

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Desarrollo, Ambiente y Territorio

Convocatoria 2022 - 2023

Tesina para obtener el título de Especialización en Interculturalidad y Desarrollo

IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTERCULTURALES EN LOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO
ENDARA, UBICADO EN LA CIUDAD DE QUITO, ENTRE 2012 Y 2022

Campos Orellana Kevin William

Asesora: Guerra Bustillos Martha Elizabeth

Lectora: Chaves Torres María Alejandra

Quito, enero del 2025

Epígrafe

Y cuando uno sueña que no quiere escribir, no tiene la capacidad de soñar que quiere escribir; y cuando sueña que quiere escribir no tiene la capacidad de soñar que no quiere escribir

-Auster.

Dedicatoria

A mi Madre...

Índice de contenidos

Resumen	9
Agradecimientos	10
Introducción.....	11
Capítulo 1. Interculturalidad y Políticas Públicas en Salud.....	16
1.1. Un acercamiento al concepto de Interculturalidad	16
1.2 Enfoque intercultural en salud.....	21
1.3 Políticas de salud intercultural	25
1.3.1 Salud Intercultural en América Latina	26
1.3.2 Salud Intercultural en Ecuador	27
Capítulo 2. Políticas públicas en salud mental	29
2.1 Políticas públicas en salud mental en América Latina	31
2.2. Salud Mental en Ecuador	33
Capítulo 3. Implementación de políticas públicas interculturales en servicios de salud mental del Hospital Especializado Julio Endara.....	38
3.1. Sistema Nacional de Salud	38
3.2 Políticas públicas en salud.....	40
3.3 Modelo de Salud Mental	43
3.4 Modelo de Gestión	45
3.4.1 Tratamiento individualizado	47
3.4.2 Trabajo social	48
3.4.3 Talento Humano	49
3.5 Políticas Públicas Interculturales desde una perspectiva multicultural.....	50
3.5.1 Políticas interculturales	51
Conclusiones	55

Referencias..... 58

Lista de ilustraciones

Tabla 1. Resumen Entrevista a Profesionales de Salud	14
Tabla 2.1. Componentes del Modelo de Atención en Salud Mental.....	35

Lista de abreviaciones y siglas

EIB: Educación Intercultural Bilingüe

HEJE: Hospital Especializado Julio Endara

MAIS-FCI: Manual de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

OMS: Organización Mundial de la Salud

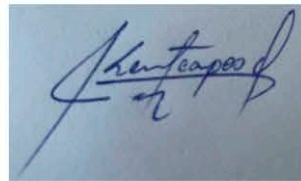
OPS: Organización Panamericana de la Salud

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesina

Yo, Kevin William Campos Orellana, autor de la tesina titulada “Implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental en el Hospital Especializado Julio Endara, ubicado en la ciudad de Quito, entre 2012 y 2022”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de especialización, 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, enero del 2025.



Firma

Kevin William Campos Orellana

Resumen

La presente investigación analiza la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental del Hospital Especializado Julio Endara entre 2012 – 2022. En esta perspectiva se realiza, en un primer momento un acercamiento a la salud intercultural, tomando en consideración el desarrollo de la interculturalidad desde una perspectiva histórica en Ecuador; al igual que, una descripción del enfoque intercultural en salud en Ecuador y países de la región.

En un segundo momento se realiza una descripción de documentos normativos desarrollados en torno a salud, haciendo hincapié en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar-Comunitario e Intercultural y el Modelo de Atención en Salud Mental.

Finalmente, se realiza el análisis sobre la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental en base a un análisis de contenido.

La recolección de la información se realizó desde una perspectiva cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas a seis profesionales de salud que han trabajado en la institución durante el periodo 2012-2022. La información de las entrevistas fue transcrita y sistematizadas a través del Software Atlas. Ti 24. La información se definió en tres categorías para su análisis posterior: Políticas públicas en salud, Modelo de Gestión e Interculturalidad en Salud. Finalmente, se realizó un análisis de contenido que entrelaza la información obtenida a través de entrevistas y la revisión documental y bibliográfica.

Entre los principales resultados se puede delimitar ausencia de diseño, formulación o implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental; al igual que, la implementación del enfoque intercultural en salud desde la Autoridad Sanitaria Nacional tiene carácter multicultural.

Agradecimientos

A todo aquello que retrasó y permitió el desarrollo y culminación de la investigación.

Introducción

En el país, la discusión referente al concepto de interculturalidad tuvo lugar a partir de los procesos de resistencia y oposición del movimiento indígena frente a los procesos políticos basados en formas de pensar coloniales (Ramírez 2009) y ante las relaciones asimétricas de poder, de dominación colonial entre indígenas y blanco-mestizos (Rodríguez 2018). Estos procesos históricos han permitido el reconocimiento de la multiplicidad de grupos culturales en el país y han promovido la creación de espacios de discusión que fomenten la convivencia a partir de la convergencia de los saberes de la población.

A partir de la declaratoria, en la Carta Constitucional del 2008, se reconoce al Ecuador como un país intercultural y multiétnico, y se busca generar políticas que permitan resignificar las relaciones interétnicas focalizadas en la diversidad cultural (Rodríguez 2018). La interculturalidad no implica únicamente el reconocimiento de la diversidad, sino más bien, reconocer las interrelaciones entre los grupos étnicos y fomentar relaciones interculturales igualitarias. De esta manera, la formulación de políticas interculturales de igualdad, permiten dotar otro lugar a las condiciones en las que se generan las relaciones asimétricas entre semejantes (Rodríguez 2018).

La Guía de elaboración de políticas públicas (2022) detalla que las políticas públicas equivalen al mecanismo cuyo fin es dar respuesta a problemas, que garanticen los derechos constitucionales y promuevan el desarrollo de la población a corto, mediano y largo plazo. Dentro del ámbito de la salud, el “Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural” (MAIS-FCI) (2018), surge como un modelo centrado en superar las limitaciones al acceso a los servicios de salud de la población (MSP 2018).

El MAIS-FCI se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (MSP 2018, 40).

En cuanto a la interculturalidad, el MAIS-FCI describe a la atención de salud intercultural como la estrategia que permite la interrelación, entre los sistemas de salud occidentales y los sistemas de los diversos pueblos originarios, ancestrales o tradicionales (MSP 2018).

Asimismo, sobre la salud mental, el MAIS-FCI refiere la relevancia de incorporar a la Salud Mental Comunitaria en los servicios de salud para garantizar estabilidad mental en la población. Durante los últimos años, se ha emitido el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (2014) y el Modelo de Atención de Salud Mental (2014), los cuales buscan fortalecer los servicios de salud mental con enfoque intercultural, buscando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (MSP 2014).

La brecha existente en el acceso a servicios de salud mental evita que la población pueda recibir atención adecuada que permita intervenir en las problemáticas identificadas. En el país, el MAIS-FCI incluye e incorpora a la salud mental en la red pública integral de salud y promueve la implementación de un modelo comunitario que comprenda al individuo en sus diversas dimensiones y permita generar un diálogo intercultural al reconocer al otro de forma horizontal y garantizando su acceso a servicios de salud (MSP 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) los sistemas de salud mental alrededor del mundo presentan dificultades e ineficacia en la información, investigación, recursos, servicios y gobernanza, razón por la cual se ha otorgado mayor relevancia a otros servicios de salud. “Los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de atención de salud a la salud mental [...] las lagunas en la cobertura de servicios se ven agravadas por la variable calidad de la atención” (OMS 2022, 4).

La relevancia de esta investigación radica en conocer si los servicios de salud mental fundamentan su práctica a partir de un enfoque intercultural o se basan únicamente en un modelo biologicista dejando de lado las manifestaciones culturales en las dificultades relacionadas a la salud mental en la población. Este cuestionamiento nace de análisis previos como el propuesto por Orzuza (2014) quien identifica que, la perspectiva intercultural en salud tiene un desarrollo desigual, ya que presenta un carácter monocultural que evita generar un diálogo intercultural simétrico.

Por lo cual, es necesario indagar si los dispositivos sanitarios, institucionales, estructurales y clínicos buscan cubrir las necesidades interculturales con el fin de reducir las limitaciones socioculturales. Además, si los servicios de salud intercultural están orientados hacia la promoción de la participación activa de los usuarios, en los servicios de salud mental y diseños de sus planes de tratamiento evitando las complicaciones que puedan generarse en torno a la diversidad cultural (Moron 2011).

Estrategia metodológica

La investigación propuesta tiene carácter cualitativo, se trata de un estudio diacrónico y de caso, del Hospital Especializado Julio Endara, en el cual se analiza la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental desde el año 2012 hasta el año 2022, tomando como referencia el MAIS-FCI. El modelo busca diseñar e implementar mecanismos, desde un enfoque intercultural, que permitan la interrelación entre el sistema de salud occidental y el ancestral, así como garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva “integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales” (MSP 2018: 53).

Para el desarrollo de la investigación, en un primer momento se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la interculturalidad en la salud y análisis detallado de la documentación normativa y de políticas públicas emitidas referentes a la interculturalidad en salud mental en el Ecuador

En un segundo momento, se realizó el estudio de caso de la implementación de políticas interculturales en salud mental en el Hospital Especializado Julio Endara. Para el desarrollo de la investigación se solicitó autorización mediante oficio dirigido a la Gerencia del Hospital. Una vez aprobada la investigación se realizaron dos convocatorias al personal del establecimiento que laboró en el establecimiento durante el periodo 2012-2022, para socializar el plan de investigación y conocer quienes deseaban participar de manera voluntaria.

Finalmente se utilizaron entrevistas semiestructuradas, como técnica de recolección de información, y fueron aplicadas al personal de salud delimitado tras el proceso de socialización de la investigación en el Hospital Especializado Julio Endara. Para realizar las entrevistas, se desarrolló una guía de preguntas en base a los objetivos de la investigación; la cual estaba orientada hacia la comprensión del MAIS-FCI, el modelo de gestión del establecimiento, los servicios de salud mental, y las políticas públicas interculturales implementadas en los servicios de salud mental.

Las entrevistas fueron grabadas en voz y la información obtenida aportó para la comprensión de la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental en el Hospital Especializado Julio Endara.

Durante la investigación participaron seis profesionales de salud, los cuales autorizaron su contribución a través de la suscripción de un consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron de manera presencial y virtual, según la disponibilidad de los profesionales.

Los profesionales aprobaron el uso de la información netamente para fines académicos. Los datos de identificación serán preservados para mantener la confidencialidad; en ese sentido, la información será presentada a través del número de la entrevista.

Tabla 1. Resumen Entrevista a Profesionales de Salud

N° Entrevista	Profesión	Modalidad entrevista
Entrevista 1 (E1)	Psicólogo/a	Virtual
Entrevista 2 (E2)	Médico/a Psiquiatra	Presencial
Entrevista 3 (E3)	Médico/a	Presencial
Entrevista 4 (E4)	Psicólogo/a	Presencial
Entrevista 5 (E5)	Médico/a	Virtual
Entrevista 6 (E6)	Psicólogo/a	Virtual

Elaborado por el autor.

El universo de estudio para la investigación propuesta fue el personal que ha laborado en el Hospital Especializado Julio Endara durante el periodo 2012-2022. El Hospital es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención, que es parte del Sistema Nacional de Salud y se encuentra en la ciudad de Quito.

Tras la realización de las entrevistas, se efectuó la transcripción de estas y se organizó la información cualitativa a través del Software Atlas.ti 24. El análisis de datos cualitativos permite organizar la información obtenida por el investigador para generar interpretaciones, inferencias, relaciones y conclusiones. El análisis de datos cualitativos se realizó a través de un análisis de contenido. “El análisis de contenido es largamente usado en investigación cualitativa (...) tiene tres fases: preanálisis; exploración del material y tratamiento de resultados; inferencia e interpretación” (Soratto, Pires, y Friese 2020, 3).

Durante la fase de preanálisis se trabajó con las transcripciones de las entrevistas cargadas al Software Atlas.ti. El objetivo consistió en identificar la información relevante para la formulación de hipótesis y desarrollo de indicadores (Soratto, Pires, y Friese 2020).

Durante la fase de exploración del material se realizó la segmentación de la información, creación de códigos y agrupación en categorías. En la fase de interpretación, la información codificada se analizó en base las categorías formuladas con relación a los objetivos de la investigación. Se realizó un análisis de contenido a través de tres categorías principales de investigación: Modelo de Atención Integral, Modelo de Gestión e Interculturalidad.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental en el Hospital Especializado Julio Endara, entre 2012 y 2022.

Objetivos específicos

1. Analizar las diferentes perspectivas latinoamericanas sobre salud intercultural y de manera particular las de Ecuador
2. Identificar los marcos normativos y política pública relacionada con la salud mental en el Ecuador
3. Estudiar el proceso de la atención a la población y la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud mental del Hospital Especializado Julio Endara

Capítulo 1. Interculturalidad y Políticas Públicas en Salud

El reconocimiento del Ecuador, en la carta magna, como un país intercultural, legitima la implementación de un enfoque y perspectiva intercultural en las acciones que realiza el Estado para incidir sobre las problemáticas que afectan a la población ecuatoriana. En este sentido, para la consecución de objetivos de la investigación descrita, es relevante y de suma importancia realizar un recorrido sobre la conceptualización de la interculturalidad en nuestro país, teniendo en consideración los procesos históricos que han devenido en el desarrollo del concepto; al igual que, describir diferentes perspectivas que permitan ampliar la comprensión del enfoque intercultural en salud y las divergencias que dificultan la formulación e implementación en políticas de salud y; finalmente detallar la orientación de las políticas de salud intercultural en el contexto latinoamericano.

