

SALUD MENTAL GLOBAL, HEGEMONÍA Y DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN ECUADOR

EDUARDO RAÚL SILVA VILLAVICENCIO

Universidad Católica de Louvain

Resumen: En 2014, Ecuador realizó el lanzamiento del Plan Estratégico y Modelo de Atención en Salud Mental Comunitaria, que tiene como antecedente el Plan Nacional de Salud Mental, de 1999. En salud mental, el tratamiento tradicional, establecido desde una visión en apariencia científica, desde el discurso biomédico-diagnóstico y de las evidencias, sostiene una práctica que ha mantenido al hospital psiquiátrico en el centro de su sistema. La gobernanza global en salud articula objetivos interdependientes que sostienen la intervención diagnóstica como paradigma hegemónico. La reforma de salud mental en Ecuador acoge la garantía en derechos humanos para personas con padecimientos mentales, más allá de lo que se establece en su “condición diagnóstica”; en un sentido amplio su subjetividad (política y particular) no sólo se conforma desde el saber hegemónico, sino en las prácticas sociales, la inclusión familiar, emocional, laboral, de participación en sus sociedades y del reconocimiento del deseo de cada uno.

Palabras clave: salud mental, gobernanza, hegemonía, derechos humanos.

Abstract: In 2014, Ecuador launched the Strategic Plan and Model of Care in Community Mental Health, which has as its antecedent the National Mental Health Plan of 1999. In mental health, traditional treatment, established from a seemingly scientific viewpoint, from the biomedical-diagnostic discourse and from the evidence, sustains a practice that has kept the psychiatric hospital at the center of its system. Governance in health configures referential frameworks that design state and institutional strategies materializing in formal and informal practices in the organization of services. The mental health reform in Ecuador includes a human rights guarantee for people with mental illness, beyond what is established in their “diagnostic condition”; in a broad sense, their subjectivity (political and individual) is not only shaped by hegemonic knowledge, but also by social practices, family, emotional and work inclusion, participation in their societies and recognition of the desire of each person.

Keywords: Mental Health, Governance, Hegemony, Human Rights.

1. Introducción

Los desafíos transnacionales en salud generan ejercicio de gobernanza global que ponen en evidencia intereses diversos, una construcción de saberes y de prácticas que permiten su expansión y su aplicación a través del diseño de políticas, transmiten la hegemonía de expansión de una medicalización de la salud mental y lo que se entiende por enfermedad mental. La gobernanza global en salud mental y los compromisos en derechos humanos principalmente aplicados a la discapacidad y a las personas con enfermedades mentales, muestran un punto de inflexión en la interdependencia de los

debates. La generación de políticas estatales/nacionales transmiten los marcos y sus racionalidades. Estas se muestran en el establecimiento de objetivos y metas en las reformas de los servicios de salud mental en Ecuador, entendiendo la desinstitucionalización, desde la razón en el desarrollo del proyecto del capitalismo democrático.

La materialización formal y no formal de las estrategias y las políticas locales construyen prácticas en las instituciones hospitalarias psiquiátricas como modelo central de atención asilar tradicional para trastornos graves y agudos y de los servicios ambulatorios que funcionan como alternativas al tratamiento biomédico tradicional. En este sentido se propone desde la gobernanza global de la salud: no hay salud sin salud mental. En Ecuador en 2014, la autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud Pública, realizó el lanzamiento del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental y del Modelo de Atención Comunitario en Salud Mental, que tiene como antecedente el Plan Nacional de Salud Mental fechado en 1999. Ha transcurrido una década para establecer una política pública en salud mental clara. El método tradicional de tratamiento guiado desde una agenda biológica y farmacocéntrica, privilegia la clasificación estadística diagnóstica en lugar de la escucha y las expresiones del sufrimiento subjetivo.

