia Social. En esta

carta, redactada el 13 de abril de 1961, Cáceres ponía en conocimiento una petición realizada por parte del Intendente General de la Policía de Pichincha:

7 de abril: Señor Director del Hospicio y Manicomio.- Presente.- La Intendencia General de policía a mi cargo, preocupada por la solución del problema social de la mendicidad que día a día toma caracteres alarmantes, y a fin de solucionar en forma definitiva, vuelva a solicita a usted su cooperación para llevar adelante la campaña en que esta Autoridad se halla empeñada a resolver este problema.- Con estos antecedentes he dispuesto el desalojo de anciano y mendigos que ocupan en forma habitual lugares públicos, tales como Iglesias, Bancos, Palacio de Gobierno, plazas, calles, etc., dando una impresión desagradable a propios y extraños; y tomando en cuenta que se avecina el certamen de la Undécima Conferencia Panamericana, es suficiente razón para que usted disponga el alojamiento en esa Institución de los hermanos caídos en desgracia Lic. Hugo García E. Intendente General de Policía de Pichincha (Cáceres 1961, 178).

Ante la petición realizada por el Intendente de la Policía, la autoridad psiquiátrica respondía que:

En respuesta a su oficio, en el cual se sirve pedir mi colaboración para llevar adelante la campaña para solucionar el problema de la mendicidad, me veo obligado a manifestar a usted que es absolutamente imposible recibir una sola persona más en el Establecimiento. Siendo los fines específicos del Hospicio Manicomio el atender a personas que tratan de recuperar su salud, nos vemos aún en la necesidad de rechazar ingresos de enfermos que necesitan hospitalización por la simple razón física de carencia de espacio. Esta casa que tiene capacidad para recibir 500 personas, tiene en la actualidad 900 asilados, tanto enfermos mentales, como enfermos crónicos que se hallan en tratamiento, tampoco hay asignación presupuestaria para alimentación, vestuario, medicinas y personal, etc., de tal manera que el señor Ministro de Previsión Social y Asistencia se halla empeñado en ver la forma de resolver estos problemas que se refieren específicamente al funcionamiento del Hospicio y manicomio (Cáceres 1961, 243).

Al igual que lo señalado de manera global en el capítulo anterior. En Ecuador, la tecnificación de la práctica médica prestaba nuevas alternativas de tratamiento a los pacientes. Sin por ello implicar, una transformación sustancial en la visibilizarían de la enfermedad mental como un problema público o una resignificación social del paciente mental.

En cuanto a las dinámicas internas, tanto en el Hospital-Manicomio San Lázaro, como del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, se han encontrado rastros de que a pesar de que el discurso médico había sido introducido varias décadas atrás, implicando una contraposición respecto de la atención caritativa y religiosa a los pacientes. En 1961, las Hermanas de la Caridad, seguían trabajando en ambos organismos de asistencia, como demuestra un acta presupuestaria en la que se detalla el presupuesto destinado a la alimentación de los “asilados, médicos residentes, Hermanas de la Caridad y empleados que ganen hasta S/. 450.00” (Cáceres 1961, 196).

A partir del recorrido realizado a lo largo de este apartado, se señala que: durante los antecedentes de política se produjo una introducción de prácticas y narrativas propias de la psiquiatría moderna dentro del campo médico. Mismas que chocaban ante las prácticas asilares, inscritas desde tiempos de la colonia y mantenidas por una suerte de inacción estatal. Entre 1940 e inicios de 1960 se registran dos elementos importantes dentro del campo psiquiátrico, ambos hallazgos giran en torno a la tecnificación de la práctica médica. Primero, en 1940 a la introducción de la terapia electroconvulsiva como forma de tratamiento; Segundo, la aparición de los psicofármacos, que plantearon la posibilidad de dar tratamiento a los pacientes, sin necesidad de internamiento.

Sin embargo, la tecnologización de la práctica y narrativa médica se antepone a las prácticas organizativas. En las cuales existe una fuerte resistencia de la Junta de Asistencia Pública a reconocer como un problema social y público a la enfermedad mental, bajo el argumento que la enfermedad mental al no ser contagiosa no representaba una amenaza para la salud de la población, asumiendo además que la misma, al ser incurable no debía ser sujeta a una acción estatal. Justificando la permanencia de los hospicios como espacios de acumulación de enfermos mentales, mendigos e indigentes.

3.2. Coyuntura crítica del sector de política: Inercia en el subsector de la salud mental

La hipótesis que ha sostenido el desarrollo de la presente investigación es que: La prevalencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental, proviene de una temprana institucionalización de este modelo dentro de la política. Cuestión que posibilitó al modelo hospitalocéntrico, desarrollar mecanismos de reproducción institucional, que han reforzado su presencia en este sector de política a lo largo del tiempo.

La operacionalización de la coyuntura crítica fue que: la elección del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental se produjo en 1967 y que esta elección inicial determinó el devenir y permanencia de este modelo de atención en el subsector de política. Se 1967 como el año de la coyuntura crítica, porque en este año fue creado el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, organismo que marcó un hito en el devenir de las políticas sanitarias del país.

El Sistema de Salud ecuatoriano ha transitado por varias transformaciones, usualmente impulsadas por cambios de orden estructural, sustentadas sobre todo en los modelos económicos y de desarrollo adoptados por los gobiernos de turno (Jiménez, y otros 2017). El año 1967 estuvo marcado por una serie de reformas estatales, que apuntaban al robustecimiento del Estado, a través de un proceso de centralización. Estas reformas fueron, desde la creación de una nueva Constitución, hasta la generación del Ministerio de Salud Pública.

La creación del MSP implicó un cambio sustancial en el sector de la salud. A partir del cual, el Estado central apuntaba a asumir la rectoría de las entidades de salud, antes administradas principalmente por los gobiernos locales, a través de Juntas de Beneficencia, que operaban en conjunción de la Junta de Asistencia Pública. En este recorrido, se reconoce que los intentos de centralización del Estado en el sector salud se han caracterizado por tener “cambios de ritmo y aún inversiones transitorias... durante todo el siglo XX, culminando en 1967 con la creación del Ministerio de Salud Pública” (Fassin 1991, 56), entidad que fue una de las más tardías del continente en ser creada.

El MSP, apareció como una entidad resultante de una serie de cambios respecto de la concepción del papel del Estado central respecto de la prestación de servicios sanitarios. Cuestión que se vincula a su vez al cambio constitucional gestado durante el mismo año de inauguración del MSP. Antes de la aprobación de la Constitución de 1967, la Constitución que estaba vigente era la del año 1946, en esta se nombraba a la salud únicamente en dos ocasiones, y se lo hacía en el marco del trabajo. A través del artículo 170, que señalaba: “El trabajo, consultando las condiciones de edad, sexo, salud, etc., y dentro de la libertad de escogerlo, es obligatorio para todos los miembros de la comunidad ecuatoriana” (1946). Y en el apartado m, del artículo 185, que versaba “La higiene y la seguridad en el trabajo se

reglarán, para garantizar la salud y la vida de los trabajadores” (Asamblea Nacional Constituyente 1945).

En la Constitución de 1967, la salud siguió siendo mencionada en el ámbito del trabajo. Sin embargo, existieron nuevas referencias respecto de la misma y el papel del Estado frente a ella. En el artículo 32, se indica que: “El Estado velará por la salud física, mental y moral de los menores y por su derecho a la educación a la vida y al hogar” (1967). Pese a que este apartado hace referencia exclusivamente a los menores de edad, existe un primer reconocimiento de la salud como un estado que trasciende a lo físico, enunciándose a la salud mental. Además, se nombra algún tipo de responsabilidad por parte del Estado respecto de la salud de los menores de edad.

Al hacer referencia a la salud moral, debe recordarse que, en los inicios de la psiquiatría, las enfermedades mentales y comportamientos desviados, se atribuían a desordenes morales. La vinculación sobre la salud física, mental y moral, da cuenta de forma expresa que la salud es un fenómeno social, que no se encuentra exenta de juicios sociales.

En el artículo 67 de esta misma Constitución, se señalaba que:

El Estado contribuirá a la promoción de los diversos sectores populares, sobre todo, del campesino, en lo moral, intelectual, económico y social; estimulará los programas de vivienda, procurará la extirpación del alcoholismo y la toxicomanía, e impulsará el mejoramiento de la salud (Asamblea Consituyente 1967).

En este artículo hay dos elementos importantes: El primero es que el Estado, comenzó a presentar un incipiente reconocimiento de que, las condiciones económicas y sociales, son factores que inciden en la salud de la población. Además, es curioso el señalamiento que se realiza respecto de “la extirpación del alcoholismo y las toxicomanías” (Asamblea Consituyente 1967). Problemáticas concernientes al ámbito de la salud mental, mismas que serán desarrolladas por estudios publicados en los Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador durante la década siguiente.

Casi un mes después de emitida la nueva Constitución, el 16 de junio de 1967, se ordenó la creación del Ministerio de Salud Pública a través del Decreto Legislativo N° 84. En el cual la Asamblea Constituyente dictaba en su Considerando:

Que es deber del Estado velar por la salud del pueblo, creando los organismos que cumplan esta finalidad; y; Que el Ministerio de Previsión Social y Trabajo, por la complejidad de los problemas a los que debe dar soluciones adecuadas no puede prestar toda la atención que requiere el ramo de la salud pública, que necesita técnica y dedicación exclusiva para servirlo (Asamblea Constituyente 1967, 6).

Frente a estas consideraciones, el Decreto Legislativo N° 84, ordenaba: “Crearse el ministerio de Salud Pública para atender los ramos de Sanidad, Asistencia Social y los demás que se relacionan con la salud en general”. Se señalaba que sería responsabilidad del presidente de la República dictar “el Reglamento organizativo de este Ministerio, estableciendo las Secciones y más dependencias necesarias para que el Ministerio cumpla a cabalidad sus funciones” (Asamblea Consituyente 1967). Finalmente se señalaba que “El Jefe de la Función Ejecutiva, procederá a realizar las trasferencias de partidas del Presupuesto Nacional, que estimare necesarias para el funcionamiento del Ministerios de Salud” (Asamblea Consituyente 1967). Su objetivo fundamental se dirigía a “corregir la atomización del sector y proponer políticas en materia de salud” (Velazco 2007, 24). Se considera que la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967, produjo adelantos significativos en materia de salud (Echeverria 2007, 213). Al plantear una estructura organizativa que operaría y reglamentaría los servicios sanitarios de todo el país.

Inicialmente el Ministerio de Salud estuvo constituido por tres niveles: directivo, operativo y asesor. Esta entidad se configuró en la representación de la función ejecutiva “que formularía y ejecutaría la política integral de salud en el país” (Castillo 2015, 85). Uno de los principales objetivos de este organismo fue la coordinación de las entidades autónomas o semiautónomas que prestaban servicios de salud, apuntalando a la generación de un sistema administrativo a nivel nacional (Castillo 2015, 85).

En sus inicios, las estructuras hospitalarias con la que contaba el Ministerio, fueron las de los antiguos hospitales pertenecientes a las Juntas de Beneficencia y Asistencia Social, que les

fueron transferidos. Una de las funciones centrales del Ministerio, fue la construcción de infraestructura hospitalaria, que pudo concretarse debido al acceso de recursos económicos producto del *boom* petrolero y la gestión de préstamos externos (Sacoto 2007, 323).

En la planificación de la nueva estructura hospitalaria se registraron tres tipos de hospitales: de especialidades básicas, de especialidades adicionales y de hospitales especializados. Los hospitales de especialidades básicas contaban con una dotación de 15 camas y su ubicación tenía una influencia cantonal, en ellos se debía atender las especialidades de pediatría, obstetricia, medicina interna y cirugía. Los hospitales de especialidades adicionales tenían una dotación 100 camas y pretendían tener una influencia provincial. Finalmente, los hospitales especializados se caracterizaban por contaban con aproximadamente 300 camas, se ubicaban en las principales ciudades del país (Quito, Guayaquil y Cuenca) y su influencia debía ser a nivel nacional (Sacoto 2007, 327).

A partir de esta nueva forma de control estatal, entidades sanitarias privadas como la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, empezaron a ser regentadas por el Estado central, a través del Ministerio de Salud (Fassin 1991) .

En menos de diez años son casi triplicados los centros y subcentros de salud que representan la parte periférica del sistema de atención médica; las zonas rurales son las principales beneficiarias del esfuerzo estatal a través del Plan de Medicina Rural, cuyos efectos se suman al mejoramiento de los medios de circulación y de comunicación (Fassin 1991, 106).

Estas condiciones marcaron una serie de profundos cambios a la comprensión, planificación, gestión y prestación de servicios de salud pública. Trastocaron, desde la idea que se había gestado sobre el rol del Estado respecto de la salud; hasta la administración de servicios sanitarios a partir de niveles de atención, organizados por especialidades y en nuevas lógicas espaciales.

La expansión estatal en el ámbito de la salud fue influenciada por factores de orden económico, pero también por una concepción de desarrollo, en la cual el Estado tomaba un rol central. Lo que permitió que la prestación de servicios de salud pública llegue a territorios a los cuales las Juntas de Beneficencia y Asistencia Social no habían alcanzado antes. Además,

impulsó un intento de articulación y coordinación de entidades sanitarias, que bajo el antiguo modelo operaban de forma atomizada y fragmentada. Sin embargo, la presencia estatal no fue uniforme en todos los territorios, por ello muchos sectores periféricos mantuvieron un restringido acceso a los servicios sanitarios; además, el tradicional peso de algunas entidades sanitarias, regentadas por gobiernos locales como La Junta de Beneficencia de Guayaquil, presentaron fuertes resistencias a ser reguladas por el órgano central (Fassin 1991).

En un principio se seleccionó el año de 1967 como el año en el que se produjo la coyuntura crítica en el campo de las políticas de salud mental, bajo el siguiente presupuesto: La creación del MSP, al haber tenido un impacto determinante en la organización del sector de la salud en el país, había incidido, a su vez, en el subsector de la salud mental. Incidencia que habría implicado la incorporación de un modelo de atención hospitalocéntrico en las políticas públicas de atención de la salud mental.

Sin embargo, en función de los hallazgos encontrados, se observa que, durante este periodo de transición en el sector, no existió ningún tipo de mención, normativa, modificación de prácticas o de narrativa que incidiera en el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, únicos servicios de atención a la enfermedad mental durante la época. Tampoco se encontraron indicios de la creación de nuevos servicios que atiendan al campo de la salud mental. En este sentido, la coyuntura crítica del sector salud, no implicó ningún tipo de movimiento significativo en el subsector de la salud mental.

La inexistencia de correlación entre las transformaciones del sector salud y el subsector de la salud mental permite rastrear la inacción gubernamental sobre este subsector de la política de salud.

Con estos hallazgos y al ser la conceptualización de coyuntura crítica la selección de una alternativa de política que decanta en su institucionalización. Parecería que, en lo que respecta a la salud mental, la coyuntura crítica del sector de la salud, con la creación del MSP, no se refleja o afecta al subsector de la salud mental, pues no hubo la elección de un modelo de atención sobre otro: los tomadores de decisión no se vieron enfrentados a tener que decidir por un modelo hospitalocéntrico sobre uno caritativo o comunitario, no. La coyuntura crítica

en las políticas públicas de salud mental en Ecuador no se produjo a la par que el sector de política, sino que ocurrió más de una década después de ello.

3.3. Antecedentes de la política pública de salud mental

3.3.1. Consolidación del modelo hospitalocéntrico: 1967 - 1980

La década del setenta estuvo caracterizada por cambios sustanciales en torno a las narraciones circundantes respecto de: los procesos de salud y enfermedad, el rol del médico, la comprensión de las psicopatologías y sus formas de atención. Este cambio de narrativas obedeció a la producción y debate de todo un movimiento a nivel regional, que tuvo un fuerte asidero en Ecuador, este fue el movimiento de la medicina social latinoamericana, que en Ecuador, a inicios de la década de los setenta tuvo representación por parte del Centro de Estudios y Asesoramiento en Salud (CEAS) (Iriat, y otros 2002, 129).

Las propuestas de este movimiento implicaban visibilizar la relación existente entre clase social y problemas de salud y desarrollar alternativas de salud colectiva frente a las dificultades de acceso a los servicios sanitarios por parte de ciertos segmentos poblacionales (Iriat, y otros 2002, 129). Desde la academia se presentó un intento de comprender a la salud más allá de una dimensión biológica y se propuso, desde las facultades de medicina que los procesos de salud y enfermedad eran producto de una dinámica social, a travesada por condiciones económicas, políticas y productivas. Por tanto:

(...) los conceptos y prácticas que utilizó la medicina, deben ser analizados como parte de la estructura social, ya que son el resultado de la forma como está organizada la sociedad, en un momento dado de su desarrollo histórico. En este contexto, partimos del hecho de que el "modo de producción" es el factor básico que determina forma de articulación de la medicina a la estructura social, siendo el momento económico, el que en última instancia estatuye e: instante, sitio y forma de esta articulación (Yepez 1977, 63).

En medio de los cambios políticos que caracterizaron la década de los 70, se plantea que la formación médica y el estudiantado presionaba de forma constante para vincularse con:

(...) los espacios de la vida popular, de la vida comunitaria. Se intentaba ingresar una lectura histórica y dinámica sobre la salud, por ello entre 1973 y 1987 se planteó el área de medicina

popular en la facultad de medicina” (E-17, Exfuncionario de la Dirección Nacional de Salud Mental, 2021).

La escuela médica ecuatoriana manifestaba, desde su producción académica, un intento de ruptura respecto de los paradigmas tradicionales de la medicina. Planteaba que los procesos de salud y enfermedad debían ser comprendidos desde una perspectiva dialéctica, atravesados por relaciones sociales específicas. Por tanto:

(...) los referentes conceptuales y empíricos de la salud han cambiado, a la interpretación de la enfermedad y sus "daños" ha sido diferente, la noción de normalidad y anormalidad ha variado, siempre en concordancia con el quehacer productivo y la ideología dominante de la formación social (Estrella 1977, 50).

Esta nueva perspectiva respecto del quehacer de la medicina ubicaba sus límites de estudio más allá de lo biológico. Al reconocer el carácter ideológico que atraviesa la comprensión de los procesos de la salud y a la enfermedad (Aguirre 1978, 103).

El concepto de enfermedad mental es el indicador más claro de la articulación entre medicina y estructura social, ya que tanto a nivel de las relaciones de producción como desde el punto de vista supraestructural se ha manejado históricamente al enfermo mental 'Y 'la noción de su enfermedad (Estrella 1977, 54).

A diferencia de las narraciones sobre la salud y enfermedad mental producidas en décadas anteriores, varias de las nuevas formas de comprensión de lo mental, planteaban que tanto la salud como la enfermedad mental no devenía exclusivamente de factores intrínsecos al organismo de los sujetos. La enfermedad mental, al menos en el plano de lo académico, dejó de ser comprendida como una desviación moral, producto de una vivencia individual, para ser entendida como fenómeno complejo.

Es así como va surgiendo una ideología y una práctica de la salud mental, 'los conflictos no emergen básicamente del interior de hombres, sino que son productos de su vida en sociedad; y, es a nivel de esta configuración donde debe alentarse la práctica. En 1973, el Comité de Expertos de la OPS/OMS, elaboró un concepto de salud mental, que es necesario anotar: condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo, intelectual, emocional y

social del individuo, y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro del bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio. En una perspectiva médica integral, salud mental no sólo significa ausencia de enfermedad, ni siquiera "normalidad mental", sino que es más bien una capacidad que permite contribuir a modificar 'la realidad y o uno mismo, con 'imaginación sociológica de vinculaciones afectivas profundas, con 'imaginación sociológica, vinculaciones afectivas profundas, condiciones para establecer relaciones y contradicciones, tolerancia frustración y 'la ambigüedad' (Estrella 1977, 54).