De esta manera, a través del recorrido bibliográfico y documental, se pretende erigir una respuesta sobre los procesos de salud intercultural en nuestra región; al igual que, discernir si las políticas han estado orientadas hacia una convergencia de saberes o reproducción del saber hegemónico en salud.

1.1.Un acercamiento al concepto de Interculturalidad

La interculturalidad equivale a una convergencia y confrontación entre los distintos saberes, encaminados a una convivencia de los diferentes grupos culturales que se emplazan en un determinado espacio y temporalidad. “La interculturalidad implica generar escenarios de discusión y construcción desde la diversidad de modos de interpretar y experimentar las realidades geográficas, históricas, sociales y culturales presentes en el país” (Krainer y Guerra 2016, 33).

La interculturalidad va más allá del establecimiento y legitimación de la diversidad y relaciones interétnicas ya que, reconoce la necesidad de establecer relaciones interculturales igualitarias entre los diferentes grupos culturales (Rodríguez 2018). Según Krainer (2019) a diferencia del multiculturalismo, que busca reconocer la presencia de diferentes grupos culturales en un territorio, y de la pluriculturalidad que fomenta la visibilización y reconocimiento como semejantes de los grupos culturales. La interculturalidad no se reduce únicamente al reconocimiento de lo diverso, sino más bien es un llamado por construir una sociedad diferente que mejore la calidad de vida de sus pobladores, otorgándole un lugar a los saberes y relaciones horizontales entre las personas e instituciones. Así, esta postura desde la

interculturalidad crítica se orienta a la configuración de un estado-sociedad en donde su población, instituciones y condiciones ambientales estén encaminados hacia la reducción de las inequidades (Krainer 2019).

Walsh (2012) detalla que los procesos interculturales están encaminados hacia la transformación social, implementación de espacios de lucha, resistencia e interrelación de los grupos subalternos con los distintos sectores de la población dotando lugar a los saberes, desde una lógica simétrica y horizontal que promueva la construcción y cambios en la sociedad y sus modos de vida. De esta manera, desde lo institucional, es necesario la implementación de espacios de convergencia de saberes y diálogos que favorezcan el desarrollo de toda la población tomando en consideración el contexto histórico que ha determinado los procesos de desarrollo.

Las diferentes culturas, la interrelación horizontal, así como el diálogo de saberes entre los diferentes grupos que conforman una sociedad, son parte fundamental del desarrollo; se debe buscar un desarrollo basado en las capacidades y autodeterminación de la gente, por lo que es indispensable, que el horizonte de lo que se piensa como desarrollo, parta de la visión y cualidades culturales de las poblaciones (Krainer 2019, 26).

Reconocer los procesos interculturales como eje fundamental para el desarrollo y la transformación social implica escindir formas de relaciones asimétricas que legitimen la predominancia de un saber unívoco, y fomentar espacios de convergencia en los que la población pueda expresar sus saberes para lograr, en la medida de lo posible, la construcción de sociedades centradas en las necesidades culturales de su población.

Más allá de la internalización de la interculturalidad como un proceso que busca el debilitamiento o rompimiento del paradigma entre la cultura hegemónica y la cultura subalterna o subordinada; en muchas ocasiones se ha instaurado la presunción sobre la interculturalidad como un reflejo y respuesta al mundo indígena (Altmann 2017). Al respecto, Gómez Rendon (2017) considera que, a lo largo del tiempo, ha devenido un proceso de indigenización de la interculturalidad al reducir las acciones únicamente hacia la población indígena, dejando de lado el entramado de relaciones que los habitantes construyen en un determinado territorio más allá de la autoidentificación étnica.

Estos procesos reduccionistas legitiman las relaciones asimétricas que se han mantenido a lo largo del tiempo. Para Inuca (2017) el kichwa, a diferencia de lo que se plantea desde el saber

hegemónico, busca convivir con las diversas culturas que existen en el territorio para lograr el proceso de interrelación cultural.

Primero se observa la configuración de la interrelación entre culturas y luego queda configurado el *alli kawsay* como un horizonte de vida, pero también como un acto del hoy, de convivencia con otras culturas que a partir de este momento deben ir construyendo dicho horizonte para terminar con el pasado de dominación. Esta vida buena (*alli kawsay*) entonces es horizonte (*ñaupaman*) pero también presente (*cunan kawsay*) alimentado por el pasado (*ñaupa kawsay*). Vemos que hay una propuesta de convivencia entre culturas, incluso reconociendo a los mestizos como parte de esta estructura cultural diversa y de este proceso de interrelación cultural (Inuca 2017, 163).

El planteamiento de Inuca (2017) sobre la interrelación cultural nos permite vislumbrar la posibilidad de la construcción articulada de procesos de intercambio entre las diversas culturas que favorezcan la convivencia. No obstante, en nuestro contexto el saber hegemónico dificulta dicho proceso al adscribirse en una relación con el Otro sucumbida bajo la dominación de lo Extranjero, como lo detalla Dussel (1994), que se reactualiza a través de varias formas de no reconocimiento y deslegitimación de la diversidad cultural.

Para lograr una verdadera transformación y promover sociedades equitativas que reconozcan la diversidad y su potencialidad, se debe fomentar la interrelación horizontal y el diálogo de saberes entre las diferentes culturas, al igual que promover la construcción de políticas públicas interculturales (Krainer 2019).

En los países occidentales, la interculturalidad hace referencia a la integración de población migrante, como minorías étnicas, pero en el caso de Ecuador y en algunos países de América Latina, la interculturalidad está relacionada a los procesos de resistencia frente a las relaciones asimétricas y de dominación colonial entre la población indígena y blanco-mestizos (Rodríguez 2018).

Quijano (2014) describe que, durante la colonización, la población originaria de América fue despojada de sus saberes y formas de expresión, por lo que su forma de ser en el mundo se redujo a las representaciones de gente rural e iletrada. Una alternativa a la estructura colonial que impide reconocer las diferencias, es reclamar y valorar los conocimientos o prácticas de clases y grupos sociales que han sido discriminadas a causa del colonialismo y capitalismo (Santos 2015).

Desde el ámbito normativo o político, Altmann (2017) considera que la interculturalidad se ha erigido desde dos perspectivas. Desde el estado, al integrar en sus políticas a poblaciones que han sido invisibilizadas; mientras que, desde la población marginalizada como la posibilidad de participar activamente en los diversos ámbitos sin dejar de lado su identidad cultural.

En el país, la discusión frente a la interculturalidad toma fuerza en los procesos de resistencia encaminados por el movimiento indígena, por las condiciones de segregación y exclusión a las que históricamente han sido expuestos (Altmann 2017; Krainer y Guerra 2016; Rodríguez Cruz 2018; Gómez 2017).

El debate sobre interculturalidad se erigió desde las demandas de educación. La experiencia del proceso de educación bilingüe implementado tras el retorno a la democracia, en la Presidencia de Jaime Roldós, devino en el fortalecimiento de las organizaciones indígenas para la autonomía territorial e identidad indígena (Altmann 2017). El fortalecimiento de las organizaciones rurales y de procesos organizativos que consideraban a la etnicidad como garante identitario es un antecedente para el surgimiento del movimiento indígena en el país. (Larrea 2004).

En las décadas de 1960 y 1970 las demandas del movimiento indígena estaban ancladas a la Educación Intercultural Bilingüe (EIB) (Rodríguez 2018). Entre los años 1980 y 1990 los pueblos indígenas implementaron la interculturalidad como un concepto reivindicatorio que permita resignificar los procesos de dominación colonial y construir nuevos modos de relacionamiento (Rodríguez 2018). Para Krainer y Guerra (2016) la lucha histórica del movimiento indígena no se reduce únicamente a temas étnicos; sino que, el reconocimiento tiene que ver con situaciones de clase, condiciones de exclusión y marginación, cumplimiento de derechos y mayor participación.

El levantamiento indígena de 1990 resultó en avances relevantes para la lucha contra la discriminación y marginalización (Krainer y Guerra 2016). Para Larrea (2004) el levantamiento además de visibilizar una lucha histórica puso sobre la mesa una serie de cuestionamientos a un modelo político que excluía a los pueblos indígenas. “La historia de la interculturalidad es la historia de un intento de autodeterminación discursiva del movimiento indígena, un intento de hacer posible que el subalterno pueda hablar, y la historia del fracaso de ese intento” (Altmann 2017, 34).

La historia de un intento que persiste en la cotidianidad de la población, el cual, aunque escotomizado e invisibilizado, encuentra espacios y modos de dar lugar a una narrativa vigente y necesaria pero enclavada en un guion que prescinde de contenidos históricos que trascienden a la realidad local.

El proceso que tuvo sus inicios en la década de 1980 se materializó en la Constitución de la República del Ecuador (2008), al reconocer al estado como intercultural. “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada” (art.1).

Este recorrido por los diferentes acercamientos de la interculturalidad como concepto y lucha reivindicativa de los pueblos y nacionalidades, permite evidenciar la construcción del sentido que la interculturalidad detenta en la actualidad. Es así que, los procesos históricos de organizaciones sociales y movimientos indígenas erigieron una concepción de la interculturalidad que va más allá del reconocimiento de los diversos grupos culturales; si no más bien, busca una interrelación horizontal entre toda la población que no genere procesos asimétricos de segregación, invisibilización, exclusión o marginalización y se oriente hacia una convergencia de saberes que favorezca una convivencia armónica y reducciones de inequidades en todos los niveles de la sociedad.

El recorrido histórico presentado durante este apartado permite comprender las diversas luchas sociales que se han desarrollado hasta alcanzar el reconocimiento de la interculturalidad como un tema central para que las acciones propuestas desde el estado gocen de mayor pertinencia cultural y tengan mayor relación con las necesidades de los habitantes del país.

La inclusión del enfoque intercultural en las políticas de salud equivale a una respuesta del estado para garantizar los derechos de la población. Años más tarde, enmarcado en la Constitución del año 2008, se emite el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar-Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual busca la garantía de derechos y reconoce la lucha histórica de los pueblos montubio, indígena y afro ecuatorianos para el reconocimiento del Ecuador como un país intercultural (MSP 2018).

1.2 Enfoque intercultural en salud

El enfoque intercultural en salud está orientado a la implementación de espacios de diálogo y articulación de conocimientos, saberes y prácticas de los diversos grupos culturales en torno a los procesos de salud y enfermedad para promover la justicia social y fomentar servicios de salud culturalmente apropiados (Del Pino y Gómez 2022). No obstante, prácticas verticales y homogenizantes presentes en sistemas de salud con un enfoque predominantemente biomédico dificultan la implementación del enfoque intercultural y la construcción de modelos explicativos de la salud con pertinencia cultural (Ruiz-Lurduy et al. 2016).

Cunningham (2002) plantea cuatro enfoques o paradigmas de la interculturalidad en salud: i) el enfoque paternalista que reconoce la diversidad cultural, pero plantea acciones desde la verticalidad, dotando al profesional de la salud, el saber sobre el proceso salud-enfermedad y las personas son receptoras de ese saber; ii) el enfoque culturalista, el cual promueve el reconocimiento del pluralismo cultural y se centra en la lengua dejando de lado la percepción de las comunidades; iii) el enfoque de convivencia que motiva una interrelación armónica entre los diversos grupos culturales y el conocimiento de sus formas de vida y iv) el enfoque autonómico o de empoderamiento que busca incidir en las inequidades que fijan las relaciones de poder y promover los derechos de las comunidades tomando en consideración su identidad y formas de percibir el mundo.

En esta línea Espinosa y Ysunza (2017) plantean que, el enfoque intercultural con mayor pertinencia en salud corresponde a la interculturalidad autonómica ya que va más allá de la integración cultural desde la óptica indigenista y segregacionista. Desde este paradigma, los sujetos (usuarios y profesionales de salud) e instituciones asumen el control para transformar la realidad de las comunidades dotando de significancia a los problemas que han sido priorizados y tienen relevancia para el grupo.

La interculturalidad autonómica es precisamente la construcción de una conciencia sociohistórica, como se dijo antes, que permita reconocer que los problemas se interpretan y entienden a partir de sus causas sociales e históricas que condicionan las vivencias del sujeto como por ejemplo, la carrera de la salud-enfermedad (Espinosa y Ysunza 2017, 297)

Al hacer referencia al enfoque de la interculturalidad autonómica se plantea que la relación médico-paciente a nivel individual o comunitario no esté permeada por un saber hegemónico, sino que pretenda dar espacio para generar un diálogo de saberes orientado hacia la reducción de brechas y toma de decisiones dejando de lado posicionamientos asimétricos. De esta

manera, este enfoque de interculturalidad es relevante para la investigación propuesta ya que permitirá analizar si la implementación del enfoque intercultural en las políticas de salud tiene relación y dotan un lugar a la historicidad de la población o si únicamente se erigen bajo el paradigma multicultural.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021) detalla que en la región de las Américas existe ausencia de un abordaje intercultural que proteja el derecho a la salud a pueblos indígenas, afrodescendientes y otras minorías étnicas. La cosmovisión y saberes de los diversos grupos culturales, en países de la región, no son tomados en consideración para el desarrollo, diseño e implementación de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud a través de servicios de salud culturalmente adaptados, lo que ha devenido en procesos de discriminación, exclusión, invisibilización estadística e inequidades en el ámbito de la salud.

