

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

**Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud
Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones**

INFORME TÉCNICO DE EVALUACIÓN PLAN NACIONAL ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2014-2017

Ecuador

2022

Contenido

Informe Técnico de Evaluación del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental de Ecuador. 2014-2017	5
Introducción	5
INFORME DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL ECUADOR	7
Presentación	7
Metodología	7
Técnicas de recolección de información	7
Instrumentos	8
Técnicas de análisis de los datos	8
Procedimientos empleados	9
DESARROLLO	9
Contexto	9
Datos generales del Ecuador	9
Sistema de Salud del Ecuador antes y durante la pandemia	11
Situación de salud en el Ecuador durante la pandemia	14
RESULTADOS POR SECCIONES DEL INSTRUMENTO WHO AIMS	15
SECCION 1: POLITICA Y MARCO LEGISLATIVO	15
Política y legislación en salud mental	15
Plan de salud mental	16
Modelo de Atención de Salud Mental	17
Financiamiento en Salud Mental	18
Evaluación y formación en recursos humanos en Salud Mental	21
SECCION 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL	21
Integración organizacional de los servicios	21
Establecimientos o dispositivos de salud mental	23
SECCION 3: SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	29
Formación del personal no médico para la atención primaria de salud	29
SECCION 4: RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL	30
Disponibilidad de recursos humanos	30
Asociaciones de usuarios y asociaciones de familias	32
SECCION 5: EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULOS CON OTROS SECTORES	33

Promoción de la salud mental e intersectorialidad.....	33
SECCION 6: EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN.....	34
Sistema de información de salud mental	34
Investigaciones de salud mental	35
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	41
EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2014-2017..	1
Lineamiento Estratégico 1	1
Lineamiento Estratégico 2	5
Lineamiento Estratégico 3	14
Lineamiento Estratégico 4	21
Lineamiento Estratégico 5	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Legislación que incluye temas de salud mental en Ecuador	15
Tabla 2. Presupuesto de inversión asignado a la salud mental en Ecuador	18
Tabla 3 Estimación presupuesto de gasto corriente destinado a tratar problemas de salud mental con base a costo estimado de prestaciones sanitarias años 2016, 2020.	19
Tabla 4. Servicios de salud mental por niveles de atención del Ministerio de Salud Pública.....	23
Tabla 5. Perfil de morbilidad salud mental en establecimientos de los tres niveles de atención MSP, año 2020	26
Tabla 6 Cantidad de personal de salud capacitado en temas de salud mental período 2016-2020	29
Tabla 7 Número de profesionales de la salud mental en Ecuador.....	30
Tabla 8. Tipo de profesionales por subsistema de salud	31
Tabla 9. Profesionales de salud mental por sectores, en la ciudad de Quito	31
Tabla 10. Estudios de epidemiología psiquiátrica en Ecuador.....	36

Informe Técnico de Evaluación del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental de Ecuador. 2014-2017

Introducción

En el Ecuador se oficializa en el año 2014, mediante Acuerdo Ministerial N° 0004927, el Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017 y el Modelo de Atención de Salud Mental,^{1,2} promulgados por el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional; documentos orientados a la organización de servicios de salud mental, en los tres niveles de atención, con un enfoque familiar y comunitario, con modalidades de atención a personas con trastornos mentales comunes y graves, basadas en la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación. Además, de facilitar la desinstitutionalización de pacientes internados en hospitales psiquiátricos durante lapsos de tiempo prolongados, mediante su contención en una red de servicios disponibles en la comunidad. Sin embargo, tanto el plan como el modelo, no han sido evaluados desde su publicación, y, de manera particular, el Plan Nacional Estratégico de Salud Mental (PNESM), cuya intencionalidad es la de orientar, tanto las acciones acerca de la asignación presupuestaria, la organización de servicios, la promoción de la salud, la prevención de trastornos mentales, la gestión de recursos y la investigación hacia un modelo de salud mental comunitario, lo cual, en los últimos seis años, no se la ha realizado.

Al respecto, la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), a través del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones (PCISRS MCCE), en la segunda mitad del año 2021, toma la iniciativa de evaluar la implementación del plan, para lo cual, conforma un equipo técnico con funcionarios de esta subsecretaría, y de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud; para ello, toma como referencia la guía de *Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*, de la Organización Mundial de la salud (OMS),³ para la evaluación de Planes de Salud Mental, que recomienda los siguientes pasos: a) Aclarar el objetivo y alcance de la evaluación, b) Identificación de los evaluadores y la financiación, c) Preparar y ejecutar un cronograma de

trabajo, que incluya una propuesta de estudio con fases de recolección y análisis de la información, y consideraciones éticas, y, d) Análisis y presentación de resultados.

Respecto del primero, se llevaron a cabo reuniones con las Direcciones Nacionales de Promoción de la Salud, de Participación Social, y la de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, con las que se acordó evaluar el sistema de salud mental en el país, a través de indicadores específicos, como insumo para la evaluación del plan, debido a que en el documento oficial, no consta un plan operativo para su implementación, particular que se registra en varios estudios sobre políticas de salud mental en la región y el país.⁴⁻⁶ En cuanto al segundo punto, se oficializó con las direcciones del MSP mencionadas, a los responsables para la evaluación, además, de solicitar apoyo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de un equipo de consultores contratados para el efecto. El tercer paso consistió en definir un estudio que permita recopilar información sobre indicadores de salud mental. En este sentido, el equipo del MSP en conjunto con el de OPS, decide evaluar el Sistema de Salud Mental, a través de la aplicación del instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud (WHO AIMS),⁷ que, en el caso del Ecuador, tiene dos informes, uno en el año 2008 y otro en el 2015.^{5,8} Este permite obtener indicadores sobre: a) Política y marco legislativo, b) Servicios de salud mental, c) Salud mental en la atención primaria de salud, d) Recursos humanos, e) Educación del público y vínculos con otros sectores, y f) Evaluación e investigación. El año de corte para la recopilación de datos se estableció en el 2020, conforme a las recomendaciones sobre el uso del instrumento.

Por último, para el análisis de los datos, se acordó relacionarlos con los lineamientos operativos del PNESM y presentarlos a manera de informe, considerando el contexto de la pandemia provocada por la SARS Cov-2, que a su vez produce la enfermedad COVID-19, y lo que ésta, impactó tanto en la población, como en el sistema de salud. Respecto del equipo de la OPS, éste se encargaría de elaborar un informe de evaluación del plan, con datos exclusivos del MSP, (Anexo 1) el cual se lo incluye como insumo para el presente documento.

En razón a lo mencionado, la estructura del presente informe se divide en dos partes: la primera corresponde a los datos obtenidos del WHO-AIMS, y la segunda, la evaluación del plan, relacionándola con la información del instrumento mencionado.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL ECUADOR

Presentación

El presente estudio fue realizado por solicitud de la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), a través del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones (PCISRSMCCE), y contó con aporte técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tuvo como objetivo evaluar el sistema de salud mental del Ecuador, como insumo para la evaluación del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017.

La investigación fue llevada a cabo por el equipo técnico del PCISRSMCCE y de funcionarios de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, y la Dirección Nacional de Participación Social en Salud del MSP en el proceso de recopilación, tabulación y análisis de la información; además del equipo contratado por la OPS, quien se encargó del análisis de parte de los datos obtenidos de las instancias del MSP.

Metodología

El estudio se basa en fuentes primarias con actores clave, usuarios, gremios de profesionales, y de revisión de informes y registros de instituciones que conforman la Red Integral Pública de Salud, además de literatura formal acerca de políticas públicas y planes de salud mental del Ecuador y de la región de las Américas. El punto de corte para la recolección de datos fue del año 2020, aunque también se consideró de años anteriores.

Técnicas de recolección de información

- Revisión documental para los datos de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS): Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía, red privada con y sin fines de lucro.

- Revisión bibliográfica de literatura publicada e informal sobre políticas, planes de salud mental y estudios realizados en el Ecuador y en la región de las Américas.
- Grupos focales a usuarios y familiares de servicios de salud mental, y a integrantes de gremios de profesionales.

Instrumentos

- Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS por sus siglas en inglés) versión 2.1, que está compuesto de seis secciones: a) Política y marco legislativo, b) Servicios de salud mental, c) Salud mental en la atención primaria de salud, d) Recursos humanos, e) Educación del público y vínculos con otros sectores, f) Evaluación e investigación, 28 apartados, 156 ítems, y es utilizado para recopilar información esencial sobre el sistema de salud de un país de bajos o medios ingresos, e identificar principales debilidades en los sistemas de salud mental. Su uso es ampliamente reconocido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.⁷
- Matriz en Excel para vaciado de datos, y diseñado con base en las secciones del WHO-AIMS,
- Guía de grupo focal para personas y familiares de personas con trastorno mental.
- Guía de grupo focal para representantes de gremios de profesionales.
- Consentimiento informado para personas y familiares de personas con trastorno mental.

Técnicas de análisis de los datos

- Respecto de los datos de la revisión documental, esta se la trató con estadística descriptiva (promedios, tasas).
- La revisión bibliográfica se la analizó mediante categorías de: políticas, planes, modelos e investigación en salud mental.
- Los grupos focales y los informes de las instituciones, mediante análisis de contenido de acuerdo a las categorías del WHO-AIMS.

Procedimientos empleados

En la fase de recopilación de datos se empleó, en mayor medida, la base de datos del PCISRSMCCE, así como de otras instancias del MSP. Además, se realizaron los respectivos pedidos formales a funcionarios/responsables del componente de salud mental de la RPIS, y privadas con y sin fines de lucro.

Para los grupos focales se realizó previamente un mapeo de organizaciones de usuarios de servicios de salud mental, personas con trastornos mentales y familiares; luego se procedió a ubicarlos e invitarlos de manera formal a las reuniones en modalidad de talleres, así como solicitarles su aprobación a participar, mediante un consentimiento informado. De la misma manera, se procedió con los gremios de profesionales. En total se contó con 122 participantes entre usuarios, familiares y gremios de profesionales

El análisis de parte de los datos del MSP lo realizó el equipo consultor de la OPS, luego de lo cual, emitió un informe referente a la evaluación del PNESM.

DESARROLLO

Contexto

Datos generales del Ecuador

El Ecuador es un Estado Constitucional de Derechos y Justicia Social. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.⁹ Está dividido administrativamente en 9 zonas y 88 distritos¹⁰; políticamente en 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales).

Tiene una extensión de 256.370 km², que comprende tres regiones con sus particulares características climáticas: costa, sierra y oriente. Tiene una población de 17.901.451 habitantes, la mayor parte concentrada en las provincias de la costa: Guayas con el 20,4% y Manabí con el 7,7%; y de la Sierra, Pichincha, con el 14,4%. ⁽¹¹⁾ Las principales ciudades en el país, centros del desarrollo económico y político son: Guayaquil, Quito y Cuenca, ubicadas administrativamente en las zonas ocho, nueve y seis respectivamente.

La población ecuatoriana es joven, con una edad media de 28,4 años, con cierto predominio de mujeres (50,44%) sobre los hombres (49,56%). El país se caracteriza por ser

multiétnico y pluricultural, compuesto por población mestiza, indígena, afro-descendiente, mulata y blanca ⁽¹²⁾.

La tasa de crecimiento en el año 2020 fue de 1,54%, con una esperanza de vida de 74.5 años para los hombres y 80 para las mujeres; una tasa de natalidad de 19,2 y de mortalidad de 4,1, por cada 1000 habitantes, siendo la masculina mayor a la femenina (7,8;5,4); diferencia marcada, considerando que en el año 2019 fue de 4.8 y 3.8, respectivamente.

Igualmente, este año se registró un incremento del 55% de defunciones, con respecto al año anterior, alrededor de 41.000 muertes en exceso. ¹³ Entre las principales causas de muerte, estuvieron la enfermedad COVID-19, que fue responsable del 21% de los fallecidos, entre confirmados y sospechosos, además de las enfermedades isquémicas del corazón (13.5%), diabetes mellitus (6,8%), enfermedades hipertensivas (4.5%), cerebrovasculares (4.4%), accidentes de tránsito (2.2%), además, de 475 suicidios de personas con edades entre 10 a 30 años, representando el 20.4% del total de causas de muerte en este rango de edad. ⁽¹⁴⁾ Por otra parte, el número de muertes violentas en el país, en el año 2020 fue de 1372 personas, de las cuales, el 74.7% fueron asesinatos, 19% homicidios, 5.5% femicidios y 0.8% sicariato. ⁽¹⁵⁾

Respecto de la pobreza por ingresos a nivel nacional, según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos [INEC], la pobreza por ingresos a nivel nacional en diciembre de 2020 se ubicó en 32.4% (urbana 25.1%; rural 47.9%), y la pobreza extrema en 14,9% (urbana 9.0%; rural 27.5%), ¹⁶ con un aumento considerable, respecto del año 2019, en el que la pobreza por ingreso fue del 23.9% (urbana 16.3%; rural 40.3%), y extrema pobreza con el 8.7% (urbana 4.6%; rural 17.4%); ¹⁷ es decir, un incremento de ocho y seis puntos porcentuales, respectivamente, en el lapso de un año.