Esta nueva narración sobre la salud mental planteaba la necesidad de incluir perspectivas asociadas a las ciencias sociales, para comprender con mayor profundidad a la salud mental. Además, se observa la utilización de narraciones provenientes de organismos supranacionales como la OPS y la OMS, para clarificar categorías y conceptos, como el de salud mental (Estrella 1977, 54). Este cambio en los enfoques de aproximación a la salud y enfermedad, propuso al tiempo una modificación en las narraciones respecto a las formas de intervención en el ámbito de la salud mental. Al respecto, se dirá por ejemplo que:

(...) no será posible hablar de salud mental (...) únicamente en el lenguaje de la psicología o la psiquiatría, sino que será necesario (...) un enfoque multidisciplinario, que es el único camino para 'la comprensión realidad objeto y única posibilidad para la generación de soluciones valederas (Estrella 1977, 54).

En este escenario, Aguirre (1978) nombrando a Basaglia, critica la función social que ocupaba e hospital psiquiátrico. Señalando que “lo manicomial es un área en la que drásticamente se manifiesta el rol de la institución (aparato estatal de represión) y del psiquiatra (“funcionario” de la ideología dominante)”. La postura crítica de los autores reconoce que la teoría y práctica psiquiátrica dominantes, devienen de contextos y países ajenos a la realidad de la región. Por lo cual, proponen el desarrollo de una psiquiatría situada económica, social y culturalmente al contexto ecuatoriano (Aguirre 1978, 87).

En este orden, se encuentran estudios que traspasaban una lectura centrada en la patologización del sujeto y su predisposición genética respecto de la enfermedad mental. Un ejemplo de ello es el estudio de Barreto (1978) sobre el alcoholismo señalando a esta toxicomanía como un fenómeno de orden social: “determinado por la estructura y la

superestructura, superando los esquemas que comprendían al alcoholismo un estado vicioso y fuera de lo normal...una situación de desequilibrio, desadaptación y desviación individual, que debe ser controlada” (Barreto 1978, 57). Se encuentran investigaciones médico - psiquiátricas sobre este fenómeno, realizadas dentro de comunidades rurales, cuyo fin último era dar una comprensión integral una toxicomanía, que en último término se manifiesta en lo individual, sin por ello perder su carácter social, histórico y hasta económico (Estrella, Estrella, y otros 1978, 74).

En la década de los setenta se presentaron cambios en cuanto a los tratamientos realizados dentro de los hospitales psiquiátricos. Nelson Samaniego, psiquiatra y ex director del Hospital Julio Endara, en una entrevista señalaba que durante este periodo se suprimieron los tratamientos de insulina y que el electrochoque empezó a prescribirse junto con sedación y relajación previa (Jaramillo 2010). La prescripción y comercialización de psicofármacos comenzó a tener un carácter de mayor cotidianidad en el ámbito médico (Jaramillo 2010). Además de cambios en los tratamientos prescritos dentro de los hospitales psiquiátricos, a mitad de los setenta, en un intento de evidenciar transformaciones en la concepción de lo hospitalario, se produjeron cambios en la infraestructura de los hospitales. Se derrocaron muros, eliminaron celdas, y se agrandaron ventanas, que en un inicio seguían un modelo carcelario (Jaramillo 2010). Los cambios producidos dentro del hospital, trascendieron a la infraestructura, e implicaron la inserción de nuevas disciplinas para la atención de los pacientes, como muestra de ello se registra la apertura del departamento de psicología en el Hospital Julio Endara (Jaramillo 2010). Durante este periodo se fundó el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que en concordancia con las prácticas de la época, operaba bajo una lógica completamente medicamentosa (Ramirez y Quiroz 2017).

La modernización de los tratamientos psiquiátricos, la adopción de lógicas medicamentosas y el acento realizado en el mejoramiento de la infraestructura de las edificaciones, son estructuras que reforzaron la existencia de un modelo de atención hospitalocéntrico previamente instaurado. Estas nociones reforzaron la idea de que el lugar por excelencia de atención de la enfermedad mental era el hospital psiquiátrico.

Sin embargo, las nuevas narraciones, correspondientes a la medicina social latinoamericana, consiguieron permear también el campo de la salud mental y convertirse en prácticas. Además

de modificaciones dentro de las edificaciones psiquiátricas y la consolidación de la atención psicofarmacológica. Desde 1976 empezaron a prestarse servicios de atención extrahospitalaria, a través de la Unidad de Psiquiatría Social, regentada por el Dr. Eduardo Estrella, unidad que operaba en dependencia del Hospital Julio Endara.

La Unidad de Psiquiatría Social, representaba un intento de prestar atención a pacientes que requerían atención psiquiátrica sin por ello presentar la necesidad de internamiento, además se presentaba como una modalidad de atención que permitiría sortear el estigma social que acompañaba el diagnóstico psiquiátrico. Al respecto se menciona en un documento recopilatorio de varias experiencias de intervención, que la Unidad de Psiquiatría Social fue un dispositivo que planteaba operar en un escenario en el que:

La atención de los problemas de la salud mental en nuestro país se ha sustentado en la asistencia psiquiátrica hospitalaria, dedicada al tratamiento de trastornos graves y caracterizada por el aislamiento del enfermo, de su familia y de la sociedad. Las posibilidades de seguimiento y de ayuda a su rehabilitación laboral y social, han sido limitadas en este contexto asistencia. Los otros problemas de la salud mental, que tienen mayor incidencia, pero que no necesitan hospitalización ha recibido escasa atención, tal es el caso de trastornos del comportamiento, las reacciones situacionales, las neurosis, los problemas de la niñez y de la adolescencia. Si a esto sumamos toda la patología mental derivada de la situación social y que se especifica en violencia, delincuencia y consumo de drogas, etc., ya podemos dibujar el grave panorama de la salud mental en nuestro medio (Estrella, Cazar, y otros 1981, 13).

El párrafo antes señalado hace importantes alusiones. Primero da cuenta de que, hasta ese entonces, la enfermedad mental seguía siendo tratada desde un enfoque eminentemente hospitalario, encargándose además exclusivamente de aquellas patologías graves, descontando así servicios que atiendan a otro tipo de malestares psíquicos, de menor gravedad, pero de mayor incidencia. Segundo, plantea de forma explícita la necesidad de intervenir con segmentos poblacionales etariamente diferenciados (niñez y adolescencia). Tercero, dentro de las intervenciones realizadas por parte de la Unidad de Psiquiatría social, existe una enunciación explícita respecto del desarrollo de patologías mentales, provocadas por contextos sociales precarizados.

La existencia de la Unidad de Psiquiatría Social y su particular forma de operación, da cuenta de que el enfoque de la medicina social latinoamericana, traspasó la producción de narrativas en el campo académico e incidió en las prácticas hospitalarias, a través de la creación de nuevos servicios de atención. En los que se desinstalaban los enfoques mecanicistas y biologicistas, propios de la psiquiatría ecuatoriana de la primera mitad del siglo XX, para empezar a nominar al enfoque de atención biopsicosocial, como una perspectiva fundamental para de una atención “curativa, parcializada e individual a preventiva, integral y colectiva” (Estrella, Cazar, y otros 1981, 15).

A pesar del apareamiento de nuevas prácticas como la Unidad de Psiquiatría Social, eran experiencia aisladas. Los servicios de salud mental aún eran escasos y centralizados en lo hospitalario y también a nivel territorial. Este tipo de condiciones son ejemplificadas en estudios centrados en investigar el fenómeno del alcoholismo. En los cuales se observan serias dificultades para responder a la demanda de servicios, en modalidades de atención que no requieran internación.

La permanencia de prácticas, que tendían a asociar la atención de la enfermedad mental a partir del internamiento, no se enmarcaban exclusivamente en el campo médico, también devenía de los familiares del paciente con toxicomanía (alcoholismo) (Samaniego 1978). En los servicios de salud mental se prestaban atención únicamente a pacientes cuyo grado de toxicomanía había provocado graves afectaciones a su salud.

De acuerdo al número de ingresos obtenidos mediante la investigación realizada en el lapso de 1967 a 1977, nos permite vislumbrar que solamente un mínimo de alcoholómanos llegan hasta los servicios psiquiátricos, lo que supone que únicamente el “alcohólico degradado” es sometido a tratamiento, como consecuencia de la ingesta abundante e inveterada de bebidas alcohólicas, el hombre que ha ingresado a un Hospital Psiquiátrico, resulta una muestra fehaciente del estado al que ha llegado, convirtiéndose subjetiva y objetivamente en un enfermo, “Enfermo Mental” (Samaniego 1978, 49).

En cuanto a las prácticas relacionadas con la formación médica, desde la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, se señala la prevalencia un modelo curricular tradicional, incapaz de responder a las demandas de la época (Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas 1978). La principal crítica que se sostenía sobre la formación

médica apuntaba a la imposibilidad de insertar componentes que permitan una comprensión integral de los procesos de la salud y enfermedad, a partir de una perspectiva comunitaria.

Se reconoció que el médico que forma actualmente la Facultad de Medicina está preparado medianamente en los campos de clínica del adulto y del niño y en principios de cirugía pero que su formación deja mucho que desear en el campo de acciones de salud al servicio de la comunidad (Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas 1978, 11).

Este periodo fue caracterizado por una vasta producción académica sobre la comprensión de la salud y la salud mental desde una perspectiva comunitaria. Existían prácticas que dan cuentas de un conflicto entre la Facultad de ciencias médicas y el gobierno. Al respecto se señala que:

La crisis económica en que se encuentra la Universidad, fruto del bloqueo sistemático que mantiene la Dictadura, pensando que con ello puede acallar su voz, su pensamiento y conciencia transformadores, no fue obstáculo para que el hombre universitario aporte y produzca importantes ideas en perspectiva de crear una Facultad dinámica, científica y comprometida con los intereses de los sectores populares (Consejo directivo de la Facultad de Ciencias Médicas 1978, 12).

A finales de la década de los setenta se produjo un cambio significativo de las reglas a nivel macro. En Ecuador “cada cambio constitucional se ha correspondido con momentos críticos” (Jimenez, y otros 2017). Fue así que, a propósito del fin de periodo de dictadura militar, se aprobó la Constitución de 1979, que en el numeral 13 del artículo 19, garantizaba “el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Constitución, 1979).

3.3.2. Coyuntura crítica: Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental (1980 – 1983)

A diferencia del presupuesto inicial de investigación, según el cual se consideraba, que a partir del surgimiento del MSP, la salud mental entraría en la agenda gubernamental, junto con la incorporación de un modelo atención hospitalocéntrico. Se descubrió que la salud mental entró en la agenda gubernamental más de una década después de la creación del MSP. Además, se encontró que el escenario académico y los hacedores de política que estuvieron

involucrados en la incorporación de la salud mental dentro de la agenda gubernamental, lejos de intentar instituir un modelo de atención hospitalocéntrico, pretendieron la adopción de la perspectiva de la medicina social latinoamericana para la prestación de servicios dentro del campo de la salud mental.

La salud mental empezó a ser tratada como un asunto concerniente a la salud pública a principios de 1980, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, siendo una de las últimas direcciones en crearse dentro del Ministerio. En este sentido, la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, fue la coyuntura crítica del subsector de políticas de salud mental. Hasta ese entonces “no existía ningún departamento ni división, nada que se vincule con la salud mental” (E-3, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

Según varios actores de la época, uno de los principales impulsos que tuvo la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, se debió a una condición de ventaja momentánea. Relacionada con la organización interna del Ministerio, que en este caso se tradujo con la presencia de un médico psiquiatra, el Dr. Wilson Cueva, quien fungía como subsecretario del MSP. El Dr. Cueva, quien en función de su propia formación médico psiquiátrica, así como de los vínculos preexistentes que sostenía con grupos de investigación vinculados al desarrollo de la medicina social latinoamericana, propició las condiciones necesarias para que dentro del Ministerio se crease la Dirección de Salud Mental.

Al respecto, el Dr. Saul Pacurucu, quien laboró como primer encargado de la Dirección Nacional de Salud Mental, señala que:

(...) se me pidió que le acompañara en el Ministerio en 1979 con la intención de que se iniciara algún tipo de acción en salud mental. Y la única instancia para que se llevara a cabo de manera oficial era que se llevara a cabo la creación de un organismo propio o incluirse en la Dirección Nacional de Estupefacientes y Psicotrópicos (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, julio 2020).

La Dirección Nacional de Salud Mental comenzó a funcionar tomando como punto de partida los recursos de la Dirección Nacional de Estupefacientes y Psicotrópicos. Hasta ese entonces

encargada del control y vigilancia de estupefacientes y medicamentos psicotrópicos y fiscalización de las farmacias, y drogas que la policía y la aduana incautaban (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, julio 2020).

La Dirección Nacional de Salud Mental inició impulsada por una condición estrictamente coyuntural: la presencia de un hacedor de política, con una posición muy cercana al ministro de salud, cuya formación le planteaba el interés de incorporar a la salud mental como un área a ser atendida dentro del MSP. Esta condición permitió que la Dirección inicie con un presupuesto significativo y con una planta de al menos 30 trabajadores de distintas áreas del conocimiento.

La dirección abre con cerca de 30 personas, nosotros teníamos abogados, químicos, psiquiatras, antropólogos, comunicadores, psicólogos, trabajadoras sociales. Química teníamos porque la oficina fue inicialmente de control de psicotrópicos y estupefacientes y los psicotrópicos estaban encargados los químicos (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, julio 2020).

Así como la Dirección contaba con la presencia de trabajadores de distintas disciplinas, esta agencia estaba integrada por distintos departamentos:

En la dirección había un departamento de: salud mental comunitaria, había el de fármaco dependencias, departamento de comunicación en salud mental, también había un departamento de psicología, y estaba el área de trabajo social (E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Además, la Dirección Nacional, aperturó varias direcciones provinciales:

Quedo armada la dirección nacional de salud mental, con todos los estamentos en Quito y con una serie de direcciones provinciales una en Manabí, Guayas, El Oro y Loja. Cinco oficinas. Entonces todo eso quedó armado, se pudo porque el presupuesto de salud mental era uno de los más altos de ese entonces (E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Las ideas que atravesaron el funcionamiento de la dirección estuvieron estrechamente vinculadas con el escenario académico de ese entonces: “había mucha gente interesada por la salud mental, algo que estaba en el ambiente que decía que había ciertos determinantes sociales de la salud, también de la salud mental” (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, julio 2020). Las intenciones de entender a la salud mental desde una perspectiva social y política marcaron el inicio de la Dirección de Salud Mental.

Uno de los elementos más representativos fueron los “Lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental”, expedidos en 1981. Este documento fue el primer Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador, mismo que es descrito por varios actores de la época, como un insumo que plasmaba una concepción de la salud mental desde una perspectiva social y política, que apuntaba al desarrollo de servicios de salud mental fuera de contextos estrictamente hospitalarios, haciendo una aproximación incipiente a un modelo comunitario.

Era un libro con ideas muy claras sobre las implicaciones sociales en el campo de la salud mental. El problema es que chocó con el gobierno que estaba en ese entonces. Se aprobó con el gobierno de Roldós, con Roldós no chocó, sino con el gobierno que le sucedió. Entonces el primer plan tuvo rechazo a nivel político y no alcanzó a llevarse a cabo (...) Entonces el Ecuador fue uno de los primeros países de Latinoamérica en tener un Plan Nacional de Salud Mental, sin embargo, esto no significó que el Estado y particularmente el Ministerio de Salud Pública asumiera políticas de salud mental para transformar esta realidad precaria en ese momento (E-5, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

Aunque se hace alusión en distintas narraciones a este cuerpo normativo, los Lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental, es un documento que se encuentra desaparecido. Se intentó acceder a este documento a través de fuentes oficiales (El MSP, Biblioteca de la Asamblea Constituyente, Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella, Archivo Nacional) sin embargo el documento no se encuentra en ninguno de estos lugares. Tampoco se consiguió acceder a él a través de las bibliotecas personales de los entrevistados. Pese a ello, se rastrearon documentos que dan cuenta de la normativa producida durante esta coyuntura crítica. Entre los más representativos fue el Reglamento de las Unidades de Salud Mental, publicado en el Registro oficial en 1981, que señalaba:

(...) la actual política del Ministerio de Salud Pública es la aprovechar en la mejor forma los recursos humanos y físicos para cimentar una estructura de servicios más eficaz y de más amplia cobertura para que responda a las necesidades de la población (Acuerdo ministerial 5259).

En este documento se explicita que el reglamento ha sido creado en concordancia con los objetivos principales del Plan Nacional de Salud Mental, siendo uno de ellos, ampliar la cobertura y los servicios de salud mental, a través de unidades de la creación de unidades de salud mental en hospitales generales. Este dispositivo de atención era definido como:

un servicio dependiente del Hospital General que tendrá a su cargo la promoción y protección de la Salud Mental y la recuperación de los trastornos mentales, a través del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los procesos agudos de estas enfermedades proyectándose a la comunidad mediante programas de divulgación y educación (E-15, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Las dimensiones sobre las cuales pretendían operar estas unidades eran en el ámbito de: promoción y prevención, e implicaban: educación en salud mental, prevención de enfermedades mentales, y prevención de invalidez mental. El nivel de recuperación contemplaba el trabajo en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; y finalmente, investigación y docencia, destinada a comprender aspectos psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad mental y docencia (Acuerdo ministerial 5259).

Años más tarde se encontrará que el nivel en el que operaron las Unidades de Salud Mental, fue en el de Recuperación. Mientras que en referencia a “investigación y docencia”, el trabajo estuvo relacionado con la recepción estudiantes de medicina, y estudiantes de psiquiatría que se vinculaban a las unidades para cursar materias dictadas por docentes que trabajaban en estas unidades.

En este cuerpo normado se explicita que el equipo de trabajo que conformaría las unidades de atención deberá estar integrado por: psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, laboratoristas y voluntarios (Acuerdo ministerial 5259). Cuestión que plantea un intento de intervención respecto de la salud mental en un espectro más amplio que

el médico psiquiátrico, al incluir nuevas áreas de intervención dentro de la atención a los pacientes.

Pese al planteamiento normativo de conformación equipos multidisciplinarios, las prácticas de la época distaban de esta normativa. Se han rastreado conflictos internos entre las disciplinas profesionales que debían conformar de las Unidades de Salud Mental.

Pero hay que señalar, hay que ser objetivos, no se logró tener una real unidad que funcione de forma interdisciplinaria, porque los profesionales, siempre ha habido como que el médico tiene una categoría y el psicólogo como que se lo ve más abajo, y ni se diga del trabajador social (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, julio 2020).

En cuanto a la innovación de los servicios sanitarios, la apertura de las unidades de salud mental implicó la creación de nuevos dispositivos de atención, que permitían el acceso a servicios de salud mental a usuarios que requerían instancias cortas de hospitalización, usualmente ligadas a la atención de episodios agudos. La apertura de las unidades de salud mental dentro de los hospitales generales conllevó resistencias dentro de los hospitales generales. Los involucrados tanto en la dirección de las unidades de salud mental, como de la Dirección Nacional de Salud Mental, ha planteado que:

Desde el inicio el servicio de salud mental hubo resistencias porque se pensaba que iba a tratarse de un servicio manicomial dentro del ... nos asignaron un espacio bastante grande como el ala de un servicio en la planta baja, digamos en el subsuelo a nivel del garaje, pensando que mis pacientes se iban a hacer de corte manicomial, esa etapa fue entre el ochenta y cinco y mediados de los noventa (E-15, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

El hospital del cual proviene el relato de uno de los directores de una Unidad de Salud mental, no es la excepción. Refiriéndose a la implementación de las unidades de salud mental, uno de los trabajadores vinculados a la Dirección, señala que:

Los directores de los hospitales nos decían: “No cómo va a crearse una unidad de salud mental aquí, cómo nos van a traer a los locos, nos van a dañar el hospital y nos van a generar problemas”, fíjese, los propios médicos tenían miedo a que ocurra eso. Sin embargo, se dio (E-

17, Exfuncionario de la Dirección Nacional de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

La resistencia dentro de los hospitales generales a implementar las unidades de salud mental permite rastrear que las prácticas de estigma y marginación respecto del, en ese entonces nominado paciente psiquiátrico, prevalecía y no únicamente dentro de la ciudadanía, sino también dentro del campo de la medicina.