La Carta de Ottawa (1986) detalla que la salud no se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, razón por la cual es necesario que la promoción de la salud alcance la equidad sanitaria y dote a la población de los medios necesarios para incidir sobre su salud y lograr un adecuado estado de bienestar físico, mental y social. Para este fin, se debe reconocer las diferencias de los procesos salud-enfermedad de los distintos grupos culturales que habitan en un determinado territorio; al igual que, promover acceso a servicios de salud tomando en consideración los determinantes sociales de la salud y los saberes de la población (Del Pino y Gómez 2022).

A pesar que, la Carta de Ottawa (1986) detalla que los servicios de salud deben ser reorientados hacia las necesidades culturales de la población, todavía persisten representaciones dominantes sobre la salud que se limitan a la atención clínica y a un sistema de salud institucionalizado que no promueve el reconocimiento de saberes, prácticas y perspectivas diversas en torno a la salud que distan de la lógica científicista como respuesta a los procesos de salud y enfermedad (Cabral y Mendizábal 2021).

El paradigma dicotómico institucionalizado evita que los profesionales de salud reconozcan la importancia de la conjunción entre el saber médico y los contenidos culturales en la comprensión del sufrimiento. Según Ruiz-Lurduy et al. (2016) existen tres tipos de divergencias que dificultan la incorporación de un enfoque intercultural en salud:

La primera divergencia se relaciona al ejercicio de la medicina moderna: “basada en parámetros bioquímicos para definir la salud-enfermedad, en oposición a los contenidos

simbólicos-trascendentales que suelen aparecer vinculados al cuerpo en las concepciones tradicionales” (Ruiz-Lurduy et al. 2016, 381).

La segunda divergencia se centra en la oposición entre los contenidos místicos y racionales del pensamiento, fomentando el contenido científico, basado en evidencia y desacreditando la experiencia subjetiva del malestar (Ruiz-Lurduy et al. 2016).

La tercera divergencia se relaciona con la implementación de la medicina tradicional y alopática. La primera percibe a la salud y al sufrimiento o enfermedad como la conjunción entre las relaciones del sujeto con la naturaleza, sociedad y cultura; mientras que, en la medicina alopática prima la aplicación de protocolos que respondan a una lógica científicista (Ruiz-Lurduy et al. 2016)

En el ámbito de la salud dichas divergencias se presentifican en diversos niveles y servicios de atención en salud, por lo que es relevante analizar desde que posición y paradigma se formulan las políticas públicas en salud intercultural; al igual que analizar el rol de las comunidades como población objetivo de dichas políticas y de los profesionales de salud como actores implementadores.

La Declaración de Alma-Ata¹ orienta los servicios de salud hacia la atención primaria, reconoce la importancia de la participación comunitaria y la inclusión de medicina tradicional para lograr la equidad en salud y atender necesidades de la comunidad (OPS 1978). Sin embargo, a pesar que existan proyectos o estrategias de intervención que promueven la inclusión de la medicina tradicional en los servicios de salud, el modelo médico occidental prevalece en muchos países de la región (Espinosa y Ysunza 2017).

En este sentido, Ruiz-Lurduy et al (2016) manifiestan que para implementar un proceso de salud intercultural se debe incidir sobre las relaciones de poder que han sido legitimadas entre el saber occidental y el saber heterogéneo de los diversos grupos culturales para construir

¹ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata considera la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OPS 1978).

diálogos que permitan la implementación de servicios de salud horizontales, integrales y que confluyan entre sí.

De esta manera, asignar un lugar a la voz y saberes de los sujetos que habitan en un territorio favorece la comprensión de los procesos de salud-enfermedad y el desarrollo de alternativas en salud con pertinencia cultural. Los diálogos de saberes o interculturales se fundamentan en el reconocimiento de la diversidad cultural, respeto de opiniones, creencias y costumbres para el mejoramiento de servicios de atención en salud (OPS 2022).

Los diálogos de saberes aplicados a la salud forman parte de una política intercultural que plantea como posible y conveniente la articulación de los sistemas médicos tradicionales con el occidental. Esto debe tenerse en cuenta no sólo en relación con la atención a la enfermedad, sino también en relación con la promoción de la salud y el acompañamiento de la muerte. Los diálogos fomentan el respeto de la diversidad cultural; requieren reconocer y entender los conocimientos tradicionales y populares de las comunidades, y no destruirlos ni vulnerarlos desde el saber médico occidental (OPS 2022, 4).

Generar y construir espacios de diálogo en la población fomenta el desarrollo de entornos seguros en los cuales la población pueda expresar su malestar, a lo largo de todo el ciclo vital, sin ser desacreditado por sus contenidos frente al saber biomédico. Estos diálogos promueven una activa participación de la población en la reducción de inequidades en salud.

Los diálogos interculturales permiten comprender las dificultades que la población presenta y la manera en la que las diferencias culturales han incidido en las brechas e inequidades en torno al acceso a servicios de salud. Los diálogos de saberes fungen como una herramienta para reconocer las diferencias culturales existentes, revalorizar los saberes locales, prácticas, expresiones culturales y responder a las necesidades específicas de la comunidad para la construcción de una salud intercultural (Del Pino y Gómez 2022).

En ocasiones, la diversidad y el contexto sociocultural no generan complicaciones para el desarrollo de diálogos interculturales, lo que obstaculiza son las relaciones hegemónicas que buscan marcar la diferencia entre el saber occidental biomédico y la subordinación del saber local o subalterno (Espinosa y Ysunza 2017). “En ellas subyacen la desvalorización, descalificación y negación del “otro” o subalterno, que es el extraño o desconocido al “yo”. La intromisión del poder en el saber asfixia la libertad de pensamiento, porque impone su interpretación de la realidad como única y válida” (Espinosa y Ysunza 2017, 295).

Santos (2015) considera que, la ecología de saberes implica adquirir nuevos conocimientos sin olvidar los conocimientos previos. Consiste en otorgar credibilidad al conocimiento no científico y saberes locales, sin desvalorizar los conocimientos científicos; sino más bien, promover interdependencia entre los tipos de conocimientos que presenta la población.

Asimismo, establecer diálogos centrados únicamente en el reconocimiento de la medicina tradicional de los pueblos originarios, puede generar un invisibilización de la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población y caer en una homogeneización de intervenciones en salud, manteniendo un enfoque colonizador y globalizador (Eroza Solana y Carrasco Gómez 2019). Por lo tanto, promover procesos de traducción intercultural deja de lado la hegemonía cultural, busca el enriquecimiento de los diferentes grupos culturales a través del diálogo, para hallar un punto de convergencia (Santos 2015).

En ocasiones los procesos de salud intercultural se distancian de la horizontalidad y reproducen relaciones hegemónicas atravesadas por condiciones políticas, sociales o económicas. Los profesionales de salud deben promover prácticas que sean congruentes culturalmente ante los problemas de salud y enfermedad (Fernández, González, y García 2008).

Los postulados teóricos detallados encaminarán el análisis de las políticas de salud intercultural al discernir si la implementación del enfoque intercultural en salud se ha orientado hacia la legitimación del saber hegemónico, sostenimiento del enfoque intercultural a partir de acciones multiculturales o indigenistas, o hacia el desarrollo de espacios simétricos de diálogo entre la población para favorecer la toma de decisiones en beneficio de las necesidades de la población y de su contexto social e histórico.

1.3 Políticas de salud intercultural

En América Latina han existido procesos de reforma en los sistemas de salud que han incluido a la interculturalidad como eje para incidir sobre el perfil epidemiológico de la población indígena, promover la adaptación cultural y dejar de lado el paradigma occidental de la medicina (Arteaga, San Sebastian, y Amores 2012).

Los procesos de interculturalidad en salud han surgido como un mecanismo de mediación entre la medicina ancestral y la medicina occidental. En muchas ocasiones, la narrativa que se ha tejido alrededor de estos procesos ha tenido un carácter multicultural, orientado a emitir políticas dirigidas específicamente hacia poblaciones indígenas. Así, Eroza y Carrasco (2019)

mencionan que, el enfoque intercultural en salud se remite a la interacción entre la medicina indígena y occidental. Su aplicación está orientada hacia la provisión de servicios de la población indígena con intereses políticos, por lo que omite acciones encaminadas hacia el mejoramiento de la calidad de vida.

1.3.1 Salud Intercultural en América Latina

Una revisión sobre los estudios realizados en ciertos países de América Latina nos permite observar que el diseño de políticas de salud intercultural no está exento de conflictos. Así, Ramírez (2014) sostiene que los aspectos interculturales presentes en la reforma del sistema de salud en Bolivia han promovido una visibilización de la medicina tradicional y saberes en salud de los pueblos indígenas, empero han generado fragmentación entre los terapeutas tradicionales y no han logrado incidir en la inequidad social y falta de acceso a servicios de salud de la población.

Por su parte, en Chile, la implementación de acciones en salud intercultural data desde la década de los años 90. En el año 1992 surge el Programa de Salud con Población Mapuche y en 1996 se implementó el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, estos programas han buscado consolidar un sistema de salud intercultural.

En 2008 surge el Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas, el cual sigue vigente hasta la actualidad y se centra en tres ejes “(a) equidad (disminuir las brechas de acceso), (b) enfoque intercultural de salud (en las acciones de profesionales y técnicos) y; (c) participación social indígena (en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de los planes locales)” (Manriquez-Hizaut et al. 2018, 761).

Además de las acciones en salud que se han realizado específicamente para pueblos indígenas, se construyó un modelo de salud en el cual se otorga relevancia al enfoque intercultural.

En el año 2001 tras la reforma del sistema de salud, se desarrolló el Modelo de Atención Integrada de Salud, el cual se orientaba hacia la atención primaria en salud desde un modelo biopsicosocial (Soto, Soto, y Riquelme 2021).

En Chile, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria detalla que la atención en salud es un proceso integral y su población objetivo son las personas y familias, fomentando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; al igual que, el fortalecimiento de la responsabilidad familiar y comunitaria. El modelo reconoce a las

personas, familias y comunidades como integrantes de un sistema sociocultural diverso y fomenta un estado de bienestar a través de una atención en salud integral (MINSAL 2012).

Además, incorpora el enfoque intercultural en sus acciones de salud promoviendo acciones de respeto a la cultura de población originaria y participación en salud. El enfoque busca responder a las necesidades de los pueblos originarios y población extranjera del país (MINSAL 2012).

La incorporación de un enfoque intercultural en salud sólo tiene significado, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan en el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad (MINSAL 2012, 19).

De esta forma, las experiencias de la implementación de salud intercultural en Chile se han centrado en el acceso a servicios de salud de población indígena, uso de medicina tradicional, asignación de un espacio de atención específico para la población originaria, implementación de señaléticas y fomento de prácticas culturales dentro de los establecimientos de salud (Manriquez-Hizaut et al. 2018).

No obstante, a pesar que los pueblos originarios son quienes tienen mayor afectación por las inequidades en salud, las acciones de la administración pública tienen un enfoque multicultural más que intercultural, al ejecutar políticas que reconocen la diferencia cultural pero buscan la dominación de la diversidad al intentar homogenizar a la población en base a una paradigma de desarrollo global (Eroza Solana y Carrasco Gómez 2019).

Dicha dominación decanta en el distanciamiento de la horizontalidad en la salud intercultural al reproducir relaciones de hegemonía y subalternidad a través de acciones focalizadas, que responden a proceso políticos o de control social. Asimismo, relega el abordaje de procesos sociales o culturales a segundo plano, por lo que el saber medico tiene primacía (Piñones, Mansilla, y Campos 2017).

1.3.2 Salud Intercultural en Ecuador

Previo al análisis de la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental, es necesario conocer las normativas que rigen en el país con relación a esta temática. En Ecuador, el MAIS-FCI se emitió en el año 2012 como un conjunto de estrategias para responder a las necesidades de salud de la comunidad, familias e individuos. Plantea

realizar un trabajo en el que el eje central sean las familias y comunidades desde un enfoque intercultural, biopsicosocial y multidisciplinario (MSP 2018).

El MAIS-FCI orienta su accionar hacia la garantía de la salud como un derecho y promoción de la atención centrada en las dimensiones biológicas, mentales, psicológicas, sociales y espirituales; al igual que, incidencia sobre los determinantes de la salud en la población y comunidades (MSP 2018).

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales (MSP 2018, 56).

Dentro de los enfoques que plantea el Modelo de Atención Integral en Salud (MSP 2018) se encuentran: Atención Primaria de Salud Renovada, Epidemiología comunitaria, Participación Social, Interculturalidad, integración de la Salud Mental, Cuidados paliativos, derechos, y género.

En cuanto a la interculturalidad, el MAIS-FCI detalla que la incorporación del enfoque implica la asunción de un posicionamiento que reconozca la diversidad y fomente una relación horizontal; al igual que, implementar estrategias que incorporen el enfoque de salud de los pueblos ancestrales y permitan la adecuación cultural de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención en salud (MSP 2018).

La Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud: Reconoce la Gestión y Atención de Salud Intercultural: Corresponde a la unidad hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables (MSP 2018, 46).

Sobre los procesos de atención en el escenario comunitario, el MAIS-FCI plantea la promoción del bienestar y salud a través de la Interculturalidad, por lo que busca revalorizar la cultura andina y el cuidado de la salud (MSP 2018).

Para lograr aquel objetivo plantea que se deben considerar características culturales de la población y su forma de percibir el proceso de salud-enfermedad desde su cosmovisión, encontrar una conjunción entre la medicina tradicional y occidental, promover el uso de plantas medicinales y fortalecer la relación con terapeutas tradicionales (MSP 2018).

A pesar de que, en el MAIS-FCI se detalla la concepción del enfoque intercultural desde la Autoridad Sanitaria Nacional, su aplicación a nivel territorial ha sido discutible ya que, no existen mecanismos que evalúen el impacto de las acciones implementadas, a la vez que, la mayor parte de las acciones han estado centradas en la atención del parto (Arteaga, San Sebastián, y Amores 2012).

En el año 2017, se emite el Acuerdo Ministerial 0082, normativa que regula la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud. El reglamento define al enfoque intercultural como la comprensión de la salud desde la cosmovisión de las culturas y la medicina ancestral haciendo énfasis en procesos de salud sexual y salud reproductiva (MSP 2017).

Asimismo, hace hincapié en la aplicación del reglamento para procesos de atención, referencia, derivación y contra referencia exclusivamente a pacientes de comunidades lejanas, cuyo acceso genere complicaciones (MSP 2017).

El Acuerdo Ministerial 0082 (2017), detalla que los profesionales deben:

- Conocer palabras o expresiones en el idioma utilizado por el paciente para facilitar los procesos de atención.
- Contar con un intérprete cuando no sea posible la comunicación
- Implementar señalética en los servicios de salud con traducción a idiomas de pueblos ancestrales
- Tener conocimiento sobre los hábitos alimenticios en base a su cultura.
- Permitir el uso de vestimenta tradicional en los servicios de salud cuando cumplan con las condiciones de bioseguridad e higiene.
- Articular los procesos de atención con la medicina ancestral en territorios donde exista presencia de pueblos y nacionalidades.

Capítulo 2. Políticas públicas en salud mental

Una vez hemos realizado un breve recorrido a través de las concepciones sobre interculturalidad desde diferentes miradas teóricas y las políticas interculturales en la región y

en Ecuador, es necesario acercarnos a los marcos normativos y política pública relacionada con la salud mental en el Ecuador.

Como punto de partida, siguiendo a Roth (2015) comprendemos a las políticas públicas como el conjunto de acciones, iniciativas o decisiones de los actores políticos e instituciones estatales para incidir sobre problemáticas identificadas que afectan a la población de un determinado Estado. El ciclo de la política pública a través de sus fases permite identificar las problemáticas que necesitan de acciones estatales direccionadas hacia la consecución de objetivos propuestos y resultados esperados (SENPLADES 2022).

En el ámbito de salud mental, las políticas públicas equivalen a las acciones del Estado que pretenden mejorar las condiciones de vida y promover un estado de bienestar de la población. Las cuales, se presentan por medio de planes, proyectos, leyes, programas o dispositivos (Henaó et al. 2016).

La Declaración de Caracas de 1990 corresponde a un hecho trascendental para la formulación de políticas públicas en salud mental. El cuestionamiento de la atención psiquiátrica tradicional y hegemónica que legitimaba la institucionalización prolongada de pacientes con trastornos mentales motivó a pensar en la implementación de servicios de atención en salud mental orientados hacia la comunidad y con un enfoque de derechos, dejando de lado la lógica manicomial² y fortaleciendo el primer nivel de atención.

Según Lopera (2014), la Declaración de Caracas fomentó el cambio en la legislación en torno a salud mental en los países de la región, haciendo énfasis en la importancia de las acciones de promoción y prevención, abordaje comunitario y fomentando el cierre o reformulación del modelo de gestión de hospitales psiquiátricos que mantienen el paradigma hospitalocéntrico y asilar.³

² A partir del siglo XIX se configura la época de asistencia psiquiátrica institucionalizada y, nace el manicomio como un espacio esencialmente terapéutico donde el confinamiento posibilitaría comprender la naturaleza de una enfermedad tan escurridiza como la locura (Llanos 2023, 31).

³ 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 (García Guerra 2022, 39).

La OPS (2021) detalla que existe una amplia brecha en el tratamiento a las problemáticas asociadas a la salud mental y en el acceso a servicios de atención en salud primaria o de tipo comunitario. La prevalencia de problemas de salud mental es representativa a nivel mundial y el porcentaje de acceso a servicios de salud mental es reducido; lo cual puede estar relacionado a falta de servicios, estigma y estereotipos negativos asociados al sufrimiento mental en diversos contextos (Llanos 2023).

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados (OPS 2022, 3)

El plan de acción sobre salud mental 2013-2030 propuesto por la OPS (2022) busca promover un liderazgo y gobernanza eficaz, servicios de salud mental integrales y comunitarios, acciones de promoción y prevención de la salud mental y fortalecimiento de los sistemas de información. Dentro de las acciones propuestas para los Estados miembros en el ámbito de políticas y legislación sobre salud mental se encuentra la formulación, actualización e implementación de políticas, programas, leyes, entre otros instrumentos dirigidos a todos los sectores de la población.

2.1 Políticas públicas en salud mental en América Latina

En América Latina, la intervención de la OPS en apoyo a los procesos de reforma en salud en países como Ecuador, Perú, Paraguay, Colombia, Argentina y Brasil devino en el reconocimiento de la salud mental como un derecho y la formulación e implementación de políticas públicas en salud mental (Henaó et al. 2016).

A pesar que, durante los últimos años se han implementado políticas en salud mental basadas en la evidencia y con orientación comunitaria, existe una brecha significativa en atención a la salud mental en países de ingresos bajos y medianos; al igual que, poca información sobre los resultados de la implementación de políticas en salud mental en Latinoamérica (Agudelo-Hernández y Rojas-Andrade 2023).

En Colombia, desde los años 90 se han emitido políticas públicas en torno a la salud mental. En el año 1993 se emitió la Ley 100, la cual hizo énfasis en la hospitalización de corta estancia y la psicoterapia durante el desencadenamiento de la enfermedad. En el año 1998 se emite la Política Nacional de Salud Mental; mientras que en el año 2007 se emite el Plan

Nacional de Salud Pública (2007-2010) y en el año 2012 el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, y Restrepo-Bernal 2018).

En el año 2018 se emite la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019). Ambos instrumentos están anclados al Modelo de Atención Integral en Salud, el cual centra su intervención en la atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de trastornos mentales (Agudelo-Hernández y Rojas-Andrade 2023).

Según Agudelo-Hernández y Rojas-Andrade (2023) las políticas públicas en salud mental emitidas en Colombia han estado orientadas a la reducción de brechas en torno a la atención, tratamiento y diagnóstico de trastornos mentales. No obstante, aunque en los distintos documentos normativos se detalla a la salud mental como un eje prioritario, las brechas para el acceso a servicios de salud mental persisten por la falta de servicios especializados y profesionales en salud mental (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, y Restrepo-Bernal 2018).

En Argentina durante los años 80 se dio un giro al enfoque que predominaba en torno a la salud mental en el país. Las críticas al modelo asilar clásico de atención en salud mental derivó en reformas a un sistema de salud cuya fortaleza no eran los servicios de salud mental ya que no se disponía de normativa o presencia institucional que regule su funcionamiento (De Lellis 2013).

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental mediante el Decreto Reglamentación 603/13 insta a organizaciones sociales y poderes del estado a desarrollar acciones para incidir sobre las problemáticas presentes en salud mental de la población. Las principales contribuciones se enmarcan en el ejercicio de los derechos de los pacientes, internamiento y modalidad de abordaje con enfoque interdisciplinario, intersectorial y comunitario (De Lellis 2013).

Posteriormente se emitió el Plan Nacional de Salud Mental que operativiza la información contenida en la ley y su reglamento.

El artículo tercero, reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Orzuza 2014, 433).

En este apartado se ha delimitado que, diversos países de la región disponen de normativa y planes de acción en salud mental. No obstante, a pesar de que se ha formulado política pública

y su orientación radica en la reducción de brechas en torno a salud mental, todavía se presentan dificultades que aplazan la instauración e institucionalización de modelos comunitarios e interdisciplinarios en salud mental.

2.2. Salud Mental en Ecuador

En Ecuador han existido dificultades en la formulación e implementación de políticas de salud mental. En la década de 1980 la salud mental ingresa en la agenda del Ministerio de Salud Pública y se crea la Dirección Nacional de Salud Mental; esta dirección surge a partir de un enfoque que busca comprender la salud mental tomando en consideración los componentes sociales-políticos, y desarrolla el primer Plan Nacional de Salud Mental en 1981 (García 2022).

En el año de 1981 se emite, a través del Acuerdo Ministerial 5259, el Reglamento Interno de las Unidades de Salud Mental, el cual se encuentra vigente. El reglamento está orientado a la ampliación de la cobertura en acceso a servicios de salud mental e implementación de unidades de salud mental en los Hospitales Generales del país (García 2022).

Según el Acuerdo Ministerial 5259, las funciones de la Unidad de Salud Mental serán la promoción y protección de la salud mental; recuperación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación; al igual que, investigación y docencia (MSP 1981). Sin embargo, existe escasa información documental sobre las acciones implementadas en salud mental entre la década de 1980 al año 2000. En 1999 se emite el segundo Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador, el cual estaba orientado hacia la atención primaria en salud, salud mental comunitaria, capacitación a profesionales de la salud, dotación de medicamentos y consolidación de unidades de salud mental (García 2022).

En 2008 la OPS emite el “Informe de la Evaluación de los sistemas de salud mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS” (OPS 2008). Las principales conclusiones del informe hacen hincapié en la falta de garantía a los derechos de los pacientes, desestructuración de servicios de atención primaria en salud mental; al igual que, en la baja asignación presupuestaria (García 2022).

En el año 2012 se emite el Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI). El modelo promueve la integración de la Salud Mental en la Red Pública Integral de Salud y la define como:

un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (MSP 2018, 47).

Asimismo, enfatiza en la relevancia de la implementación de la Salud Mental Comunitaria en los servicios de salud, fortalecimiento la participación comunitaria y en la reducción de estigmas y estereotipos asociados a las problemáticas de salud mental (MSP 2018).

En el año 2013 se emite el Acuerdo Ministerial 00004349 a través del cual, se crea la Comisión de Salud Mental, cuyo objetivo es establecer lineamientos para la gestión de la salud mental y realizar acciones de seguimiento a la implementación de instrumentos que inciden en la salud de la población (MSP 2013).

En el año 2014 se emite el Acuerdo Ministerial 00004927, a través del cual, se aprueba el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017 y el Modelo de Atención en Salud Mental (MSP 2014).

Como antecedentes a la formulación del plan, se detalla la histórica fragmentación del sistema de salud ecuatoriano, la focalización de la atención psiquiátrica en las instituciones públicas y la ausencia de talento humano especializado para los servicios de salud mental (MSP 2014).

El Plan Estratégico de Salud Mental reconoce que los factores de riesgo para la aparición de un trastorno de salud mental no es una problemática individual, sino que, debido a la inequidad e injusticia social, a las características sociodemográficas, económicas y culturales, la probabilidad del desarrollo de problemáticas asociadas a la salud mental en la población incrementa su vulnerabilidad (MSP 2014b).

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 fue desarrollado por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y garantiza la promoción de la salud mental, prevención de riesgos psicosociales y trastornos mentales, al igual que busca facilitar el acceso a la atención de problemáticas en salud mental y el uso y consumo de alcohol y otras drogas (MSP 2014c). Además, busca mejorar la calidad de vida e impulsar el empoderamiento en la población, y garantizar la provisión de servicios por medio de profesionales con competencias y habilidades necesarias para disminuir la brecha existente en salud mental.

Dentro de las líneas estratégicas del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (2014) se encuentran:

1. Implementación de un enfoque de promoción y prevención de salud mental que aborde los determinantes sociales de la salud que inciden en la salud mental
2. Fortalecimiento de los servicios de salud mental, focalizados en la atención primaria en salud y orientados hacia la desinstitucionalización
3. Impulsar acciones hacia el abordaje de personas que usan o consumen sustancias, e implementar programas de reducción de riesgos y daños.
4. Fortalecer el diseño, formulación e implementación de un cuerpo legal, normativa y lineamientos para la salud mental
5. Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental con enfoque en Salud Mental Comunitaria⁴ (MSP 2014c, 46-52).

El Modelo de Atención de Salud Mental, surge en el marco del MAIS-FCI y busca la implementación del componente de salud mental en la atención primaria en salud, participación social y descentralización (MSP 2018).

Dentro de los objetivos estratégicos se encuentra la reorientación de los servicios de salud mental, implementación de red de servicios de salud mental, prestación de servicios en el primer nivel de atención, garantía de la atención en segundo nivel y organización de servicios de salud mental en el tercer nivel (MSP 2018).