Consideremos por ejemplo la mundialización de la economía,
la desafección de lo político,
el aumento del individualismo,
la crisis del Estado de bienestar,
el aumento de la violencia al mismo tiempo que el estallido del conflicto,
el aumento de lo jurídico como parte de una nueva economía psíquica.
Charles Melman (2002).
El hombre sin gravedad

2. El marco de globalización y democracia como racionalidades articuladas

La globalización como marco, delinea la percepción de lo nacional y sectorial desde lo exterior. Se vincula con procesos de integración e interdependencia e intercambios de comercio, capitales e información. En esta acepción mínima, cabe sumar el flujo de intercambios de las migraciones, intercambio de ideas, redes de comunicación social, así como la presencia de amenazas dispersas de impacto mundial en la salud como la propagación de amenazas sanitarias (ébola, dengue, coronavirus), así como lo que comprende la seguridad global (como las amenazas del terrorismo global). Los cambios políticos del fin de la guerra fría marcaron el fin del periodo de bipolaridad del poder y la expansión del capitalismo liberal democrático y del libre mercado como un aliado de la democracia consolidada, referencia necesaria de la libertad de elección, libertad de empresa y asociación.

El liberalismo, ligado a un desarrollo de la economía neoclásica y el multilateralismo, explora las posibilidades de cooperación como una acción colectiva deseable y posible.

El comercio internacional, regulado por el libre mercado, facilita la entrada de actores multinacionales y transnacionales. El retorno de los valores del liberalismo, en una versión “moderna” de mercado y valores conservadores, se conocerá como neoliberalismo,¹ versión de “una sociedad sostenida en la desregulación estatal y la autorregulación del mercado, que no privilegia la igualdad en relaciones laborales, y las conquistas sociales se ven como obstáculos para el desarrollo del mercado (Franco, 2010: xxxi). Esto dará origen a una serie de reformas en varios sectores sociales, de la economía y de la organización de los servicios públicos y sociales, sin dejar fuera, las expresiones de la subjetividad. El marco referencial cognitivo² que parte de la economía, genera transformación de la relación social y las formas de expresión del sufrimiento. Para que un marco opere en una transformación, debe legitimar e institucionalizar.

Esas promesas parecían sólidamente sustentadas por una racionalidad macroeconómica que, por otro lado, no admitía negaciones o reparos, ya que serían tenidos como desviaciones de la buena conducta y serían castigados con el rigor de la exclusión del orden establecido. Las promesas no han sido cumplidas o lo han sido en forma diversa, en general en detrimento de los países en vías de desarrollo. Después de quince años de ajustes y reformas, la mayoría de estos países en América Latina y, en general, en el mundo parece estar en peor situación relativa, y, en algunos casos absoluta, que la que tenían antes. La mundialización, sin embargo, se ha manifestado en todas las dimensiones de la vida, creando situaciones y condiciones nuevas que se presentan de forma permanente o, por lo menos, con perspectivas de larga duración (OPS, 2002: 24).

Las medidas y los enunciados conforman el saber con el que se establece un sentido de la realidad, un relato que conforma la racionalidad sobre los hechos que se presentan.³ La racionalidad política se constituye como interpretación y efecto de verdad. En este sentido la racionalidad neoliberal, mientras destaca el mercado, no está sólo o al menos primariamente enfocada en la economía; al contrario, implica extender y diseminar los

¹ El uso del término globalización, se consolidó con la instalación y aceptación de las teorías neoliberales, que permitió convencer de lo «moderno» de las teorías liberales y de sus valores (a pesar de que los postulados originales datan del siglo XVIII y XIX) (Cueto, 2006).

² “Los marcos son estructuras mentales que conforman nuestro modo de ver el mundo [...] conforman las metas que nos proponemos, nuestra manera de actuar y el resultado bueno o malo de nuestras acciones.” En política nuestros marcos conforman nuestras políticas sociales y las instituciones que creamos para llevar a cabo dichas políticas. *El cambio de marco es cambio social* (Lakoff, 2007: 4).

³ Los relatos que se organizan en un marco se aceptan como los hechos que encajan en ese marco. Los demás hechos son difíciles de recibir pues no pertenecen a la racionalidad del marco establecido sobre un evento. Cuando los marcos están ahí, las ideas surgen inmediatamente (Lakoff, 2007: 21).

valores del mercado a todas las instituciones y la acción social” (Cepeda-Másmela, 2018: 61). Como lo ejemplifica Brown, será la comprensión de lo que esta racionalidad establece sobre la noción de democracia, la que guiará sus prácticas. “En este sentido la democracia estará organizada por la racionalidad del mercado” (Brown, 2013 en Cepeda-Másmela, 2018: 63).