Por ciudades, Guayaquil registra la mayor incidencia de pobreza (14,1%) seguida de Quito con el 12,8%; sin embargo, la pobreza extrema es mayor en esta ciudad con el 4.6% frente al 2,9% de Guayaquil.

En cuanto al desempleo, en diciembre del 2020, alcanza el 5% de la población económicamente activa [PEA]; a nivel urbano es de 6.1%, y a nivel rural 2.6% y es más alta en mujeres (6.7%) que en hombres (3,7%). ¹⁶

El Coeficiente de Gini, se ubicó en 0,50 a nivel nacional; 0,48 en el área urbana, y 0,47 en el área rural, lo que podría indicar una mayor desigualdad respecto de los ingresos, establecidos de acuerdo a la línea de pobreza en US\$ 84,1 mensuales por persona, mientras que la línea de pobreza extrema está en US\$ 47,4 mensuales per cápita. La ciudad de Quito registra un mayor índice de Gini con 0,47.¹⁸

La tasa de analfabetismo a nivel nacional fue del 5,8%; en zonas rurales se ubicó en 10,3% y en las urbanas en 3,8%. En mujeres alcanza el 4,7% y en hombres el 6,7%.

Respecto de la seguridad social, a nivel nacional, anterior a la pandemia, el 30,6% del empleo estuvo afiliado/cubierto por el seguro general del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], el 12,5% por seguros distintos al IESS general (seguro voluntario, seguro campesino, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía y otros tipos de tipo privado), y el 56,9% no tenía afiliación o cobertura a la seguridad social.¹⁹

Sistema de Salud del Ecuador antes y durante la pandemia

En el Ecuador, a partir de la Constitución de la República del Ecuador (2008) se establece a “la salud como un derecho garantizado por el Estado (...) a través de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud”; el cual, está conformado por los subsistemas del Ministerio de Salud Pública [MSP], de la seguridad social, compuesto a su vez, por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA], y el Instituto de Seguridad Social de la Policía [ISSPOL], y, además, por la red privada o complementaria, constituida por los establecimientos de salud privados, con y sin fines de lucro. Este sistema está regido por MSP como Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), encargado de la rectoría, la organización, planificación, evaluación y control de servicios de salud, cuyas acciones están orientadas a la cobertura universal y la gratuidad de la atención.²⁰

El sistema se caracteriza por ser fragmentado y segmentado, lo que genera dificultades en la coordinación entre prestadores de los diferentes subsistemas de salud, y entre los niveles de atención, respectivamente. El Sistema de financiamiento de la salud es mixto, el público

(MSP) de fuente fiscal, la seguridad social financiado por contribuciones de afiliados, y el privado con seguros privados y gasto de bolsillo.⁵

La red de servicios públicos está conformada por nueve zonas administrativas, denominadas coordinaciones zonales, que, a su vez, la integran un total de 88 distritos de salud; aunque en el año 2014 cuando se formuló el plan de salud mental, la cantidad de distritos era de 144. La tipología de servicios comprende establecimientos de salud en los tres niveles de atención, siendo los que corresponden al primer nivel, los de mayor cantidad, seguidos de hospitales generales y de especialidad.²¹

El Ecuador, a partir de la Constitución del 2008, registra avances importantes en cuanto a la reforma del sistema de salud que incluyó la organización de un Sistema Nacional de Salud, a través de la creación de la Red Pública Integral de Salud, el incremento del financiamiento, y la formulación de políticas encaminadas a fortalecer la atención primaria de salud;^{22,23} una de estas, la publicación del Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS) en el año 2012, documento en el cual se traza los lineamientos estratégicos y organización del sistema de salud.²⁴

Respecto del componente de salud mental en el MSP, la instancia responsable es el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones (PCISRSMCCE), que está inserta a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, y que se encarga de la formulación de normativa para la organización, implementación, monitoreo y control de los servicios; además, coordina con otras direcciones (Promoción, Participación Social), temas relacionados a la salud mental, como el Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, y estrategias/programas de prevención del suicidio y promoción de la salud, entre otros. No obstante, no consta como un departamento o dirección visible dentro de la estructura orgánica funcional del MSP.

Con la declaratoria del estado de emergencia por la pandemia del COVID-19,²⁵ en marzo del 2020, la ASN, emitió algunas disposiciones, como fueron: el cierre de la consulta externa en todos los establecimientos de la red integral de salud, quedando disponibles solamente, los servicios de emergencias, en los que se priorizó la atención de pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19; para ello, se dispuso de la mayor cantidad de

profesionales de medicina y enfermería de todos los servicios del MSP, y la seguridad social. Para las demás patologías, por lo general crónicas -como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial-, se estableció la atención, mediante la teleasistencia por medios tecnológicos, como videollamadas o telefónicas principalmente, y en el caso de la entrega de psicofármacos, ésta la realiza el paciente o un familiar; aunque, debido a la escasez de los mismos, y a las medidas de confinamiento, esto se dificultaba.

Por ello, se elaboraron instrumentos normativos y protocolos que faciliten esta modalidad,²⁶ lo que significó, que la atención de manera presencial a personas con otras patologías, se suspenda.

En este sentido, y en lo que respecta, a los servicios de salud mental, mediante disposición ministerial, se determina, “brindar atención psicológica intramural mediante la utilización de medios tecnológicos”; así mismo, a “usuarios que se encuentran en cuarentena dentro del cerco epidemiológico”, a través de las unidades del Primer Nivel de Atención. En los casos de urgencias psiquiátricas, desde las coordinaciones zonales, se “deberá reorientar las urgencias y emergencias de salud mental hacia otros establecimientos, organizando micro redes en dicha atención e informando a los establecimientos de los cambios realizados, con el fin de garantizar la atención urgente y emergente en salud mental”.²⁷

Tal fue así, que, para la modalidad de asistencia mediante medios tecnológicos, la Mesa Técnica de salud y atención pre hospitalaria adscrita al Comité de Operaciones de Emergencia [COE] Nacional, de la cual el MSP fue parte, emitió al inicio de la pandemia, el Protocolo para Atención Teleasistida de Salud Mental en COVID-19, en el cual establece los procedimientos a ser efectuados por personal de salud mental de instituciones públicas.²⁸

Por lo expuesto, el impacto de la pandemia en la organización y prestación de servicios en general y de salud mental en particular, en el SNS del Ecuador durante el año 2020, comprendió la imposibilidad de acceder por parte de la población, a la atención presencial en la mayoría de centros de salud, la escasa disponibilidad de especialistas para atender otros problemas que no sean la COVID-19, la limitación en la dispensación de medicamentos. Esta situación, en la esfera de la salud mental del sujeto pudo ocasionar, desde la descompensación de un cuadro clínico, como ocurre con la esquizofrenia, la depresión grave, los trastornos de ansiedad, o la falta de continuidad del tratamiento, hasta la dificultad en la detección de casos

de suicidio (intentos o consumados), violencia, o de otros trastornos mentales -como el estrés postraumático-, que, en mayor medida, se los debería realizar en establecimientos que corresponden al primer nivel de atención.²⁹ Aunque, cabe señalar que el debilitamiento del sistema público de salud en el país, se evidenciaba desde el año 2018, con la aplicación de medidas como la disminución del presupuesto asignado a salud, así como la desvinculación de profesionales encargados de la atención directa a los usuarios de establecimientos en los tres niveles de atención.³⁰

Situación de salud en el Ecuador durante la pandemia

En el Ecuador, mediante acuerdo ministerial N° 00126-2020, emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), el 11 de marzo del 2020, se declara el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del sistema nacional de salud”.²⁵ Sin embargo, el primer caso de coronavirus en el país, ocurrió el 29 de febrero; ante esto, el Ministerio de Salud Pública, como parte del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional, inicia el registro de los casos positivos de COVID-19. Al respecto, para el 16 de marzo, se contabilizaba un total de 55 casos confirmados, con dos fallecidos, la mayor parte en las provincias del Guayas (37), Los Ríos (10) y Pichincha (8).³¹ Para noviembre del 2020, la cantidad de enfermos asciende a 184.876 casos confirmados, 13.189 fallecidos (entre confirmados y probables COVID-19), la mayor parte, (66.558; 36%) localizados en la provincia de Pichincha, y de estos, 61.247 (92%) fueron de la ciudad de Quito;³² aunque, cabe señalar, que el comportamiento de contagios, cambia a partir de agosto -antes de este mes, la ciudad con mayor número de contagios era Guayaquil-, en que se observa un aumento exponencial en la ciudad de Quito, que concentra la mayor cantidad de habitantes en el país.

Respecto de la salud mental, para el 24 marzo del 2020, el MSP, a través de su instancia nacional de salud mental, interviene de manera telemática en 2233 personas entre sospechosas y confirmadas con COVID-19. De éstas, el 65,7% fueron de la provincia del Guayas, seguida de Pichincha con el 12,81%, y Los Ríos con el 4,66%, la mayor parte hombres (51,59%). Por rangos de edad el 83,83% se encontraba entre 20 a 64 años, seguido de adultos mayores de 65 años con el 10,12%. (MSP, 2020). Esta intervención consistió en brindar apoyo emocional a las personas que se encontraban dentro del cerco epidemiológico, así como en la aplicación de un instrumento de tamizaje (PHQ- cuestionario de salud del paciente) en salud

mental. Al respecto, entre los hallazgos más relevantes, se pudo establecer que de los 759 pacientes que completaron el cuestionario, el 20,3% presentaron sintomatología depresiva moderada a severa, y un 22,5% de síntomas de ansiedad moderados a severos.³³

La atención y seguimientos respectivos a estas personas, fueron solventadas por profesionales del MSP; mientras que en la modalidad de teleasistencia, se sumaron las instituciones de la red integral de salud como son el IESS, ISSPOL, Cruz Roja, y las organizaciones de la sociedad civil, como los gremios de psicólogos, facultades de psicología de universidades.

En cuanto a la teleasistencia, el MSP a través de la línea 171 registró en el año 2020, una cantidad de 194083 intervenciones, de las cuales el 39% corresponden a tele psicología, el 40% a primeros auxilios psicológicos, 17/ psicoeducación y 4% tele psiquiatría.

RESULTADOS POR SECCIONES DEL INSTRUMENTO WHO AIMS

La información que se detallan a continuación corresponde a cada sección del instrumento WHO-AIMS; no obstante, en algunos ítems, los datos no estaban disponibles, por lo que no se los registró.

SECCION 1: POLITICA Y MARCO LEGISLATIVO

Política y legislación en salud mental

Al momento en el Ecuador no existe una ley específica de salud mental, a pesar de que existen iniciativas de gremios de profesionales de la salud mental, por incluirla en la agenda legislativa.³⁴ No obstante, el país cuenta con una serie de cuerpos legales, en los que constan temas relacionados a la salud mental, como se puede observar los más relevantes en la tabla 1, aunque está presente, además, en acuerdos ministeriales, planes nacionales, reglamentos.³⁵

Tabla 1. Legislación que incluye temas de salud mental en Ecuador

Año	Detalle
2008	<u>Constitución de la República del Ecuador.</u> La salud mental se menciona de manera explícita en los artículos 203 y 38, y de manera implícita en el 32,35,46, y en el 364, menciona las adicciones como un problema de salud pública. ³⁶
2008	<u>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD).</u> El país debe informar regularmente al Comité de la CDPD sobre los avances efectuados en materia de salud mental sobre todo en acciones que permitan la desinstitucionalización de personas que se encuentren en los hospitales psiquiátricos ³⁷

2006	<u>Ley Orgánica de Salud.</u> Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental. ³⁸
2012	<u>Ley Orgánica de Discapacidades.</u> Establece la necesidad de promover la reinserción familiar de personas con discapacidad física y mental en situación de abandono y de insertarlas excepcionalmente en centros de acogida inclusivos. ³⁹
2014	<u>Código Integral Penal.</u> Prevé el internamiento en hospital psiquiátrico de la persona inimputable por trastorno mental, previo informe psiquiátrico, psicológico y social. ⁴⁰
2012	<u>Modelo de Atención Integral de salud, con enfoque familiar y comunitario.</u> Integrar a la Salud Mental en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. ²
2018	<u>Modelo de Gestión Operativa de Atención de salud en Contextos de Privación de la Libertad.</u> Se plantea varias modalidades de atención para personas con problemas de salud mental en contexto de privación de la libertad.
2020	<u>Acuerdo 0030-2020 sobre tipología de servicios de salud.</u> Incluyen los servicios de salud mental, en el sistema nacional de salud. ²¹

Elaboración propia

Plan de salud mental

El país cuenta con un Plan Nacional Estratégico de Salud Mental periodo 2014-2017, publicado en el año 2014, el cual está constituido por 5 lineamientos estratégicos:

1. Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud
2. Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización
3. Brindar Atención Integral en Salud a las personas que usan o consumen drogas
4. Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental
5. Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria

Además, incluye objetivos, misión y visión, y principios orientadores, no obstante, una falencia en la estructura del documento es la ausencia de indicadores y metas que permitan

monitorear y evaluar el plan, así como el detalle del presupuesto y otros recursos necesarios para su implementación.^{4,5}

Modelo de Atención de Salud Mental

Se encuentra vigente el Modelo de Atención de Salud Mental, con enfoque familiar y comunitario, el cual contiene una tipología de servicios en los tres niveles de atención, que se debe actualizar conforme la nueva tipología de servicios publicada por el MSP mediante acuerdo 0030, del año 2020, que se considera un avance importante en la incorporación de servicios de psicología en todos los centros que corresponden al primer nivel, diferente de la anterior tipología, en la que solamente constaban en los centros tipo B y C;⁴¹ además, en el segundo nivel, se menciona los centros de atención ambulatoria en salud mental con especialidades de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional, articulados con residencias terapéuticas externas (incluye aquellos destinados a personas con consumo problemático de drogas). Por otra parte, en los hospitales básicos y generales no figuran las unidades de salud mental hospitalaria, como establece la normativa de salud mental vigente,⁴² solamente servicios de psicología.