El modelo de Atención en Salud Mental presenta 2 componentes esenciales para la implementación de servicios en salud mental, descritos a continuación:

Tabla 2.1. Componentes del Modelo de Atención en Salud Mental

Modelo de Atención de Salud Mental

⁴ La creación de servicios comunitarios formales de salud mental evita las hospitalizaciones innecesarias; además de garantizar la rehabilitación de usuarios dados de alta de servicios especializados; así como su reinserción en la comunidad a través del enlace con los servicios de primer nivel. Suelen estar dotados de profesionales capacitados y especializados en una amplia gama de prestaciones clínicas (MSP 2014b, 42)

Componentes	Descripción de acciones
Promoción de la Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción salud mental en la población - Prevención de problemas mentales - Trabajo intersectorial - Participación Ciudadana - Formación al personal de salud
Provisión de Servicios de Salud Mental	<p>Comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidades de acogida para personas con trastornos mentales graves (UA-TMG) <p>Primer Nivel de Atención (Acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros de Salud - Centro Ambulatorio para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CATAD) - Centros de Atención Psicosocial (CAPS) <p>Segundo Nivel de Atención (Acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Salud Mental Hospitalaria <p>Tercer Nivel de Atención (Acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitales Especializados y de Especialidades <p>Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)</p>

Elaborado por el autor en base al Modelo de Atención en Salud Mental (MSP 2014b).

Al respecto, Camas Baena (2018) considera que durante los últimos años se han emitido políticas públicas en torno a la salud mental en el país. No obstante, persiste una baja asignación presupuestaria y ausencia de profesionales capacitados en salud mental. Asimismo, la ausencia de legislación, lineamientos o normativas dificulta la implementación de acciones que reduzcan las brechas en torno a la salud mental.

En el año 2022 el MSP emite el Informe Técnico de Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2014-2017. En el ámbito de política y legislación en salud mental el informe detalla que el presupuesto asignado es inferior al de los países de la región. El plan de salud mental no ha sido parte de un proceso de evaluación a pesar que mantuvo su vigencia hasta el año 2022; al igual que, no cuenta con una instancia que garantice el cumplimiento de los derechos de los pacientes (MSP 2022).

En el ámbito de servicios de salud mental se detalla que la autoridad sanitaria nacional no cuenta con estructura institucional y presupuestaria para los servicios de salud mental. Los servicios en salud mental son ambulatorios básicos, ambulatorios intensivos, unidades de salud mental hospitalaria, centros especializados para el tratamiento de adicciones y un Hospital Especializado en Salud Mental (MSP 2022).

En el ámbito de recursos humanos en salud mental se detalla que existen brechas entre los profesionales de salud mental y escasa participación de los usuarios en los servicios; y en el ámbito de investigación se detalla que no existe un sistema de registro y análisis de información concerniente a salud mental; al igual que, no existe evidencia de la inclusión de resultados de investigaciones en salud mental en la formulación e implementación de políticas públicas (MSP 2022).

Teniendo en cuenta la dificultad del sistema de salud por establecer las políticas de salud mental como un eje prioritario durante las últimas décadas, es menester mencionar que durante la última década se han emitido documentos normativos y política pública en torno a la salud mental orientadas a reducción de brechas en acceso a servicios e inequidades, al igual que colocar a la salud mental dentro de la narrativa de la Autoridad Sanitaria Nacional. No obstante, se han evidenciado dificultades para la actualización o reformulación de las políticas públicas que abordan la Salud Mental, las cuales dependen de una multiplicidad de factores que deberán ser elaborados durante los siguientes años.

Capítulo 3. Implementación de políticas públicas interculturales en servicios de salud mental del Hospital Especializado Julio Endara

Durante este capítulo se realizará un análisis sobre la implementación de políticas públicas interculturales en los servicios de salud mental. En un primer momento se realizará la descripción del Sistema Nacional de Salud, haciendo énfasis en la tipología de Hospital Especializado en Salud Mental.

Posteriormente, se realizará el análisis de contenido y presentación de resultados en base a los datos obtenidos durante la revisión bibliográfica y de normativa sobre el enfoque de interculturalidad en salud y políticas públicas en salud mental; al igual que, la información levantada durante las entrevistas realizadas a profesionales de salud que han trabajado en el Hospital Especializado Julio Endara durante el periodo 2012 – 2022.

La información será correlacionada y articulada con las perspectivas de los profesionales de salud que fueron parte de la investigación. Los resultados serán presentados en base a las categorías delimitadas a través del uso del software Atlas.ti:

- Políticas públicas en salud
- Modelo de gestión
- Interculturalidad

3.1. Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención con la finalidad de organizar los servicios de salud y dar respuesta integral a las problemáticas de salud presentes en la población. Asimismo, tiene el objetivo de garantizar la articulación entre la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria (MSP 2018).

El Acuerdo No. 00030-2020 equivale al Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, el cual es de cumplimiento obligatorio para todos los establecimientos de salud (MSP 2020).

En el Sistema Nacional de Salud existen tres niveles de atención, establecimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico, establecimientos de salud en el trabajo y establecimientos móviles de salud, que se organizan en base a prestaciones o subprestaciones, grados de complejidad, cartera de servicios y capacidad resolutive (MSP 2020). Los establecimientos de salud son ambientes compuestos por servicios que cuentan con el talento humano, infraestructura y equipamiento para brindar atención en salud en base a su tipología (MSP 2020).

El primer nivel de atención equivale a establecimientos que realicen la prestación de servicios de salud de manera ambulatoria. Estos establecimientos deben tener contacto directo con la comunidad y resolver las necesidades básicas en salud. La cartera de servicios dependerá de su tipología; al igual que, los profesionales en salud (MSP 2020).

El segundo nivel de atención equivale a establecimientos que realicen la prestación de servicios de salud de especialidad de manera ambulatoria, internación u hospitalización. En este nivel la definición de la tipología de los establecimientos será en base a modalidad ambulatoria o modalidad con internación/hospitalización. La responsabilidad técnica de los establecimientos estará a cargo de un profesional de la salud con título de cuarto nivel en una de las especialidades clínico-quirúrgicas de la salud reconocidas por las Autoridad Sanitaria Nacional (MSP 2020).

El tercer nivel de atención equivale a establecimientos que realicen la prestación de servicios de salud de especialidad y subespecialidad de manera ambulatoria o con internación u hospitalización. Estos establecimientos cuentan con equipamiento, infraestructura y talento humano especializado y reconocido por la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP 2020).

Los tres niveles de atención incluyen prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos (MSP 2020).

Los establecimientos de servicios de apoyo complementan la atención en salud y son transversales a los niveles de atención; mientras que, los establecimientos de salud en el trabajo se encargan del manejo de sistemas de gestión en salud en el ámbito laboral (MSP 2020).

El Hospital Especializado Julio Endara es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud correspondiente al tercer nivel de atención, bajo la tipología de Hospital Especializado.

Establecimiento que brinda atención de salud especializada en una patología, un grupo de patologías relacionadas a una especialidad y sus subespecialidades, o un conjunto de patologías que afectan a un grupo etario definido. Obligatoriamente es de alta complejidad respecto de la infraestructura, equipamiento y del talento humano (MSP 2020, 13).

Según el Modelo de Atención en Salud Mental (MSP 2014b) el hospital especializado en salud mental debe cubrir la demanda, cuando en niveles de menor complejidad no se ha podido solventar la problemática. Además, se detalla que, en el tercer nivel, bajo esta tipología, los servicios de salud estarán direccionados hacia la compensación de las crisis

agudas, con posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo, evitando la cronificación de pacientes con patologías psiquiátricas. Una vez que los pacientes se han estabilizados deben ser referidos o contra referidos a niveles de atención de menor complejidad (MSP 2014b).

El Hospital deberá implementar alternativas de desinstitucionalización y estrategias de reinserción familiar y social. Si el paciente no dispone de un grupo familiar que acompañe su proceso de reinserción deberá articularse con las residencias terapéuticas. Durante la estancia del paciente, el establecimiento deber ofrecer alternativas terapéuticas además del tratamiento farmacológico (MSP 2014b)

Según el informe de rendición de cuentas del Hospital Especializado Julio Endara, en el año 2023, se realizó un total de 28036 atenciones en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización bajo las especialidades de Psiquiatría, Medicina Interna, Psicología, Odontología y Residencia Médica (HEJE 2024).

3.2 Políticas públicas en salud

En el Ecuador el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es la política que organiza al Sistema Nacional de Salud para dar respuesta a las problemáticas en salud de la población a través de los distintos niveles de atención (MSP 2018).

El MAIS-FCI brinda conocimientos sobre el funcionamiento del sistema nacional de salud, orientado a la implementación de servicios de salud integrales que favorezcan en la calidad de vida de la población (MSP 2018).

La integralidad surge como vehículo para la garantía de derechos en salud y como principio fundamental para el MAIS-FCI, el cual pretende verse reflejado en la atención individual y familiar, en el nivel territorial, en los servicios de atención, acciones intersectoriales, gestión institucional y participación ciudadana (MSP 2018).

Para el/la profesional de salud E2, la integralidad se evidencia en la articulación entre los diferentes niveles de atención.

[...] en nuestro caso un servicio especializado en salud mental, articularse con un centro de salud, articularse con trabajo social de otro hospital, el brindar una atención con eficacia, con eficiencia, que logre llegar a las diferentes poblaciones, que no sea selectiva, que esté al

alcance independiente de la ubicación geográfica, prácticamente como poder que la persona tenga acceso (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

Dentro de las estrategias y herramientas para brindar prestaciones integrales de salud se encuentra la ficha familiar, la cual permite medir las condiciones de vida y determinantes sociales de la salud; al igual que, la visita domiciliaria, en la cual el profesional debe dotar un lugar a los aspectos biomédicos y psicosociales; emitir un plan de intervención e identificar los recursos sanitarios y sociales (MSP 2018).

Al respecto, el entrevistado/a 6 explicó que “el abordaje integral ha generado complicaciones en su implementación (...) han existido dificultades para integrar a las familias y comunidad dentro del plan de intervención” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024). Asimismo, detalla que: “El abordaje todavía resulta limitado y se realiza en sentido individual. Todavía la participación de las familias y de la comunidad, como nombra el modelo, y en salud mental, es como muy distante. Todavía no se ha logrado conciliar eso” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024).

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud está organizado por niveles de atención para dar respuesta a los problemas de la población. Los establecimientos de salud correspondientes a los niveles de atención, buscan garantizar el acceso a servicios de salud y articular la Red Integral de Salud y la Red Complementaria (MSP 2018).

El funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria está orientado hacia la garantía del acceso a servicios de salud a través de redes y micro redes territoriales (MSP 2018). Al respecto el/la entrevistado 2 detalla que los usuarios de los servicios de salud pueden recibir atención independientemente de su ubicación geográfica (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

[...] ellos también ven lo más adecuado para ellos y buscan un lugar más cercano, porque la atención está en todos los lados. La atención igual la van a encontrar en salud mental, en un lugar más cercano, donde van a tener de pronto en el centro de salud psicología, en un hospital más cercano donde van a tener la atención de psiquiatría y ya en casos particulares tendrán que venir acá (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

El Hospital Especializado Julio Endara brinda atenciones a patologías relacionadas con su especialidad, presta servicios de forma ambulatoria, hospitalización o internamiento (MSP 2020). En este sentido, el establecimiento debe articular la continuidad de la atención e integración a los distintos niveles de complejidad por medio de referencia o contrarreferencia

(MSP 2018). Han existido dificultades en la articulación con las redes territoriales por una escasa institucionalidad de la salud mental.

[...] me parece que hay un montón de divorcios entre los diferentes, ciertos niveles de atención, es decir, entre lo especializado, entre lo que es el segundo, el tercer nivel y el primer nivel, en cierta atención, y eso me parece que se da ¿por qué?, se da porque justamente no hay institucionalidad, porque no hay un programa estructurado de salud mental (entrevista 3, Quito, mayo de 2023).

En cuanto a gestión y desarrollo de Talento Humano, el MAIS-FCI detalla que el equipo de salud es el eje principal para el sistema nacional de salud, por lo que el personal es parte de un proceso de capacitación y fortalecimiento de conocimientos. Sobre la dotación de talento humano se detalla que se realizará de acuerdo a las necesidades y planes de contratación (MSP 2018).

Al respecto, profesionales de salud consideran que la cantidad de profesionales en los servicios de salud mental no cubren la demanda del establecimiento. El/la entrevistado 2 detalla “creo que hay mucho por hacer, tal vez más profesionales es lo que definitivamente hace falta para poder cubrir las necesidades que son muchas en la población.” (entrevista 2, Quito, mayo de 2023). Mientras que en la entrevista 4 se detalla:

El psicólogo tiene mucha responsabilidad, como debe ser, y está muy bien que lo sea, pero somos muy pocos para tanto. Entonces, siento que puede ser inhumano con el paciente y con el personal, de ambos lados ciertas cosas son muy duras, porque el paciente necesita mucha atención, el personal no se alcanza con 20, con 20 personas que tienen intentos suicidas, o sea, trabajar en un día, entonces es duro (entrevista 4, Quito, mayo de 2023).