Les daba miedo, hubo muchos directores de hospitales que se opusieron a la idea de las unidades, decían que ese era un hospital, no un manicomio, que ¿Cómo iban a recibir a esa clase de pacientes? Que iban a gritar a golpear a las enfermeras, que los pacientes de otros servicios iban a estar en peligro... uno les explicaba que eso no era así, pero igual había desconfianza, es que la salud mental siempre ha sido la cenicienta de la medicina (E-17, Exfuncionario de la Dirección Nacional de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

La apertura de las unidades de salud mental fue operativizada durante la coyuntura crítica. La creación de las unidades, además de ampliar los servicios de cobertura en salud mental, apuntaba a atenuar el estigma que recaía sobre los usuarios de los servicios de salud mental. Quienes, al prescindir de la asistencia a un hospital psiquiátrico para acceder a la atención, conseguían sortear el estigma y prejuicio que recaía sobre los pacientes que acudían a hospitales psiquiátricos.

La primera mitad de la década de los 80, conllevó avances significativos en el campo de la salud mental. El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, al hablar de la salud mental en Ecuador, planteaba que desde 1980 existía un mayor interés gubernamental por planificar e intervenir en el campo de la salud mental (Alarcón 1986, 110). Condición que se afirmaba tras la publicación en 1981 por parte del MSP de los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental, elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental que establecían como prioridades la promoción de la salud mental a nivel preescolar y escolar, educación familiar, encuestas laborales, fortalecimiento y renovación del sistema de servicios y el afianzamiento de esta misma entidad (Alarcón 1986, 108).

A partir de lo señalado a lo largo de este acápite, la salud mental no ingresó en la agenda gubernamental junto con la coyuntura crítica del sector de política, es decir a partir de la creación del MSP. Lo hizo más de una década después, a partir de la apertura de la Dirección Nacional de Salud Mental, en 1980. La creación de esta dirección, permitió que este subsector de política logre adquirir distintos recursos en cuanto a nodalidad, autoridad, tesoro y organización. La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, detonó en la producción de normativa, nuevas estrategias de atención e implantación de servicios sanitarios.

En el estudio de caso lo que se observó es que la coyuntura crítica del sector de política, no se produjo efectos en el subsector de la salud mental. La coyuntura crítica del sector de política estuvo caracterizada por la inacción del Estado sobre el subsector de la salud mental. El modelo de atención hospitalocéntrico permaneció en relación a una condición de inercia propia de las prácticas médicas de la época, involucradas en la atención psiquiátrica dentro de los hospitales.

En este sentido el elemento central de esta coyuntura crítica del subsector de salud mental, no fue la institución de un modelo distinto al modelo hospitalocéntrico. Sino que fue el intento de instituir a la salud mental como un subsector de política dentro del sector de las políticas de salud pública. Es decir que la coyuntura crítica implicó el intento de instituir a la salud mental como un subsector, con capacidad presupuestaria y organizativa dentro del MSP.

El intento de instituir a la salud mental dentro de las políticas de salud pública estuvo acompañado con una comprensión y abordaje de la salud mental desde un modelo de atención alineado a una perspectiva bio, psico, social. Sin embargo, el intento de introducir este modelo, iba en detrimento con prácticas, asilares instituidas mucho antes en lo referente a la atención de la enfermedad mental, tanto en el subsector, como en el sector de política. El condicionante que posibilitó la detonación de la coyuntura crítica, estuvo caracterizado por: un auge en cuanto al acceso presupuestario, recursos humanos, organizativos, informáticos y capacidad normativa. Ese auge fue breve, y así como la creación de la Dirección obedeció a condiciones itinerantes, respecto de la situación interna del MSP, la permanencia de la Dirección también fue volátil.

(...) lastimosamente al poco tiempo de creada, a un año ya se reduce el personal, no se da el presupuesto, la dirección nunca fue lo mismo, la salud mental era y todavía sigue siendo apartada de la salud, sigue siendo la cenicienta del ministerio de salud pública, no se presta el apoyo del caso, en cuanto a presupuesto y al desarrollo de algunas acciones (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, 2021, en entrevista con García, agosto 2020).

La Dirección Nacional de Salud Mental implicó importantes avances dentro de la construcción de instrumentos normativos y de dispositivos de atención no manicomiales durante sus dos primeros años de apertura. Sin embargo, el que la salud mental haya entrado en agenda debido a una coincidencia, que respondió a la presencia de un hacedor de política con la autoridad suficiente para empujar la apertura de la Dirección, implicó a su vez que su presencia no logre instituirse. El cambio de gobierno de turno y la salida de este funcionario del MSP, mermaron casi inmediatamente la capacidad y el alcance de la Dirección Nacional de Salud Mental.

En 1981, la muerte trágica de Jaime Roldós, primer presidente democrático después de una década de dictaduras militares, cambió el gobierno y por lo tanto salieron del Ministerio los Drs. Cueva y Pacurucu, quedando al frente de Salud Mental El Dr. Arturo Campaña, el modelo comenzó a ser cuestionado por la nueva administración Demócrata Cristiana del presidente Oswaldo Hurtado por considerársele un modelo ideológicamente muy a la izquierda. A los pocos meses se produjo la salida del Dr. Campaña y fue reemplazado por el Dr. Nelson Samaniego, a quien le tocó afrontar el desarrollo del Plan Nacional, con muchas limitaciones de orden presupuestario y de apoyo político, pues la Dirección de Salud Mental pasó a un nivel inferior en jerarquía, a convertirse en División y depender de la Dirección Nacional de Epidemiología (Aguilar 2013, 45).

Una de las narraciones que justificó el cierre de la Dirección, fue que la salud mental debía ser considerada como un elemento a trabajarse dentro de toda clase de intervenciones sanitarias. Sin embargo, según varios relatos de actores involucrados eso no era algo que pudiera llevarse a cabo.

Uno de los argumentos era que no había la necesidad de que sea Dirección, todo el mundo debía trabajar y hacer salud mental. Lastimosamente cuando un profesional se refiere a salud, no está incluida la salud mental, excepto cuando es un psicólogo o un psiquiatra. Cuando hablamos de salud solamente se mira la salud física, no se mira a la salud mental como parte

de la salud (E-3, Exfuncionario de la Dirección Nacional de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

La coyuntura crítica que marcó el ingreso de la salud mental dentro de la agenda pública estuvo sujeta a un momento esporádico, detonado por un hacedor de política. Quien se encontraba en una posición contingente, que le permitió crear la Dirección Nacional de Salud Mental, como un organismo encargado de trabajar específicamente lo concerniente a la salud mental dentro del MSP. Este detonante estuvo impulsado por la existencia de un grupo de expertos en el sector de política que pretendían implementar un enfoque emergente y nuevos servicios de atención, lo que decantó en la creación de cuerpos normativos y nuevos servicios de atención. Sin embargo, el impulso con el que contó el ingreso de la salud mental a la agenda gubernamental fue breve y no logro modificar la trayectoria de las políticas.

3.3.3. De la coyuntura crítica al retorno de la inacción (1985 – 1999)

La documentación que muestre cualquier registro sobre las políticas públicas de salud mental en Ecuador, entre 1982 hasta finales de la primera década del 2000, es escasa. El material recopilado dentro de este periodo obedece principalmente a narraciones de actores involucrados en el subsector de política. Los relatos sobre la desaparición de este material documental son variados, acéfalos y carentes de evidencia. Algunas narraciones de actores señalan que el material documental se perdió en un incendio. Otros actores señalan que toda la producción y evidencias de trabajo de la dirección, desaparecieron a mediados de la primera década del 2000, por haber sido ubicados en un lugar en el cual la humedad acabó con ellos.

En la segunda mitad de 1980, la Dirección Nacional de Salud Mental había pasado a formar parte de la Dirección Nacional de Epidemiología. Funcionó, de forma itinerante, como división y como departamento. En medio de estos cambios, ciertos servicios de atención en salud mental siguieron operando.

A continuación, se presentan los servicios que funcionaban entre 1985 y 1999 en torno a salud mental. La finalidad de ello es rastrear indicios del modelo de atención vigente durante este periodo, así como notar la acción o inacción estatal.

3.3.3.1. Hospitales Psiquiátricos

Los servicios de salud mental han estado centrados en los hospitales psiquiátricos, situados en Quito, Guayaquil y Cuenca los hospitales, en su mayoría son de corte clásico, con baja proporción de personal, con edificios grandes y obsoletos; con una población crónica internada que supera el 85% del total y presenta discapacidades psicológicas y sociales que no necesariamente son propias del trastorno mental que motivó su ingreso. La población atendida en estos servicios es adulta en su gran mayoría y adolescente en menor proporción, sin existir atención especializada para niños (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 13).

Las observaciones que se hacen respecto de este párrafo son varias. La primera es que a pesar de que Ecuador había suscrito hace casi diez años (1990) la Declaración de Caracas, y con ello se había comprometido a participar en la reforma psiquiátrica a nivel regional. Los hospitales psiquiátricos seguían siendo el dispositivo principal de atención de la salud mental. El párrafo señala que los hospitales se encontraban en las principales ciudades del país, prevaleciendo una organización centralizada respecto de la prestación de los servicios. Cuestión que puede asociarse con la propia complejidad y magnitud de demanda de recursos de los hospitales psiquiátricos, como dispositivos de atención.

El documento no detalla el número de camas con las que contaban los hospitales, el tiempo promedio de internación de los pacientes, o los principales motivos de ingreso o protocolos de la internación. Sin embargo, señala que más de un 85% de la población interna presenta discapacidades psicológicas y sociales que no necesariamente eran propias del trastorno mental que motivó su ingreso (Dirección Nacional de Salud Mental 1999). Esta afirmación puede relacionarse con la cronificación que sufren aquellos pacientes que llevan largas estancias internados dentro de un hospital psiquiátrico. Finalmente se hace una escueta observación respecto de que la población de internos está conformada principalmente por adultos, lo que significa que para finales de la década de los 90, existían menores de edad internados en hospitales psiquiátricos del país. Sin que eso implique, la existencia de servicios especializados para niños, niñas y adolescentes.

En términos generales, se consideraba que los hospitales psiquiátricos “habían asumido el corte medicamentoso clásico” (Ramírez y Quiroz 2017, 135):

En la década de los ochentas y noventas, por los buenos oficios del director, el Dr. Julio Endara C., la Orden de Malta hacía donaciones de medicamentos, algunos de ellos no existentes en el país y que nosotros ya los prescribíamos, tal el caso de la pipotiazina, la fluvoxamina, el citalopram, la venflaxina, etc. Y de otros que nunca los comercializó en el Ecuador, como el penfluridol y el fluspireleno (López Cifuentes: 2007).

En medio de este escenario, respecto del funcionamiento de los hospitales, existían narraciones en conflicto, consignas que apelaban de manera estéril a la aplicación de un enfoque de atención de salud comunitaria. Un ejemplo de ello fue el Hospital San Lázaro.

Yo entré a trabajar en el 92 en el Hospital psiquiátrico San Lázaro, trabajé 10 años hasta que obtuve mi traslado. Durante los 10 años, todas las reuniones se centraban en hacer esto de una psiquiatría comunitaria. La prioridad de tener una psiquiatría comunitaria y que ya el hospital no podía responder a la psiquiatría comunitaria, porque obviamente ni siquiera fue creado para ser hospital psiquiátrico, fue creado como un hospicio ¿Cómo iba a convertirse en comunitario? Desde que yo entré hasta que me fui, las hojas seguían siendo membretadas como Hospicio – Manicomio, pese a que tenía como razón social Hospital psiquiátrico San Lázaro. Yo recuerdo que había sellos que decían hospicio – manicomio, o sea, nunca salíamos de ese encierro manicomial (E-14, Exfuncionario del Hospital Psiquiátrico San Lázaro en entrevista con García, agosto 2020).

Es necesario recordar a inicios de la década de los 60, la apertura del Hospital Psiquiátrico Julio Endara tenía como objetivo el traslado de los pacientes del ex hospicio y hospital modernos y con ello implementar un de modelo de intervención eminentemente médico psiquiátrico. Sin embargo, esto no se produjo, tal es así que durante toda la década de los noventa, el Hospital San Lázaro seguía recibiendo pacientes y manteniendo a internos de largas estancias en condiciones de sobrepoblación.

El Plan Nacional no hace referencia a protocolos para la internación de los pacientes, o criterios respecto de la temporalidad de las estancias. Las formas de ingreso de los pacientes durante la década de los noventa, no dista demasiado de prácticas encontradas durante el periodo de los antecedentes de la política (1930 – 1966).

Para los psiquiatras trabajar la reinserción social, no era nada fácil, al menos con todas las políticas que luego se establecen, no es nada fácil. Muchos pacientes llegaban encadenados, amarrados y el San Lázaro atendía pacientes de Colombia de Perú, de todas las provincias del Ecuador, la mayoría llegaba por la policía. Cuando yo llegué había una política interna del hospital, que se vaya el policía que le dejaba al paciente y entonces el paciente se tenía que ir porque no se podía recibir a nadie más. Al noventa estaban unos 380 pacientes internos, ya con la salvedad de que no había las largas estancias, porque ya para ese entonces había una inyección que le llamaban de depósito, entonces te lograba compensar. Entonces el problema es que la mayoría de pacientes eran bien pobres, desvinculados de la familia, era muy difícil que lleguen a hacerse atender por consulta externa, salvo que ya estén bien descompensados y sean llevados por los familiares, por la policía o algo. Entonces es muy difícil la inserción, no se dio como estaba estipulada, porque la familia tiende a desvincularse, porque si hay un espacio donde yo puedo dejar a un familiar al que no puedo manejarlo, porque corro peligro, lo dejo en esa institución y desaparezo. La mayoría de familiares lo hacía así. Por eso era la carga que se tenía de esos pacientes (E-14, Exfuncionario del Hospital Psiquiátrico San Lázaro en entrevista con García, agosto 2020).

Para la década de los noventa, el Hospital San Lázaro siguió funcionando. Continuó receptando pacientes y mantuvo las condiciones de hospicio, que le caracterizaron desde sus inicios. Durante esta década el San Lázaro no era el único hospital psiquiátrico existente dentro del Ecuador, sin embargo, seguía siendo representativo. Respecto del resto de hospitales psiquiátricos del país, la documentación no hace ninguna referencia a la incidencia de la Dirección Nacional de Salud Mental en su funcionamiento. Sin embargo, desde descripciones de fuentes secundarias y narraciones de varios expertos, el funcionamiento de estos dispositivos mantenía dinámicas que oscilaban entre lo hospitalocéntrico y lo asilar.

La centralización de los servicios de salud mental, así como la priorización de los hospitales psiquiátricos como dispositivos principales de atención en cuanto a lo mental, dan cuenta de que hasta 1999, el modelo hospitalocéntrico seguía vigente. Sus formas de funcionamiento seguían atravesadas por lo precario. Una condición de estigma y exclusión social, sostenían no solo un modelo hospitalocéntrico, sino también formas de marginación, previas siquiera a la inserción de la salud mental como un asunto correspondiente a la agenda pública.

3.3.3.2. Unidades de Salud Mental

Casi veinte años después de expedido el reglamento y haber sido inauguradas, las unidades de salud mental dentro de los hospitales psiquiátricos, siguieron siendo servicios vigentes. Su funcionamiento fue reconocido dentro del Plan Nacional de Salud Mental de 1999, que indicaba:

(...) en hospitales generales de las ciudades del: Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala, Loja, Ibarra, Manta, Guaranda, Puyo, Ambato. Estas unidades atienden preferentemente a pacientes ambulatorios, las interconsultas de otros servicios y en algunos casos disponen de camas para internamiento de corta estancia de enfermos con problemas mentales. Cabe señalar que en no pocos hospitales se ha notado una resistencia e incompreensión de algunos directivos y profesionales y trabajadores para el desarrollo de las Unidades de Salud Mental (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 14).

Las unidades de salud mental ya habían empezado a funcionar en distintas provincias del país, dentro de hospitales generales. Y consiguieron operar no únicamente como servicios de atención psiquiátrica, sino más bien como:

servicios que no solo daban consulta externa o interconsulta, sino que daban internamiento, eran especialmente para pacientes que tenían intentos de suicidio, y otros pacientes que no podían ser controlados en los servicios de emergencia (E-15, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Pese a las narraciones que refieren a este servicio de salud, no existe documentación oficial que detalle el número de unidades de salud mental, número de pacientes, los motivos de ingreso o perfil epidemiológico de la población atendida. La ausencia de este tipo de información no se debe exclusivamente a una pérdida de documentación antes enunciada, sino también, ha sido reconocido por funcionarios que operaron tanto dentro de las Unidades de Salud Mental como en la Dirección, la no recopilación de datos sobre el funcionamiento de las unidades o el perfil de la población atendida.

La verdad no se tuvo información, no se lograba tener registrar cuantos pacientes se atendía, no logramos configurar el Epi dos, que es donde se recoge la clasificación de las enfermedades. Empezamos a tener unos datos estadísticos sobre los principales problemas de

salud mental. Sin embargo, hubo un subregistro significativo, no se registra como debe ser (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, julio 2020).

Las unidades de salud mental fueron los únicos dispositivos de atención que consiguieron perdurar tras el cierre de la dirección. Sin embargo, es notorio que luego del cierre de la dirección no se registre la apertura de nuevas unidades en otros hospitales, el aumento de camas, o algún tipo de documentación que dé cuenta de un seguimiento al desarrollo de este servicio.

3.3.3.3. Promoción y prevención

A finales de la década de los 80 se registra la existencia de servicios destinados a los niveles de promoción y prevención en el campo de la salud mental. El financiamiento de estos proyectos se llevó a cabo en el escenario de una nueva Reforma Sanitaria, en donde organismos como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional, cobraron particular incidencia a través del financiamiento de proyectos y programas específicos dentro del sector salud. Entre estos proyectos se encontraba FASBASE I y FASBASE II. El financiamiento brindado por estos proyectos impulsó la realización de dos acciones encaminadas a la promoción y prevención en salud mental.

La primera hace referencia a la capacitación de personal sanitario de base, en aspectos concernientes a la salud mental:

Entonces se generan las Jornadas de Salud Mental en Atención Primaria, que se llamaba, entonces se trataba de capacitarles a los profesionales: médicos, enfermeras, de los centros de salud de las principales provincias del país, justamente desde la óptica de la salud mental, para ayudar a prevenir, qué hacer o cómo identificar tempranamente los problemas de salud mental (E-16, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

El desarrollo de estos talleres de capacitación fue impulsado a su vez por organismos internacionales como la OPS y la OMS, quien asumía la ejecución de estas actividades como un avance no solamente en el desarrollo de los niveles de promoción y prevención en salud mental. Además, eran planteadas como actividades que promocionarían y protegerían los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

OPS con la colaboración de la OMS y otras organizaciones internacionales tales como la OEA, está organizando talleres de capacitación sobre derechos humanos y salud mental. Estos talleres son una de las estrategias de la OPS no solamente para promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales, sino también para colaborar técnicamente con los Estados en la formulación/reforma de sus políticas, planes y legislaciones de salud mental y en la coordinación de redes nacionales para la promoción y protección de la salud mental. La iniciativa diseminó las normas y estándares mencionados a través de talleres nacionales de capacitación para el público en general, funcionarios gubernamentales y el personal de salud mental de 16 países (Chile, Ecuador, República Dominicana, Perú, Argentina, Honduras, El Salvador, Panamá, Paraguay, Barbados, Granada, Antigua y Barbuda, Belice, Guatemala, México y Canadá) (OPS/OMS 2000).