En el tercer nivel, si bien, se emplean términos genéricos del tipo de establecimiento, no se hace mención acerca de centros especializados, como los Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD);⁴³ respecto de los establecimientos de servicios de apoyo, se mencionan los de lenguaje, y terapia ocupacional para problemas en la esfera psicosocial.

En lo que respecta a los subsistemas del Sistema Nacional de Salud (SNS), las instituciones de la seguridad social, se acogen a lo dispuesto por la ASN, conforme establece el *Convenio Marco Interinstitucional para integrar la Red Pública Integral de Salud, Nro. 011 del 11 de abril de 2012*;⁴⁴ sin embargo, se observa un limitado conocimiento acerca del PNSM, así como del Modelo de Atención de Salud Mental, y la tipología de servicios de salud mental (Acuerdo 0030, año 2020). Esto se repite en las instituciones privadas con y sin fines de lucro. Se evidencia políticas y estrategias internas relacionadas a la salud mental (género, tratamiento de adicciones -ISSPOL-; estrategia de salud mental y apoyo psicosocial, manuales de salud mental -Cruz Roja-).

Financiamiento en Salud Mental

El financiamiento en salud mental en el MSP ha sufrido variaciones significativas desde el año 2013, en el que se inicia la ejecución del proyecto de salud mental, siendo el año 2015 el de mayor inversión con 2599571.4 USD, que representa el 24.2% del período 2013-2019 (tabla 2), destinado a tres ejes: a) implementación y/o adecuación de servicios -sobre todo de centros de tratamiento residenciales y ambulatorios intensivos para personas con adicciones-, b) acciones de promoción y prevención, material didáctico, y c) elaboración de normativa; aunque también se empleó en la contratación de recursos humanos. Para el año 2020, no se registra monto de inversión realizada. Si se toma en cuenta solo este tipo de gasto, para el año 2019, el monto destinado a salud mental representó apenas el 0.06% del total asignado a salud, muy por debajo de la mediana de países de la región, que se ubicó en el 2%.⁴⁵

Tabla 2. Presupuesto de inversión asignado a la salud mental en Ecuador

Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Monto	314707,9	1225296,6	2599571,4	1770826,6	2.303.649,3	532.617,3	1.991.381,5	10738050,6

Fuente: PCISRSMCCE, Año 2021

Lo que corresponde a gasto corriente en salud -entendido como el consumo final en bienes y servicios sanitarios, incluyendo tanto aquellos provistos directamente a los individuos, como los servicios colectivos de salud-, en el componente de salud mental, resulta difícil determinarlo con exactitud, sin embargo, el MSP cuenta con dos informes técnicos referentes a los años 2016 y 2020 sobre estimaciones del presupuesto, realizado por la Coordinación Nacional Estratégica de la Salud, en los que por rubro de gasto, en el año 2016, el 33% se lo destinó al primer nivel de atención, y el 67% al nivel hospitalario; y de este porcentaje, el 23,7% a los hospitales Julio Endara y San Lázaro.

Para el año 2020, el 30.6% corresponde a la atención en hospitales especializados y de especialidades -aunque a este porcentaje habría que añadir el 8.6% empleado en compra de servicios, que por lo general fueron establecimientos de especialidad psiquiátrica-, frente al 20.2% de prestaciones en el primer nivel de atención.

Adicional, como se puede observar en la (tabla 3), tanto el gasto en medicamentos y la compra de servicios registran un aumento significativo, en 2.9 y 5,5 puntos porcentuales respectivamente, respecto del año 2016. Por último, el MSP habría destinado en el año 2020, el 2,3% del presupuesto total devengado para atender patologías relacionadas con salud mental.

Tabla 3 Estimación presupuesto de gasto corriente destinado a tratar problemas de salud mental con base a costo estimado de prestaciones sanitarias años 2016, 2020.

Resumen	Año 2016		Año 2020	
	N° Personas estimadas.	Costo estimado	N° Personas estimadas.	Costo estimado
Ambulatorio básico	45678	14037306.1	65602	20160069.6
Ambulatorio intensivo	5287	3076463	7594	4418607.6
Egresos hospitalarios	1917	3298209.6	4015	5014848.8
Tratamiento hospital de especialidades	NR	NR	944	1619725.5
Pacientes crónicos institucionalizados	353	11662633.8	363	11959981.5
Compra de servicios de salud mental		955371,4*		5273307.2
Gasto en medicamentos		4217401.5*		12332996.4
Estimación de presupuesto/ base estimado prestaciones sanitarias		36345649.9		60779536.9
% Presupuesto salud mental/ total salud		1.5%		2.3%

Fuente: MSP, Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. NR. No registra

* Estos rubros se registran en el informe año 2016, como estimación de presupuesto con base en el gasto.

Hay que añadir, que según datos del único hospital psiquiátrico público -Hospital Psiquiátrico Julio Endara-, la cantidad de presupuesto de gasto corriente asignado en el año 2020, fue de 4792119,76 USD, y si consideramos que históricamente, la mayor cantidad de gasto se direcciona a este establecimiento, se podría estimar que la inversión realizada en unidades de primer nivel o en actividades de promoción o prevención, sería menor. Adicional, es necesario indicar que, desde el año señalado, el presupuesto de salud mental está dentro del gasto corriente del MSP.

Sin embargo, los informes mencionados presentan ciertas limitaciones, como el tomar como referencia para la estimación de personas que requirieron atención ambulatoria y ambulatoria intensiva, a aquellas entre 15 y 64 años y con consumo problemático de drogas ilícitas, dejando de lado a personas con otros problemas de salud mental y a menores de 15 años; además, en el informe del año 2016, se presenta la estimación de presupuesto con base a: costo estimado de atenciones médicas y al gasto, obteniendo dos porcentaje de 1.5% y 1.4% respectivamente; y en el año 2020, se presenta la estimación con base al costo estimado de prestaciones sanitarias, que se estima en 2.3%, lo que dificulta realizar una comparación, puesto que existen algunos rubros que constan en la estimación con base en el gasto, en el año 2016, mientras que en el año 2020 se registran en prestaciones sanitarias. Por último, el análisis se lo hizo con base en un estimado de la población que requeriría atención en modalidad ambulatoria básica e intensiva, y no sobre aquellas que fueron atendidas por tipo de trastorno en los servicios del MSP. Por último, se desconoce si se consideró otro tipo de intervenciones, como las de tipo colectivas en salud mental, para la elaboración de estos informes de estimaciones.

Respecto del financiamiento de servicios y/o acciones de salud mental en la red de servicios, el IESS asignó el 1.2% del presupuesto total de salud, destinado a atenciones calificadas como enfermedades de salud mental; el ISSFA el 7.1% respecto del gasto total de salud, empleados en la compra de servicios externos; en el ISSPOL, el porcentaje designado para salud mental depende de los procesos de adquisición, por lo que no hay monto fijo, y, en la Cruz Roja en el año 2020, se asignaron 336.741,31 USD, destinados a contrataciones de personal de psicología.

En cuanto al acceso a psicofármacos, la mayor parte de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos se encuentran en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (MSP, 2019)⁴⁸ y en lineamientos para la favorecer su disponibilidad en los tres niveles de atención.⁴⁹

No obstante, según datos de la Dirección Nacional de Hospitales del MSP, en el caso del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, la disponibilidad de este tipo de medicamentos en el año 2020, fue del 55%; incluso, según datos obtenidos de los grupos focales con usuarios y familias de personas con trastorno mental, de aquellos que no los reciben de manera gratuita (parcial o total) en establecimientos de salud públicos, el gasto de bolsillo se encuentra en rangos de 40 a 120 dólares, con una mediana de 75 dólares al mes; siendo, la mayor parte de los medicamentos utilizados, los antipsicóticos (risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina, haloperidol, aripripazol, levomepromazina), antidepresivos (fluoxetina, amitriptilina, carbamazepina, carbonato de litio), y ansiolíticos (alprazolam).

Evaluación y formación en recursos humanos en Salud Mental

La Autoridad Sanitaria Nacional, cuenta con una Dirección Nacional de Derechos Humanos, aunque, cabe mencionar que no posee procesos de salud mental; por lo tanto no cuenta con un organismo de vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos (DDHH) en pacientes con trastornos mentales. En el año 2020, se llevaron a cabo capacitaciones en este tema, en el Centro de Atención Ambulatoria San Lázaro y en el Hospital Especializado Julio Endara a través de webinars, como parte del proceso de docencia.

En cuanto a la capacitación al personal sobre protección de los derechos humanos a personas con trastorno mental en los demás actores de la RPIS, no se realizó ninguna durante el año 2020.

SECCION 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Integración organizacional de los servicios

En cuanto a la presencia de una instancia administrativa de salud mental en el MSP, este no cuenta con una dirección nacional, sino con un proyecto de inversión denominado *Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones (PCISRSMCCE)*, que pertenece a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios; adicional, en la Subsecretaría de Promoción

de la Salud e Igualdad, consta como una gestión interna en la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

En los otros subsistemas de la RPIS, no se cuenta con instancias administrativas (Direcciones) exclusivas de salud mental, no obstante, este componente está incluido en otras instancias, como la dirección de Atención Integral (ISSPOL), o del programa línea de acción de salud y desarrollo comunitario (Cruz Roja).

La organización de los servicios en cuanto a su presencia en el territorio, se la realiza, en la mayoría de ocasiones, con base en la disponibilidad de espacios (edificaciones que pertenecieron a otros ministerios o establecimientos de salud), como son los casos de los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI) en unidades que corresponden al primer nivel de atención, y los CETAD públicos, o por estudios de proyección de la demanda, sobre todo de personas con trastornos derivados del consumo de drogas.^{50,51} No existe registros sobre reuniones de planificación territorial de servicios de salud mental con los otros proveedores del SNS.

Mediante el acuerdo ministerial 0074-2017 se estima la cantidad de establecimientos por niveles de atención para el SNS, entre los que se incluyen un total de 329 centros y servicios especializados para tratamiento de adicciones (197 CETAD y 132 SAI). No obstante, para las ciudades con mayor cantidad de población, como Guayaquil (Zona 8 junto con Durán y Samborondón) se determina tres servicios residenciales y dos de modalidad ambulatoria intensiva, y, para la ciudad de Quito, (Zona 9), solamente uno residencial.⁵² Los criterios empleados para la planificación de estos servicios fueron: a) variables de demanda, b) variables sociables y c) capacidad de respuesta, obtenidas de registros de atenciones ambulatorias,, egresos hospitalarios; defunciones; tasas de psicólogos, psiquiatras, entre otros.

Cabe señalar que esta estimación de servicios, se la realizó con base en el acuerdo 5212 sobre tipología de servicios en la RPIS, pero en el año 2020, el MSP emite mediante acuerdo 0030, una clasificación de servicios que incluye, en los centros de primer nivel tipo A, B y C el servicio de psicología (en el anterior acuerdo solo constaban en los tipo B y C), en el segundo nivel se incorpora los centros de atención ambulatoria en salud mental, que incluye las residencias de apoyo terapéutico externas; aunque, en hospitales básicos y generales no se mencionan las unidades de salud mental hospitalarias.²¹

Establecimientos o dispositivos de salud mental

Establecimientos de salud mental ambulatorios. Conforme a la tipología de servicios vigente, el MSP cuenta con 355 servicios de atención ambulatoria de salud mental -por lo general, a través de prestaciones de psicología-, ubicados en establecimientos de primer nivel de atención, que representan el 22.9% del total de unidades de salud en ese nivel (tabla 4), denominados *servicios ambulatorios básicos*, cuyas principales actividades son atención por demanda agendada por el sistema 171, opción 1 y por demanda espontánea, contra referidos o derivados de otras instituciones. Cabe aclarar que en esta cantidad se considera solamente al personal de psicología permanente en unidades de salud; se excluyen a aquellas en los que psicólogos realizan itinerancias, puesto que, la permanencia y disponibilidad de los servicios de salud mental, que incluye personal, medicamentos y dispositivos médicos, además de atención de urgencias, son requisitos necesarios para considerarlos como establecimientos ambulatorios, dentro de las definiciones que propone el instrumento (WHO-AIMS) y otros sistemas de clasificación de servicios de salud mental.^{7,53} En este sentido, otra de las falencias en este nivel, es la limitada disponibilidad de psicofármacos, así como del personal encargado de la prescripción.