Por otro lado, el/la entrevistado 5 considera que, aunque el Modelo de Atención Integral en Salud tiene componente familiar y comunitario, existen complicaciones para implementarlo en su totalidad en un Hospital Especializado en Salud Mental ya que no especifica acciones para la población institucionalizada.

[...] el modelo tiene un enfoque comunitario y tiene muchos elementos de participación de las personas para la generación de procesos de salud. Sin embargo, no nos pareció algo muy aplicable para el hospital en sí. Quizás sí para el ofrecimiento de servicios del hospital a la comunidad general, de la población general, pero no a las personas que vivían allá (entrevista 5, Quito, febrero 2024).

Uno de los componentes principales del MAIS-FCI es la integralidad en la atención, al respecto los entrevistados consideran que las acciones ejecutadas desde la Autoridad Sanitaria Nacional permiten que los pacientes puedan articular su atención con los distintos niveles de atención, a pesar de que, puedan presentar dificultades inherentes al funcionamiento de la red pública.

No obstante, se identifica dificultades para garantizar la integralidad y aplicación del modelo más allá del tratamiento individual, en la integración del componente familiar y comunitario; al igual que por la ausencia de talento humano que logre responder a la demanda del establecimiento. Asimismo, se evidencia que el personal no dispone de un amplio conocimiento sobre el Modelo de Atención Integral en Salud.

3.3 Modelo de Salud Mental

El MAIS-FCI (2018) promueve la integración de la Salud Mental en la Red Pública Integral de Salud y busca la superación de modelos curativos y biológicos por los que han estado atravesados los servicios de salud mental en el país (MSP 2018).

En el marco de la implementación del MAIS-FCI se desarrolló el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 y el Modelo de Atención de Salud Mental (2014), instrumentos de aplicación nacional en el Sistema Nacional de Salud. Estos documentos se enfocan en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación (MSP 2018).

Dentro del análisis situacional, el documento detalla que la mayor cantidad de asignación presupuestaria a salud mental ha estado orientada a los hospitales psiquiátricos, lo que favorece la mantención del modelo hospitalocéntrico. De igual forma, detalla que en la formación de los profesionales de salud mental se prioriza el enfoque biomédico y hospitalario, dejando de lado el abordaje comunitario (MSP 2014b).

El lineamiento Estratégico 2 del Plan Estratégico de Salud Mental, busca fortalecer los servicios de salud mental haciendo énfasis en la atención primaria y la desinstitucionalización de pacientes (MSP 2014b). Sobre los hospitales psiquiátricos insta al desarrollo de procesos de gestión que garanticen que el proceso de internación no sea extendido (MSP 2014b).

Al respecto en los entrevistados se evidencia una sintonía en la percepción sobre un cambio de paradigma en la atención e internación de los pacientes, según la entrevista 1: “el cambio de modelo busca que haya un formato que está en la política de salud mental, en la política nacional, que es que todos los pacientes tengan un tratamiento personalizado” (entrevista 1, Quito, mayo de 2023). Mientras que, para la entrevista 2: “modelo de evitar una estancia

prolongada innecesaria y a veces contraproducente para el paciente, porque en lugar de mejorar podría haber una disminución en habilidades que tenía” (entrevista 2, Quito, mayo de 2023). De igual forma, el documento fomenta la instauración de una red de Salud Mental que favorezca el acceso y continuidad de la atención en los distintos niveles, a través de mecanismos de coordinación, referencia y contra referencia.

Al igual que, establecer una red de servicios de salud mental con enfoque en Atención Primaria en Salud (MSP 2014b). Según el entrevistado 3, “no hay rectoría, no hay institucionalidad, no hay este programa así estructurado, pensando a mediano y largo plazo, no hay situación económica” (entrevista 3, Quito, mayo de 2023). Según el entrevistado 6 detalla que, no se ha podido consolidar la red de salud mental por diversas complicaciones a nivel institucional y de gestión: “Todavía yo podría decir que la red de salud mental todavía no ha logrado conformarse de una manera ideal. Todavía es algo que se está construyendo, pero una red como tal fuerte, es un proceso que va a tomar mucho más tiempo...” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024).

Entre los principales objetivos del Modelo de Atención de Salud Mental (2014) se encuentran la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud, garantizar la atención en primer nivel, promover la continuidad de la atención en segundo nivel y tener capacidad resolutive de los problemas de salud mental en tercer nivel (MSP 2014b).

El Hospital Especializado Julio Endara al ser una institución de tercer nivel debe tener la capacidad resolutive para dar respuesta a los problemas en salud mental que no han podido ser resueltos en los otros niveles. Asimismo, debe prestar atención a personas con cuadros agudos de la enfermedad, implementar estrategias de reinserción familiar, alternativas de desinstitucionalización y modelos de intervención que no se centren únicamente en el tratamiento farmacológico (MSP 2014b).

El proceso de transición de un modelo asilar, hospitalocéntrico a un modelo comunitario ha generado diversas complicaciones en los profesionales de salud, al encontrar resistencias por las acciones propuestas en distintas administraciones;

[...] entonces claro, eso es trabajar en salud mental comunitaria, pero esto no agrada demasiado, se ve como una amenaza a las formaciones que habían recibido. Entonces todas esas políticas de inclusión, todas esas políticas de alternativas a los tratamientos y a la manicomialización y a la institucionalización, se ven como una amenaza (entrevista 1, Quito, mayo de 2023).

Debido a la lógica institucional, en muchas ocasiones, los profesionales de salud desconocen o presentan resistencias hacia los documentos normativos y lineamientos que se han emitido sobre salud mental desde la implementación del MAIS-FCI. Según el Entrevistado 1: “la mayoría de los profesionales de la comunidad no conocen de la política de salud mental y si la conocen la desconocen, buscan desconocerla, en sus esquemas manicomiales y en sus esquemas institucionales tradicionales” (entrevista 1, Quito, mayo de 2023). En la entrevista 5 se hace referencia la dificultad por implementar el modelo de atención en salud mental en el hospital

[...] creo que no es responsabilidad completa, ni mucho menos los clínicos, sino es justamente la forma en cómo está estructurada el modelo de atención en salud mental, de hecho. El modelo de salud mental creo que tenía un enfoque comunitario, pero nunca se implementó, me parece que nunca se implementó a nivel nacional al 100% y mucho menos en los hospitales psiquiátricos, como es el caso de Julio Endara (entrevista 5, Quito, febrero de 2024).

Asimismo, se denota la ausencia de espacios de convergencia y construcción de saberes para el desarrollo de mecanismos que favorezcan la implementación y seguimiento de las políticas emitidas en torno a salud mental. El entrevistado 3 detalla: “...realmente no hay un espacio de debate, de discusión donde se pueda discutir y aprender, más que nada, porque esto es a la larga un aprendizaje permanente” (entrevista 3, Quito, mayo de 2023)

En relación con la implementación del Modelo de Atención en Salud Mental en la institución, se deduce que, aunque se ha producido un cambio de paradigma en la atención e internación de pacientes, todavía hay mucho que recorrer para lograr la superación de modelos biologicistas en salud mental y promover la desinstitucionalización. Asimismo, el proceso de transición de un modelo asilar hacia un modelo comunitario ha estado atravesado por complicaciones de índole institucional, profesional o incluso individual, y ausencia de espacios de discusión institucional, que han permeado la implementación del modelo.

3.4 Modelo de Gestión

Para una adecuada presentación de resultados e inferencias sobre la categoría Modelo de Gestión, se identificó la necesidad de introducir subcategorías que faciliten el análisis de la información obtenida. Las subcategorías son tratamiento individualizado, trabajo social y talento humano.

El componente de gestión está orientado a la consecución de objetivos o logros planteados en el MAIS-FCI a través de organización y provisión de servicios de salud (MSP 2018). Según el

Modelo de Salud Mental, se debe promover el proceso de desinstitucionalización de pacientes al reducir el internamiento prolongado, articularse con la red de servicios del sistema nacional de salud y promover la integración a servicios adaptados a sus necesidades en el ambiente familiar y comunitario (MSP 2014b).

Para el Entrevistado 1 y 5, la modificación del modelo de gestión del hospital orientado hacia la desinstitucionalización ha motivado a la construcción de alternativas al modelo manicomial y asilar que ha permanecido a través del tiempo.

[...] la modificación del modelo de gestión del hospital hacia la desinstitucionalización y crear un modelo de hospital que no sea manicomial, sino que tenga servicios inclusivos y que permita también no tener como única respuesta la farmacologización de los pacientes y solamente que se queden los pacientes en el hospital tal como se ofrece un asilo, que ha sido como su modelo tradicional, sino también empezar a construir un modelo y empezar a construir las alternativas para que haya diversificación de servicios y también alternativas a la institucionalización (entrevista 1, Quito, mayo de 2023).

[...] lo que se trató de hacer en ese momento fue transformar al hospital y darle esta carga de institucionalización. Entonces, se había planteado, me parece que fue a finales del 2018, un plan de transformación del hospital, en el que se planteaba a corto plazo reivindicar el tema de, o más bien, brindar dignidad a las personas que estaban institucionalizadas (entrevista 5, Quito, febrero de 2023).

En cuanto a la articulación con la red de servicios del sistema nacional de salud, en la entrevista 2 se detalla que durante los últimos años se ha evidenciado un cambio en la gestión de los servicios y se ha fortalecido la articulación con los otros niveles de atención.

Sí se han presentado cambios de lo que yo vine acá en el 2014 hasta ahora que estamos en el 2023. Eh básicamente creo que uno de los cambios es el poder brindar la atención a los pacientes no solamente dentro del hospital sino también el poder contar con los servicios fuera del hospital. Nosotros usualmente nos apoyamos tanto en el primer nivel de atención para continuidad, en el seguimiento de psicología, en el apoyo para visitas domiciliarias y en el segundo nivel de atención en hospitales de especialidades para cuando requerimos valoraciones de pacientes nuestros iguales (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

Se puede evidenciar que la formulación e implementación de política pública en salud mental ha abierto canales de discusión orientados al cambio de paradigma en cuanto a la reorientación de modelos de gestión imperantes de establecimientos de salud mental y a la interrelación con el Sistema Nacional de Salud.

3.4.1 Tratamiento individualizado

El Plan Estratégico de Salud Mental (2014) considera que reorientar los servicios no radica únicamente en la atención; sino más bien, un proceso integral que va desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación (MSP 2014b). En referencia a los servicios de atención se detalla:

La describiría como una atención integral, donde intervenimos todo el equipo multidisciplinario del hospital, médicos, residentes, enfermería, auxiliares de enfermería que son quienes están en más contacto con los pacientes, psiquiatras, psicólogos, trabajo social, entonces todos somos terapia ocupacional (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

A pesar que, en la normativa se inste a generar planes de tratamiento individualizados en base a las necesidades de los pacientes (MSP 2014b); al igual que inclusión y participación de los familiares en el tratamiento (MSP 2014c). Los entrevistados coinciden que no se ha podido institucionalizar este tipo de intervención por diversos factores que generan resistencia al proceso de cambio de modelo de gestión.

Le doy por ejemplo eso, el plan individualizado de tratamiento que le mencioné antes estaba escrito en la política del 2014, pero nunca nadie la topó, nunca nadie hizo el diseño del plan individualizado de tratamiento. Y el plan individualizado de tratamiento no solamente puede ser un instrumento legal porque puede sumarse a la historia clínica, que protege a los profesionales, sino que garantiza también que los usuarios puedan conocer sobre sus tratamientos y tomar decisiones sobre ellos e incluso decir que no están de acuerdo (entrevista 1, Quito, mayo de 2023).

[...] justamente la falta de individualidad al momento de trabajar, los planes individualizados que se refieren a qué exactamente necesita esta persona que ha presentado tal problema de salud, y con respecto a lo que quiere esta persona, a quién es esta persona, como tú dices, como yo digo, mejor dicho, como hay tan pocos profesionales, tantos casos, tanta demanda, es más difícil, claro que sí (entrevista 4, Quito, mayo de 2023).

El entrevistado 6 infiere que en el hospital el modelo biomédico mantiene su vigencia y jerarquía frente a las alternativas planteadas, lo que no permite generar planes de intervención orientados a una comprensión de la enfermedad, en bases las necesidades del paciente: “la normativa ahí es más pensada en lo biomédico y no estás pensando en estas necesidades individuales. Entonces, ahí sin duda el hospital generó protocolos, generó estrategias para que se limita a esto” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024).

El análisis de contenido permite vislumbrar que, aunque en los documentos normativos en salud mental emitidos desde la Autoridad Sanitaria Nacional se orienten hacia la construcción de planes individualizados que tomen en cuenta los diversos factores que tienen relación con la problemática de los pacientes, para erigirse hacia una posible estabilización y no cronificación de la enfermedad. Dentro del establecimiento de salud la realidad es distinta a lo descrito ya que a pesar de que se aborde a través de un enfoque integral, todavía existen discrepancias a nivel técnico o teórico y factores institucionales que dificultan la implementación de un tratamiento individualizado para los pacientes que acuden a dicho establecimiento de salud.

3.4.2 Trabajo social

En el MAIS-FCI (2018), Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (2014) y Modelo de Atención en Salud Mental (2014) no se hace referencia al rol del trabajo social en la implementación de las acciones propuestas. No obstante, los entrevistados coinciden que la intervención del equipo de trabajo social aporta significativamente en el proceso de seguimiento e integración familiar y comunitario.