La democracia en el contexto neoliberal se define a partir de “un estado y sujetos organizados por la racionalidad del mercado”, lo que implica transformaciones en la organización social, la vida cotidiana y los hábitos de consumo. Valores fundamentales de la democracia liberal como la igualdad ante la ley, la representación y el bien común, quedan desplazados por criterios como la maximización de beneficios [...] mercantilizando procesos democráticos como las elecciones...por lo que la solidaridad y la cooperación quedan casi excluidos de cualquier interacción (Brown, 2013 en Cepeda-Másmela, 2018: 63).

3. De la gobernanza global de la salud en la medicalización como hegemonía discursiva a la transformación en la salud mental.

Las agendas internacionales transmiten referencias y legitiman objetivos sobre los estados. En este sentido las políticas públicas construyen, hacen una relación con el mundo (Muller, 2018: 53). El Atlas de Salud Mental publicado por la OMS en 2017 propone líneas base y guías para la generación de políticas en salud mental de sus miembros. El Atlas se utiliza para el seguimiento del progreso en la implementación de acciones de Salud Mental. La edición de 2017, “cubre datos del 2016 y permite el monitoreo del progreso hacia el cumplimiento de estos objetivos para el año 2020” (OMS, 2017: 3). La gobernanza de la salud global comprende funciones como: generar y revisar evidencia y su comunicación. También comprende la movilización de recursos, soporte a estados pobres y frágiles (en los cuales las evidencias y la tendencia viene acompañada de una intervención *humanitaria*, a nivel económico y político) y mecanismos para rendir cuentas (Buse et al, 2009: 10). Las reformas en salud mental se proponen a los miembros OMS para generar movimiento de sus recursos financieros y humanos y establecer planes de cooperación que “permitan dar paso a las políticas que se organizan como *set* de valores, principios y áreas de acción para mejorar la salud mental” (OMS, 2017: 15). Este régimen de sugerencias propuestas para la evaluación del progreso de los estados tiene 5 puntos guía:

1. Reporte global de indicadores centrales en salud mental.
2. Sistema de gobernanza en salud mental.
3. Recursos financieros y humanos para la salud mental.
4. Viabilidad en servicios de salud mental.
5. Prevención y promoción de la salud en salud mental.

La aplicación de la salud global como paradigma de la salud, se desarrolla en lo sociopolítico. Las instancias oficiales en el terreno micropolítico se “contagian”, “se contaminan por las normas y los comandos que tienden a imponerse por diferentes voces: administrativas, burocráticas, estatales o estéticas que actúan a la manera de una instancia superyoica” (Bellahsen, 2014: 124). La gobernanza global pone en cuestión la soberanía. “La evaluación toma la forma de un cambio de referencia global alrededor del cual se ordenan las políticas sectoriales alrededor del crecimiento del poder referencial de mercado (Muller, 2018: 134). Frente a una creciente necesidad de generar respuestas integrales y coordinadas, se diseñó el “Plan de Acción Integral para la Salud Mental 2013-2020”, el cual busca afianzar los vínculos de las estrategias mundiales apoyados en las acciones regionales de la OMS en salud mental y abuso de sustancias, como directriz para los estados y sus ministerios encargados de la salud pública. Los determinantes de la salud y sus indicadores retoman los cambios políticos que se dan en la esfera global y se posicionan como demandas globales. El “Plan (global) de Acción sobre Salud Mental, 2013-2020”, solicitó a los estados miembros una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. En ella se pidió que

[...] dichos estados preparen un plan de acción integral sobre salud mental que abarque los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. Este plan de acción integral se ha elaborado mediante consultas con los estados miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. Tiene un enfoque *integral y multisectorial*, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que «no hay salud sin salud mental (OMS, 2013: 6).