Tabla 4. Servicios de salud mental por niveles de atención del Ministerio de Salud Pública

Nivel de atención	Tipología General	Cantidad	Servicio Salud Mental	Cantidad
Primer Nivel	Centro Tipo A	1294	Ambulatorio Básico Ambulatorio Intensivo	180
	Centro Tipo B	200		126
	Centro Tipo C	55		49
		1549		355
Segundo Nivel	Hospital Día	1	Unidad Salud Mental Hospitalaria	1
	Hospital Básico	85		69
	Hospital General	33		33
		119		103
Tercer Nivel	Hospital de Especialidades	4		2
	Hospitales Especializados	10		6
			Hospital Psiquiátrico	1
			Centro atención especializada Salud Mental	1
			Centro tratamiento adicciones	12
		14		22

Fuente: PCISRS MCCE, Año 2020

Incluidos en la cantidad de servicios ambulatorios referida, se registra 71 servicios denominados *Ambulatorios Intensivos*, destinados a la atención de personas con trastorno mental grave y con consumo problemático de drogas, referidos de establecimientos de segundo y tercer nivel.⁵⁴ No obstante, la mayor cantidad de usuarios acuden por la segunda causa. Estos servicios están ubicados en espacios disponibles -y adecuados para el efecto-, de algunos centros tipo A, B y C, y, en ocasiones, comparten recursos de psicología y terapia ocupacional, y, de psiquiatría en modalidad de itinerancia.

En cuanto a las causas de morbilidad más frecuentes en este nivel, se toma como referencia los servicios de la ciudad de Quito (Zona 9), que concentra la mayor cantidad de población y recursos en el país, y estos son: trastornos de ansiedad, retraso mental, depresión, trastornos del desarrollo y trastornos orgánicos.⁵⁵ Los usuarios de estos servicios son en mayor cantidad mujeres y niños; aunque, no existen servicios específicos para el grupo de niñez y adolescencia, y las prestaciones a este grupo forman parte de la cartera de servicios general.

Establecimientos de tratamiento diurno. En el MSP, el Centro Especializado Ambulatorio San Lázaro, ubicado en la ciudad de Quito, es el único establecimiento que cumple con los requisitos para ser considerado de tratamiento diurno; estos son: a) estar disponibles para grupos de usuarios simultáneamente, b) los usuarios permanecen en el establecimiento después del contacto directo con el personal, y c) involucra su presencia durante medio día o todo el día.

Las principales causas de morbilidad en este establecimiento, son los trastornos debido al uso de sustancias psicoactivas, seguido de los trastornos de ansiedad, depresión, de la personalidad, y la esquizofrenia. El rango etario de los usuarios es de 14 a 65 años.⁵⁵

Se excluye de esta clasificación a los servicios ambulatorios intensivos, que, por lo general atienden a personas con problemas de consumo de sustancias.

Unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria. Se registra un total de 112 unidades denominadas de *Salud Mental Hospitalarias (USMH)*, sobre un total de 118 establecimientos de segundo nivel entre hospitales básicos y generales. Sin embargo, esta denominación no existe en acuerdo oficiales del MSP. Respecto de la organización del servicio, según datos de la Dirección Nacional de Hospitales, se maneja camas de hospitalización polivalentes, y no se consideran camas específicas para pacientes con problemas de salud mental.

A esto habría que añadir que estas *unidades* funcionan como servicios de apoyo en hospitalización, emergencias y consulta externa, por lo que presentan limitada capacidad para el ingreso y permanencia de pacientes.

En el perfil de morbilidad de hospitales de segundo nivel de atención del MSP, se toma nuevamente como referencia los datos de tres hospitales generales y un básico de la ciudad de Quito (Enrique Garcés, Pablo Arturo Suárez, General de Calderón; Alberto Correa), en los cuales se ubica en primer lugar los trastornos de ansiedad, seguidos de los depresivos, trastornos mentales orgánicos, trastornos debido al consumo de sustancias y retraso mental. El grupo etario comprende a usuarios de 20 a 65 años.⁵⁵ Cabe recalcar, que, debido a la pandemia, se suspendió la atención en consulta externa, e incluso, parte de los hospitales -sobre todo en las ciudades de Quito y Guayaquil-, dedicaron la atención a pacientes COVID-19, por lo que la atención a pacientes con problemas de salud mental, se vio afectada en el acceso, por lo que muchos de ellos -al menos en la ciudad de Quito-, fueron derivados al Hospital Julio Endara.

Hospitales psiquiátricos. El MSP cuenta con el Hospital de Especialidad Julio Endara, con una disponibilidad de 146 camas, distribuidas en: 70 en internación de agudos (12 adolescentes; 50 agudos; 8 residencia transitoria) y crónicos (62 crónicos; 14 judicializados). Aunque en el año 2020, se suspendió el servicio para adolescentes, y se cambió la residencia terapéutica por la denominación de comunidad terapéutica. El hospital tiene una tasa de ocupación del 64.2%, con un promedio de estada de 189.5 días (6.3 meses), y el rango de larga estancia de pacientes es de 5-10 años; en este caso los pacientes denominados *crónicos*. Durante los últimos cinco años no ha variado la cantidad de camas.

El perfil de morbilidad en el año 2020 fue, en primer lugar, trastornos del humor (depresión, distimia, trastorno bipolar), seguidos de trastornos neuróticos (ansiedad, reacción estrés grave, pánico), esquizofrenia paranoide, retraso mental, trastornos debido al consumo de sustancias. El rango edad fue de 16 a 65 años, y por sexo, el número de atenciones fue de 7649 mujeres y 2817 hombres, la mayor parte mestizos, seguido de afroecuatorianos e indígenas.⁵⁵

Respecto del ingreso a emergencias u hospitalización, el uso de la contención física, de acuerdo a la revisión de 10 historias clínicas al azar, en tres de ellas se registró haber realizado el procedimiento en casos de agitación psicomotriz y hetero agresión, y, en las siete restantes, se procedió con contención farmacológica, en casos de depresión grave sin síntomas psicóticos, esquizofrenia, retraso mental, personalidad inestable.

La disponibilidad de psicofármacos fue del 55% entre estas, antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticas y antiepilépticas. En cuanto al tiempo de espera para una cita de atención psiquiátrica, es de hasta 2 meses, y cuando se trata de referencias, fue menor a 15 días.

De manera general, el perfil de morbilidad en el año 2020, en unidades de los tres niveles de atención que pertenecen al MSP, en modalidad presencial, los trastornos neuróticos, seguidos de los del humor (tabla 5) fueron los más frecuentes, con un total de 541320 consultas realizadas.

Tabla 5. Perfil de morbilidad salud mental en establecimientos de los tres niveles de atención MSP, año 2020

Código CIE 10	Descripción	N° Consultas	%
F40 - F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	162286	23.9
F30 - F39	Trastornos del humor	91671	13.5
F70 - F79	Retraso mental	60070	8.8
F10 - F19	Trastornos mentales y del compartimento debido al uso de sustancias psicotrópicas	49240	7.2
F80 - F89	Trastornos del desarrollo psicológico	40527	6.0
F20 - F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	40264	5.9

F90 - F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	36787	5.4
F00 - F09	Trastornos mentales causados orgánicos incluidos los trastornos sintomáticos	34729	5.1
F50 - F59	Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones físicas y a factores somáticos	13778	2.0
F60 - F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	11180	1.6
F99	Trastorno mental no especificado	698	0.1
	Total	541230	100

Fuente: RDACAA, PRAS; PCISRSMCCE, Año 2020

En el sector privado, según datos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepaga (ACCES), el país cuenta con 8 hospitales especializados de salud mental, en las ciudades de Guayaquil (1), Quito (5), Cuenca (1) y Santo Domingo de los Tsáchilas (1). De tres hospitales que consignaron información, se desprende lo siguiente: 385 camas, la mayor cantidad de atenciones fue a mujeres, por trastornos del estado de ánimo, seguidos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de personalidad, y por consumo de sustancias.

Un hospital registró que el 92% de los ingresos fueron involuntarios; respecto del tiempo de estada mayor a diez años, entre dos establecimientos, 140 pacientes se incluyen en este rango; mientras de uno a cuatro años, 58 pacientes, y menos de un año, 780 personas. El tiempo de días de estancia en los tres hospitales varía entre un rango inferior de 1 mes a 5 meses el superior. La restricción física fue de un 2.5%; 60% y 98% del total de pacientes ingresados en el año 2020. No presentaron desabastecimiento de psicofármacos.

Respecto de la atención a adolescentes, dos instituciones brindaron esta prestación a menores de 17 años, con una asignación de 30 camas; la mayor parte de las atenciones fue por problemas en la relación con los padres, seguidos de episodios depresivos moderados a graves, trastornos psicóticos, y de estrés postraumático.

Por otra parte, los subsistemas que son prestadores directos de servicios de salud, no cuentan con establecimientos exclusivos de salud mental, pero si disponen de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica, infantil y psico rehabilitación, que forman parte de la cartera de servicios de unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención, las cuales, sobre todo en primer nivel, gran parte fueron atendidas de manera telemática.

El mayor número de atenciones de las especialidades de salud mental en la seguridad social de las fuerzas armadas (ISSFA, ISSPOL) fue realizada a hombres entre 20 a 64 años, con trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del desarrollo psicológico, consumo de sustancias, y conflictos de pareja. En el IESS, el mayor número de atenciones correspondieron a mujeres con edades comprendidas entre 40 a 64 años, con trastornos afectivos, y otros trastornos debidos a lesión y disfuncionalidad cerebral. Respecto de la Cruz Roja, las atenciones fueron en gran medida brindadas a mujeres de 20 a 65 años, con trastornos afectivos, adaptativos, consumo de sustancias y síndrome de violencia.

En el caso de camas asignadas a psiquiatría en hospitalización (general y de especialidades), el IESS, contaba con 32 camas, con un rango de 13 a 51 días de estancia. Sobre las prácticas de ingresos involuntarios a pacientes con trastornos mentales, no se cuenta con información. Los psicofármacos están disponibles en los subsistemas que cuentan con establecimientos de salud, excepto de la Cruz Roja. El tiempo de espera para la especialidad de psiquiatría en el ISSPOL es de 8 días, y en el IESS de 9 días para consulta externa en hospital general, y de 3 meses en hospital de especialidades; en el ISSFA, se menciona que el tiempo de espera es de 7 días en la red privada de salud donde contratan servicios; en la Cruz Roja, al disponer de servicios que corresponden al primer nivel de atención, no cuentan con esta especialidad

Otros dispositivos de salud mental. El MSP al año 2022 cuenta con 11 Centros Especializados de Tratamiento de Adicciones, ubicados en siete de las nueve zonas de salud, con un total de 460 camas, para atención en modalidad residencial; 4 de estos centros son para atención de adolescentes varones y 1 para adolescentes mujeres de 12 a 17 años que ingresan con orden judicial, y las demás para adultos varones de 18 años en adelante. No existe un centro de tratamiento de adicciones público para mujeres adultas. Dos de estos CETAD cuentan con permisos de funcionamiento: Gualaceo y Portoviejo.

Adicional, según datos de ACCES, en el país existen 55 CETAD privados con permisos para su funcionamiento, 96 consultorios de psiquiatría, 358 de psicología, 2 de neuropsiquiatría, 7 de neuropsicología, y 2 centros especializados de salud mental en el país con autorización para funcionar; 6 establecimientos de salud que ofertan áreas de residencia y tratamiento para personas con Trastornos Mentales Graves. Finalmente, los establecimientos

que no son de salud y que acogen a personas con Trastornos Mentales Graves son regularizados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), en los cuales, no necesariamente se brindan atenciones en salud.

SECCION 3: SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Formación del personal no médico para la atención primaria de salud

Durante el año 2020, debido a la pandemia principalmente, se desarrollaron cursos en modalidad virtual en temas prevención y manejo de suicidio, violencia de género, salud mental en la pandemia, primeros auxilios psicológicos al personal de enfermería, medicina, técnicos de atención primaria de salud (TAPS) y psicología de los establecimientos de salud tanto del MSP, como de instituciones que conforman la RPIS, y al personal del cuerpo de bomberos.

No obstante, desde el año 2016, se registran capacitaciones dirigidas a personal especializado y no especializado en salud mental del MSP en los tres niveles de atención, como técnicos de atención primaria, médicos generales, enfermeros/as, fundamentalmente en la detección, manejo y referencia de personas con trastornos mentales (MhGAP), y relacionados al consumo de sustancias, como el paquete de capacitación TREATNET (tratamiento a personas con consumo de drogas basado en la evidencia); esto como parte del “Plan de Fortalecimiento de la Capacidad de Respuesta de la Red de Servicios para la Atención Integral de la Salud Mental y Drogas”, en el MSP, en modalidades presencial y virtual; así como en prevención y manejo del suicidio, con la participación de un total de 9119 personas, como se detallan en la tabla 6.