Para la entrevista 6, el área de trabajo social no ha sido ampliamente reconocida a pesar de los aportes que realiza para el acercamiento comunitario y cumplimiento de objetivos institucionales. “El trabajo social (...) no ha logrado ganar un espacio, por ejemplo, en este abordaje integral” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024). Asimismo, para la entrevista 1 el área de trabajo social no cuenta con el suficiente talento humano para responder a la demanda. “El hospital también cuenta solamente con tres trabajadoras sociales, entonces es súper difícil que tres trabajadoras sociales se hagan cargo de un hospital de referencia nacional” (entrevista 1, Quito, mayo de 2023).

Además del seguimiento continuo, el equipo de trabajo social ejerce un rol crucial en las brigadas móviles e integración familiar.

[...] cuando son pacientes de alguna manera complicados, con muchos reingresos, el seguir al paciente a través de la brigada es como que un elemento importante que se ha ido alimentando desde hace años atrás y que sí ha tenido un buen efecto en mejorar la adherencia terapéutica, evitar un poco tantos reingresos de pacientes, entonces brindamos una atención creo que multidisciplinar e integral (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

3.4.3 Talento Humano

Una de las limitantes para la operativización e institucionalización de modelos de gestión acorde a los lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, para el cumplimiento del MAIS-FCI, está relacionada con la alta rotación de personal a cargo de las funciones directivas durante los últimos años. La constante rotación ha devenido en cambios repentinos en el modelo de gestión y enfoque de atención.

[...] hay mucha inestabilidad en torno a quién está gerenciando o direccionando los servicios de salud. También desde mi percepción eso pasa en este hospital, hay mucha variación de jefes y de personas que vienen con un modelo, vienen con nuevas ideas, pero si cambian rápido entonces se empieza a implementar algo, que es el modelo de gestión que trae cada uno y se termina a los pocos meses, a los 5 o 6 meses, entonces volvemos a cero, volvemos atrás, volvemos a estar en nada, viendo a otra persona, digamos no valida el trabajo de la anterior jefatura, gerencia, dirección asistencial y lo desarma (entrevista 4, Quito, mayo de 2023).

En otro comentario, al respecto se afirma: “no hay una propuesta en general para la salud mental y para esta institución, si yo defino propuesta general para esta institución, puede venir cualquier gerente, cualquier director médico y simplemente tiene que darle continuidad a la propuesta” (entrevista 3, Quito, mayo de 2023).

A través del análisis de la categoría de modelo de gestión se identificó que está orientado hacia el cumplimiento de objetivos que promuevan la organización y provisión de servicios de salud mental. Uno de los principales objetivos delimitados desde la Autoridad Sanitaria Nacional y los profesionales de salud recae en la transición hacia un modelo que busca la construcción e implementación de alternativas al modelo manicomial que legitimaba los procesos de internamiento prolongado.

No obstante, han existido limitaciones para alcanzar dicha transformación del hospital. Dentro de las limitantes se encuentra la dificultad por implementación de planes de tratamiento individualizado, en los que el tratamiento farmacológico sea una parte y no el todo.

Asimismo, una debilidad recae en la falta de talento humano del área de trabajo social lo cual permitiría la realización de un seguimiento efectivo e integración familiar y comunitaria de los usuarios.

La principal dificultad delimitada por los entrevistados frente a la implementación del modelo de gestión recae en la rotación de funcionarios directivos y la ausencia de institucionalidad

que permita mantener líneas de acción determinadas, más allá de la percepción de la persona que ocupe el cargo directivo.

3.5 Políticas Públicas Interculturales desde una perspectiva multicultural

Teniendo en cuenta que, tras la revisión bibliográfica y de normativa no se ha podido delimitar procesos de formulación, diseño o implementación de políticas públicas interculturales dirigidas a servicios de salud mental, el análisis se realizará en función de la implementación del enfoque intercultural en salud y en base a las políticas interculturales en salud que se han implementado en el establecimiento.

Según el MAIS-FCI (2018) la incorporación del enfoque de interculturalidad en el modelo de atención fomenta una relación horizontal que respeta la diversidad entre la población, atravesada por un diálogo entre los usuarios, instituciones y profesionales del sistema nacional de salud. El modelo de atención en salud mental detalla que los servicios hacia las personas afectadas por un trastorno mental deben tener un enfoque familiar comunitario e intercultural (MSP 2018).

Para los entrevistados el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud favorece el relacionamiento entre los usuarios y prestadores de servicios al dotar un lugar a la historia de vida, creencias de los pacientes y la validación de su individualidad “tener la apertura de escucha y de tomar en cuenta los diversos tratamientos más allá del médico, entender la cosmovisión que tenga esa persona” (entrevista 5, Quito, mayo de 2023). Según la entrevista 2 la interculturalidad implica reconocer que “en cada grupo cultural hay una historia particular, hay creencias particulares, hay carencias, hay historias que son muy propias de cada grupo, y es importante conocerlas para poder incluso acercarnos más hacia la persona, hacia el paciente” (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

No obstante, a pesar que el enfoque de interculturalidad sea primordial en el MAIS-FCI, los entrevistados consideran que su implementación ha estado centrada en acciones de capacitación institucional y no en el desarrollo de espacios que favorezcan la convergencia de saberes para incidir en el malestar que aqueja a los usuarios del hospital “no hemos escuchado una discusión y un debate profundo desde que yo por lo menos estoy trabajando aquí cuatro años, no hemos hecho una discusión profunda con respecto a eso” (entrevista 3, Quito, mayo de 2023). Para el/la entrevistado 5 la interculturalidad va mas allá del tema étnico: “pienso que es la relación entre diferentes culturas, entendiendo la cultura más allá de la etnia, quizá

una relación de convivencia social entre diferentes culturas, diferentes prácticas, saberes, creencias, etc. que conforman diferentes grupos poblacionales” (entrevista 5, Quito, febrero de 2024).

Asimismo, aunque en la normativa vigente el énfasis en el enfoque de interculturalidad se repita constantemente, todavía persiste una hegemonía del saber biomédico predominante sobre el malestar de los individuos y sus alternativas de tratamiento, dejando de lado la conjunción entre el componente cultural e individual como vía para la comprensión de la enfermedad. El entrevistado 6 considera: “...la interculturalidad es un punto de atención, es un ejercicio de atención donde hay una cultura, hay que reconocer que hay una cultura dominante, una cultura dominante sanitaria que está subordinando a las otras” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024). De igual manera el entrevistado 4 considera:

[...] el médico o el psicólogo viene a ser el sujeto supuesto a saber, genera que hay algún tipo de sentimiento, que yo no lo puedo describir ahorita, de anteponer mis creencias, mis pensamientos, y como yo percibo el mundo, como tú percibes porque soy el sujeto supuesto a saber, no es cierto, yo tengo razón, eso hace que tanto la interculturalidad como muchos otros tipos de cosas, se vaya des validando la individualidad de la persona (entrevista 4, Quito, mayo de 2023).

Se puede vislumbrar que, el personal de salud denota interés por generar servicios de salud con mayor competencia cultural que dote un lugar a la historia de vida, procesos sociales y culturales para el proceso de tratamiento de la enfermedad. Empero se infiere que el saber biomédico legitimada el paradigma hegemonía-subalternidad en la atención en salud.

3.5.1 Políticas interculturales

El Modelo de Atención Integral en Salud al referirse a acciones a implementar desde el enfoque de interculturalidad centra sus esfuerzos en la adecuación cultural de los servicios de atención a mujeres embarazadas y el reconocimiento de la medicina indígena-tradicional (MSP 2018). Al respecto el Entrevistado 6 considera que el enfoque de interculturalidad ha recaído únicamente en la diferenciación de acciones o prestación de servicios tomando en consideración la etnia de la población.

[...] se lo plantea como, de manera un poco romántica, como un diálogo de culturas sanitarias. Entonces, la cultura sanitaria, ya, vigente, te dice, ah, ok, tú eres de otra... tú tienes otra cosmovisión, eres de un pueblo, una nacionalidad, bienvenido, y bueno, te traen un acuerdo, ¿no? Porque desde hace 15 años, tal vez un poco más, se viene hablando de los dones de

sabiduría, se viene hablando de las parteras, pero todavía no se ha reflejado la atención que significa la interculturalidad (entrevista 6, Quito, marzo de 2024).

La referencia sobre interculturalidad en el Plan Estratégico de Salud Mental (2014) y el Modelo de Atención en Salud Mental (2014) recae al nivel nominal, por lo que no se evidencian acciones o estrategias para la implementación del enfoque. El Plan Estratégico de Salud Mental detalla que existe una ficha familiar con enfoque intercultural, pero no dispone de registro de acciones en salud mental (MSP 2014c). Al respecto, los entrevistados detallan la relevancia de la inclusión de un enfoque intercultural en los servicios de salud mental.

Quizás habría que hacer un esfuerzo importante por implementar estos temas de interculturalidad, pensando sobre todo en las personas con discapacidad mental. Supongo que es posible en la medida en que uno pueda conocer la historia de cada una de esas personas, que no siempre está disponible. (entrevista 5, Quito, febrero de 2024).

En otro comentario se expresa: “yo creo que no hay todavía eso. Hay destellos, hay intenciones, pero no hay. Lamentablemente, la interculturalidad no está comprendida como la atención que lo dice” (entrevista 6, Quito, marzo de 2024).

Asimismo, se otorga relevancia a los procesos de capacitación del personal sanitario en el enfoque de interculturalidad, con el fin de fortalecer una atención integral que reconozca los saberes de los diversos grupos culturales (MSP 2018).

Al hablar de interculturalidad, los entrevistados se remiten al curso que deben realizar de manera obligatoria. Sin embargo, consideran que las acciones recaen en el cumplimiento y aprobación del curso por lo que no existen acciones que garanticen o promuevan la implementación del enfoque intercultural en los servicios de atención en salud mental o en los planes de tratamiento. “Entonces, yo digo, sí, posiblemente la política puede ser vamos a hacer un proceso de capacitación y de sensibilización a través de los cursos, pero ni siquiera a eso llegamos. Entonces, lo que posiblemente nos llega es cómo hacemos el registro en nuestros sistemas” (entrevista 3, Quito, mayo de 2023).

Conozco la de interculturalidad porque nos hicieron hacer un curso, me parece que fue de 10 horas, 12 horas, sobre el acuerdo número 082, de interculturalidad, donde ahí nos hablaban de la importancia de reconocer las características de cada persona y principalmente, mejor dicho, cómo se define esa persona, cómo se autoidentifica, escuchar sus creencias, escuchar sus necesidades, escuchar sus preferencias de elección ante un tratamiento médico, por ejemplo, o

ante un tipo de tratamiento psicológico también, la no des validación de creencias, eso, la validación (entrevista 4, Quito, mayo de 2023).

Mas allá de la aprobación del curso sobre interculturalidad, los entrevistados coinciden en la necesidad de fortalecer los procesos de capacitación, sensibilización y diálogo entre los profesionales de salud y las instituciones para cambiar el paradigma en la atención y percibir a los usuarios desde una perspectiva que tome en consideración diversos aspectos de las personas independientemente de su autoidentificación étnica.

Entonces el discurso, por ejemplo, de pacientes que vienen desde una etnia indígena o desde una etnia, desde una comunidad afro, no es tan importante. No es más importante que el diagnóstico. Entonces hay una clínica del diagnóstico, hay un ejercicio del poder sobre el diagnóstico psiquiátrico que fundamenta el poder psiquiátrico, que fundamenta el poder psiquiátrico institucionalizado” (entrevista 1, Quito, mayo de 2023).

Según el Manual de Señalética del Ministerio de Salud Pública (2019) la señalética con traducción al idioma local en los establecimientos de salud se da en base al territorio del establecimiento y al porcentaje de población indígena. Desde esa lógica, la internalización de políticas interculturales de los profesionales de salud está anclado en el imaginario, a la traducción al kichwa (principalmente) de los letreros del hospital. “Creo que una de las primeras cosas que se puede hacer es la sensibilización a los profesionales, pero nada de eso se trabajó. Lo único que había en el hospital era la traducción de los letreros al kichwa” (entrevista 5, Quito, febrero de 2024); mientras que, el entrevistado 2 considera: “dentro de las capacitaciones que a nosotros nos dan como profesionales de la salud, sí hemos recibido talleres, incluso en la identificación de cada uno de los consultorios y en las áreas del hospital están las leyendas en idioma kichwa” (entrevista 2, Quito, mayo de 2023).

Tras el análisis del componente de políticas interculturales, se delimita que los entrevistados coinciden que la implementación de un enfoque intercultural en los servicios de salud mental podría favorecer la comprensión de la enfermedad al otorgar un lugar a su historia, creencias y valorar su individualidad. No obstante, consideran que en la institución no se evidencian espacios de diálogo sobre la interculturalidad; al igual que, todavía predomina un saber hegemónico que orienta los procesos de intervención dejando de lado el componente cultural. Asimismo, se evidencia que el enfoque intercultural recae en la diferenciación de servicios en base a etnia, e implementación de señalética con traducción al kichwa. Se podría inferir que las políticas interculturales implementadas en los servicios de salud mental están relacionadas

al cumplimiento de un curso sobre interculturalidad, mas no hacia una comprensión de la salud mental tomando en consideración la interculturalidad.