Los objetivos mundiales, intersectoriales, establecen líneas de trabajo que son parte de políticas que se implementan a través de instrumentos variados. De la misma manera la definición de salud mental como racionalidad del bienestar, “donde el estado de *completo*

*bienestar físico, mental y social*⁴, el individuo o el grupo, debe poder identificar y realizar sus ambiciones, satisfacer sus necesidades y evolucionar con su medio y adaptarse⁵ (Bellahsen, 2014: 93). Es así que en relación a la prevención de enfermedades y promoción de la salud se puede hablar de la introducción de estilos de vida que favorezcan la buena salud, que apuntan a encontrar el “bienestar completo”, este propósito permite la expansión de la medicalización de la vida cotidiana. Una racionalidad como régimen de saber se soporta en una hegemonía discursiva y una práctica. “La medicalización en sus dimensiones económicas e institucionales, constituyente una “hegemonía discursiva” (Stolkiner, 2013: 2). Para Laclau y Mouffe, la hegemonía está ligada estrechamente con la noción de *sutura*. Específicamente con lo que opera como sutura⁶ hegemónica, que aunque se presentan como totalidades, no logran conservar el carácter totalizante, su falla es estructural y la sutura hegemónica trata de resolver. La sutura hegemónica se emplea como saber que anuda un ejercicio de poder. Este trata de mantenerlo sin cancelar la falla estructural del ser humano como ser hablante, sujeto al lenguaje. La salud mental

[...] se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen (Restrepo-Jaramillo, 2012: 204).

A partir de los años 80, la reorganización de la psiquiatría girará en torno al desarrollo de medicamentos de última generación que permiten tener intervenciones con menores efectos secundarios apuntalado en la investigación neurobiológica sobre las hipótesis de

⁴ Las cursivas son propias.

⁵ ONU, carta de Ottawa 1986.

⁶ “El concepto de «sutura», que usaremos frecuentemente, está tomado del psicoanálisis. Su formulación explícita procede de Jacques-Alain Miller (Suture: elements of the logic of the signifier, *Screen*, 1977–78, 4. 23–24), pero él opera implícitamente en el conjunto de la teoría lacaniana. Es usado para designar la producción del sujeto sobre la base de la cadena de su discurso; es decir, de la no–correspondencia entre el sujeto y el Otro —lo simbólico— que impide el cierre de este último como presencia plena. No es sorprendente [...] por consiguiente que el uso que Lacan hace del término “sutura” [...] le dé el sentido de una “pseudoidentificación”, lo defina como “función de lo imaginario y lo simbólico. *Esta «falta» originaria es precisamente lo que las prácticas hegemónicas intentan llenar.* Una sociedad totalmente suturada sería aquella en la que este llenar habría llegado a sus últimas consecuencias y habría logrado, por consiguiente, identificarse con la transparencia de un sistema simbólico cerrado. Este cierre de lo social es, como veremos, imposible” (Laclau- Mouffe, 1987: 81-82).

los desbalances y trastornos bioquímicos del cerebro, la generación de sistemas de información epidemiológicos que se vuelven parte de la comprensión médica junto con las versiones ampliadas de los manuales estadísticos de clasificación, los cuales proponen un desarrollo de las clasificaciones estadísticas a nivel internacional, los cuales tuvieron su inicio en el año 1949. La salud mental se dirige no sólo desde la prevención y la promoción de la salud hasta la idea de curación y tratamiento, sino además a una forma y técnica de curación, de clasificación y normalización a través de la orientación de las políticas de los estados (Bellahsen, 2014: 60-64), en el modelo más tradicional, usando una palabra reconocible en la obra de Foucault, *disciplinización* a través de las instituciones. Así,

[...] la fórmula de la “salud mental”, será progresivamente la vía encontrada por los psiquiatras progresistas para repensar la asistencia psiquiátrica. Dentro de la discusión oficial de la época aparecería la necesidad de “proteger la salud mental” [...] el sistema de salud mental está a disposición de la población en toda circunstancia y no se limita a una responsabilidad hospitalaria. La salud mental es para los profesionales de atención un tema ligado al desarrollo de los dispositivos extrahospitalarios (Bellahsen, 2014: 34).

4. La reforma de salud mental en Ecuador. Situación y actualidad de un campo en conflicto

El Ecuador “actual” que se expone en el Plan y Modelo de 2014, se describe sobre principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia haciéndose eco de la Constitución establecida en 2008; retoma los objetivos y metas de la gobernanza global establecidos en el Atlas de Salud Mental de 2017 y el Plan de Acción Mundial hacia 2020. Se anotan algunas diferencias de la situación nacional en 2014: organización política de 22 provincias a 24 para 2014, planificación territorial, no en provincias sino en 9 zonas transversales de planificación por densidad poblacional, lo que incide en la gestión de gobierno nacional en el marco de:

La Constitución Política del Ecuador tiene una serie de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional, de manera particular cabe mencionar la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud (Art. 3 y 32). En el Art. 35 se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgo, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. El Art. 66 determina aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de

violencia en el ámbito público y privado [...] c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes. Uno de los grandes avances en la constitución es el Art. 364, donde se cita a las adicciones como problema de salud pública y la responsabilidad del Estado de desarrollar programas coordinados de información, prevención, tratamiento y rehabilitación en este ámbito (Constitución Política del Ecuador 2008, MSP, 2014: 10).