Otro programa desarrollado fue el “Programa de promoción de salud mental en el escolar:

Con el programa de salud del escolar, logramos insertarnos y hacer bastante prevención, lo que tiene que ver con la salud mental, ligado al niño y a la madre, entonces se daban charlas en los centros de salud, se enlazaba con las comunidades, con las directivas barriales para hacerles conocer y tratar de hacer saber que la enfermedad mental es como cualquier otra de las enfermedades mentales y que podemos ir y demandar atención, de que no hay que tener recelo. De que podemos enfermarnos de depresión, de ansiedad, como nos enfermamos de una gripe. Pero claro, con el escaso recurso y llegando a tan poca gente, el resultado fue escaso (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Todas estas fueron actividades ejecutadas por la, en su momento dirección, división o departamento de salud mental. Pese a que las actividades de promoción y prevención son identificadas de forma recurrente por los funcionarios de la dirección, eran actividades que tenían un alcance limitado, en tanto no se ejecutaban a nivel nacional, tampoco consiguieron configurar una estructura que logre sostenerlas en el tiempo. El intento de realizar acciones específicas para la promoción y prevención en salud mental, se tradujo en la realización de acciones aisladas, sin una estructura organizativa. Para 1999, en el Plan Nacional de Salud mental, se reconocía que:

Se han realizado actividades de capacitación para equipos de salud a fin de que realicen acciones de atención primaria orientadas a la detección precoz y tratamiento local a nivel

primario de ciertas patologías de alta prevalencia, con resultados poco alentadores (E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

3.4. Reapertura de la Dirección Nacional de Salud Mental: Un organismo atomizado (1999 – 2007)

Desde 1981 la Dirección Nacional de Salud Mental había transitado como división, dependencia, coordinación y departamento de distintas instancias del MSP. Hasta que, a finales de la segunda mitad de los noventa volvió a ser dirección.

Que se haya retomado la capacidad de Dirección, es un caso anecdótico. Casi desaparece, casi nos borran del mapa como división, pero por gestiones, se logra, siendo ministro de Salud un neurólogo, le decimos: “usted siendo neurólogo, no creo que sea bable, que en su administración desaparezca la salud mental” y nos retoma como Dirección, con este apoyo y el de Fasbase retomamos lo que es atención primaria en salud mental (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Según otros actores vinculados a esta organización, un elemento que permitió que el área de Salud Mental del MSP retome la condición de dirección, fue que, durante el periodo de mandato de Abdalá Bucaram, el MSP tuvo una crisis interna. En medio de esa crisis, varios funcionarios que serían desvinculados del MSP, consiguieron adscribirse a la división de salud mental, con lo cual la dirección aumentó su planta de trabajadores.

Al principio estaban dos o tres psiquiatras y un psicólogo, ellos eran salud mental. Después se hace la dirección de salud mental y se amplía, porque a partir de Bucaramato, mucha gente que trabajaba en el ministerio no sabía a dónde ir y como ya era dirección nacional, entonces empiezan a buscar alternativas para reubicarse y entre las alternativas que había, era salud mental. Entonces en salud mental, había una médica, era yo que soy socióloga, había una trabajadora social, había una economista, había una periodista, psicólogos, psiquiatras... se vuelve entonces un equipo interdisciplinario (E-3, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

La condición interdisciplinaria que caracteriza al personal de la Dirección Nacional de Salud Mental, no se debió a una forma particular de comprender a la salud. Obedeció a una situación emergente de rotación de personal dentro del MSP. Pese a que salud mental retomó el lugar

de dirección dentro del MSP. Según autoridades y trabajadores vinculados al organismo, las funciones, autonomía y presupuesto que implicaba ser una dirección no volvieron a ser retomadas. Además, el emergente aumento de la planta de trabajadores que integraba la dirección, también fue breve: “Aunque volvimos a ser nombrados como dirección, en realidad nunca volvimos a ser dirección en el sentido estricto de la palabra” (E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Luego de retomar el rango de dirección, en 1999 se aprobó el segundo Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador.

El segundo plan era un poco más pragmático que el primero, básicamente hacía hincapié en la necesidad de una salud mental comunitaria. Desgraciadamente este plan no tuvo un buen financiamiento y no pudo cumplir sus metas. Se hizo algunas publicaciones, y se trabajó un poco en la salud mental comunitaria, pero sin mayor apoyo, no fue tampoco un plan que se cumplió (E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

El Plan Nacional de Salud Mental, publicado en 1999, no es de acceso público, en tanto no se encuentra en dependencias estatales que permitan su revisión. El extravío de este documento no es una excepción, a lo largo del trabajo de recopilación documental se identificó un vacío significativo respecto del material producido en torno a normativas y documentos gubernamentales sobre políticas públicas de salud mental, este vacío va desde 1980 hasta finales de la primera década del 2000.

(...) hay un gran desfase, hay mucha gente que me ha dicho que hubo archivos que se los quemaron, no sé con qué intención... hubo gente que se los puso en cargos de jefatura, que se los puso justamente para desaparecer la información de salud mental, o eso creería yo. Entonces cuando han venido investigadores, yo les digo, yo les ayudo hasta máximo el 70, lo demás, me gustaría saber qué pasó, porque no hay en dónde recoger, no hay en el ministerio, esa documentación, no hay donde era la dirección de salud mental (E-14, Exfuncionario del Hospital Psiquiátrico San Lázaro en entrevista con García, agosto 2020).

El Plan Nacional de Salud Mental de 1999 fue rastreado a través de uno de los entrevistados, quien tenía una copia de este documento en su biblioteca personal. El documento inicia

justificando su existencia al evocar el inciso 3 del Art. 43 de la Constitución de 1998, que establece que el Estado: “Adoptará programas tendentes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías” (Constitución 1998, 174). Y en el Art. 92 y 96 de Código de la Salud, que señala: “El Estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva, y propiciará la ejecución de programas de higiene mental” (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 125).

En el Plan Nacional de Salud Mental se describe el contexto general de la situación de la salud mental de la población ecuatoriana y de los servicios sanitarios prestados hasta la fecha. Inicia señalando las tasas de incidencia anual de trastornos mentales del Ecuador desde 1994, hasta 1998.

Tabla 4. Tasas de incidencia anual para trastornos mentales seleccionados en los años 1994 a 1998 en el Ecuador – Tasas por 100.000 habitantes

Problemas mentales	Años				
	94	95	96	97	98
Farmacodependencia	1,69	2,67	2,42	2,11	1,87
Alcoholismo	23,28	25,29	25,81	21,50	18,52
Depresión	29,76	31,89	38,65	31,78	31,12
Intento suicida	6,73	7,75	8,80	9,96	9,09
Suicidio consumado	0,70	1,00	0,65	0,77	0,76
Violencia y maltrato	33,07	35,12	27,91	33,63	35,28
Psicosis	3,70	3,72	5,48	5,58	4,21
Demencia	0,98	1,12	1,36	1,04	0,72
Retardo mental	4,58	4,66	5,75	4,49	4,67
Epilepsia	25,78	29,90	33,43	23,07	24,24

Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 156.

El documento señala que existe un subregistro de información significativo “ya que los equipos de salud no se encuentran lo suficientemente preparados para identificar problemas de salud mental” (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 11). Este plan fue concebido como un instrumento que permitiría redireccionar el curso de las políticas públicas de salud mental.

3.4.1. Plan Nacional de Salud Mental 1999

Para 1999 se consideraba que los principales problemas de la salud mental, como subsector de la política de salud pública en el Ecuador devenían de la:

Ausencia de políticas de Estado en salud mental. Coexistencia de patologías propias de la modernidad con enfermedades de los países en desarrollo. Inadecuada e insuficiente estructura

de los servicios de psiquiatría y salud mental. Formación de recursos humanos con un enfoque en la psiquiatría clásica, insuficientes en número y no diversificados. Carencia de programas permanentes de investigación en salud mental. Limitado desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental, con una insuficiente participación social (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 43).

En este escenario fue aprobado el Plan Nacional de Salud Mental de 1999. Los principios rectores que señalaba el nuevo plan eran:

Incorporación de las acciones de salud mental a los planes y programas de la salud general, como parte integrante de los mismos y no como acciones aisladas. Atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental (...) abordando aspectos biológicos. Psicológicos y sociales en base a equipos multidisciplinarios. Priorización de acciones en concordancia con las necesidades de la población y participación de la misma desde el nivel local; Coordinación e integración a nivel intersectorial y multisectorial en los niveles local y central; Descentralización y desconcentración de acciones; Sistemas de atención que garanticen la calidad, la equidad, la universalidad y la oportunidad, con tecnologías ajustadas a nuestra realidad; Papel rector del MSP a través de la Dirección Nacional de Salud Mental con el apoyo del Comité Asesor; Respeto irrestricto a los derechos humanos, a las manifestaciones culturales de cada grupo humano, y a los derechos de los pacientes mentales y sus familias (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 87).

Los principios rectores son seguidos por catorce líneas de acción, que según señala el plan, deberían ejecutarse en conjunción con otros organismos del MSP e instancias de gestión social.

Figura 2: Líneas de acción del Plan Nacional de Salud Mental de 1999

Estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles	Salud mental en los niños	Salud mental en los adolescentes	Salud mental en los adultos	Salud mental en los adultos mayores	Salud mental y género	Salud mental en grupos étnico culturales
Alcoholismo y drogadicción	Violencia en sus diferentes formas de expresión	Salud mental y procesos migratorios	Formación de recursos humanos en salud mental	Investigación en salud mental	Salud mental en los desastres naturales y grandes conflictos sociales	Legislación en salud mental

Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental, 1999

Sobre la estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles, las metas principales hacían referencia a la restitución de la Dirección Nacional de Salud Mental dentro

del organigrama del MSP, la disposición de un presupuesto operativo, activación de coordinaciones provinciales de la dirección en todo el territorio nacional. Dentro de esta línea, uno de los objetivos enunciados, era la modernización de los hospitales psiquiátricos, para ello se proponía “unificar los hospitales Julio Endara y San Lázaro de Quito” (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 89).

Dentro de línea de estructura, se enunciaban objetivos relacionados con la incorporación de la salud mental en servicios de atención primaria. A través de la elaboración de normas, capacitación de personal, dotación de psicofármacos o la modificación de la formación de los profesionales de la salud. Respecto del segundo nivel de atención, se proponía como metas: la consolidación y creación de nuevas las unidades de salud mental en varios hospitales generales del país (Dirección Nacional de Salud Mental 1999, 91). Sobre el resto de líneas de acción, en una especie de marco lógico, se detallan; objetivos, metas actividades, responsables y cronogramas. Sin embargo, ninguna de las propuestas consta de dispositivos específicos que posibiliten su ejecución.

A inicios de la primera década del 2000, y acorde al Plan Nacional de Salud Mental, hubo un intento de “modernizar los hospitales psiquiátricos”, a través del cierre del San Lázaro y su fusión con el Hospital Julio Endara. Sin embargo, esta tentativa fue impedida:

Siempre había resistencia, fuimos unos de los pocos que quisimos cambiar el modelo psiquiátrico, hacer desaparecer los hospitales psiquiátricos como tal, justo cuando iba a ser demolido el hospital psiquiátrico, la gente se opuso. Los profesionales que trabajaban ahí y trabajaban con ese modelo, los médicos, enfermeras, auxiliares. Se trató de hacer conocer tanto a los administrativos como a los profesionales de la salud se les explicó que iban a ser distribuidos en los hospitales, los subcentros, en otros servicios de salud, para que con su experiencia pueda trabajarse (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, 2021, en entrevista con García, agosto 2020).

Es importante señalar que este primer intento de cierre no implicaba la creación de otros dispositivos de atención, o reorganización de los servicios. Sino que se centraba exclusivamente en el traspaso de los pacientes del Hospital San Lázaro, al Hospital Julio Endara. Como señalaba el Plan, este traspaso implicaba en sí mismo una modernización a los hospitales psiquiátricos. Pese a ello, las condiciones por las que transitaba el Hospital

Julio Endara durante la primera década del año 2000, tampoco eran descritas como óptimas.

Los directivos y funcionarios del psiquiátrico Julio Endara para no cerrar el servicio y continuar atendiendo a los internados y a la consulta externa se han visto obligados a restringir la calidad de la alimentación en el hospital. Como se puede pedir que se den cambios a nivel de la estructura hospitalaria, que se apliquen proyectos de investigación a nivel terapéutico, a nivel del servicio que da y en finm a cualquier nivel, si los empleados y asilados simplemente han comenzado una carrera por sobrevivir; si se deben los míseros sueldos a los empleados y medicos, se deben alimentos, de la seguridad, del transporte, del agua, de la luz (Cuesta 2003, 56). Para el año 2003, la negativa al traslado de pacientes desde el Hospital San Lázaro, hacia el Hospital Julio Endara, no devenía exclusivamente de trabajadores temerosos a perder sus empleos, como detallaban varios hacedores de política de ese entonces. Esta resistencia era asumida también por funcionarios, del que sería el hospital receptor de pacientes en caso de darse la fusión.

Lo que se intenta es fusionar los dos hospitales para que el San Lázaro funciones con menos pacientes. Pero los empleados de este hospital denuncian que la intención de fondo es desaparecerlo, para construir y adecuar un edificio hasta convertirlo en un hotel de gran categoría. Las autoridades del Julio Endara argumentan que el asunto no solo radica en la insuficiencia de fondos, también hay un problema en la infraestructura, ya que las instalaciones en donde deberían instalarse los asilados del San Lázaro no están listas, de ellas tan “solo están levantadas las paredes” (Cuesta 2003, 58).

La fusión de los dos hospitales no se llevó a cabo sino hasta el año 2011. Mientas tanto “El Hospital Julio Endara es un centro público de salud mental que atiende a pacientes de todo el Ecuador” (Jaramillo 2010, 48), continuando la centralidad en la prestación de servicios. Durante la primera década del 2000, se registró una importante crisis en el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. A la par, en este periodo, las unidades de atención de salud mental, dispuestas en hospitales generales de varias provincias del país, comenzaron a disolverse de forma definitiva.

No existe documentación oficial que registre la motivación o un periodo temporal sobre el cual se llevó a cabo el cierre de las unidades de salud mental. Según la narración de varios

actores vinculados, las unidades empezaron a cerrar completamente a principios de la década del 2000.

Esto se mantuvo con relativo éxito hasta el 2002, porque las unidades permanecieron abiertas. Con el cierre de la unidad de salud mental, se pasó a ser un servicio de psiquiatría representado por una sola psiquiatra y se claro, todo se redujo a eso redujo (E-5, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, agosto 2020).

En cuanto a los niveles de promoción y prevención de la salud mental, lo único que se ha logrado recopilar son narraciones y escritos sobre actividades puntuales desarrolladas por trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental. Estas acciones eran emprendidas en barrios de Quito. Eran acciones pedagógicas y artísticas, destinadas principalmente a la atención de grupos de adolescentes que vivían en condiciones de vulnerabilidad. Las acciones no se realizaban en vinculación con otras organizaciones, no tenían un presupuesto propio, y tampoco se registraba la cobertura de las mismas. Durante la primera década del 2000, las acciones desarrolladas en torno a los niveles de promoción y prevención en salud mental eran fragmentadas y respondían a una dinámica interna de la Dirección.

Entre el 2000 y el 2007, el vacío respecto del curso de las políticas públicas de salud mental, se agudiza aún más que en décadas antecedentes. Condición que puede relacionarse a la profunda inestabilidad política y económica que inició con la crisis económica de 1998 - 1999 y perduró hasta el año 2007. Durante este periodo de tiempo, la Dirección Nacional de Salud Mental, continuó supeditada al vaivén de los gobiernos de turno y los cambios ministeriales.

Los cambios del área de salud mental han dependido mucho de los cambios que se dan con los ministros, si hay algún asesor que trabaje en salud mental, ese asesor en va a abogar por salud mental y si tiene algún peso dentro de la institución va a permitir que salud mental tenga una salida, sino hay nadie con autoridad que defienda ahí salud mental, salud mental desaparece (E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

La reapertura de la Dirección Nacional de Salud Mental, junto con la creación del Plan Nacional de Salud Mental parecían ser una posible secuencia reactiva. Que apunte a movilizar la inercia estatal dentro de las políticas públicas de salud mental. Sin embargo, este organismo, pese a ser declarado como dirección, no volvió a contar con un presupuesto

operativo, tampoco contaba con autoridad para gestionar acciones interinstitucionales o con otras dependencias del MSP, para el levantamiento de información o prestación de servicios. La reapertura de la dirección, implicó más bien la creación de un organismo atomizado, que consiguió realizar actividades itinerantes con una reducida planta de trabajadores. La reapertura de la Dirección Nacional de Salud Mental, es considerada como una estructura de persistencia, que reforzó un lugar de atomización y fragmentación de la salud mental dentro de las políticas públicas de salud.

3.4.2. A ocho años de la aprobación del plan nacional de salud mental 1999

Luego de 7 años de encontrar un significativo vacío documental, respecto de las políticas públicas de salud mental. Se encontró que, en el año 2007, la OPS, realizó por pedido de la que en ese entonces operaba como Coordinación Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador una evaluación al sistema de salud mental de Ecuador. Producto de esa evaluación fue emitido el “Informe de la evaluación de los sistemas de salud mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS”. A lo largo de este documento se identifican elementos como: marco legislativo, financiamiento, organización y estructura de los servicios, formación del personal sanitario, capacidad de producción informativa y derechos humanos en el marco de la salud mental. Este panorama permite rastrear indicios sobre el modelo que organizaba los servicios de atención durante la época.

En cuanto a la legislación, el informe señala que:

En la Ley Orgánica de Salud, promulgada el 22 de diciembre de 2006, existen algunos artículos que de manera directa o indirecta se relacionan con aspectos de la salud mental y dos capítulos específicos, el Capítulo IV sobre la violencia y el Capítulo VII sobre el tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia.⁸ Al no existir una Ley de Salud Mental no existe tampoco una documentación estandarizada y un manual de procedimientos para la aplicación de las disposiciones legales. Otras leyes como la de Discapacitados, Control de Sustancias Estupefacientes, Derechos y amparo del paciente, tienen algunas disposiciones relacionadas con los enfermos mentales (OPS/OMS 2008).

Esta aseveración implica que para el año 2007, había varias referencias a salud mental en distintos cuerpos normativos. Sin embargo, no existía una ley específica, que emita

disposiciones de forma articulada y específica sobre la salud mental. En el capítulo dos se ha señalado la importancia no solo de la existencia de una ley en salud mental, sino de una ley en salud mental enmarcada en la garantía y protección a los derechos humanos, como una herramienta fundamental para la protección de los derechos de usuarios de servicios de salud mental.

La inexistencia de un cuerpo normativo que garantice los derechos humanos de los usuarios, implica que, aunque en documentos como el Plan Nacional de Salud Mental de 1999, se enuncien los derechos humanos de los pacientes, no existan acciones, protocolos, instrumentos o medidas específicas que los garanticen.

En los lineamientos de la Política de Salud Mental se señala el respeto a los derechos humanos de los pacientes, sin embargo, a pesar de esta declaración, en la práctica no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios con los pacientes y sus familiares en relación con los derechos humanos. De igual manera no se han ejecutado acciones de formación al personal de salud sobre este tema (...) En los hospitales psiquiátricos se aplican medidas de sujeción física o aislamiento para pacientes que por su estado clínico tienen alto riesgo de autoagredirse, atacar a otras personas o destruir cualquier bien; estas medidas de contención física son aplicadas por pocas horas o días, pero en ningún establecimiento se lleva un registro estadístico de este procedimiento. Los ambientes en los que se aísla a los pacientes, en todos los hospitales, mantienen condiciones adecuadas de higiene y seguridad (OPS/OMS 2008, 18).