Conclusiones

En el país, la lucha histórica del movimiento indígena devino en la instauración de la interculturalidad como parte del discurso político y fundó su estructuración en la Constitución del 2008 al reconocer al Estado Ecuatoriano como Intercultural. No obstante, a pesar que durante varios años los procesos de resistencia se encaminaron hacia la reducción de relaciones asimétricas, inequidades, marginalización, invisibilización y garantía de derechos, con el pasar de los años las políticas públicas implementadas hacia los diferentes sectores de la población no han estado orientadas hacia el fomento de la interrelación horizontal, diálogo y convergencia de saberes tomando en consideración el contexto histórico de los diversos grupos culturales.

A lo largo de los años, se han implementado políticas en salud intercultural en países de América Latina que han estado ancladas a procesos de reforma de los sistemas de salud para la promoción de la adaptación cultural, reducción de brechas e inequidades y despojo del paradigma médico hegemónico. Sin embargo, estas acciones han tenido un carácter multicultural al establecerse como un espacio de conjunción entre la medicina ancestral y occidental dirigidas hacia poblaciones indígenas.

En el Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar-Comunitario e Intercultural surgió como una política orientada a responder a las necesidades en salud de la comunidad tomando a la interculturalidad como un enfoque transversal dirigido hacia todas las políticas de salud. Dentro de las principales líneas de acción para la implementación del enfoque intercultural en salud se encuentra la adaptación cultural de los servicios de salud, reconocimiento de la diversidad, fomento de relaciones horizontales y coordinación entre los sistemas de salud occidentales y ancestrales/tradicionales/alternativos.

La implementación del MAIS-FCI promovió el fortalecimiento del sistema de salud enfocado en el primer nivel de atención. No obstante, se han presentado dificultades para la implementación del modelo desde los componentes propuestos; al igual que la socialización y debate en el sistema nacional de salud.

Desde la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI) las políticas ejecutadas han estado direccionadas hacia la conjunción de la medicina tradicional y occidental; al igual que, el reconocimiento de la cosmovisión de los grupos culturales, haciendo énfasis en procesos de salud sexual y salud reproductiva. Asimismo, se evidencia

que el enfoque de interculturalidad está centrado en acciones dirigidas hacia las poblaciones indígenas-ancestrales y no a generar espacios de intercambio y convergencia de saberes sobre salud mental en los diversos grupos culturales presentes en el país.

Ecuador ha sido un país en el cual la salud mental no ha podido institucionalizarse, ha atravesado diversos momentos que responden a la agenda política de las administraciones de cada época; razón por la cual se puede elucidar que la salud mental todavía está atravesada por estigmas, estereotipos y dificultades institucionales para el desarrollo de políticas públicas.

Desde la implementación del MAIS-FCI y el Plan Estratégico en Salud Mental, han existido propuestas para fortalecer los servicios de salud mental, pero no han podido sostenerse a través del tiempo; razón por la cual muchas acciones o lineamientos estratégicos de estos documentos no se han implementado

El Hospital Especializado Julio Endara al ser el único establecimiento de tercer nivel, en el país, especializado en salud mental, presta servicios de salud mental a pacientes de todo el territorio nacional. En la institución la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud mental ha recaído en la normativa referente a referencia, derivación y contra referencia de pacientes de comunidades lejanas; al igual que, el desarrollo de un curso sobre interculturalidad y la traducción al kichwa de la señalética del establecimiento

Las políticas implementadas desde el enfoque intercultural propuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional recaen en un enfoque culturalista al dejar de lado la percepción de las comunidades sobre el proceso salud-enfermedad y centrarse en manifestaciones idiomáticas, como la traducción de señalética en kichwa. Al igual que, dotar poca o nula relevancia a la percepción de los diversos grupos culturales sobre las problemáticas de salud mental en base a su contexto sociocultural.

Los profesionales de la salud que participaron en la investigación dotan relevancia a servicios de salud mental que den lugar a la historización del malestar de la población teniendo en consideración aspectos económicos, históricos, políticos, familiares, culturales o sociales que permitan una mayor comprensión de sus problemáticas. No obstante, el paradigma hegemónico sostiene, mayoritariamente, la primacía de lo biomédico en el proceso de intervención en salud mental.

Los procesos de sensibilización y capacitación sobre el enfoque intercultural en los profesionales de salud no están anclados a las actividades que los profesionales realizan cotidianamente o a las manifestaciones sintomáticas, por lo que los procesos de atención no fomentan un diálogo intercultural a través del cual las diversas perspectivas pueden encontrar una convergencia que favorezca el tratamiento, comprensión de la sintomatología y estabilización.

Las políticas públicas emitidas en torno al fortalecimiento del enfoque intercultural en salud tienen carácter multicultural. Es decir, hacen hincapié en la implementación de acciones dirigidas hacia grupos culturales específicos, dejando de lado la implementación de espacios de convergencia de saber orientados a la comprensión de las problemáticas de salud mental en la población.

A partir de la declaratoria constitucional del 2008; al igual que la inclusión del enfoque intercultural en el Modelo de Atención Integral de Salud y en el Modelo de Atención en Salud Mental; en el país no se han formulado políticas interculturales en salud mental.

Referencias

- Agudelo-Hernández, Felipe, y Rodrigo Rojas-Andrade. 2023. "Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 52 (1): S174-82. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>.
- Altmann, Philipp. 2017. "La interculturalidad entre concepto político y one size fits all". En *Repensar la Interculturalidad*, editado por Jorge Gómez Rendón, 13-36. Guayaquil: UArtes Ediciones.
- Arteaga, Erika, San Sebastián, Miguel y Amores Alfredo. 2012. "Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador". *Saúde em Debate* 36 (94): 402-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762012>
- Auster, Paul. 2020. *La trilogía de Nueva York*. Barcelona: Seix Barrial.
- Cabral, Ximena, y Mendizábal, Victoria. 2021. "Comunicar la salud desde una perspectiva feminista e intercultural: Algunas aproximaciones a las prácticas y a la creación de contenidos en contextos situados". *RevCom*, (12), e052. <https://doi.org/10.24215/24517836e052>.
- Camas Baena, Victoriano. 2018. "Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador". *Rev Panam Salud Publica* 42: 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>.
- Constitución de la República del Ecuador. 2008. Registro Oficial N.º 449 de 20 de octubre. <https://www.cec-epn.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Constitucion.pdf>
- Cunningham, Mirna. 2002. "Etnia, Cultura y Salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua". Managua: LILACS.
- De Lellis, Martín. 2013. "Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud". *Aletheia* 41, 8-23. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200002
- Del Pino, Sandra, y Gómez, Susana. 2022. "Construyendo salud intercultural en América Latina. Avanzando hacia la equidad". *Revista Electrónica Iberoamericana* 16 (2): 123-44. <https://doi.org/10.20318/reib.2022.7393>.
- Dussel, Enrique. 1994. *1492: el encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad*. La Paz: UMSA.
- Eroza Solana, Enrique, y Carrasco Gómez, Mónica. 2019. "La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia". *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos* 18 (1): 112-28. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>.
- Espinosa, Luz, y Ysunza, Alberto. 2017. "Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud". *Ciencia ergo-sum* 16 (3): 293-301. <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/7091>
- Fernández Juárez, Gerardo, González, Irene, y García Ortiz, Ortiz eds. 2008. *La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala.

- García, Sarahi. 2022. "Entre lo Hospitalocéntrico y lo Comunitario: La Inercia de las Políticas Públicas de Salud Mental en Ecuador (1930 – 2017)" Tesis de maestría, FLACSO ECUADOR.
- Gómez, Jorge. 2017. "Aproximaciones semióticas a la interculturalidad". En *Repensar la Interculturalidad*. editado por Jorge Gómez Rendón, 109-157. Guayaquil: UArtes Ediciones.
- Henaó, Silvia, Quintero, Sebastián, Echeverri Jonathan, Hernández Jonathan, Rivera, Eliana, y López, Stephanie. 2016. "Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 34 (2): 175-183. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
- HEJE (Hospital Especializado Julio Endara), 2024. "Rendición de Cuentas 2023". Facebook, 15 de marzo de 2024. <https://fb.watch/s2LuxBul6W/>.
- Inuca, José. 2017. "Kawsaypura yachay tinkuy. Convergencia y confrontación de saberes "entre culturas". En *Repensar la Interculturalidad*, editado por Jorge Gómez Rendón, 37-71. Guayaquil: UArtes.
- Krainer, Anita. 2019. "Interculturalidad y su aporte para los proyectos de desarrollo". En *Territorio, identidad e interculturalidad*, coordinado por Galo Ramón Valarezo. 25-46. Quito: Abya-Yala.
- Krainer, Anita, y Guerra, Martha. 2016. *Interculturalidad y educación: desafíos docentes*. Quito: FLACSO ECUADOR.
- Larrea, Ana. 2004. "El Movimiento Indígena Ecuatoriano: participación y resistencia" *Observatorio Social de América Latina*. 13: 67-76. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/osal/20110307010944/6ACMaldonado.pdf>
- Llanos, Gabriela. 2023. *Modelo comunitario de Salud Mental: un estudio comparativo entre Ecuador, España e Italia*. Quito: Universidad Internacional SEK.
- Lopera, Juan. 2014. "El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud" *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 32: S11-S20. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19792>.
- Manriquez-Hizaut, Mónica, Lagos-Fernández, Cristián, Rebolledo-Sanhuesa, Jame y Figueroa-Huencho, Verónica. 2018. "Salud intercultural en Chile: desarrollo histórico y desafíos actuales". *Rev. salud pública* 20 (6): 759-63. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625>
- MINSAL (Ministerio de Salud). 2012. "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria". Chile: Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
- Morón, Nozaleda, Muñoz, José, Cebolla, Lorenzo, Fernández, Liria. 2011. "Consenso sobre acreditación de dispositivos de salud mental en competencia intercultural" *Norte de salud mental* 9 (39): 105-16.
- MSP. 1981. "Acuerdo Ministerial 5259".
- . 2013. "Acuerdo Ministerial 00004349".
- . 2014a. "Acuerdo Ministerial 00004927".
- . 2014b. "Modelo de Atención en Salud Mental".

- . 2014c. "Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017". Ministerio de Salud Pública.
- . 2017. "Acuerdo Ministerial 0082".
- . 2018. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2019. *Manual de Señalética*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2020. "Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud". http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO-MINISTERIAL-30-2020-REGLAMENTO-PARA-ESTABLECER-LA-TIPOLOGIA-DE-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-DEL-SISTEMA.pdf.
- . 2022. "INFORME TÉCNICO DE EVALUACIÓN PLAN NACIONAL ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2014-2017".
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1986. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ontario: Organización Mundial de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
- . 2022. *Informe Mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. 1978. *Declaración de Alma-Ata*. URSS: PAHO. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
- . 2008. *Informe de la evaluación de los sistemas de salud mental del Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*. Ecuador: Organización Panamericana de la Salud.
- . 2021. *Etnicidad: un enfoque basado en los derechos humanos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55199>.
- . 2022. *Metodología de los diálogos de saberes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275324707>.
- Orzuza, Stella. 2014. "Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina". *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 6 (1): 40-47. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/10779>
- Quijano, Aníbal. 2014. "Colonialidad del poder y clasificación social". En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*, 285-327. Buenos Aires: CLACSO.
- Ramírez, Susana 2009. "Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano" *Avá. Revista de Antropología* (14): 1-28. <https://www.redalyc.org/pdf/1690/169013838010.pdf>
- Ramírez, Susana. 2014. "Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia" *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 31 (4): 762-68. <https://www.redalyc.org/pdf/363/36333050023.pdf>

- Piñones, Carlos, Mansilla, Miguel y Campos, Rodrigo. 2017. "El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno". *Saúde e Sociedade* 26 (3): 751-763. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017169802>.
- Rodríguez Cruz, Marta. 2018. "Construir la interculturalidad. Políticas educativas, diversidad cultural y desigualdad en el Ecuador". *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, (60): 217-236. <https://doi.org/10.17141/iconos.60.2018.2922>.
- Rojas-Bernal, Luz Ángela, Castaño-Pérez, Guillermo, y Restrepo-Bernal, Diana. 2018. "Salud mental en Colombia. Un análisis crítico". *Ces Medicina* 32 (2): 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>.
- Roth, André-Noel. 2015. *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Quito: FLACSO ECUADOR.
- Ruiz-Lurduy, Rodrigo, Rocha-Buelvas, Anderson, Pérez-Hernández Elizabeth, y Córdoba-Sánchez, Claudia. 2016. "Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 34 (3): 380-388. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a12>.
- Santos, Boaventura De Sousa. 2015. *Epistemologías del Sur*. Madrid: Ediciones Akal .
- SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). 2022. *Guía Metodológica para la Formulación de Política Pública*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación.
- Soratto, Jacks, Pires De Pires, Denise Elvira y Friese, Susanne. 2020. "Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health". *Revista Brasileira de Enfermagem* 73 (3): 1-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>.
- Soto, Leonardo, Soto, Javier y Riquelme, Francisco. 2021. "Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile". *Revista Médica Clínica Las Condes* 32 (4): 373-78. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.001>.
- Walsh, Catherine. 2012. *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad*. Quito: Abya Yala.