Este cambio constitucional tiene una ruta, superar lo dispuesto en la constitución de 1998 y la crisis iniciada fines de los 90s. A continuación, algunos referentes comparativos. En el Plan Nacional de 1999 se anota que la economía del Ecuador depende de materias primas como el cacao, café, banano, y flores, constituyendo el petróleo el más importante soporte de la economía. Esta situación no ha cambiado diferencialmente, pero se podría sumar la producción hidroeléctrica actual debido a la construcción de proyectos de infraestructura e inversión en salud que es parte del cambio constitucional de 2008. La situación económica deriva en una severa crisis en 1999: “El peso de una deuda externa que rebasa los 14 mil millones de dólares, los altos intereses de esta deuda, los bajos precios del petróleo, la ineficiente administración de instituciones bancarias, la aplicación rigurosa de medidas de ajuste estructural, inequidad en la balanza comercial e inestabilidad política, entre otras son las razones de la crisis” (MSP, 1999: 9-10).

	1999	2014
Población estimada	12.300.000	15.774.749
Tasa de crecimiento anual	1,9%	1,52%
Pobreza	70%	7,65%
Inversión PIB en salud	0,75%	9,2%
PIB ⁷	-8%	4%
Índice GINI	58,60	0,463
Desempleo	13%	6,36%

(Fuente: MSP, 1999 y 2014)

En la situación de crisis “estructural” se anota que el 70% de la población está en el margen de la pobreza y más de 14% tiene alguna necesidad básica insatisfecha, un desempleo del 13% y un subempleo del 50% (MSP, 1999: 9-10). En cuanto a salud, para 1987 se contaba con el 1,43% del PIB y para 1995 bajó a 0,75%. Un escenario de esta crisis económica es que del presupuesto general del estado se destinaba el 50% al pago de la deuda externa (MSP, 1999: 12). Ecuador no es el único país en la década de las 90 y 2000 en esta situación, es una situación que se expande en América Latina como consecuencia del agotamiento del proceso de desarrollo

⁷ <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=66&c=ec&l=es>

económico e industrial impulsado por el modelo de industrialización sustitutiva de importaciones que se planteó en la década de los 70-80 [...] La liberalización de los mercados, la apertura comercial, la desregulación financiera, la privatización de las empresas públicas y la reducción del gasto público, se proponen como esquemas de solución y como expresiones del retorno de la democracia (Levy, 2002: 12).

Es justamente en los momentos de “crisis” que las estrategias de gobernanza entran en acción generando confianza; desde el exterior a las condiciones que llevaron al estado de crisis nacional; no son los mismos actores locales, sino que la exterioridad de su intervención las legitima. Se desregulan los sectores públicos, las medidas se establecen desde lo externo como marcos globales, pero con aplicación en cada sector. En el sector salud en 1999, los indicadores de la salud hacen importantes temas como la presencia brotes de cólera, de dengue estacionario, recrudecimiento de la tuberculosis y paludismo (hoy frente a los retos de la pandemia de coronavirus que ha desbordado al sistema de salud); en cuanto a lo psicosocial, alcoholismo y consumo de drogas, maltrato al niño y la mujer y otros problemas ligados a la violencia, así como altas tasas de suicidio y muertes violentas a causa de accidentes de tránsito. Las inversiones para la inclusión social se recortan evidenciando problemas de servicios de alcantarillado y agua potable, aunque anotando éxitos grandes como la cobertura en la vacunación que llega al 90% y el número creciente de profesionales para el sector (MSP, 1999: 15).