Tabla 6 Cantidad de personal de salud capacitado en temas de salud mental período 2016-2020

Tema	Asistentes	Nº Capacitados
TREATNET	Modulo A. Técnicos de Atención Primaria, trabajadoras sociales Módulo B. Psicólogos Módulo C. Médicos	3251
TREATNET	Modulo A. Técnicos de Atención Primaria, trabajadoras sociales Módulo B. Psicólogos Módulo C. Médicos	627
MhGAP	Psicólogos, psiquiatras, médicos internistas, familiares, enfermeros	1092

Prevención de suicidio	Técnicos de Atención Primaria, funcionarios RPIS	3369
Emergencias y Desastres	Psicólogos y psiquiatras	780
Total		9119

Fuente: PCISRSMCCE, Año 2020

Respecto de la formación de salud mental en pregrado de enfermería, las medianas entre 20 universidades del país, fue de 3 horas, sobre 132 horas de una asignatura. No se pudo obtener datos de la carrera de medicina. De igual manera, no se pudo identificar interacciones entre los centros de atención primaria con servicios de salud mental de hospitales; aunque el IESS reportó que el 3% de las referencias fueron a servicios de psiquiatría en tercer nivel de atención.

SECCION 4: RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

Disponibilidad de recursos humanos

En el país, según datos proporcionados por la ACCES (2020) a nivel nacional están registrados profesionales de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, otros trabajadores de la salud mental (565 entre neuropsicólogos, psiquiatras infantiles y psicorehabilitadores), de enfermería (aunque se desconoce la cantidad de este recurso que trabaja exclusivamente en salud mental), obteniendo las siguientes tasas de profesionales por cada 100.000 habitantes

Tabla 7 Número de profesionales de la salud mental en Ecuador

Tipo de profesional	Cantidad	Tasa/100.000 hbts
Psiquiatría	412	2.3
Psicología	12.772	71.3
Terapia ocupacional	956	5.3

Elaboración propia
Fuente: ACCES 2020

En cuanto a la disponibilidad de profesionales de salud mental a nivel nacional en la RPIS, varía de acuerdo a cada subsistema; la mayor cantidad de profesionales se encuentran en el MSP, con una tasa de 4.2 psicólogos, 0.4 psiquiatras y 0.3 terapistas ocupacionales por cada 100000 habitantes. La variedad de personal exclusivo para la gestión de servicios y atención de

salud mental, tanto operativo como administrativo, suman un total de 1216 funcionarios (se desconoce la distribución exacta por niveles de atención), seguido de establecimientos del IESS con 242 (tabla 8). En el caso del ISSPOL registra 46 profesionales (no detalla por especialidad) y la Cruz Roja con 51 psicólogos clínicos. El ISSFA, al contratar servicios externos, no cuenta con profesionales de salud mental de planta.

Tabla 8. Tipo de profesionales por subsistema de salud

Subsistema	Psicología	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Psiquiatría	Coordinador Técnico	Medicina General	Operador De Casa	Bioquímica Farmacéutica	Nutricionista	Enfermera	Admisionista
MPS	759	82	45	73	12	11	149	12	10	51	12
IESS	184	-	-	58	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: MSP, IESS. Año 2020

Respecto de la ciudad de Quito, la de mayor cantidad de población en el país, en la red privada, existen cinco hospitales psiquiátricos, de los cuales dos facilitaron información sobre recursos humanos; en uno de ellos, registra 8 psiquiatras, 3 médicos familiares, 6 psicólogos, 2 trabajadoras sociales, 5 terapeutas ocupacionales y 93 personas, entre enfermeras y auxiliares; en el otro, 71 funcionarios (aunque no indica tipo de profesional). Por otra parte, la cantidad de profesionales de salud mental agremiados, y que se encuentran en los diferentes subsistemas del SNS, según los distintos gremios que aportaron con esta información, fue la siguiente:

Tabla 9. Profesionales de salud mental por sectores, en la ciudad de Quito

Tipo Profesional de	MSP	MIES	IESS	ISSFA	ISSPOL	GAD	ONG	PRIV
Psiquiatría	20	0	11	3	1	0	4	15
Psicología infantil rehabilitación	28	19	11	1	3	24	28	167
Terapia ocupacional	10	-	-	-	-	3	1	5

Fuente: Asociaciones de psiquiatras, psicorehabilitadores, y terapeutas ocupacionales. Año 2020

En cuanto a los profesionales de trabajo social, según el ACCES, estos no están contemplados como profesionales de salud. No obstante, según la Asociación de trabajo social, tienen una presencia de 82 funcionarios en distintos sectores (MSP, Ministerio de Inclusión Social -MIES-, seguridad social, gobiernos autónomos descentralizados -GAD-, organizaciones no gubernamentales y sector privado) en la ciudad de Quito; lo que representa una tasa de 2.9 por cada 100.000 habitantes en esta ciudad.

Asociaciones de usuarios y asociaciones de familias

Respecto de la participación de los usuarios de servicios de salud mental, esta es muy limitada, salvo algunos casos, como la de dos agrupaciones adscritas al Centro Especializado San Lázaro del MSP, el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, y, en el ISSPOL, con grupos de apoyo en adicciones; no obstante, de que en las unidades de primer nivel de atención del MSP, se promueve la participación en salud mediante la creación de comités locales de salud y la conformación de grupos de autoapoyo (sobre todo en enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes e hipertensión) no existe evidencia de la incorporación de la salud mental en estas estrategias de participación.

Acercas de la existencia de asociaciones de personas con trastorno mental o de familiares, de datos obtenidos de entrevistas a 20 informantes clave, el 80% las conoce, y el 40% pertenece a una; como son los casos de la Fundación Ecuatoriana de Ayuda Terapéutica y Preventiva de Enfermedades Mentales, Huertomanías, Fundación Lady Laura, Club de personas de cuidadores de personas con discapacidad. En cuanto a la interacción entre estas organizaciones con instituciones del gobierno, la mayor parte de usuarios la desconoce, o en el mejor de los casos se restringe al uso del espacio físico de los establecimientos, y en muy pocos casos indican su participación en reuniones de actualización de políticas de salud mental (plan estratégico de salud mental), aunque no recibieran la retroalimentación de sus aportes. Adicional, la totalidad desconoce sobre programas del gobierno que oferten empleo, vivienda a personas con trastorno mental, e incluso de servicios de acogimiento institucional.

En cuanto a la utilización de servicios de salud mental, durante el año 2020, la mitad de entrevistados fueron atendidos en servicios públicos; de esto, el 22.2% tuvo que ser ingresado, con un tiempo de estada de 1 día a 3 meses, durante el cual, recibió psicofármacos,

atención psiquiátrica y psicológica; además, de la totalidad de entrevistados, el 89% no conoce servicios de salud mental (ambulatorios u hospitalarios; públicos o privados) cerca de su domicilio. En varios de los testimonios, se evidenció que la pandemia limitó el acceso a los servicios y el medicamento, *“durante la pandemia no se brindó atención psiquiátrica, ni por videollamada. No había medicación, tuve que comprar; no me dieron medicación hasta enero”* (M40), en este sentido, el mayor temor de los usuarios es no contar con el psicofármaco: *“si me cortan me afecta a mi recuperación; con la medicación estoy bien”* (F33).

Acerca de la calidad de la atención recibida durante el último año, una de las demandas de los usuarios y sus familias, fue el de diversificar las prestaciones terapéuticas en grupales y familiares y, sobre todo, las relacionadas a la recuperación y fortalecimiento de habilidades para la vida y su reinserción en su entorno familiar y comunitario, como lo indica un testimonio: *“no solo es el hecho de ir al psicólogo o al psiquiatra por la medicación; no termina ahí, debería haber talleres de costura, aprender a sembrar”* (M47); además de mejorar la comunicación del profesional con el usuario respecto del diagnóstico y el tratamiento a seguir; así lo menciona un entrevistado *“si tuve atención, pero no me dieron el diagnóstico”* (A29).

SECCION 5: EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULOS CON OTROS SECTORES

Promoción de la salud mental e intersectorialidad

Las campañas de promoción relacionadas a la salud mental, se realizaron de manera independiente por cada subsistema, con temas como: manejo del miedo en pandemia COVID, masculinidades en contextos de emergencia para prevenir, mitigar y erradicar la violencia de género, en el caso del ISSPOL; primeros auxilios psicológicos (PAP) post COVID-19 en adultos mayores, autocuidado de profesional de salud, en el IESS; PAP y autocuidado a personal de salud u otros (bomberos) en el caso de la Cruz Roja; de igual manera capacitaciones de temas relacionados a cuidado del personal en varios establecimientos del MSP. La mayor parte de estas actividades se las llevó a cabo en modalidad virtual, dentro de los establecimientos de cada subsistema, debido a la pandemia de la COVID-19.

En el marco del día mundial de prevención del suicidio, desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, se socializó el “Manual de capacitación para cuidadores comunitarios”, dentro del cual se capacitaron en estrategias comunitarias para la prevención del

suicidio, dirigido a Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS); adicional formación continua en intervención en crisis y abordajes en prevención del suicidio, a voluntarios de servicios de teléfonos, y, capacitación sobre suicidio, coordinado con universidades, entre otras acciones, que estuvieron coordinadas con varios actores y contaron con la participación de diferentes sectores de la población, tanto funcionarios públicos, como líderes comunitarios, academia; las cuales abarcaron también a funcionarios de la RPIS, con un total de 3369 participantes.⁵⁶

Adicional, se realizó un curso de capacitación en modalidad virtual sobre Derechos humanos de las personas de la comunidad GLBTI+, bajo la coordinación de una universidad privada, dirigida a los funcionarios de la RPIS.

Por otra parte, desde inicio de la pandemia de la COVID-19, en el país, se creó un Comité Operativo de Emergencias (COE), y, en cuanto a la salud mental, se conformó una mesa nacional, integrado por los subsistemas de salud, universidades, municipios, asociaciones gremiales de profesionales, desde la cual, se llevaron a cabo intervenciones de atención por teleasistencia tanto de psicología como de psiquiatría, mediante un modelo de semaforización de la atención de tipo preventiva y urgente; y de autocuidado del interviniente.

Respecto de la presencia de trastornos mentales en personas privadas de la libertad, según un estudio de prevalencia psiquiátrica realizado en el mayor centro carcelario del país (Guayaquil) en el año 2017, el 50.2% padecía depresión, el 25.9% psicosis, y el 41.4% consumo de drogas;⁵⁷ en ese entonces, recibían prestaciones de salud mental enfocadas en el problema de salud, sobre todo de adicciones, que formaban parte de la cartera de servicios de las unidades de salud que funcionan en estos centros, inscritas en el modelo de gestión de atención de salud en contextos de privación de libertad,⁵⁸ no se registra intervenciones colectivas de promoción de salud.

SECCION 6: EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

Sistema de información de salud mental

Respecto de sistemas de información exclusivos de salud mental, no se dispone en ninguno de los subsistemas; sin embargo, manejan indicadores básicos en hospitalización y de consulta externa, propios de cada institución, como el Sistema de Información Médica MIS-

AS400 en el caso del IESS, del Hospital en el ISSPOL, y el Registro Diario de Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) del MSP, aunque indicadores de salud mental no se reportan de manera rutinaria a la ASN -tanto de las instituciones públicas como del sector privado-, con lo que se limita la disponibilidad de datos actualizados, en lo que se refiere a atenciones, como de acciones de tipo preventivas.

Investigaciones de salud mental

En cuanto a investigaciones en el campo de la salud mental, el MSP cuenta con un documento de prioridades de investigación en salud 2013-2017, enfocados en los trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia; problemas de salud como el abuso del alcohol, tabaco y otras drogas, y, condiciones como la discapacidad intelectual, autismo, asperger.⁵⁹ Según el informe de la OPS (2021) se menciona que, en el periodo comprendido entre 2014 y 2018, fueron aprobados 133 protocolos de investigación relacionados a salud mental por parte de los Comités de Ética e Investigación en Seres Humanos (CEISH); y la Dirección de Inteligencia de la Salud autorizó la realización de 12 investigaciones,³⁵ ocho aprobadas por un CEISH, con líneas de investigación en: discapacidad (2), organización de servicios (3), sistema de información (1) y prevalencia de trastornos mentales (6).⁶⁰ Al respecto, a inicio del siglo actual en el país, la epidemiología psiquiátrica ha sido una línea de investigación, bajo la cual se han desarrollado varios estudios, sobre todo de uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.⁶¹⁻⁶⁴ A partir del año 2016 hasta el 2021, se registran varios estudios en esta línea, que se detallan en la tabla 10; los cinco últimos realizados en el contexto de la pandemia. Sin embargo, se desconoce si los hallazgos obtenidos, se han incorporado en las estrategias o medidas colectivas aplicadas desde la ASN, en salud mental antes y durante la pandemia de la COVID-19.