En referencia al presupuesto que maneja salud mental, lo que el informe señala es que “para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos” (OPS/OMS 2008, 7). Se había señalado en el capítulo anterior, que los hospitales psiquiátricos implican una demanda constante de recursos. Los modelos de atención de salud mental, centrados en lo hospitalocéntrico, suelen destinar la mayor parte de su presupuesto a la financiación y manutención de estos hospitales.

Respecto de los servicios de atención existentes en Ecuador hasta el año 2007, en torno a salud mental se encuentran: En primer lugar, los hospitales psiquiátricos, con una elevada demanda financiera:

En el Ecuador funcionan 5 hospitales psiquiátricos, 3 en Quito, 1 en Guayaquil y 1 en Cuenca, con un total de 1635 camas, lo que significa 12 camas por cada 100.000 habitantes (...)

Ningún hospital psiquiátrico está organizacionalmente integrado con otros establecimientos de atención ambulatoria, pero todos ellos ofrecen servicio de consulta externa (OPS/OMS 2008, 6).

Para el año 2007, más de la mitad de la población interna, mantenía largas estancias dentro de los hospitales psiquiátricos del Ecuador.

En cuanto al promedio de días de estancia en el hospital existe una notable diversidad entre hospital y hospital, en uno el promedio es 321 días, en tanto que en otro es de 39, y en el Hospital más grande del país no es posible obtener este dato. El promedio de los cuatro hospitales que han reportado este dato es de 141 días. Existe una importante población de larga estancia en los hospitales psiquiátricos, la misma ocupa el 53% de las camas disponibles. De esta población, el 64% permanece más de 10 años en el interior de la institución, el 17% entre 5 y 10 años y el 19% entre 1 a 4 años (OPS/OMS 2008).

Además, se registra la existencia de servicios de salud mental en hospitales provinciales “en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos” (OPS/OMS 2008, 6). Aunque se rastreó la existencia de servicios de salud mental en hospitales generales, se ha identificado que estos servicios no cuentan con una asignación fija y permanente de camas. Es significativo señalar la inexistencia de servicios de atención especializados, destinados a niños, niñas y adolescentes, considerando que: “De los pacientes ingresados a los hospitales psiquiátricos apenas el 35% son menores de 17 años” (OPS/OMS 2008, 6).

En esta evaluación se hace referencia al funcionamiento de las Unidades de Salud Mental, aperturadas desde 1980. Al respecto se menciona que:

Unidades cumplen con actividades de atención ambulatoria, interconsulta con pacientes ingresados a otros servicios y en forma limitada ingresan pacientes, dado que no se han asignado camas específicas para dicho fin, sino que para períodos muy cortos y en caso de urgencia se utilizan en las camas de los servicios de medicina interna o neurología. Desde hace más de treinta años, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social incorporó en sus hospitales los servicios de internamiento psiquiátrico, asignando un número determinado de camas. En

los Hospitales de las Fuerzas Armadas también se internan pacientes psiquiátricos, pero no existe una asignación fija de camas (OPS/OMS 2008, 15).

En cuanto a los servicios de atención ambulatorios se enuncia que operan en:

Centros de Salud y consultas externas de los hospitales provinciales se ha brindado atención a 239 pacientes por cada 100.000 habitantes. (...) La cantidad promedio de contactos de cada paciente con la unidad de salud es de 5 al año (...) Ninguna de las unidades reportó actividades de seguimiento de los pacientes en la comunidad y no cuentan con equipos móviles para acciones de salud mental (OPS/OMS 2008, 13).

Finalmente, respecto de la salud mental en la atención primaria, lo que señala la evaluación es que:

En el país existen 1573 centros de atención primaria de salud (APS) que cuentan al menos con un médico, y 434 puestos de salud en los que no trabajan médicos. En la mayor parte de los centros de atención primaria de salud, dependientes del Ministerio de Salud Pública, que cuenta con un médico se ha entregado en años anteriores al 2006 un Manual de Atención Primaria en Salud Mental que sirve como Guía para la detección y manejo de los pacientes. En este manual constan los protocolos de evaluación y tratamiento de los cuadros clínicos más frecuentes en el campo de la salud mental. El mismo instrumento se ha entregado por parte del Ministerio a los puestos de salud. La aplicación de este instrumento no es rutinaria. En ninguno de los establecimientos de atención primaria se lleva un registro estadístico de los pacientes referidos a centros o profesionales especializados de psiquiatría y salud mental, lo cual no quiere decir que no se realicen esas transferencias, pero por la falta de registro no es posible su cuantificación. Para la presente investigación no fue factible obtener información de los puestos de salud y sus acciones en relación a la salud mental (OPS/OMS 2008, 23).

Las dificultades planteadas respecto de la recolección de información en torno a la atención en salud mental dentro de los servicios de atención primaria, implica que desde el propio MSP, organismo con quien se realizó la evaluación al sistema nacional de salud mental, carecía de la información necesaria. Existe una breve enunciación respecto de la transferencia de pacientes a servicios especializados. Sin embargo, al no existir un registro sobre esas transferencias, se puede rastrear una debilidad significativa respecto de la salud mental en la atención primaria.

Además de las características particulares de cada uno de los servicios de salud mental vigentes en Ecuador hasta el año 2007, existen características que delinear el funcionamiento en términos generales.

La primera característica identificada es la fragmentación en la que operan los servicios de salud mental. Ninguno de los servicios existentes tiene vinculación con otros sectores de política, como justicia, educación o desarrollo social. Salvo contadas excepciones como en el caso de la incipiente presencia de personal de salud mental dentro del sistema educativo:

En menos del 5% de las escuelas primarias se dispone de profesionales que atiendan la salud mental de los niños. El porcentaje de establecimientos de educación secundaria que cuenta con profesionales del área de la salud mental supera el 20% (OPS/OMS 2008, 7).

La falta de articulación de los servicios de salud mental no ocurría exclusivamente con instancias fuera del MSP. Sino que, al 2007, los mismos servicios de salud mental se encontraban en una completa descoordinación, ante la inexistencia de “un sistema de referencia entre las unidades ambulatorias y las de internamiento y viceversa” (OPS/OMS 2008, 7).

La falta de coordinación entre las distintas dependencias sanitarias, conlleva además la imposibilidad producir generar registros sobre los procedimientos realizados durante periodos de internamiento, remisiones de pacientes entre las distintas instancias sanitarias entre otros.

No existe un registro estadístico de las admisiones involuntarias en los hospitales psiquiátricos y otros servicios tales como hogares para personas con retardo mental, establecimientos para tratar a pacientes alcohólicos y drogadictos y hogares para indigentes. En los hospitales psiquiátricos se aplican medidas de sujeción física o aislamiento para pacientes que por su estado clínico tienen alto riesgo de autoagredirse, atacar a otras personas o destruir cualquier bien; estas medidas de contención física son aplicadas por pocas horas o días, pero en ningún establecimiento se lleva un registro estadístico de este procedimiento. Los ambientes en los que se aísla a los pacientes, en todos los hospitales, mantienen condiciones adecuadas de higiene y seguridad (OPS/OMS 2008, 18).

Además de la desarticulación y la descoordinación, al 2007, los servicios de salud mental se caracterizaban por estar centralizados.

Los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, por el contrario, es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo (OPS/OMS 2008, 7).

Es decir que, en términos generales, al año 2007 los servicios de salud mental operaban de forma centralizada, con descoordinación interna y desorganización respecto de organismos externos al MSP. Además, en función de la evaluación realizada, lo que se observa es una incipiente estructura de atención primaria en salud mental, priorizando así servicios de tercer nivel.

Existen otros indicios que dejan cierto rastro del modelo de atención vigente durante este periodo. A lo largo del capítulo dos se había señalado la importancia de que la capacitación del personal médico que opere en atención primaria, para la detección e intervención en trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento, así como una detección temprana de potenciales condiciones de riesgo. Con la finalidad de propiciar modelos de intervención que sorteen lo exclusivamente curativo.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Oficina de Salud Mental cumple en forma periódica acciones de capacitación sobre atención primaria en salud mental, lo que ha permitido que el año 2006 al menos el 20% de quienes trabajan en ese sector se hayan capacitado (OPS/OMS 2008, 15).

El apartado anterior señala un intento por introducir a la salud mental como un tema continuo de capacitación en la atención primaria. Sin embargo, este intento llegaba apenas a un 20% del total de personal que opera en este nivel. Por otro lado, en referencia al personal de servicios especializado, se señala que “El acceso a formación de psiquiatras en los centros universitarios es permanente, pero el número de egresados es relativamente bajo, de ahí que en el país existan 3 psiquiatras por cada 100.000 habitantes” (OPS/OMS 2008, 16).

Otra de las limitaciones de la salud mental y de las dificultades de los pacientes hasta el 2007 era el acceso a psicofármacos.

Un porcentaje muy pequeño de la población no afiliada al Seguro Social, que no llega al 1% de la población dadas sus condiciones precarias puede acceder a medicamentos psicotrópicos en forma gratuita, únicamente cuando se encuentra internada en un hospital psiquiátrico del Estado. Para aquellos que tienen que pagar por sus medicamentos, el costo más bajo de los fármacos, cuando se adquiere en alguna de las farmacias de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Pública es de 1.29 dólares diarios cuando se trata de un antipsicótico y de 0,39 dólares en caso de un antidepresivo, en dosis terapéuticas diarias. Estos valores se elevan significativamente si son adquiridos en farmacias privadas. El salario mínimo nominal de los ecuatorianos es de \$ 200 al mes, lo que significa 6.6 dólares por día, por lo tanto, una familia con un paciente psicótico debe gastar el 20% de sus ingresos en la adquisición de un antipsicótico (E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, 2021, en entrevista con García, agosto 2020).

Si bien es cierto y un elemento que caracteriza a la comprensión biomédica de la salud mental es la medicalización del paciente como tratamiento por excelencia. Sin embargo, ese acceso al tratamiento psicofarmacológico implica a su vez la posibilidad de tratamiento del paciente fuera de la internación. En este sentido el acceso a los fármacos es fundamental para usuario de servicios de salud mental, siendo al 2007 de reducido acceso para los usuarios.

Finalmente, en lo que se refiere a la participación de la sociedad civil, la evaluación ha identificado dos elementos. El primero es que, a pesar de la existencia de organizaciones sociales dedicadas a la defensa de los Derechos Humanos, ninguna se encarga específicamente de los derechos de los pacientes mentales. Mientras que a pesar de la existencia de la existencia de “grupos de Alcohólicos Anónimos, y organizaciones de padres de familia de niños con Síndrome de Down, y de niños con parálisis cerebral, no existen asociaciones de pacientes con problemas de salud mental o de sus familiares” (OPS/OMS 2008, 24).

Las organizaciones registradas hasta el 2006 tienen que ver con uso de sustancias y con organizaciones de padres. Sin embargo, en términos generales, la evaluación hace referencia a una baja participación y organización de la sociedad civil para la exigencia y vigilancia sobre

los servicios de salud mental o con respecto a la garantía de los derechos humanos de los pacientes.

3.5. Resultados: 2008 – 2018

Entre el año 2004 y 2014 Ecuador tuvo el mayor crecimiento económico de su historia, producto de actividades petroleras. En este además es a partir del año 2008, es importante señalar que las condiciones de inestabilidad política y económica que caracterizaron el final de la década de 1990 y casi toda la primera década del 2000, disminuyeron.

El año 2008 se caracterizó por marcar una serie de cambios dentro de distintitos sectores de política del Ecuador. Estos cambios iniciaron con la aprobación de la Constitución del 2008 e incidieron en la producción de varias normativas, planes y estrategias de intervención gubernamental, incluyendo al sector de la salud. En este escenario, cuatro años más tarde fue aprobado el Modelo de Atención Integral de Salud, mismo que proponía como eje central la implementación de un modelo de atención familiar, comunitario e intercultural (Ministerio de Salud Pública 2012).

En este contexto permeo a su vez el subsector de la salud mental. E importante señalar que para el año 2014 no existía una instancia específica encargada dentro del MSP que atienda a la salud mental. Sino más bien era un componente a trabajar a través de tres direcciones distintas, es así que:

El Estatuto Orgánico de Gestión Institucional actual del MSP ubica al componente de Salud Mental en tres direcciones: Dirección Nacional de Atención Primaria en Salud, Dirección Nacional de Discapacidades y la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, donde se encuentra la Unidad de Promoción de la Salud Mental, con lo cual se transversaliza este componente tanto en el nivel administrativo como en el operativo. De la misma forma el equipo de trabajo que aborda los temas de drogas requiere sostenerse bajo una autoridad que permita integrar las acciones y planificarlas coordinadamente (Comisión de Salud Mental 2014, 28).

En este escenario, fue que se redactó el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, el documento fue presentado por la Comisión de Salud Mental, en conjunción con los siguientes organismos: “Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subsecretaría

Nacional de Promoción de Salud, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública” (Comisión de Salud Mental 2014, 4). La redacción de este documento inició en el año 2012, tras el cierre de la Dirección Nacional de Salud Mental, y logro ser lanzado casi tres años después. La aprobación de este plan pretendía

(...) dar cuenta de las experiencias y logros a nivel local pero también la necesidad de la inversión por parte del Estado en la salud mental de la población, que generaría beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras (Comisión de Salud Mental 2014, 13).

En este escenario, el Plan, inicia situando en términos generales el contexto en el cual se encontraba la salud mental al 2014. Un elemento significativo es que:

El presupuesto total para salud en el año 2012 fue de 1.881.061.107 millones de dólares. De esto, 8.308.210 se asignó para las acciones de salud mental (que representa el 0,44% del total del MSP), de lo cual el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos (Comisión de Salud Mental 2014, 44).

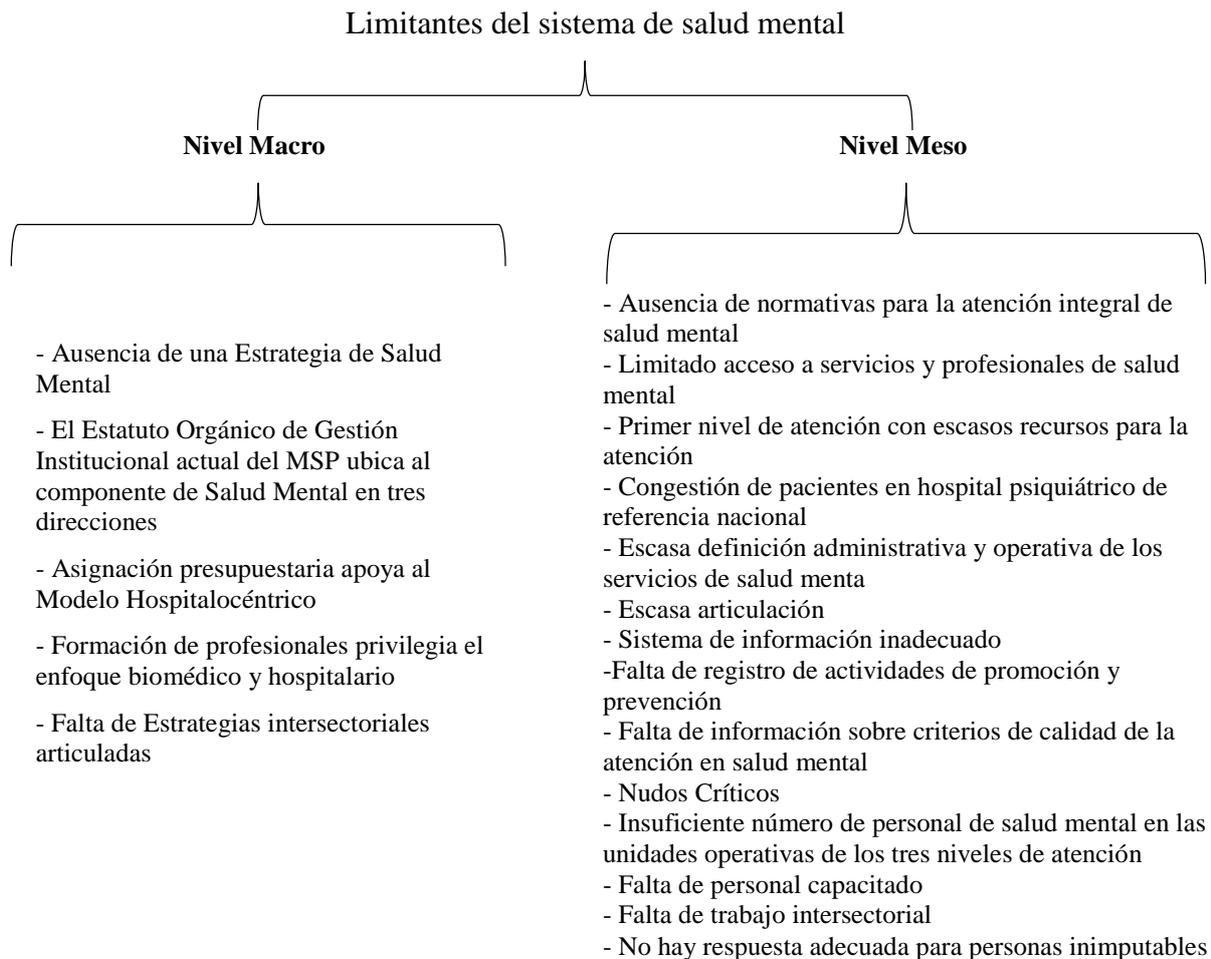
Esto implica que al menos en lo referente a la asignación presupuestaria y su distribución por servicios, hasta el año 2012, se seguía priorizando la manutención de los dispositivos de internamiento, sobre los servicios de atención en salud primaria, ambulatoria y dentro de servicios de atención generales. El documento además hace referencia a la formación e los profesionales que operan en torno a la salud mental, señalando que:

(...) que los profesionales de la salud en nuestro país no tienen una formación específica de salud mental en pregrado; además que las prácticas pre profesionales de psicología están orientadas hacia el modelo hospitalario, y, por último, pocas son las instituciones académicas y de salud que ofrecen la posibilidad de practicar en servicios de salud mental con orientación comunitaria (Comisión de Salud Mental 2014, 26).

Que los profesionales de salud no posean una formación específica en salud mental, acarrea dificultades no únicamente en la capacidad de atención inmediata al paciente. Sino que además dificulta una detección temprana de cualquier patología relacionada con lo mental, dificulta una reemisión a servicios especializados oportuna, contribuyendo a las limitantes

para el acceso a la salud mental. En medio de estas observaciones, el plan hace una descripción detallada respecto de las limitantes que la salud mental afrontaba al año 2014, en función de los niveles macro, meso y micro. Para efectos de la presente investigación las limitantes sobre el sistema de salud mental residen en los niveles meso y macro:

Figura 3: Limitantes del sistema de salud mental



Fuente: Comisión de salud mental, 2014

Al año 2014 las condiciones en salud mental a grandes rasgos continuaban siendo semejantes a las de la primera década del 2000. En las cuales la descoordinación, desarticulación y centralización de los servicios de salud mental eran condiciones características del funcionamiento. Cuestión que se aunaba a la escasa inversión pública en el sector y, a que el presupuesto destinado a la misma continúe focalizándose en la manutención de hospitales

psiquiátricos. Estas condiciones se conjugaban con la escasez personal de primer nivel capacitado en salud mental, así como al limitado número de especialistas en el tercer nivel de atención. Es así que el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, es planteado como la misión de:

Precautelar la salud mental de la población en base al Modelo de Atención Integral en Salud, que prioriza la promoción de salud mental, la prevención de problemas de índole psicosocial, la participación social y comunitaria, a través del fortalecimiento de acciones de promoción y prevención y de la provisión de Servicios de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud, para un acceso equitativo y oportuno de la población que habita en el territorio ecuatoriano (Comisión de Salud Mental 2014, 23).