Síntesis de la situación de Salud en Ecuador hacia 1999
Fragmentación y limitaciones de articulación con otros sectores estatales.
Falta de políticas que sostengan al MSP como autoridad rectora de la salud.
Inequidad en la atención, dificultades de acceso por infraestructura.
Inequidad en la distribución de presupuestos.
Duplicación de servicios.
Énfasis en la atención curativa.
Insolencia en tecnologías de la salud.
Severa disminución del gasto público. Constante disminuciones presupuestarias estatales.
Coexistencia de enfermedades de la modernidad con enfermedades ligadas al subdesarrollo.
Paulatino reconocimiento y valoración de prácticas ancestrales y tradicionales.

(Fuente: MSP, 1999: 11)

Es de interés histórico, identificar la evidencia de la crisis bancaria-financiera-económica en la que Ecuador fue sumergido. Se recortó inversiones en el sector (generando un desmantelamiento generalizado). “Es casi como si la pobreza material incluyera la limitación de sus libertades fundamentales” (De Munck, 2004: 29). La noción sobre lo que se considera locura, no se relaciona en la dimensión de “enfermedad” con

las condiciones sociales y económicas, necesarias para generar protección social sobre las condiciones de precariedad económica y social. Estas instituciones encargadas por la sociedad, tendrán la “misión” de devolver su calidad de ciudadano “productivo” para un sistema político y para los fines de una sociedad y su desempeño económico. El pensamiento político está presente en el accionar de las estrategias que regulan a una institución (psiquiátrica en este caso) que establece procedimientos, visiones, agentes e incluso arquitecturas que delimitan a un sujeto en su relación con la institución y la performatividad de la norma. La salud equiparada a la normalidad, es parte de los

[...] diversos aspectos de la vida humana, los que son tratados en términos de “saber médico “supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras donde está el bien (la salud) y el mal, la enfermedad [...] se torna oficial e imperioso un discurso médico cargado de finalidades pretendidamente higiénicas (sanitarias) que en nuestro caso, el de la psiquiatría y disciplinares, designa como trastornos y enfermedades a lo que se aparta de ciertas reglas de comportamiento y de relación con el propio cuerpo (Braunstein, 2013: 23-24).

Los servicios de salud mental en el Plan Estratégico y Modelo, están restringidos en su accesibilidad, y entre sus principales dificultades la formación y número de profesionales, falta de medidas terapéuticas alternativas, nivel de inversión para salud mental y la organización sociocultural contra el estigma sobre el sufrimiento mental. Al no tener suficientes alternativas y profesionales en atención primaria, los usuarios recurren al hospital de especialidad, para la atención principal y tradicional al no contar con opciones cercanas a la comunidad. El hospital especializado aún muestra dificultades en articular acciones comunitarias e intervenciones que vayan más allá del modelo biomédico, de acciones psicosociales, sociológicas, de protección social o de inclusión económica y laboral. Marc Angenot (2010) señala que la hegemonía discursiva “sólo es un elemento de una hegemonía cultural más abarcadora, que establece la legitimidad y el sentido de los diversos estilos de vida, de las costumbres, actitudes y mentalidades que parecen manifestar” (29-30).

En la salud mental, el modelo biomédico se liga con tratamientos farmacológicos, que sostienen el uso tradicional del manual estadístico/diagnóstico como referente de método científico. Define la hegemonía discursiva como el “conjunto complejo de las diversas normas e imposiciones que operan contra lo aleatorio, lo centrífugo y lo marginal, indican los temas aceptables e, indisociablemente, las maneras tolerables de tratarlos e instituyen la jerarquía de las legitimidades” (Stolkiner, 2013: 3). Se juega el aspecto dispositivo que se ubica dentro del referente global de salud mental.

Bajo esta nominación a un conjunto definitivamente heterogéneo de discursos, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados

científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas [...] cosas dichas tanto como no dichas [...] red que se establece entre estos elementos (Braunstein, 2013: 46); es decir no son actos científicos, objetivos, sino postulaciones dotadas de una significación moral y política que operan al margen de la conciencia/inconsciencia de quienes las efectúan (49).

5. La desinstitucionalización en Ecuador: puertas giratorias o una red que no se teje

El Modelo de Salud Mental Comunitaria toma a la noción de desinstitucionalización comprendiendo el cambio de respuesta tradicional hacia las instituciones psiquiátricas y el internamiento prolongado. El esquema de estos internamientos puede en algunos casos durar la vida entera, lo que

implica que la persona disminuye paulatinamente su contacto con la sociedad y familia, prácticas interpersonales y afectivas, su trabajo y espacios de participación, pierde su identidad al no contar con un espacio propio que le permita identificarse y reencontrarse, aumentando la distancia física, emocional y social de la persona, que lejos de ayudar en su recuperación lo aísla cada vez más (MSP, 2014: 41-42).