Tabla 10. Estudios de epidemiología psiquiátrica en Ecuador

Tipo	Autor	Año	Lugar/ Provincia	Edad (años)	Unidades	N	Resultados
Tamizaje	Gadelho, A., y cols	2016	Manabí	18 – 50	5 parroquias	83	72.2% síntomas de ansiedad y depresión 25.3% consumen alguna sustancia 71% consume alcohol ⁶⁵
Encuesta	CICAD/OEA	2017	País	18	12 universidades	5260	Prevalencia de consumo último mes fue de 51,5% Prevalencia de vida tabaco en 56.4% Prevalencia de vida mariguana en 26.9% Prevalencia de vida cocaína en 4.4%; pasta base 2.4% ⁶⁶
Tamizaje	Acosta, Y., y cols	2017	Imbabura	18 – 65	1 parroquia urbana	310	31% presencia trastorno mental ⁶⁷
Tamizaje	Torres, C., y cols	2017	Loja	18.3 Media	1 unidad educativa	1092	6.2% Episodios depresivos 32.0% Trastornos alimentarios 13,1% riesgo suicida ⁶⁸
Tamizaje	Burneo C, Garcés, P	2018	Guayas	18 a 75	2 Centro privación libertad	675	69,9% Síndromes clínicos 49,8% Comorbilidad ⁶⁹
Tamizaje	Cevallos, E. et al	2017	Manabí	18+	1 albergue	83	8 de cada 10 personas, presentan síntomas de estrés ⁷⁰
Prevalencia	Benavides A. et al	2019	Guayas	18 y 75	1 Centro privación libertad	309	50.2% Depresión 25.9% Psicosis 41.4% Consumo de drogas ⁵⁷
Tamizaje	Acosta-Hernández, R. et al	2019	Manabí	10 a 14	3 unidades educativas	271	18.1% Trastorno de estrés postraumático 32.1% ansiedad ⁷¹
Tamizaje On line	Pazmiño-Eraza, E. et al	2020	País	18+	16 provincias	1028	27,3% síntomas de depresión 39,2%, síntomas de ansiedad 16,3%, insomnio 43,8%, síntomas de Trastorno Estrés Postraumático ⁷²

Tamizaje On line	Paz, C. et al	2020	País	18+	Población	759	22.5% síntomas ansiedad moderada a grave 20.3% síntomas depresión moderada a grave ³³
Tamizaje On line	Tusev, A. Tonon, L. Capella, M	2020	País	21+	Población	789	19.4% síntomas severos ansiedad 10.3% síntomas severos depresión 13.5% síntomas severos estrés ⁷³
Tamizaje On line	Naranjo, T. Poveda, S	2021	País	18+	Hospitales	400	46,40 % síntomas de ansiedad 34,50 % síntomas de depresión ⁷⁴
Tamizaje On line	Peñafileón, J. et al	2021	Azuay	18+	1 hospital	92	32% % ansiedad Estado 50% depresión Estado ⁷⁵

Elaboración propia

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este informe se las describe en razón de las secciones presentadas. Cabe mencionar que la pandemia de la COVID-19, incidió de manera importante en la organización y prestación de servicios de salud mental en el país; razón por la cual, las siguientes conclusiones se las describe considerando también los datos de los años anteriores.

Política y legislación en salud mental

- El Ecuador no cuenta con una ley específica de salud mental, aunque se la menciona en varias leyes orgánicas y sus reglamentos, acuerdos ministeriales, planes nacionales y modelos de atención y de gestión.
- El país cuenta con un plan de salud mental período 2014-2017, que se ha mantenido vigente hasta el 2022, pero que no ha sido sometido a evaluación por los actores del sistema nacional de salud y de la sociedad civil.
- En la red pública integral de salud existen un conocimiento limitado del modelo de atención de salud mental vigente, así como de su tipología de servicios.
- El presupuesto asignado a la salud mental en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador está por debajo de la mediana de países de la región, y este ha disminuido durante los último dos años, y continúa orientado al financiamiento del único hospital psiquiátrico público. Lo que se puede cuantificar corresponde solamente al presupuesto de inversión del Proyecto y aquello destinado para los dos establecimientos especializados, dado que los demás servicios funcionan con presupuesto corriente, que no cuenta con un ítem específico de salud mental.
- La mayor parte de psicofármacos se incluyen en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, no obstante, se presentó cierto desabastecimiento en establecimientos de salud públicos durante el último año, por lo que el gasto de bolsillo en usuarios o familiares de personas con trastornos mentales se estima considerable.
- El sistema nacional de salud no cuenta con una instancia administrativa que supervise y garantice el cumplimiento de los derechos humanos de pacientes con trastornos mentales en los establecimientos de la red pública integral de salud.

Servicios de salud mental

- El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, no cuenta con una dirección nacional de salud mental, con una estructura institucional y presupuesto; esto se replica en las demás instituciones que componen la red pública integral de salud.
- La planificación territorial de servicios de salud mental del 2017, se la hizo con base en el acuerdo ministerial 5212 de tipología de servicios, que fue derogado en el año 2020. En la tipología vigente se incluyen dispositivos comunitarios de salud mental y residencias de apoyo terapéutico externas para personas con trastorno mental grave y consumo problemático de drogas.
- Los servicios denominados ambulatorios básicos son los que en mayor cantidad presenta el Ministerio de Salud Pública, y no cuentan con servicios de urgencias de salud mental. En gran parte, el personal de psicología realiza itinerancia en otros centros; además, es limitada la disponibilidad de psicofármacos y el profesional que los prescriba.
- En el primer nivel de atención existe una modalidad de servicio ambulatorio intensivo para personas con trastornos mentales graves y relacionados al consumo de sustancias, pero la mayor cantidad de usuarios corresponden a esta última.
- En el segundo nivel de atención, se cuenta con unidades de salud mental hospitalaria; en la mayoría de casos manejan camas de hospitalización polivalentes, y funcionan como servicios de apoyo en hospitalización, emergencias y consulta externa.
- El sistema nacional de salud cuenta con un hospital psiquiátrico público, y ocho en el sector privado, el número de camas no ha variado en el hospital público y en el sector privado ha aumentado.
- Los establecimientos de la red pública integral de salud no cuentan con servicios de salud mental infanto-juvenil, aunque constan prestaciones específicas (psicología infantil, estimulación adecuada, psiquiatría infantil) en los tres niveles de atención.

- El Ministerio de Salud Pública, al año 2020 contaba con doce centros especializados para el tratamiento de adicciones, la mayor parte para usuarios adultos y adolescentes hombres, y uno adolescentes mujeres. No se cuenta con centros públicos para mujeres adultas. No se dispone de dispositivos de acogimiento para personas con trastornos mentales graves debido a que dicha competencia se encuentra en el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Salud Mental en Atención Primaria de Salud

- Desde el año 2016 se ha realizado capacitaciones en temas de salud mental a personal no especializado. Durante la pandemia de la COVID-19, se enfatizó en temática de salud mental en emergencias, prevención del suicidio y autocuidado del personal de salud mediante modalidad virtual.

Recursos humanos en salud mental

- La mayor cantidad del recurso humano en salud mental en la red pública integral de salud se encuentra en los servicios del Ministerio de Salud Pública.
- Existe una brecha significativa de profesionales de salud mental en el sector público, sobre todo de psiquiatría y terapia ocupacional.
- La participación de los usuarios de servicios de salud mental, esta es muy limitada, y en la mayor parte de casos, esta se restringe al uso de instalaciones del centro de salud, y participaciones eventuales en programas a nivel local y nacional específicos.

Educación del público y vínculos con otros sectores

- Durante el año 2020 se llevaron a cabo actividades de promoción de la salud mental, sobre todo dirigido a personal de salud, la mayor parte en modalidad virtual, debido a la pandemia. Además de prevención de suicidio con actores de la red integral de salud y de la sociedad civil.

- Por motivo de la pandemia, se conformó la mesa nacional de salud, con el componente de salud mental del Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria, que lideró intervenciones de salud con los integrantes de la red pública de salud, y actores de la sociedad civil (voluntarios, universidades), además de investigaciones con universidades.

Evaluación e investigación

- El sistema de salud del Ecuador, no cuenta con un sistema de información exclusivo de salud mental, aunque se manejan indicadores básicos en los diferentes sistemas de registro de la red integral de salud.
- El Ministerio de Salud Pública cuenta con un documento sobre prioridades de investigación, que incluye líneas en salud mental, enfocadas sobre todo en trastornos y condiciones relacionadas a la salud mental. No obstante, estas fueron formuladas hasta el año 2017.
- Existen varias investigaciones en el área de la epidemiología de trastornos mentales, cuyos hallazgos se desconoce si sirvieron como insumos para la formulación de normativa y políticas públicas por parte de la autoridad sanitaria nacional.

RECOMENDACIONES

De igual manera que en las conclusiones, se plantean las recomendaciones en razón de las secciones de instrumento de evaluación empleado.

Política y legislación en salud mental

- La autoridad sanitaria nacional, en conjunto con actores de la sociedad civil, universidades, gremios de profesionales, y otros sectores del estado, generar estrategias para la incorporación en la agenda política de una ley de salud mental.
- Evaluar el Plan Nacional Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017, con base en metodologías aplicadas y que han dado resultados positivos en otros países de la región de América Latina y el Caribe.
- Desarrollar y ejecutar un plan o programa nacional de salud mental con presupuesto, objetivos, metas, indicadores, cronograma, mecanismos y plazos de evaluación para un

período de al menos cuatro años, con la participación de todos los actores involucrados en la salud mental en el país, y de manera particular los grupos de usuarios y familiares de personas con trastornos mentales, considerando además, los efectos en el comportamiento de la población y la provisión de servicios causados por la pandemia de la COVID-19.

- Generar mecanismos técnicos, políticos y de participación social para el aseguramiento de un presupuesto de salud mental que se ubique al menos por encima de la mediana de los países de la región.
- Establecer una instancia de supervisión y garantía del cumplimiento de los derechos humanos de pacientes con trastornos mentales en el sistema nacional de salud, considerando las competencias actuales de las instituciones de control y aseguramiento de la calidad de atención en salud.

Servicios de salud mental

- Generar estrategias para la incorporación de una Dirección Nacional de Salud Mental en la estructura orgánica actual del Ministerio de Salud Pública, con recursos humanos, materiales y financieros que le permita complementar el rol de rectoría del componente de salud mental en el sistema nacional
- Elaborar un manual de gestión de servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención, conforme a los que se establece en el Modelo de Atención Integral de Salud, el Modelo de Salud Mental, la tipología de servicios actual, y, de manera particular acorde al modelo de salud mental comunitario, así como de los diferentes acuerdos internacionales que en materia de salud mental, el país es signatario, tanto en lo que corresponde a reformas de servicios de salud mental, derechos humanos, atención primaria de salud, acceso a servicios y tratamientos con base en las mejores prácticas y evidencia científica disponible.
- Establecer mecanismos técnicos y financieros para la reorientación del presupuesto destinado a establecimientos de salud mental especializado (hospital psiquiátrico, CETAD), hacia servicios y dispositivos de salud mental ambulatorios y de base comunitaria, con base en las mejores prácticas de experiencias llevadas a cabo en países

de la región, que han adoptado el modelo de salud mental comunitario en la organización de sus servicios de salud mental.

Salud Mental en Atención Primaria de Salud

- Fortalecer la salud mental en la Atención Primaria de la Salud, mediante estrategias de promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental, incorporando los enfoques de determinantes sociales de la salud mental, derechos humanos, género y generacional, así como en la detección temprana de trastornos mentales por parte del profesional no especializado.
- Incluir en las mallas curriculares de pregrado de profesionales de salud, contenidos de salud mental, desde los primeros semestres de formación.

Recursos humanos en salud mental

- Determinar la brecha de profesionales de salud mental por cada subsistema de salud, de acuerdo a la cobertura de cada institución y demanda de la población.
- Incentivar la participación social en salud mental, a través de la conformación de grupos de apoyo permanentes, de usuarios y familiares de personas con trastornos mentales, profesionalizados y no profesionalizados.

Educación del público y vínculos con otros sectores

- Con base en la experiencia de la mesa técnica de salud mental, durante la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional, conformar un comité interinstitucional permanente de salud mental, en la que se establezca un plan anual de trabajo con acciones de promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental.

Evaluación e investigación

- Plantear a la autoridad sanitaria nacional, la creación de un sistema de información exclusivo de salud mental, mediante un plan piloto en la zona de mayor población y capacidad instalada de servicios de salud mental.

- El Ministerio de Salud Pública en conjunto con las universidades públicas y privadas y organizaciones civiles -como gremios de profesionales, observatorios de salud mental-, establecer mecanismos para el traspaso y difusión de los hallazgos obtenidos de investigaciones en salud mental, así como estrategias de incorporación de la información en la elaboración de políticas públicas en salud mental.

EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2014-2017

Este segmento del informe, se compone de un análisis por cada línea de acción del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017, tomando como referencia los datos del Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental año 2020, así como de otras fuentes secundarias, como artículos científicos, informes de organismos internacionales, políticas, normativa oficial, disponibles en internet, así como de literatura gris (informes institucionales, tesis) que puedan aportar a la evaluación. Cabe señalar, que este documento no pretende sustituir al ejercicio de evaluación de planes y programas de salud mental, que, conforme a recomendaciones obtenidas de experiencias en otros países,⁷⁶ así como de la Organización Mundial de la Salud, requiere de la participación de los actores involucrados tanto en la formación del recurso humano, administradores de servicios, tomadores de decisiones, y sobre todo usuarios y familiares de personas con trastorno mental;³ siendo este, un aporte en el proceso de actualización del plan estratégico, o de construcción de un plan y/o programa de Salud Mental para un siguiente período.