El plan consta de una misión, visión, objetivos, cinco principios rectores, cinco lineamientos estratégicos y se enuncia un plan de implementación que “será definido, de acuerdo a la aprobación y desarrollo de la Estrategia de Salud Mental. El plan de implementación se desarrollará posteriormente” (Comisión de Salud Mental 2014, 43). Junto con el Plan Estratégico de Salud Mental fue aprobado el Modelo de Atención de Salud Mental. En él se detallaban los componentes del: modelo de atención, promoción, previsión de servicios y organización del sistema de salud. Dentro del componente de promoción se detallan lineamientos, objetivos, estrategias y acciones, enfocadas a plantear desde un enfoque positivo a la salud en vez de centrarse en las enfermedades (OPS/OMS 2015). Sobre el componente de prestación de servicios, es que resulta particularmente significativo para esta investigación, en tanto refiere a los dispositivos de política que permitirían transitar de un modelo de atención hospitalocéntrico a uno comunitario.

Tabla 5. Componente de prestación de servicios del Modelo de Atención de Salud Mental

Comunidad	Residencias terapéuticas	Viviendas insertadas en la comunidad destinadas a personas con trastorno mental (...) apuntan a que se garantice la convivencia social, la rehabilitación psicosocial y el rescate de ciudadanía del sujeto
	Acogimiento Transitorio	Casas constituidas para responder a las necesidades de vivienda de personas que están recibiendo un tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas
Primer Nivel de Atención	Centros de Salud	Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de acuerdo al ciclo de vida

	Centros de Atención Psicosocial (CAPS)	Establecimientos destinados a acoger a los usuarios con trastornos mentales, estimular su integración social y familiar, apoyarlos en sus iniciativas de búsqueda de autonomía, ofrecerles atención médica y psicológica.
	CAPS para niños y adolescentes	Servicio de atención diaria destinado a la atención de niños y adolescentes gravemente comprometidos psíquicamente
Segundo Nivel de Atención	Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD)	establecimiento que funciona en el segundo nivel de atención para brindar servicios especializados a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, que cuenta con personal profesional de salud formado en la temática
	Unidad de Salud Mental Hospitalaria	unidades que atienden en régimen de hospitalización y ambulatorio a la población que requiera atención de Salud Mental por problemas de mayor complejidad, que necesita internamiento breve, como modo de contención de las crisis psicopatológicas o de la reagudización de sus cuadros clínicos
Tercer nivel de atención	Hospitales Especializados y de Especialidades	Los hospitales especializados (psiquiátricos) y los hospitales de especialidades deberán cubrir la demanda en el tercer nivel, cuando no se haya podido resolverla en los niveles de menor complejidad
	Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)	establecimiento que funciona en el tercer nivel de atención para brindar servicios especializados al consumo problemático de alcohol y otras drogas. Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio intensivo y tratamiento residencial
	Hospital Psiquiátrico	El mantener el Hospital Psiquiátrico dentro del modelo atiende a una medida transicional, en donde se debe tomar en cuenta a este dispositivo como de atención a personas con cuadros agudos y con la posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo. Deberá tener estrategias de reinserción familiar y social, en donde se evite a toda costa el abandono de los usuarios en la institución. Se debe buscar, además, alternativas de desinstitucionalización para los usuarios que han estado en el hospital psiquiátrico por períodos prolongados debido al abandono familiar o dificultades en la reinserción familiar y social

Fuente: Comisión de Salud Mental (2014)

Un año después de la aprobación del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental y del Modelo de Atención en Salud Mental, en 2015, fue publicado un nuevo Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en Ecuador. La investigación fue realizada por petición de la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y contó con el auspicio técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Comisión de Salud Mental 2014).

La evaluación iniciaba aludiendo a la reciente aprobación del Plan Estratégico de Salud Mental, como un elemento central en el tránsito de un modelo de atención hospitalocéntrico a

uno comunitario dentro de los servicios de atención en salud mental. Los elementos correspondientes a este proceso de transición aludían principalmente a:

(...) estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización (Comisión de Salud Mental 2014, 59).

Pese a que el diseño de la política en 2014 implicó la construcción de dispositivos que privilegien la atención en primer y segundo nivel. Apenas un año después de la aprobación del plan, es decir durante el primer año de la vigencia del mismos, ya se avizoraron cambios a los principales dispositivos de intervención. Es así que:

El Modelo de Atención en Salud Mental prevé la creación de dos dispositivos esenciales en el proceso de desinstitucionalización, como son las unidades residenciales para personas con trastorno mental grave y la apertura de centros de salud mental comunitarios. Sin embargo, en el proceso de implementación de la normativa, los centros de salud mental comunitarios se integraron a los centros de salud tipo B y C del primer nivel por razones de optimización de recursos humanos especializados. El dispositivo resultante tiene como limitante principal el no contar con psiquiatras de planta, lo cual disminuye su capacidad resolutoria. En cuanto a las unidades residenciales, cabe anotar que sólo existen dos hogares de este tipo en el país y que en la práctica no ha sido posible crear nuevas unidades residenciales, lo cual constituye un obstáculo en el proceso de desinstitucionalización (Comisión de Salud Mental 2014, 46).

En este sentido la reducción de camas en psiquiátricos, más que implicar un proceso de reinserción en la comunidad fue el traspaso de pacientes de una entidad hospitalaria a otra.

El país ha hecho progresos en materia de reducción de camas psiquiátricas, con una disminución de 33 % desde el año 2006. Sin embargo, en muchos casos el proceso de alta del hospital psiquiátrico significó un internamiento en otro establecimiento, al no contarse con unidades residenciales para pacientes sin referente familiar (Comisión de Salud Mental 2014, 38).

Es importante señalar que el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental fue planteado entre 2015 y 2017, por lo que la evaluación al sistema de salud mental realizada por la OPS en

2015 podría interpretarse como una evaluación precipitada respecto de la implementación del plan, siendo más bien un panorama del contexto de su implementación. Dentro de la evaluación se encuentran indicios respecto de los tempranos ajustes que tuvieron dispositivos de intervención inicialmente planteados. Ajustes que más que obedecer a un orden técnico estuvieron sujetos a una adecuación de los instrumentos a condiciones preexistentes. Un ejemplo de ello, fue el caso de los CAPS.

En un principio el Plan, planteaba a los CAPS como la principal estrategia de desinstitucionalización y de inserción del paciente con trastornos mentales dentro de la comunidad, al ser:

(...) establecimientos destinados a acoger a los usuarios con trastornos mentales, estimular su integración social y familiar, apoyarlos en sus iniciativas de búsqueda de autonomía, ofrecerles atención médica y psicológica. Su característica principal es buscar integrarlos a un ambiente social y cultural concreto, designado como su territorio, el espacio de la ciudad donde se desarrolla la vida cotidiana de usuarios y familiares (Comisión de Salud Mental 2014, 34).

Pese a la importancia dada a la existencia de los CAPS dentro del proceso de transición de un modelo hospitalocéntrico a uno comunitario, a menos de un año de aprobación del plan

En el proceso de implementación del Modelo se decidió integrar las actividades de los CAPS a los Centros de Salud tipo C, considerando por un lado que la infraestructura de estos centros de primer nivel estaba subutilizada y por otro lado, teniendo en cuenta la escasez de talento humano especializado. El dispositivo se denomina actualmente “Centro Ambulatorio Intensivo” para la atención de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y otras drogas y no cuenta con el personal especializado en salud mental de planta requerido, lo cual constituye una limitante en la capacidad resolutoria del mismo (OPS/OMS 2015, 9).

Al año 2015, una de las hacedoras de política, al referirse al Plan y aludiendo específicamente a los CAPS, señalaba que:

En esa época nunca pensamos que no se iba a implementar. Pensamos que por último íbamos a hacer, pensamos que por lo menos íbamos a tener tres pilotos, de hecho, empezamos así, con

tres pilotos. Uno en calderón, porque había un centro en calderón, uno en Esmeraldas, porque había un centro de salud mental, donde la psiquiatra trabajaba en el centro, no en el hospital general y había otro en Cuenca. Entonces esos eran los tres pilotos que tuvimos, que iban a durar un año. Sin embargo, a menos del año ya nos dimos cuenta de que no íbamos a poder implementar nada, porque no había una voluntad política para hacerlo (E-4, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

Mientras que, respecto de la adhesión de los CAPS a los subcentros de salud, una de las funcionarias señalaba que:

Yo estuve en el piloto y se comenzó a hacer un proceso, había un grupo de trabajo establecido que marchaba, pero cuando se transfirió al sub centro ni siquiera teníamos espacio físico para trabajar con los grupos. Me acuerdo de que una vez teníamos una actividad con grupo de 8 usuarios y nos dijeron que necesitaban el consultorio en el que trabajamos y nos movieron a trabajar a un pasillo (E-9, Docente universitaria en entrevista con García, julio 2020).

Los dispositivos residenciales implicaban también un elemento significativo en la reinserción psicosocial y de desinstitucionalización.

Las Residencias Terapéuticas se configuran como dispositivo estratégico en el proceso de desinstitucionalización. Se caracterizan como viviendas insertadas en la comunidad destinadas a personas con trastorno mental, con problemas severos y persistentes, egresadas de hospitales psiquiátricos y/o personas con discapacidad mental y que no cuentan con referentes familiares. El carácter fundamental de las Residencias Terapéuticas es ser un espacio de vivienda que garantice la convivencia social, la rehabilitación psicosocial y el rescate de ciudadanía del sujeto, promoviendo los lazos afectivos, la reinserción en el espacio de la ciudad y la reconstrucción de las relaciones interpersonales (Comisión de Salud Mental 2014, 34).

Las residencias terapéuticas, en principio implicaban la posibilidad de que el paciente que posea un trastorno mental severo y haya egresado de un hospital psiquiátrico, pueda acceder a reinsertarse dentro de la comunidad a través de una vivienda protegida, precautelando así el pleno ejercicio de los derechos del paciente mental dentro de su comunidad. Sin embargo,

La disponibilidad de unidades residenciales comunitarias en el Ecuador es muy limitada: solamente el Instituto de Neurociencias de Guayaquil ofrece este tipo de atención en tres

hogares protegidos, que albergan 18 usuarios en 2014. A nivel privado funcionan un número indeterminado de hogares o asilos para pacientes psiquiátricos crónicos, cuyas actividades no son reportadas al Ministerio de Salud Pública. A pesar de que el Modelo de Atención plantea la necesidad de crear este tipo de dispositivos residenciales, en la práctica el Ministerio de Salud Pública se ve limitado en este sentido, al estar imposibilitado a incurrir en gastos relacionados con vivienda y alimentación para estas personas. Se discute actualmente la posibilidad de llegar a un acuerdo con el Ministerio de Inclusión Social, que cuenta con algunas facilidades residenciales (OPS/OMS 2015, 23).

Sobre el desarrollo de este dispositivo se encontró que en un principio consiguió iniciarse dentro del Hospital de Neurociencias en Guayaquil, pese a ello el dispositivo terminó por cerrar debido a cuestiones de financiamiento. Mientras que en Quito hubo un intento de hacer residencias terapéuticas por parte del Hospital Julio Endara. Sin embargo, las mismas operan hasta la fecha dentro del mismo hospital, imposibilitando su propósito inicial, el de la inserción del paciente dentro de la comunidad.

Tú puedes tener una sala intermedia, que es lo que tiene el hospital de neurociencias, el antiguo Lorenzo Ponce, tiene un modelo similar. Tiene las salas del hospital y luego como que las personas medio se mejoran y pasan a unas salas dentro del hospital y ahí como que se les enseñaba cómo se lavan los platos, cómo se limpia, cómo se cocina, que es como un lugar intermedio donde se les enseña a ser independientes, a manejar el dinero, sobre todo a la gente que estaba de larga data en el Hospital psiquiátrico. Eso fue al menos el modelo de Guayaquil. Luego lo que hace el modelo de Guayaquil tenía unos departamentos, entonces las personas que no tenían familiares, que no tenían donde ir, pues iban a estos departamentos, creo que tenían un departamento de mujeres y otro de hombres. Iban algunas que iban a estar ahí para siempre porque no tenían familiares y había otras que iban a estar por un tiempo y que luego se iban a vivir de forma independiente o con algún familiar, entonces lo que de Quito quiso implementar un poco esto, pero lo que le falta es la parte de que tengan la residencia terapéutica fuera del hospital. Ahora lamentablemente cuando yo fui a inicios del 2020 a GUAY, al hospital de neurociencias, por problemas de financiamiento habían cerrado las residencias terapéuticas. Me daba mucha pena porque yo entrevisté a las personas que estaban en las residencias terapéuticas y decían “los médicos son super buenos, nos tratan super bien, pero no hay nada como la libertad” de poder hacer lo que yo quiero a la hora que yo quiero, aunque todas trabajaban. Porque todas trabajaban dentro del hospital, pero decían si yo quiero el fin de semana me pongo a limpiar, mi casa, mis cosas, mi espacio, entonces claro era una

cosa diferente, no es como estar en el hospital, no hay guardias, no hay enfermeros, no hay, eres tú y tu casa (E-8, Investigadora y participante en el desarrollo del Plan Nacional de salud mental en entrevista con García, junio 2020).

Es así que el cierre de camas psiquiátricas obedeció principalmente al cierre del hospital San Lázaro en 2012 y con ello a la transferencia de los pacientes que llevaban largas al Hospital Julio Endara y a la Clínica Sagrado Corazón.

Mientras que en referencia a la creación de servicios de salud mental en los hospitales generales como una alternativa al hospital psiquiátrico en casos que requieran una internación corta. Dispositivo semejante a las con las unidades de salud mental instauradas desde 1981 y fueron disminuyendo su capacidad hasta desaparecer a finales de la primera década del 2000. Se encontró que no llegaron a consolidarse y que en reemplazo únicamente dentro de la atención de salud prestada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), este servicio comenzó a prestarse a través de consorcios con clínicas privadas.

En los hospitales generales no existe una asignación fija y permanente de camas para psiquiatría, con excepción de los hospitales de la Seguridad Social. En el caso del Hospital Carlos Andrade Marín, en la actualidad solo se permite la permanencia de ocho pacientes. Dicha institución deriva a sus internos en caso de requerirlo. Algunos pacientes van a la clínica Guadalupe y el IESS cubre los gastos para sus afiliados. Este procedimiento estará en vigencia hasta que se construya el Centro de Salud Mental del IESS (Zúñiga y Riera 2018, 27).

A pesar de que la realización y propuestas del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, planteó dentro de su diseño de instrumentos de intervención la posibilidad de transitar de un modelo de atención hospitalocéntrico a uno comunitario. Este diseño tuvo exclusivamente un carácter declarativo, en tanto que, de cara a la implementación del plan, las adecuaciones que se realizaron a los instrumentos inicialmente diseñados plantearon más bien una prevalencia de un modelo de atención hospitalocéntrico respecto de los servicios de atención.

Los indicios que dan cuenta de que, la calibración de los instrumentos iniciales del plan, dificultaban el tránsito a un modelo comunitario encontrados en la evaluación realizada por la OPS al sistema de salud mental son coincidentes, se triangulan y hasta agudizan con el relato

común de los hacedores de política entrevistados que transitaron el periodo de diseño del Plan y el Modelo de Salud Mental a su intento de implementación.

En términos comunes la aprobación del Plan y el Modelo de Salud Mental, fue posible en un orden “coyuntural porque en ese momento se aprobaba normativa compulsivamente... fue un proceso duro lograr hacer el modelo y el plan, nos tomó un trabajo de tres años para que luego no se aplique” (E-4, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental en entrevista con García, junio 2020).

En un principio se seleccionó el periodo de 2008 a 2017 porque los cambios enunciativos producidos durante este intervalo de tiempo podían responder a una secuencia reactiva que trastocó el curso regular que las políticas públicas de atención en salud mental habían tomado hasta ese momento. Sin embargo, lejos de ser así, este periodo de resultados puede considerarse dentro del curso como un resultado que reafirma la estructura de persistencia del modelo hospitalocéntrico de atención en salud mental dentro del Ecuador. Pero más que eso, este evento reafirma que, en el ámbito de la salud mental a pesar de la existencia de periodos de formulación de nuevos planteamientos de atención en el sistema de atención de salud mental, estos intentos nunca llegan a instituirse dentro de la política. Es decir que por una parte el modelo hospitalocéntrico puede estar instaurado debido a la inercia del mismo dentro de la propia práctica y formación médica, sin embargo, esa permanencia dentro de la política obedece a una no institucionalización de la salud mental como un sector prioritario dentro de las políticas de salud.

Capítulo 4

Conclusiones

El objetivo de este apartado es responder a la pregunta de investigación: ¿Qué factores explican la permanencia del modelo hospitalocéntrico en la política pública de salud mental en Ecuador? Para ello se busca afirmar o negar la hipótesis con la que inició la presente investigación: la prevalencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de atención de salud mental, proviene de una temprana institucionalización de este modelo dentro de la política. Cuestión que posibilitó que dicho modelo desarrolle mecanismos de reproducción institucional que han reforzado su presencia en este sector de política a lo largo del tiempo. Para efectos del orden de las ideas, se ha decidido separar el análisis de los resultados en función de cada eslabón del esquema correspondiente a la dependencia al sendero.

Puesto que el enfoque de esta investigación es el institucionalismo histórico, los hallazgos para esta investigación se remontan hasta 1930, década en la cual inició en Ecuador la incursión del discurso médico psiquiátrico, a través de las facultades de medicina, permeando, enfrentándose y al tiempo conjugándose con las prácticas asilares y caritativas propias de la época. Ahora bien, dichas prácticas estuvieron ya establecidas con el funcionamiento de los hospicios en la época de la Colonia. Por tanto, los antecedentes que explican el funcionamiento de las instituciones que ofrecían atención mental en el país, puede rastrearse hasta aquella época, los asilos fueron espacios en los que no solo se trataba a los que en ese tiempo eran denominados "débiles mentales", sino que también se recluía allí a personas que vivían en diversas condiciones de indigencia, pobreza y marginación.

El material académico desarrollado por médicos y psiquiatras de la época da cuenta de la vigencia de la cura moral para la atención de la alienación y la debilidad mental. Este tipo de tratamiento, tenía como dispositivo central el hospital psiquiátrico. Bajo la premisa de que, el psiquiátrico, en caso tener las instalaciones adecuadas, podría brindar a los internos los estímulos requeridos para su restablecimiento. Sin embargo, desde esas mismas producciones académicas en las que se planteaba al hospital psiquiátrico como un dispositivo ideal para el tratamiento; se señalaba que los hospicios, que comenzaron a operar a manera de

psiquiátricos, no se alineaban de forma alguna con las nuevas propuestas médico psiquiátricas.

En este escenario se observa el enfrentamiento entre las narraciones médicas de la época, que: introducían categorías clínicas para la clasificación de las alienaciones mentales, hacían uso de métodos experimentales y de observación para el estudio de los distintos cuadros de debilidad mental, obedeciendo a una lógica científico positivista; Frente a las prácticas previamente instituidas dentro de los hospicios y manicomios del país. En este sentido, el paradigma biomédico no anuló las concepciones religiosas y morales de aproximación a la enfermedad mental.

A lo largo de los hallazgos de investigación se encontraron trabajos académicos publicados en los archivos de la Facultad de Medicina de la UCE, así como cartas de varios directores del Hospicio San Lázaro, dirigidas a la Junta de Asistencia pública, en las que se denunciaban las condiciones de hacinamiento, abandono y precariedad en las que operaba el Hospicio. Las condiciones que caracterizaban a los hospicios se asocian con un no reconocimiento de otros organismos de la época (Congreso Nacional, Junta de Asistencia Pública) de la debilidad y la alienación mental como problemas públicos. Desde sus inicios los internos de los hospicios, quienes eran usualmente abandonados por sus familiares, no tenían la capacidad de presión para lograr que la debilidad mental llegue a ser un problema de agenda pública. Mientras que los expertos del sector (médicos psiquiatras) tampoco conseguían articularse para ejercer presión en el alcance de la modernización de la práctica médico psiquiátrica durante la primera mitad del Siglo XX en Ecuador.