Mantener esta organización de servicios, conserva exclusión, abandono, estigmatización, cronificación. El paso que da el modelo en la línea de la salud mental global, establece la

desinstitucionalización psiquiátrica como un proceso en el que se plantea que las personas que sufren una enfermedad mental no se encuentren confinadas en hospitales psiquiátricos, sino darles una atención digna e integrada en la sociedad basada en modelos teóricos de calidad de vida (MSP, 2014: 42).

El proceso de desinstitucionalización como política para el sector no está lejos los elementos que la apuntalan, uno justamente es el régimen de derechos humanos (civiles, culturales y económicos y los específicos sobre discapacidad y sufrimiento mental), la tecnificación de la medicina y la expansión del estado social de bienestar. La gobernanza como se ha anotado, delinea y orienta las políticas y las nuevas fronteras; el ejercicio de gobernanza articulará la desinstitucionalización dentro de su marco a: derechos de usuarios, circuitos, territorios, concertaciones (De Munck, 2004: 1).

Un aspecto fundamental del discurso de la desinstitucionalización hace referencia un modelo sobre enfermedad mental contrario al del asilo manicomial, su implementación genera cambios sociales, una ruptura con el Plan Nacional de 1999, ruptura que nunca es completa pues el modelo asilar se mantiene centrado en hospitales psiquiátricos situados

en las ciudades de mayor crecimiento urbano: Quito Guayaquil y Cuenca. En 1999 “estos hospitales en su gran mayoría son de corte clásico, con alta proporción de personal, con edificios grandes y obsoletos, con poblaciones crónicas de hasta el 85% que presentan discapacidades psicológicas y sociales que no necesariamente son propias del trastorno mental (MSP, 1999: 13). Para en 2014 indicar que “en el presupuesto total para salud en el año 2012 de 1.881.061.107 millones de dólares. De esto, 8.308.210 se asignó para las acciones de salud mental (que representa el 0,44% del total del MSP), de lo cual el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos” (MSP, 2014: 29). La tendencia de la desinstitucionalización como se escribe en el Modelo de 2014, considera necesaria la creación de una red de servicios sustitutos, con integración de la salud mental en el sistema de salud general. La modernización de las sociedades occidentales y el rol que juega la psiquiatría en ellas y como se conciben las maneras de regulación social y control más efectivas: cómo concebir normalización en las sociedades democráticas y repensar la autoridad en los regímenes que se oponen a los totalitarismos (Coutant-Wang, 2018: 148). La entrada de la locura en el mundo de la medicina fue consagrada por el alienismo del siglo XIX. Junto con esta medicalización, la cuestión de la ciudadanía de los enfermos mentales se ha planteado desde la revolución democrática en términos de derechos y libertades. Las libertades de derechos corresponden a una concepción liberal del orden social: suprimen las dependencias y frenan la intervención del Estado (De Munck, 1999: 2). En California, Reagan lo pone como parte de su agenda neoliberal para acelerar el cierre de los hospitales psiquiátricos. La desinstitucionalización aparece como una manera seductora de reducir el estado providencia (Coutant-Wang, 2018: 149).

Las estrategias fundamentales para la consolidación del proceso de desinstitucionalización son: primero buscar la eliminación del hospital psiquiátrico tradicional y su reemplazo por servicios primarios de salud, la incorporación de actividades más cercanas a la comunidad, así como la atención en el hospital general y los mecanismos de externalización para que los pacientes encuentren vinculación y reinserción social, mismas que están en desarrollo pero atraviesan muchas resistencias del sector profesional psiquiátrico como de la sociedad. En esta, los servicios de primer nivel de atención se han reforzado con profesionales de salud mental que realizan intervenciones psicosociales de consulta, lo que los hace asequibles y eficaces en función de costos.