Lineamiento Estratégico 1

Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud que influyen en la salud mental.

El Plan Nacional Estratégico de Salud Mental (PNESM), en su apartado de glosario define a la Salud Mental como “*Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”;⁷⁷ si bien, esta definición de la OMS, es la que se encuentra vigente, ha tenido varios cuestionamientos sobre todo por su carácter adaptativo y de eficiencia social, que tiene como referencia procesos de reforma de servicios de salud mental en Europa y Estados Unidos, entre cuyos propósitos se encontraba el acercar la psiquiatría que se brindaba en hospitales hacia servicios más accesibles a la población; y con esto, además de dar cobertura a personas con trastornos mentales y disminuir los internamientos, deliberadamente o no, se acentuó el carácter funcional al ejercer

un control más riguroso sobre la población,⁷⁸ así como asumir de manera indirecta su estado de salud mental, como resultado de sus decisiones, y capacidades individuales, sin dar el énfasis que corresponde a los determinantes sociales, ambientales, económicos. Por otra parte, esta definición, aunque se encuentra en gran parte de las políticas y planes de salud mental en la región de América Latina y el Caribe, en la operacionalización de estos instrumentos a través de estrategias, metas y recursos, se observa un enfoque biomédico que prioriza al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales instalados.⁴

Respecto del concepto de Promoción de la Salud, en el PNESM, se señala como *“La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud”*, extraída del Modelo de Atención Integral de Salud. Adicional, respecto de los determinantes de la salud, indica que *“los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad”*.¹ Ambas definiciones resultan limitadas, más aún cuando la propuesta de Lalonde en el año de 1974, los clasifica en dos grandes grupos: determinantes económicos, sociales y políticos -aquellos que son de responsabilidad multisectorial del Estado-, y los del sector salud, que a su vez, se divide en cuatro: estilos de vida, factores medioambientales, genéticos y biológicos, y la atención sanitaria.⁷⁹

El manejo de estos factores, se convierten en el elemento constitutivo de lo que se denomina promoción de la salud; el cual, según la Carta de Ottawa (1986) se la define como el *“proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*; y trasciende la idea de formas de vida sanas o la responsabilidad exclusiva del sujeto sobre su salud, para incluir *“las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad”*.⁸⁰

En el campo de la salud mental, la promoción es un *proceso político y social, tanto es así que, las políticas de salud mental involucran la abogacía de intervenciones, tanto individuales como colectivas para el cambio social*.⁸¹ En cuanto a los determinantes sociales de la salud mental -adicional a lo planteado por Lalonde-, Saraceno (2018), señala dos mecanismos que vinculan al trastorno mental con la desventaja socioeconómica: la de selección

social y de causalidad social. La primera, relacionada a la predisposición genética en personas, que, luego de enfermar, descienden de la escala social en la que estaban previamente; y la segunda, que indica que la situación social (pobreza o vulnerabilidad social) por sí misma causaría enfermedad mental.⁸²

Con base en estos antecedentes teóricos, las líneas de acción del PNESM, y lo registrado en el segmento anterior, son limitadas las intervenciones colectivas bajo el enfoque de promoción de la salud, como es el caso de algunas iniciativas en empresas e instituciones públicas y privadas como parte del Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021, que incluían charlas sobre entornos saludables, espacios libres de humo de tabaco⁸³. De igual manera en el contexto educativo, actividades con estudiantes sobre salud sexual y reproductiva con un componente de salud mental, como parte de la política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018-2025⁸⁴. Respecto de la organización de los servicios, se priorizó la creación de centros/servicios para el tratamientos de adicciones (CETAD); tal fue así, que en el informe de evaluación del sistema de salud mental del año 2015 (WHO -AIMS. 2015), se menciona que había 3 de estos centros dependientes del MSP, dos en Guayaquil y uno en Quito, y para el año 2020, ascienden a 12 CETAD públicos, y en el ámbito privado, según datos del ACCES, existen 55 de estos centros con autorización para su funcionamiento.

Estos datos permiten apreciar que gran parte del presupuesto -en lo público- fue empleado para el tratamiento del problema de salud ya instalado, siendo relegadas las intervenciones de promoción de la salud a iniciativas aisladas; aunque, por otro lado, el país cuenta con una ley orgánica para el control y regulación del tabaco -expedida antes de la oficialización del plan nacional de salud mental-, que incluye entre algunas de sus disposiciones, espacios libres de humo de tabaco, la restricción de su consumo en lugares cerrados y limitaciones en la difusión y en la comercialización a menores de edad.⁸⁵

Un caso aparte representó la publicación del manual de prevención de suicidio del MSP, en el que participaron varios actores de la sociedad civil; no obstante, no se evidencian intervenciones de política pública, en este tema en particular, como la restricción a métodos, sustancias o lugares para el intento suicida, políticas para la reducción del consumo excesivo

de alcohol, o a su vez, procedimientos estandarizados en unidades de salud para prevenir, identificar y abordar el fenómeno del suicidio.

Respecto al desarrollo de sistemas de registro de información sobre acciones de promoción de la salud mental, intra y extramural, solamente constan matrices que se utiliza como parte de la gestión interna de la Dirección de Promoción, para monitorear el trabajo realizado en las unidades del MSP.

Por otra parte, la implementación de estrategias de prevención primaria de los problemas de salud mental de más alta prevalencia, con énfasis en los grupos prioritarios, requiere de inicio, datos basados en sistemas de información -de preferencia exclusivos de salud mental-, con el que no cuenta el país; además de estudios que empleen metodologías con instrumentos estandarizados y de ser posible probadas en contextos similares. Al respecto, en la línea de epidemiología psiquiátrica, existen varios estudios, la mayor parte de tamizaje (con varios y distintos instrumentos) y apenas uno de prevalencia, con muestras y técnicas diferentes, que provocan que los hallazgos sean marcadamente heterogéneos, con lo que, a su vez, se presenta el riesgo del sobre diagnóstico. Hay que añadir a esto, que no existe evidencia del uso de estos hallazgos en estrategias de prevención en sus diferentes niveles.

En cuanto a desarrollar e impulsar la participación social y comunitaria en salud mental a partir de los servicios, organizaciones de usuarios y familiares de personas con trastornos mentales, esta ha sido limitada a iniciativas en servicios especializados -en el caso del MSP- como son el Centro Especializado San Lázaro y el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, y esta se ha restringido a la asistencia de salud y utilización de espacios del establecimiento. En el sector privado, se registra iniciativas de organizaciones de la sociedad civil como la *Fundación Ecuatoriana de Ayuda Terapéutica y Preventiva de Enfermedades Mentales* (FEATPEM) y *Huertomanías*; aunque no se cuenta con evidencia que estos grupos hayan incidido en la organización de los servicios o en alguna normativa nacional; excepto de casos de algunos grupos de usuarios que fueron convocados a evaluaciones y/o actualización del plan de salud mental.

Por último, acerca de la promoción de derechos humanos en salud mental, orientados a la disminución de estigma y discriminación, así como favorecer los procedimientos para la denuncia de violación de estos derechos en personas con trastornos mentales, existe poca

evidencia al respecto, sobre todo en cuanto a la presencia de un organismo de vigilancia del cumplimiento a estos derechos. Sin embargo, en el caso de la disminución del estigma, constan material edu-comunicacional, spots publicitarios, banners, entregados a responsables de salud mental de las coordinaciones zonales del MSP.

Lineamiento Estratégico 2

Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de Salud, como establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización.

Para el análisis de este lineamiento, se toma la definición de Atención Primaria de Salud (OMS, 1978), la cual indica que “*es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar*”. Adicional, “*forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad*”.⁸⁶ En el MAIS, se menciona la Renovada (APS-R), inscrita en el MAIS, que se la define como “*una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, y que tiene sus raíces en la APS de Alma Ata (1978) que (...) inició la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios*”. Como se aprecia en estas definiciones, se enfatiza en lo *esencial* como lo requerido para la permanencia y recuperación de la salud del sujeto; intervenciones colectivas o individuales *científicamente fundadas*, hace referencia a aquellas basadas en evidencia y que sean aceptadas por los que las reciben, y, que sean puestas a su alcance mediante su *plena participación*, lo que conlleva el involucramiento no como meros receptores. Además, como *parte integrante del Sistema Nacional de Salud*, presente en los tres niveles de atención, no sujeta de manera exclusiva al primer nivel de atención, aunque si, con mayor énfasis en este; además del *desarrollo social y económico* de un país, puesto que toma en cuenta la importancia de los factores políticos, sociales y económicos en la consecución y mantenimiento de la salud.

Al respecto, algunos países en la región de América Latina y el Caribe han logrado la integración del componente de salud mental en la APS mediante estrategias o metodologías prácticas en los diferentes niveles de atención; uno de ellos, Chile.

En este país, en las diferentes ediciones de sus planes de salud mental, se plantean estrategias, como la priorización de problemas de mayor prevalencia -con base en estudios epidemiológicos-; tipo de prestaciones a entregar por trastorno mental y nivel de atención; la APS como puerta de entrada única y capaz de la resolución de trastornos leves y moderados; articulación de los equipos de atención primaria de salud con los de hospitales -mediante consultoría de enlace-; y, el cálculo de recursos (humanos, medicamentos, dispositivos) necesarios para salud mental en APS.^{87,88} No obstante, las principales dificultades en este proceso de integración, se relacionaron a la resistencia de los profesionales a reconocer sus beneficios, y la percepción de que la calidad de la atención se vio afectada por priorizar determinadas patologías mentales por sobre otras, además de la disminución de actividades de promoción y prevención de problemas de salud mental, enfatizando las de tratamiento.

En el caso de Brasil, este país, cuenta con una amplia historia en el proceso de reforma de servicios con una importante participación de grupos de usuarios, familiares y movimientos sociales. Entre las principales acciones para vincular la salud mental con la APS en este país, es la Estrategia de Salud de la Familia, en la que se incluye: sensibilización para la escucha y comprensión de las dinámicas familiares y de las relaciones sociales vinculadas por parte de los equipos de salud, el seguimiento de egresados de las instituciones psiquiátricas y la construcción de espacios de rehabilitación psicosocial, e intervenciones de reducción de daños en usuarios de alcohol y otras drogas;⁸⁹ en cuanto a la organización de servicios, la creación de una red de servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico, conformadas por: centros de atención psicosocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (SAMU), Unidades de acogimiento infanto-juvenil, adultos mayores, Servicios de atención en régimen residencial, servicios hospitalarios de referencia en salud mental y alcohol y otras drogas, en hospitales generales, maternidades y pediatría, Servicios residenciales terapéuticos; e incluso, programas para consolidar procesos de desinstitutionalización de pacientes en hospitales psiquiátricos, como el Vuelta a casa, o el de Iniciativas de generación de trabajo y renta, y fortalecimiento del protagonismo de usuarios y familias.

Este tipo de modelo de organización de servicios, aunque en la actualidad enfrenta críticas, como la dependencia de los servicios por parte de los usuarios, la centralización del cuidado en los CAPS, las dificultades en la convivencia entre los pacientes egresados de hospitales y sus familias, y, sobre todo, la manera excesiva en que se ha asignado al sector salud la responsabilidad del cuidado del enfermo mental, debilitando su enfoque intersectorial y dificultando las posibilidades de reinserción de estas personas en su entorno familiar y comunitario, se ha convertido en un referente en la región en proceso de reforma de servicios de salud mental.⁹⁰

En el caso un país más cercano a la realidad cultural, económica y social de Ecuador, como lo es Perú, los intentos de integrar la salud mental en la APS, consisten en el reparto de tareas con los proveedores de salud no especializados de atención primaria, como son la de evaluación, diagnóstico, referencia y tratamiento de personas con trastornos mentales, las actividades de tamizaje de síntomas y capacitación al personal de salud, uso de recordatorios para la toma de medicación, la presencia de un supervisor de casos (que por lo general es una enfermera, encargada de orientar y supervisar el tratamiento) que se encarga de la coordinación entre los proveedores del primer nivel de atención con los servicios especializados.⁹¹ La oferta de servicios se complementa con centros de salud mental comunitarios, unidades de hospitalización de salud mental en hospitales generales, hogares protegidos y hospitales especializados de psiquiatría. Una de las críticas a esta oferta de servicios es que estos hospitales especializados tienen grandes dificultades para adecuarse a modelos de atención con enfoque comunitario, principalmente por la hegemonía psiquiátrica, la fragmentación de los procesos de atención y las prácticas de internamiento.⁹²

En definitiva, existen en varios países de la región avances importantes en la integración de la salud mental en la APS, y en la organización de servicios de salud mental con dispositivos que faciliten la desinstitucionalización de pacientes de los hospitales psiquiátricos, no obstante, los principales obstáculos en común, son la escasa asignación presupuestaria, la resistencia al cambio por parte de los profesionales y administradores de servicios, el desconocimiento por parte de los políticos en el cambio de paradigma de la atención hacia lo comunitario, y la limitada participación de los usuarios tanto en el tratamiento como en la adecuación de las prestaciones de salud mental.