Desde 1930 eran reiteradas las descripciones que psiquiatras de la época sobre las dificultades que tenían los internos que lograban salir alta del hospicio: El conseguir vivienda, trabajo o reencontrarse con sus familiares, presentaba dificultades significativas. El estigma que recaía sobre la figura del denominado débil mental era un elemento previo a la introducción de una aproximación psiquiátrica sobre la locura en Ecuador.

En 1940, con una mayor consolidación del discurso psiquiátrico en Ecuador, llegaron a introducirse prácticas médicas más tecnificadas, como lo fue la terapia electro convulsiva. A

pesar que esta tecnificación implicaba modificaciones significativas en las condiciones de vida de los internos o del trabajo del personal del hospital.

La revolución de los psicofármacos llegó en la década de 1950, e implicó una profunda transformación a las opciones de tratamiento que prestaba hasta ese entonces la psiquiatría. Pues implicó la posibilidad de realizar tratamientos extrahospitalarios y disminuir el tiempo de internación de los pacientes. Sin embargo, no se han encontrado mayores referencias respecto de las implicaciones y el impacto de la introducción de los mismos en el tratamiento de los pacientes durante esa época.

Pese a que los elementos enunciados antes son relevantes para identificar los modelos preexistentes a la institucionalización de la política. Existe un punto clave que permite en cierta medida rastrear un conflicto entre los modelos previos a la institución de la política de salud mental. Este punto tiene que ver con la construcción del Hospital de Conocoto. Desde el inicio del periodo de antecedentes, existían escritos médicos que planteaban la necesidad de construir un hospital que responda a los criterios de la psiquiatría moderna. Esto a su vez implicaba el cierre del San Lázaro que, desde la colonia, habría transitado como hospicio, manicomio y finalmente como hospital.

Las resistencias del Congreso y la Junta de Asistencia Pública, respecto de la construcción de un hospital psiquiátrico moderno, apuntaban a que la alienación mental era una condición considerada incurable y no contagiosa por lo que no debía ser tratada como un problema público. Sin embargo y a pesar de que documentos de la época no lo expliciten, la enfermedad mental, además de no ser contagiosa y de ser incurable para concepciones de la época, seguía siendo concebida como un problema que afectaba exclusivamente a sujetos irracionales y moralmente desviados.

A mediados del Siglo XX, el Hospital de Cotocollao, logró construirse con el impulso de una entidad de cooperación extranjera. Sin embargo, los fondos inicialmente destinados para la construcción del hospital psiquiátrico, fueron empleados tras una decisión unilateral de la Junta de Asistencia como parte de la construcción de la maternidad. Hasta que años más tarde se lograron reembolsar esos fondos e iniciar la construcción del hospital que avanzaría de forma pausada y finalizaría tardíamente. Su apertura no implicó de forma alguna el cierre del

antiguo hospicio, casi cincuenta años después seguiría operando en condiciones de precariedad y sobrepoblación.

El fin de retomar y comprimir los detalles principales de los antecedentes, presentados en el capítulo III, permite notar que durante el periodo de 1930 a 1967, se instala una narrativa y unas prácticas acordes con la perspectiva biomédica sobre los procesos de salud y enfermedad. Esta perspectiva, en el devenir del tiempo, se reforzó por una mayor tecnologización en dispositivos (máquinas, medicinas, protocolos, etc.) que traducían la concepción de la enfermedad mental desde una perspectiva mecanicista, aislada de un contexto social y político y centrada en la enfermedad y no en la salud mental.

Sin embargo, la lectura biomédica y hospitalocéntrica sobre el tratamiento y comprensión de la enfermedad mental no fue la única que impregnaba este subsector. La otra opción previa a la institucionalización de la política, aunque entraba dentro del discurso médico científico, ocupaba un lugar alterno. Frente a las fuertemente arraigadas, prácticas vigentes de la época. Que referían a la permanencia del hospicio como un espacio destinado a recibir y recluir a “seres viciosos, mendigos y también alienados” como se los define en los textos de la época. Tras este recorrido se concluye que el escenario que marcó los antecedentes de la política estuvo caracterizado por dos opciones. La primera hace referencia a la inserción de una perspectiva biomédica y psiquiátrica para la atención de la enfermedad mental que planteaba como ideal alcanzar la construcción de un hospital psiquiátrico moderno, para el tratamiento de los pacientes.

La segunda opción estaba configurada por prácticas ya existentes y amparadas por un sector externo al campo de lo médico. El Congreso Nacional y la Junta de Asistencia Pública, a través de su inacción propiciaban la inercia de los hospitales psiquiátricos, al excluir a la alienación de ser problema social o público que debía ser atendido desde el campo de la salud pública.

Los dos modelos existentes durante los dos antecedentes de la política coexistían dentro de los hospitales y hospicios. Porque a pesar de que los escritos producidos por psiquiatras de la época indican un intento de introducir una perspectiva científico – positivista para la comprensión de la debilidad mental, estos escritos están atravesados por un sinnúmero de

juicios sociales y de valor que recubren la figura del débil y del alienado mental. Mientras que la incurabilidad, que era una de las narraciones que el Congreso empleaba para señalar lo innecesario de la construcción de un hospital psiquiátrico moderno para la atención de los denominados débiles mentales, deviene precisamente de perspectivas médicas que planteaban la incurabilidad de los alienados. La noción de incurabilidad de los alienados y la inacción frente a esta condición puede ser leída a su vez como un rezago del discurso moral sobre la enfermedad mental, en el cual la resignación era la única acción posible.

En cuanto al funcionamiento de los hospitales, a pesar de que, durante los antecedentes, las políticas estaban inscritas en el laicismo, los hospitales psiquiátricos eran principalmente atendidos por Hermanas de la Caridad.

Es decir que como antecedentes a la política había un modelo de caritativo que se diluyó, sin por ello desaparecer, frente al modelo hospitalocéntrico, lectura propia de la modernidad respecto de la enfermedad mental. El modelo hospitalocéntrico se establece a través de la llegada de la psiquiatría como campo académico y del discurso médico. Sin embargo, el modelo se insertó sobre las bases de una lógica caritativa, moldeada por la moral religiosa. Aquella lógica asilar prevalecía por la inercia de una estructura que le permitía perdurar dentro del funcionamiento de los hospicios. Además, estaba reforzado por la inacción estatal, que no atendía a la enfermedad mental como un problema a ser tratado dentro de la agenda gubernamental. Esta inacción e inercias no fueron contestadas desde la sociedad con suficiente ímpetu o demandas de transformación, pues los pocos actores aislados que intentaron introducir cambios a este funcionamiento fracasaron o debieron esperar largos periodos de tiempo para ver ligeras variaciones en el modelo.

El año de 1967 conllevó cambios sustanciales en el aparato gubernamental y la concepción del Estado y la prestación de servicios sanitarios. Ese año se creó el Ministerio de Salud Pública, un organismo público que estará a cargo de la prestación de servicios sanitarios y la expansión de la infraestructura hospitalaria en el territorio nacional. Iniciando así la intervención estatal en un sector y en zonas en las cuales el Estado no había tenido presencia hasta entonces.

El aumento de la presencia estatal a través de servicios sanitarios, o la creación de una agencia destinada exclusivamente a la organización de servicios de salud pública, no tuvo incidencia alguna en la administración de los servicios de atención a la salud mental. Estos que se mantuvieron administrados de forma centralizada en ciudades como Quito y Guayaquil a través de Hospitales Psiquiátricos.

Lejos de lo que se planteó en la hipótesis de investigación, la coyuntura crítica de las políticas públicas de salud en 1967 con la creación del MSP, no implicó necesariamente una coyuntura crítica el subsector de la salud mental, pues no hubo en ese momento la elección gubernamental de un modelo de atención sobre otro. Lo que se observa es la decisión gubernamental de no actuar frente a la salud mental. Si hubo una coyuntura crítica en ese momento para la salud mental, fue la de excluir a la salud mental de la agenda gubernamental y de las prioridades del sector de la salud pública.

Fue más bien en la década de los 70 que empezaron a plantearse cambios en las narraciones y prácticas en torno a la salud mental a partir de grupos de académicos vinculados a una lectura de la salud desde la Medicina Social Latinoamericana. Que al explicitar la relación existente entre componentes sociales y los procesos de salud y enfermedad, incidió a su vez en la creación de nuevos planteamientos en torno a la comprensión y atención de la enfermedad mental.

Estos planteamientos fueron principalmente desarrollados en el campo académico, sin embargo, lograron vincularse con prácticas y expansión de servicios vinculados, al interior de los hospitales psiquiátricos ya existentes, esto se observa en el caso de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara. A pesar de esta experiencia que da cuenta de la existencia de una nueva forma de abordaje a la enfermedad mental, este impulso no produjo la creación de nuevos dispositivos de atención en los establecimientos públicos. Aunque este evento no tuvo la potencia para marcar una secuencia reactiva en el devenir de la política, es un antecedente significativo respecto de la apertura de un servicio destinado exclusivamente a atención en salud mental, en vinculación con un hospital psiquiátrico, pero operando de forma externa.

En 1981 se produjo una secuencia reactiva que tuvo la potencia suficiente como para intentar modificar el curso de la política. Esta no implicó la incorporación de un nuevo modelo de atención, sino más bien impulsó la acción sobre la inacción estatal.

La secuencia reactiva estuvo marcada por la apertura de la Dirección Nacional de Salud Mental. Eso fue el producto de un evento estrictamente coyuntural respecto de la organización interna del MSP, en tanto que, según los involucrados en la apertura de la Dirección, fue posible debido a la presencia de un médico psiquiatra que fungía como subsecretario del MSP quien, dada su posición dentro del ministerio y su formación previa, impulsó la apertura de la dirección y con ello la inclusión de la salud mental dentro de las políticas de salud pública. La hipótesis de investigación establecía como presupuesto que el modelo de atención hospitalocéntrico ha logrado prevalecer en el devenir de la política debido a su temprana institucionalización, sin embargo, de cara a las evidencias, cuando la salud mental logró insertarse en el sector salud, el modelo de atención que se intentaba incluir era un modelo de atención que comprendía a la salud en tanto fenómeno social y que pretendía impulsar espacios de atención fuera de lo estrictamente hospitalario, de decir era un modelo que, de forma incipiente se aproximaba a una perspectiva comunitaria de la salud mental, pero por su mismo carácter incipiente no tuvo la suficiente fuerza para impregnar el rediseño de la política.

La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, conllevó la generación de una agencia gubernamental exclusiva, durante su periodo de inicio propició además la creación de varios instrumentos normativos. También permitió la diversificación de varios servicios de atención en salud mental, como lo fueron las unidades de atención en salud mental en hospitales generales de varias provincias del país.

Desde los inicios de la Dirección Nacional de Salud, la planta de trabajo y la reglamentación sobre la multidisciplinariedad de los equipos de atención da cuenta de que para inicios de la década de los 80, se pretendía comprender a la salud mental más allá de un discurso estrictamente psiquiátrico y que se reconocía un lugar de intervención a la psicología y al trabajo social. Sin embargo, y a pesar del impulso con el que contó la apertura de la Dirección y subsecuentemente la puesta en marcha de distintas políticas. La Dirección no logró

prevalecer en el tiempo, mientras que el subsector de la salud mental, pese a su impulso inicial, no consiguió instituirse en un subsector de política de la salud.

No hay registro que especifique el año de cierre de la Dirección Nacional de Salud Mental, sin embargo, en función de la triangulación de varios relatos se presume que la Dirección Nacional de Salud Mental operó hasta inicios de los años 80. La apertura de la dirección estuvo relacionada a una condición emergente e interna del ministerio, estuvo supeditada a la presencia de un hacedor de política que tuvo la capacidad de poner a la salud mental en la agenda gubernamental. De igual forma el cierre de la dirección estuvo vinculado, así como su apertura a alianzas internas dentro del Ministerio, las cuales, con el cambio de gobierno en 1981, a raíz de la muerte de Jaime Roldós, mermaron el auge y operatividad con la que contó la Dirección Nacional en un principio.

Esta secuencia tuvo un fuerte impulso, pero tuvo una corta duración, fue así que la Dirección Nacional de Salud Mental cerró y pasó a conformar una división de la Dirección Nacional de Epidemiología. Entre 1985 y 1999 la dirección osciló como departamento, división y dependencia. Es decir que, la secuencia reactiva que propició la apertura de la Dirección Nacional de salud mental no logró instituir a la salud mental como un sector de política con presupuesto propio, organización, autoridad e información dentro de las políticas públicas de salud mental. Fue así que tras esta secuencia reactiva. Siguió estructuras de persistencia (mencionar aquí cuáles son los indicadores o evidencias de esas estructuras) en las cuales los servicios de atención en salud mental continuaron siendo centralizados y continuaron concentrándose dentro de hospitales psiquiátricos.

Otros dispositivos de atención, como las unidades de salud mental de los hospitales generales permanecieron vigentes, sin que exista documentación que registre un decrecimiento o aumento del número de camas o personal de servicio dentro de las mismas. Mientras que las acciones adaptadas a nivel de promoción y prevención entre 1985 y 1999, en términos generales estuvieron financiadas por fondos de organismos internacionales y fueron acciones itinerantes y desarrolladas estrictamente por una reducida planta de trabajadores del área de salud mental.

Para 1999 la reapertura de la Dirección Nacional de Salud Mental, junto con la publicación del segundo Plan Nacional de Salud Mental parecería ser una nueva secuencia reactiva sobre la intervención estatal respecto de la salud mental. Sin embargo, analizadas las evidencias, este evento operó más bien como una estructura de persistencia, pues aunque formalmente la salud mental logró retomar su estatus de “dirección”, esto no implicó que adquiriera autoridad, un presupuesto operativo, capacidad de articulación con otras instancias dentro o fuera del MSP.

Lejos de ello, entre 1999 y el 2007, aquella dirección continuó operando como un organismo atomizado y sin conseguir articularse con otros organismos necesarios para llevar a cabo sus programas. Los hospitales psiquiátricos continuaron siendo el dispositivo central de atención en salud mental, con el agravante de que tanto el Hospital Julio Endara, como San Lázaro, registraron una fuerte crisis presupuestaria durante el año 2003.

Esta información es corroborada con el “Informe de la evaluación de los sistemas de salud mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS”, realizado por la OPS, en colaboración con el Coordinación Nacional de Salud Mental, que para ese entonces era la instancia del ministerio encargada de área de salud mental el año 2008. En este informe se hace un panorama general respecto de los servicios de atención en salud mental vigentes hasta ese entonces; la salud mental en la atención primaria; los registros, estadísticas y protocolos existentes sobre salud mental en el país; las condiciones de formación y recursos humanos; y los derechos humanos de los pacientes.

Este informe de evaluación tiene particular relevancia, considerando que entre el año 1999 y el año 2006 hay un importante vacío respecto de documentos oficiales que den cuenta de la trayectoria de la política. Hay que señalar además que el Plan Nacional de Salud Mental de 1999 nunca fue sujeto a una evaluación o monitoreo, tampoco se encontró normativa publicada específicamente sobre salud mental dentro de este periodo. Es así que este documento permite el acceso a información oficial y sistematizada en torno al curso de las políticas públicas de salud mental hasta el año 2006 – 2007. La inexistencia de procesos de monitoreo o evaluación a los planes de salud mental, ha sido una constante en el devenir del subsector de la salud mental, esta constante ha impedido notar los alcances y obstáculos de los planes y su ejecución.

Pese a la inexistencia de procesos de monitoreo y evaluación de la ejecución de los planes de salud mental. A partir de los contenidos revisados dentro de la evaluación al sistema nacional de salud mental, se encontró que hasta el año 2007, los servicios de salud mental operaban de forma descoordinada, desarticulada respecto de otras instancias públicas y privadas y que sus servicios tenían un carácter centralizado, dificultando así el acceso a los usuarios. Se encontró, además, una baja asignación presupuestaria al subsector de la salud mental, y que más de la mitad del presupuesto iba destinado a la manutención de hospitales psiquiátricos. La evaluación, registra la existencia de servicios de psiquiatría dentro de hospitales generales, pese a ello durante este periodo no se encontró una asignación fija de camas para el área de salud mental. Mientras que, respecto de salud mental y atención primaria, lo que se identificó fue que los esfuerzos eran aún incipientes. El informe detalló además la poca movilización tanto por organizaciones de defensa de los derechos humanos, como por parte de la sociedad civil, respecto de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental y la garantía a su acceso.

El eslabón de resultados se situó entre 2008 y 2017, en tanto que durante este periodo de tiempo se produjeron cambios en distintos sectores de políticas, que incluyeron al sector salud y que a su vez incidieron en la salud mental. Los cambios en torno a la salud mental como subsector de políticas se gestaron desde el 2012 y se cristalizaron el 2014, con la aprobación del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (2015 – 2017) y del Modelo de Atención de Salud Mental. Ambos documentos planteaban la transición de un modelo de atención hospitalocéntrico a uno comunitario a través de una serie de dispositivos y estrategias de intervención que privilegiaban la atención de primer y segundo nivel, además de plantear alternativas al internamiento psiquiátrico.

En este panorama los resultados de política parecerían obedecer a una secuencia reactiva, que apuntaba a la modificación del curso de la política y con ello a alterar la permanencia del modelo hospitalocéntrico dentro del subsector de política. Sin embargo, a menos de un año de la aprobación tanto del plan como del modelo, durante la implantación los dispositivos de intervención y estrategias que permitirían la transición fueron absorbidas por servicios ya existentes, sin que se produzcan cambios sustanciales dentro del subsector de política. Es así que, dentro del eslabón de resultados lo que prevaleció fue una estructura de persistencia que

en principio reforzó la inercia del modelo de atención hospitalocéntricas en los servicios de atención en salud mental.

Pero aún más significativo, a lo largo de este recorrido sobre la trayectoria de la política es que: Primero, las políticas públicas de salud mental han estado caracterizadas por ser aprobadas en momentos coyunturales, sin lograr activar elementos que permitan la operativización de los dispositivos planteados en el devenir del tiempo. Como ejemplo de ello se encuentran los tres planes de salud mental aprobados entre 1981 y 2015, estos cuerpos normativos, fueron aprobados, nunca lograron configurarse en instituciones formales que condicionen de alguna forma el comportamiento de los agentes de la política. Esto con excepción del plan de 1981, que en un principio logró instaurar las unidades de salud mental en hospitales generales, incidiendo en las formas de atención, es decir de las prácticas de la política. Sin embargo, los planteamientos de este plan tampoco lograron instituirse en el tiempo.

Se ha observado además el intento constante, al menos en un plano enunciativo de transitar de un modelo de atención hospitalocéntrico a uno comunitario. Siendo el plan del 2015-2017, el que cuenta con una mayor estructura técnica dentro del diseño de políticas que permita hacer ese tránsito. Pese a ello, y al igual que los otros planes, luego de ser aprobado no consiguió ser operativizada.

En relación con lo antes mencionado, se encuentra que, en referencia a las políticas públicas de salud mental, el modelo que ha primado ha sido el modelo hospitalocéntrico, en tanto el mismo ha sido un modelo arraigado a la práctica médica y al funcionamiento de los dispositivos de atención desde sus inicios. Mientras que los intentos de cambio de ese modelo han sido principalmente enunciativos, en tanto desde las instancias de decisión del gobierno no ha existido el impulso que propicie la operativización de esos enunciados en prácticas concretas. Es decir que el elemento constante dentro del devenir de las políticas públicas de salud mental ha sido más bien la inacción estatal. En este escenario el cuestionamiento que surge de la presente investigación es: ¿El modelo hospitalocéntrico es el que ha caracterizado el curso de las políticas de salud mental, o lo ha sido la inacción gubernamental? Inacción reforzada además por una sociedad civil que se mantiene al margen de los problemas relacionados con la salud mental y su necesidad de contar con servicios de atención óptimos.