La segunda transformación propone transformar profundamente el hospital psiquiátrico en un espacio no residencial, de atención ambulatoria, de puertas abiertas a la comunidad, especializada en el tratamiento de trastornos graves. Que fomente su organización para la participación ciudadana, brindándoles alternativas más allá de la medicación, articulando una red de servicios complementarios sin el corte asilar tradicional, para facilitar un re-adueñamiento del cuerpo y de la palabra (Sava, 2008). Su transformación generaría un marco jurídico político que permita una ley de salud mental, elemento que también es una meta de la agenda de gobernanza. Se crean espacios de vinculación para mantener fuera a las personas que mantiene una estabilización de su

“patología” y mantienen como referencia al hospital psiquiátrico, que permite intervenciones domiciliarias. Solo la articulación de asistir a una transformación apoyados en los instrumentos y herramientas de saber y gobernanza que se generan en la actualidad permitirán al sufrimiento psíquico y a la salud mental tener una referencia a la vida social. El sufrimiento psíquico concierne a la sociabilidad de las relaciones. Aunque la autonomía es deseable esta puede llevar al individualismo de la competencia (Ehrenberg, 2010: 24). El malestar social y subjetivo no es un tema cerrado. Es un trabajo en el cual hay mucho por construir, en términos de igualdad, protección, reconocimiento de capacidades.

Referencias bibliográficas

- Angenot, Marc (2010). *El discurso social. Los límites de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bellahsen, Mathieu (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*. Paris: La Fabrique éditions.
- Braunstein, Néstor (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI.
- Brown, Wendy (2009). *Oxford Handbook of Political Science*. Cambridge: Cambridge University press.
- Brown, Wendy (2003). Neoliberalism and the End of Liberal Democracy. *Theory and Event*, 1. 37-59.
- Buse, Kent et al. (2009). *Making sense of global health governance. A policy perspective*. London: Palgrave Macmillan.
- Cepeda-Másmela, Carolina (2018). Resistencias contra el neoliberalismo: una conceptualización de su ejercicio entre lo local y lo global. *Relaciones Internacionales* (UAM), 39. 59-80.
- Coutant, Isabelle-Simeg, Wang (2018). *Santé mentale y souffrance psychique*. Un objet pour les sciences sociales. Paris: CNRS Editions.
- Cueto, Marcos-Zamora, Víctor (eds.) (2006): *Historia, salud y globalización*. Lima.
- De Munk, Jean (2004). Réseau, gouvernance, inconsistance. *Publié in « Quarto »*. 1-14.
- De Munk, Jean (1999). La folie citoyenne? Asequible en: https://www.academia.edu/402135/Folie_et_citoyennet%C3%A9, fecha de consulta: 20-04-2020.
- Ehrenberg, Alain (2010). *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.
- Franco, Giraldo Álvaro (2010). *Salud Global: política pública, derechos sociales y globalidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Habermas, Jürgen: (1986). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Laclau, Ernesto- Mouffe, Chantal (1987). *Hegemonía y estrategia socialista*. México: Siglo XXI.

- Lakoff, George (2007). *No pienses en un elefante*. Madrid: Universidad Complutense.
- Levy, Bettina [compiladora] (2002). *Crisis y conflicto en el capitalismo latinoamericano: lecturas políticas*. Colección Becas de Investigación. Buenos Aires: CLACSO.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Plan Estratégico y Modelo de Atención en Salud Mental*. Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). *Guía de Implementación del Modelo de Atención para las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención*. Ecuador: MSP.
- Muller Pierre (2018). *Les politiques publiques Que sais-je?* Paris: Presses universitaires de France.
- Organización Mundial de la Salud (OMS 2012). *Resolución WHA65/2012/REC/1*. 65ª Asamblea Mundial de la Salud. 21-26 de mayo de 2012. Ginebra: Ediciones ONU.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Atlas de Salud Mental 2015*. Ginebra: Ediciones ONU.
- Organización de Naciones Unidas (ONU 2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. A/HRC/35/21. 6 a 23 de junio de 2017.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS 2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington DC: Editorial OPS.
- Restrepo O., Diego A. – Jaramillo E., Juan C (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30/2. 202-211.
- Sava, Alberto (2008). *Frente de artistas del Borda: una experiencia desmanicomializadora arte, lucha y resistencia*. Buenos Aires: Ediciones Madres Plaza de Mayo.
- Stolkiner, Alicia (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Lerner, Hugo (comp.). *Los sufrimientos-10. Psicoanalistas-10. Enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro. Colección FUNDEP.