Cuestión anudada a la fragmentación interna de los gremios que operan en este subsector, así como sus dificultades de articulación entre sí.

En este escenario la conclusión que compila los resultados de investigación apela enunciar ¿Qué explica la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental? Son cuatro los modos de reproducción que explican la permanencia de una institución en el devenir de una política. En función de los hallazgos de esta investigación, se puede afirmar que el modo de reproducción que destaca en referencia a la permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental, es la explicación funcional. Este se relaciona con la idea de que las instituciones se reproducen debido a las consecuencias que propician. Es decir que la reproducción de una institución es posible en tanto que los resultados que provoca son funcionales para su permanencia (Mahoney 2001). La permanencia del modelo hospitalocéntrico en las políticas públicas de salud mental se explica porque sus propios resultados refuerzan el modelo sin que haya reacciones lo suficientemente fuertes (principalmente ideas e intereses) como para precipitar el cambio. Antes que el Estado se encargue de las políticas de salud pública, existía ya una dinámica relacionada con la atención de la enfermedad mental, inicialmente sostenida desde la caridad, dentro de los hospicios. Con la introducción de la práctica psiquiátrica en el Ecuador, en la década de 1930, la lógica médica comenzó a introducirse dentro de los hospicios, sin que ello implique un completo desplazamiento de la caridad dentro de la atención a la enfermedad mental. La enfermedad mental, ya sea desde el discurso caritativo o desde los inicios de la lectura médica, continuó obedeciendo a un orden moral.

Tanto fue así que hasta treinta años después uno de los principales componentes del personal no solo del Hospicio – Manicomio San Lázaro, sino también del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, organismo edificación llamada a la representación de la psiquiatría moderna en Ecuador, seguían siendo las hermanas de la caridad.

Se recuerda que la construcción del Hospital Julio Endara, en principio planteaba desde el sector médico la posibilidad de abandonar las prácticas de asilo e introducir dentro de la atención a la enfermedad mental una apuesta eminentemente hospitalaria y biomédica para la comprensión y tratamiento de la locura, pretendiendo así el cierre definitivo del hospicio – manicomio san lázaro. Sin embargo y a pesar de las demoras que implicó la apertura del

Hospital Psiquiátrico Julio Endara, tras su inauguración en la década de los cincuenta, no llegó a cerrarse el Hospicio – Manicomio San Lázaro. Lejos de ello siguió operando hasta el año 2012.

La inacción estatal dentro del ámbito de la salud mental se vio reflejada al tiempo tras la apertura del MSP, que en su momento no implicó ni consideró de forma alguna a la salud o a la enfermedad mental dentro de los distintos cambios al sector salud que implicó su apertura. Lejos de ellos fueron casi quince años después que la salud mental ingresó en la agenda pública, a través de la dirección nacional de salud mental, siendo una de las últimas en abrirse y cuya apertura obedeció a eventos eminentemente coyunturales e internos del MSP. La condición esporádica propia de esa apertura permitió que, una vez inaugurada la Dirección, a menos de tres años de su apertura cierre y transite como una dependencia anexa a distintas direcciones del MSP.

Los diferentes tránsitos que ha tenido la salud mental dentro de la organización del estado y las dificultades que han existido para llevar a cabo, cuando se han aprobado planes de salud mental, da cuenta de la endeble presencia de la salud mental dentro del sector de la salud. En momento más reciente de ello se produjo tras la aprobación del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental el año 2015 – 2017 y el modelo de atención, con el que se pretendía, a través de una serie de dispositivos transitar de un modelo de atención hospitalocéntrico a uno comunitario, no llegó a ser ejecutado. Sino más bien, los dispositivos inicialmente propuestos fueron adecuados para incorporarse en servicios preexistentes.

En este sentido lo que se plantea es que el modelo hospitalocéntrico ha permanecido como una práctica propia del hacer médico psiquiátrico, una comprensión de la enfermedad mental y de su atención que surgió con la modernidad. Aunada a la inercia de una lectura moral sobre la enfermedad mental, propia de una perspectiva caritativa y religiosa de este fenómeno. El modelo biomédico logra prevalecer dentro de la política principalmente en el marco de la inacción estatal, de la no política. La enfermedad mental no ha logrado convertirse en un problema público ni tampoco político y luego, a partir de la década de los ochenta de la salud mental como un tema representativo para la agenda pública y política. En este sentido la incorporación de un nuevo modelo no resulta funcional frente a una estructura previa, este

subsector de política no ha logrado instituirse como un elemento significativo en la opinión pública y tampoco ha logrado adquirir relevancia en la agenda gubernamental.

La población que requiere hacer uso de servicios de salud mental, o que ha sido diagnosticada con algún trastorno mental no posee los recursos necesarios para ejercer la presión suficiente para que la salud mental entre en la agenda pública. No existen gremios, ni asociaciones de usuarios o familiares que impulsen esto. Mientras que tampoco existen incentivos significativos para que los tomadores de decisión asuman los costos de un cambio de modelo.

Lista de referencias

- Acosta, María. 2014. "Procesos de asimetría y salud mental: contribuciones acerca de lógicas en tensión". En *Prácticas y discursos/ Universidad Nacional del Nordeste*, 2-11.
- Aguilar, Enrique. 2013. *Historia de la Psiquiatría y la Salud Mental en el Ecuador*. Quito: Abya-Yala.
- Aguirre, Max. 1978. Ideología y psiquiatría. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 84-97.
- Alarcón , Renato. 2012. Contexto histórico y cultural en el estudio de la enfermedad mental: Perspectivas Latinoamericanas. *Revista clínica médica condes*, 511-518.
- Alarcón, Renato. 1986. *La salud mental en América Latina, 1970 - 1985*. Organización Panamericana de la Salud.
- Alvarez, Humberto. 1933. "La emoción experimental en psiquiatría". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*: 198-256.
- Ardón, Nelson , y Andrés Cubillos. 1967. "La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012". En *Gerencia y Políticas de Salud*, 2012: 12-38.
- Asamblea Constituyente. *Constitución de 1967*. Quito.
- . *Decreto Ejecutivo N°84*. Quito, 1967.
- Asamblea General Naciones Unidas. 2020. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Consejo de Derechos Humanos.
- Asamblea Nacional Constituyente. 1945. *Constitución 1945*. Quito.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. 1977. *Declaración de Hawai*. Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo, Hawai: Asamblea General de la World Psychiatric Association.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. 1966. "Declaración de Madrid", Madrid.
- Baffo, Claudia, y Rossana Onocko. 2017. "La desmanicomialización en Río Negro". En *Perspectivas de la desmanicomialización*, de Claudia Baffo, Rossana Onocko y Mariana Devallis, 37-69. Río Negro: Biblioteca de Arte y Cultura Popular.
- Ballesteros, G. 1933. "La afectividad en la demencia precoz". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 258-275.

- Ballesteros, G. 1933. “La afectividad en la demencia precoz”. *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 258-275.
- Barreto, Dimitri. 1978. “Alcoholismo y estructura social”. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 53-57.
- Beach , Derek, y Brun Pedersen. 2013. *Process tracing methods: Foundations and guidelines*. Michigan: University of Michigan Press.
- Bonano, Osvaldo. 2000. “La dimensión del apuntalamiento”. En *Crisis del sujeto contemporáneo*, 173-199. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lomas de Zamora.
- Cáceres, Fernando. 1961. “Actas presupuestarias Hospicio y Manicomio San Lázaro”. Quito. —. «Correspondencia del Hospicio - Manicomio San Lázaro.» Quito, 14 de Abril de 1961.
- Castillo, Silvia. 2015. *Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Comisión de Salud Mental. 2014. *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas. 1978. “Seminario sobre la reforma académica de la Facultad de Medicina – Relato general”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador*, 79-83.
- Constitución. 1998. Registro Oficial. Quito: Ecuador.
- Cuesta, Efrén. 2003. *El loco y la institución mental*. Quito: Abya-Yala.
- Cuvi, Juan. 2013. “Introducción”. En *Curar y someter. Modelo Biomédico y la cultura política en el Ecuador*, de Juan Cuvi. Quito: Abya Yala, 21-40.
- Cuvi, Juan. 2013. “La construcción del poder biomédico”. En *Curar y someter*, de Juan Cuvi. Quito: Abya Yala, 41-77.
- De la Torre, Patricia. 2004. *Estimado André, espero se encuentre bien*. Quito: Abya - Yala.
- De Miguel, Jesús, y Benjamín Oltra. 1971. “Para una sociología de la salud mental en España”. *Revista española de la opinión pública*, 93-112.
- DiMaggio, Paul, y Walter Powell. 1991. “Introduction”. En *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, by, de Paul DiMaggio y Walter Powell. Chicago: Chicago University Press, 1–30.
- Dirección Nacional de Salud Mental. 1999. *Plan Nacional de Salud Mental*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Echeverría, Ramiro. 2007. "Las políticas de salud y el sueño de la reforma". En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, de OPS, 213-222. Quito: OPS/OMS/CONASA.
- Estrella, Eduardo. 1977. "La salud mental en el área materno infantil". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*: 49-57.
- Estrella, Eduardo, Ramiro Cazar, Edilma Benítez, y Oscar Carranco. 1981. *Estudios de salud mental*. Quito: Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- Estrella, Eduardo, Ramiro Estrella, Francisco Crespo, Raúl Trujillo, y Diana Zabala. 1978. "Modos culturales de consumo de alcohol en una población campesina de la provincia de Pichincha". *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 73-78.
- Fassin, Didier. 1991. "Transformaciones del Estado y políticas de salud". *Debate Ecuador*, 100-111.
- Flores, Eduardo. 1933. "Estado actual de la asistencia a psicópatas". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 343-362.
- Flores, Eduardo. 1933. "Estado actual de la asistencia a psicópatas". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*: 363-395.
- Fontaine, Guillaume. 2015. *El análisis de políticas públicas*. Quito: Barcelona: Anthropos.
- Fontaine, Guillaume. 2015. "Los aportes del neo-institucionalismo al análisis de políticas públicas". *Revista Andina de Estudios Políticos*: 80- 98.
- Foucault, Michell. 2009. La gubernamentalidad. En *Ensayos sobre biopolítica*, de Gabriel Georgi y Fermín Rodríguez, 187-215. México: Paidós.
- Foucault, Michell. 2009. "La gubernamentalidad". En *Ensayos sobre biopolítica*, de Gabriel Georgi y Fermín Rodríguez, 187-215. México: Paidós.
- Foucault, Michell. 2002. "Los cuerpos dóciles". En *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*, de Michell Foucault, 139-174. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García, José. 1990. "Las psicoterapias en los servicios públicos de salud mental". *Centro de Iniciativas Culturales y Estudios Económicos y Sociales (CICEES)*: 56-60.
- Helmke, G, y S Levitsky. 2006. "Introduction". En *Informal Institutions and Democracy: Lessons from Latin America*, de G Helmke y S Levitsky, 1-26. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Illich, Ivan. 2006. "Mnémesis médica". En *Obras reunidas de Ivan Illich*, de Ivan Illich, 533-761. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

- Iriat, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada, y Emerson Merthy. 2002. “Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos”. *Revista Panamericana de Salud Pública*: 128-136.
- Jackson, P. 2016. *The conduct of inquiry in international relations: Philosophy of Science and its implications for the study of world politics*. London: UK. Routledge.
- Jaramillo, Hernán. 2010. *La construcción del enfermo en una institución psiquiátrica de Quito*. Quito: Flacso.
- Jimenez, Wilson, y otros. 2017. “Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano”. *Universidad y Salud*, 126-140.
- Landazuri, Mariana. 2008. “Capítulo 4: Cuarta década 1931-1940”. En *Salir del Encierro. Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*, de Mariana Landazuri, 121-175. Quito: Banco Central del Ecuador.
- Landazuri, Mariana. 2008. “Capítulo 5: Quinta década 1941-1950”. En *Salir del encierro. Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*, de Mariana Landazuri, 235-283. Quito: Banco Central del Ecuador.
- Laban, Juan. 2010. El modelo comunitario de atención a la salud mental, continente y contenido”. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 205-224.
- Lowndes, Vivienne, y Mark Roberts. 2013. “Rules, Practices and Narratives”. En *Why study institutions?*, de Vivienne Lowndes y Mark Roberts, 46-76. England: Palgrave Macmillan.
- Lowndes, Vivienne, y Mark Roberts. 2013. Three Phases of Institutionalism”. En *Why institutions matter*, de Vivienne Lowndes y Mark Roberts, 18-45. England: Palgrave Macmillan.
- Lowndes, Vivienne, y Mark Roberts. 2013. “Why study institutions?” En *Why institutions matter*, de Lowndes Vivienne y Mark Roberts, 1-16. England: Palgrave Macmillan.
- Mahoney, James. 2000. “Path dependence in historical sociology”. *Theory ando society*, 508-550.
- Mahoney, James. 2000. “Path dependence in historical sociology”. *Theory ando society*, 508-550.
- Mahoney, James. 2001. “Path-Dependent Explanations of Regime Change: Central America in Comparative Perspective”. *Studies in Comparative International Development*, 111–141.

- Manosalvas, Margarita. 2015. *El enfoque de las capacidades y las políticas públicas. Un análisis de las políticas del Buen Vivir en Ecuador*. Quito: Flacso.
- March, James, y Johan Olsen. 2004. "The Logic of Appropriateness". *Centre for European Studies University of Oslo: Arena Working Papers* (University of Oslo: Arena Working Papers,), 1-28.
- Mendez, Eduardo. 1994. "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *Alteridades*, 71 – 83.
- Ministerio de Salud Pública. 2012. *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Quito.
- OMS. 1990. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- .1990. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ONG. 1991. *Principios para la Protección de Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental*. Resolución 49/119, Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ONU. 1975. *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. Resolución 3447, Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ONU. 1971. *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*. Resolución 2856, Asamblea General de la ONU.
- OPS. 2019. *57.º Consejo Directivo de la OPS*. Washington:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=72565&lang=es#:~:text=Washington%2C%20DC%2C%201%20de%20
 0.
- OPS. 2013. *Consenso de Brasilia 2013*. Consenso, Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. 1990. *Declaración de Caracas*. Declaración, Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
- 2009. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.

- OPS. 2009. *Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. 2005. *Principios de Brasilia*. Declaración, Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS. 2015. *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*. Quito.
- OPS/OMS. 2000. *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*. Quito.
- 2008. *Informe de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS)*.
- Pascal, Vennesson. 2013. “Estudios de caso y seguimiento de procesos: Teorías y prácticas”. En *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales*, de Della Donatella y Michael Keating, 237-254. Madrid: Móstoles.
- Peñaloza, Emilio. 2005. *La irrupción de la psiquiatría en Quito 1895 - 1950. Estudio del control de la locura desde el Estado en busca de la modernización*. Quito: Pontificia Universidad del Ecuador.
- Pérez, Francisco , y María Peñaranda. 2016. “El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly”. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 95 - 113.
- Pérez, Francisco , y María Peñaranda. 2016. “El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: El caso de Nellie Bly”. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 95-113.
- Perrow, Charles. 1987. *Complex Organizations: A Critical Essay*. McGraw-Hill: New York.
- Peters, Guy. 1999. “El legado del pasado: Institucionalismo histórico”. En *El nuevo institucionalismo*, de Guy Peters, 99-120. España: gedisa.
- Peters, Guy. 1996. “Institutionalism Old and New”. En *New Handbook of Political Science*, de R Goodin y H Klingemann, 210-128. Oxford: Oxford University Press.
- Pierson, P. 2000. “Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics”. *American Political Science Review*, 251–267.

- Plumed, José , y Luis Rojo. 2016. El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: Los discursos sobre la locura en la medicina mental española 1890 – 1917”. *História, Ciências, Saúde*, 985 - 1002.
- Portillo, Carlos. 2003. “La reestructuración de los servicios de atención en salud mental”. *Derechos Humanos CLACSO*, 305 - 307.
- Ramírez, Graciela. 2011. *Encierro, patología y género: Los sujetos de la exclusión psiquiátrica*. Quito: Flacso - Ecuador.
- Ramirez, Graciela , y Nathalia Quiroz. 2017. “Encierro, patología y género: Los sujetos de exclusión de la psiquiatría”. *Revista PUCE*, 327 – 346.
- Rhodes, Rod. 1997. *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. London: Open University Press.
- Robles, Bernardo. 2011. “La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico”. *Cuilco*, 40-51.
- Rodas, Germán. 2011. “Visión histórica de la antinomia salud-enfermedad”. En *Aportes para la interculturalidad en la salud*, de Carmen Gangotena , 1-19. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Rodriguez, Daniel. s.f. *Genealogía y fundación de los hospitales psiquiátricos en el Ecuador*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Rodriguez, Marcelo. 2011. “Por no comer lo que se debe”. En *Historia de la salud, de Marcelo Rodriguez*, de Marcelo Rodriguez, 13-26. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Sacoto, Fernando. 2007. “Los modelos de atención de salud en Ecuador”. En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, de OPS, 317-363. Quito: OPS/OMS/CONASA.
- Salaverry, Oswaldo. 2002. “La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 143-148.
- Salaverry, Oswaldo. 2012. La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 143-48.
- Samaniego, Nelson. 1978. “Incidencia del alcoholismo en pacientes de los servicios psiquiátricos del Ecuador años 1967-1977”. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 37-40.
- Scott, W. 2008. *Institutions and Organizations: Ideas and Interests*. Oaks: Sage.
- Soforcada, Enrique, Martín Lellis, y Schelica Mozobancyk. 2010. *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires: Paidós.

- Solis, Augusto. 1933. "La fisonomía de la alienación mental en relación al carácter individual". *Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 323-343.
- Thornicroft, Graham, y otros. 2011. "Global mental health: the context". En *Community Mental Health: Putting policy into practice globally*, de Graham Thornicroft, y otros, 1-37. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Thornicroft, Graham, y otros. 2011. "The current provision of community mental health services". En *Community Mental Health: Putting policy into practice globally*, de Graham Thornicroft, y otros, 1-37. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Thornicroft, Graham, y otros. 2011. "The current provision of community mental health services". En *Community Mental Health: Putting policy into practice globally*, de Graham Thornicroft, y otros. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Velazco, Margarita. 2007. "La salud pública en América Latina". En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, de OPS, 13-30. Quito: OPS/OMS/CONASA.
- Yepez, Rodrigo. 1977. "Alimentación y salud". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*: 59-66.
- Yepez, Rodrigo, César Hermida, Fernando Sempertegui, y Dimitri Barreto. 1975. "Educación médica del graduado: Bases doctrinarias". *Archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*, 105-110.
- Yin, Robert. 2003. *Case study research*. California: Sage.
- Zuñiga, Danny, y Alba Riera. 2018. "Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador*, 145-178.

Entrevistas

- E-3, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (13 de agosto de 2021).
- E-4, Exfuncionaria de la Comisión De Salud Mental 2012 – 2015, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (4 de junio de 2021).
- E-5, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (4 de agosto de 2021).
- E-6, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (19 de junio de 2021).
- E-8, Investigadora y participante en el desarrollo del Plan Nacional de salud mental (2015) entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (9 de junio de 2021)
- E-9, Docente universitaria, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (9 de julio de 2021)
- E-12, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (12 de julio de 2021).
- E-14, Exfuncionario del Hospital Psiquiátrico San Lázaro, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (9 de agosto de 2021)
- E-16, Exfuncionario de Unidad de Salud Mental, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (21 de agosto de 2021).
- E-17, ExFuncionario y director de la Dirección Nacional de Salud Mental, entrevista de Sarai García. *Entrevista a profundidad* (21 de agosto de 2021).