Respecto del concepto de desinstitucionalización, según la OMS (2001) “*es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias*”, con base en dos elementos: la evitación del uso de las tradicionales instituciones (hospitales psiquiátricos) como lugar de tratamiento de personas con trastornos mentales, y el desarrollo y expansión de servicios comunitarios para atenderlos,⁹³ para lo cual se requiere de tres componentes esenciales: a) la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de dispositivos comunitarios, b) el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados y, c) el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.⁹⁴ Además, la instauración de políticas de inclusión y promoción de la rápida reinscripción a la comunidad y a la familia en los primeros años de enfermedad.

Tomando como referencia las definiciones señaladas, y con base en la línea de acción principal del segundo lineamiento que planteaba implementar un modelo de gestión de salud mental para el SNS, esta no se ha cumplido, a pesar de que el MSP ha desarrollado durante los último 6 años varios documentos normativos, entre estos: modelo de atención y varios lineamientos operacionales para el funcionamiento de servicios de salud mental (atención ambulatoria, intensiva para personas con adicciones, unidades de salud mental hospitalaria, CETAD), en los que se explica de manera general procesos relacionados a la gestión del recurso humano, medicamentos y dispositivos, sistema de información; aunque, por un lado, esta normativa es de alcance exclusivo a establecimientos del MSP, excepto el acuerdo 00080 de funcionamiento de los CETAD para el sector público y privado, y, por otra parte, los servicios ambulatorios y los CETAD, dependen administrativamente de los distritos, y las unidades hospitalarias en la mayoría de casos funcionan como coordinaciones o unidades dependientes de otros procesos. Esta situación contribuye, a que se limite la capacidad de gestión en cuanto al cálculo de psicofármacos, talento humano para el funcionamiento y sostenimiento de estos servicios. Cabe señalar que los únicos establecimientos que funcionan de manera desconcentrada son el hospital Julio Endara y el Centro Especializado San Lázaro.

Respecto de asegurar el presupuesto y talento humano para el fortalecimiento de servicios de salud mental, este ha resultado insuficiente para la materialización tanto del plan como del modelo de salud mental; tal es así que el porcentaje de presupuesto invertido durante los últimos cinco años ha estado por debajo de la mediana de países de la región (2%). En cuanto al talento humano, este ha sufrido una disminución considerable durante los últimos dos años, tomando como ejemplo los profesionales de psicología y psiquiatría, que, en el año 2018 se registraron 906 y 76 respectivamente, en los tres niveles de atención del MSP. Para el año 2019, la cantidad de personal disminuyó a 759 psicólogos y 73 psiquiatras -debido a políticas de ajuste económico del gobierno central-, que si bien es una cantidad importante respecto del año 2014 (138; 47), la brecha aún es significativa, pues ésta se estima en 390 psicólogos, 137 psiquiatras, 168 trabajadores/as sociales y 47 terapeutas ocupacionales, adicionales a la plantilla del año 2019. Por otra parte, se estima que la mayor cantidad de profesionales de psicología se encuentra en unidades del primer nivel de atención, aunque cabe recalcar que muchos de ellos realizan itinerancia en otros centros de salud de este nivel de atención. Esta situación produce que aumente la carga laboral en estos profesionales, y no garantiza la continuidad de la atención; a esto se suma una escasa inter relación efectiva con otros profesionales de atención, como son los médicos generales, para disminuir la brecha en el diagnóstico y tratamiento de personas con trastorno mental.

No obstante, como parte de una estrategia para incorporar la salud mental en la atención primaria de salud en el primer nivel de atención, en el período 2016 -2020 se capacitó a 9119 funcionarios y otros actores comunitarios, en la detección y manejo de trastornos mentales comunes y relacionados al consumo de drogas; incluso, se estableció acciones de “consultoría de enlace” (denominada supervisión de enlace en el modelo de salud mental de Ecuador) que tiene como objetivos: articular la red de atención, aumentar la capacidad resolutive del personal del primer nivel de atención, hacer uso eficiente del recurso especialista, fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud y generar mayor impacto sobre el acceso a los servicios y equidad de los cuidados.⁸⁷

Sin embargo, no existen datos sobre su efecto en el SNS, como podría ser el aumento de la capacidad diagnóstica del personal no especializado, la incorporación de procedimientos e instrumentos de detección temprana, la disminución en la brecha de personas identificadas con trastorno mental, así como en el tratamiento y la referencia a otros niveles de atención. Adicional, la oferta de servicios se divide entre ambulatorios básicos -que forman parte de la cartera de servicios del centro de salud- y ambulatorios intensivos. Los primeros orientados a la atención de patologías de salud mental en general, y en todos los grupos etarios (355), y los segundos enfocados en adicciones y trastornos mentales graves (71). A pesar de estos esfuerzos, en el perfil de morbilidad en este nivel prevalecen los trastornos de ansiedad, de depresión, del desarrollo, retraso mental, y de base orgánica, no se observan dentro de los cinco primeros motivos de consulta los trastornos relacionados al consumo de drogas y los mentales graves. Si bien es cierto, estos últimos son de menor prevalencia y en mayor medida -al menos en su fase aguda-, son tratados en hospitales generales, no se evidencia el seguimiento respectivo en este nivel, que es el propósito principal de estos servicios. Por otra parte, en este nivel no se tiene protocolizado la atención de urgencias de salud mental -mismas que son referidas al hospital general-, y en muchos casos, el recurso humano (psicólogos) tiene que ser compartido con los ambulatorios básicos, además de no tener asegurado el psicofármaco y el profesional que lo receta, con lo que puede verse afectado la continuidad del tratamiento del paciente, y el riesgo de retorno/ingreso al hospital psiquiátrico, o a su vez la hospitalización por descompensación clínica en hospitales generales, o el ingreso a centros particulares -con el respectivo aumento de gasto de bolsillo del paciente y su familia-, o el abandono definitivo al tratamiento y respectivo desgaste de la familia. En definitiva, a pesar de los avances señalados (capacitaciones al personal no especializado, incluir prestaciones de salud mental en la cartera de servicios general de las unidades de salud, itinerancia de profesionales, normativa para disponibilidad de psicofármacos), se observan limitaciones para considerarlos como establecimientos de salud mental ambulatorios, de acuerdo a las tipologías de servicios de salud mental descritas en la primera sección de este documento.

En cuanto a establecimientos de tratamiento diurno, el único que se ajusta a estas características en el sector público en el país, es el Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro, por lo que resulta insuficiente para la demanda de usuarios, puesto que, además, es de referencia nacional. Se excluye de esta tipología a los servicios ambulatorios intensivos, por las limitaciones descritas en el apartado anterior.

Acerca de integrar el componente de salud mental en establecimientos de salud del segundo nivel de atención, el MSP emitió lineamientos para el funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias, en el cual se incluían la atención de urgencias y emergencias de salud mental, y la descripción de recursos humanos, medicamentos y camas requeridas para la atención de pacientes con trastornos de salud mental. Pese a esto, de acuerdo a información de la Dirección Nacional de Hospitales del MSP, no se cuenta con datos sobre disponibilidad permanente de psicofármacos, y de camas exclusivas para la hospitalización de pacientes con trastornos mentales. A esto se suma la limitada disponibilidad de psiquiatras (ninguno en hospitales básicos; 37 en hospitales generales), sobre un total 102 unidades distribuidos en 69 hospitales básicos y 33 generales, lo que afecta la capacidad de respuesta de estas unidades. Adicional a lo anterior, la escasa información sobre referencias y contra referencias entre los servicios de salud mental del MSP, representa un indicador de la limitada integración internivel.

Respecto de los hospitales psiquiátricos, continúan siendo la opción prioritaria para la atención de personas con trastorno mental, al punto que aumentaron tres establecimientos privados respecto de la última evaluación del WHO-AIMS del año 2015, sumando nueve: uno público que es el Hospital Julio Endara del MSP, y ocho privados (Guayaquil 1, Quito 5, Cuenca 1 y Santo Domingo de los Tsáchilas 1). Incluso, durante el período 2015-2018, el MSP compró servicios especializados a la red privada por un monto de 14036817.26 USD, con una media de 3509204.32 USD anual, principalmente por atención de personas con trastornos mentales graves y consumo de drogas.⁹⁵

En el Hospital Julio Endara, la cantidad de camas psiquiátricas no han disminuido desde el año 2015 con 146 camas, con un promedio de estada de 6.3 meses, y clínicas privadas, el rango fue de 1 a 5 meses (cabe aclarar, de solo tres hospitales). Además, gran parte del presupuesto de salud mental se destina a este hospital, así como del recurso humano, aunque la disponibilidad de psicofármacos en esta unidad de salud en el año 2020 estuvo en 55%; con lo

que no se ha podido cumplir con una de las líneas de acción del plan sobre propiciar la reconversión de los recursos del hospital psiquiátrico para sostener una red de salud mental comunitaria.

Al respecto, de acuerdo a un estudio de la OPS (2022) realizado en Ecuador sobre costos de los principales productos de la atención en salud mental, la atención ambulatoria a un usuario que requiere atenciones subsecuentes (crónico) comprende: la atención especializada (psiquiatra) primera vez 78.41 y subsecuente 30.34, atención de psicología 19.69 y terapia ocupacional con duración de dos horas 24.05; la suma total de la atención por un equipo multidisciplinario es de 74.08 dólares al mes -se requiere mínimamente una vez al mes-, y al año es de 888.96 dólares. En el caso de la atención hospitalaria, el valor de internación en el período máximo de 15 días en hospital de II nivel de atención, es de 3841.64 dólares por paciente; se considera el ingreso por emergencia con la patología más frecuente con un valor de 55.12, y, con la hospitalización por día de 249.01 sin medicamentos, porque su uso depende del diagnóstico, efectividad del tratamiento, criterio psiquiátrico y criterio psicológico para cada paciente.

El costo de un día de hospitalización de un paciente psiquiátrico que ingresó con un episodio psicótico por emergencia y tuvo que ser internado al menos un día, sin la medicación específica, se calcula en 304.12 dólares. A manera de conclusión, enfatiza en el hecho de que un año de atención ambulatoria es 332% más económico que una hospitalización de 15 días en un establecimiento de segundo nivel de atención; en ambos casos no se considera la medicación.

En el mismo estudio, se presenta el costeo de casas de acogida para pacientes institucionalizados o aquellos que no cuentan con redes de apoyo familiar o social, en tres escenarios posibles: a) MSP asume todos los costos de instalación, operación y tratamiento terapéutico dentro de la casa, con un costo anual de 190368.58 USD, con la observación de que no permite la independencia de los integrantes porque en el mismo lugar donde residen reciben tratamiento y disminuye su inserción social dado que utilizan el tiempo con las terapias durante todo el día; b) MSP cubre la instalación y operación anual de la casa, se eliminan las terapias dentro de la casa, y los pacientes se atienden en la red de establecimientos de salud mental de manera ambulatoria, con un costo anual de 126460.60 USD, y, c) las personas solamente viven en la casa de acogida como su hogar, todas las atenciones las reciben en los establecimientos

de la red de salud mental del MSP y se involucran los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) en la instalación y mantenimiento de la casa, con un costo anual para el MSP de 49665.60 USD; señala que este modelo es el más económico y logra aumentar la autonomía de los pacientes.⁹⁶

Estos valores permiten analizar la pertinencia de reorientar los recursos que se asigna a la salud mental en el MSP -que son muy limitados-, por un lado al fortalecimiento de la atención ambulatoria, sobre todo en las unidades del primer nivel de atención, así como a la creación de dispositivos que faciliten y garanticen el proceso de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, puesto que, no se cuenta en el sector público con establecimientos de acogida a personas con trastornos mentales graves que faciliten su reinserción en el ámbito familiar, social y comunitario, en coordinación con las carteras de estado de bienestar social, vivienda, educación, producción. En cuanto a los procesos de desinstitucionalización, según datos del informe de OPS (2018), durante el año 2017, 38 personas fueron desinstitucionalizadas del hospital Julio Endara: 26 fueron reinsertadas en su propia comunidad y 12 en servicios gerontológicos gestionados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES),⁹⁷ aunque no se detallan los procedimientos realizados para el efecto.

Acerca de la disponibilidad de otros dispositivos de atención comunitarios, hay que mencionar el aumento de centros de tratamiento residencial de adicciones en ambos sectores, en el público de 3 en el 2015 a 12 en el año 2020, y en el sector privado esta cifra asciende a 55 CETAD (sólo los registrados en el ACCESS) en la actualidad, con lo que, de cierta manera, se mantiene un enfoque centrado en el sujeto y la institución, ya que no se cuenta con datos suficientes sobre la efectividad de los tratamientos en modalidad de internamiento, sobre todo en adicciones a diversas sustancias.

A manera de resumen, no se cuenta con suficiente evidencia sobre si las estrategias y acciones de integrar la salud mental en la APS dieron el resultado esperado; y, en el caso del proceso de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, se cuenta con datos parciales del MSP, faltando los de la red privada, lo que dificulta su análisis como SNS en el componente de salud mental.

Lineamiento Estratégico 3

Brindar Atención Integral en Salud a las personas que usan o consumen drogas, acorde a lo propuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

El concepto de atención *integral*, se refiere a *que los individuos deben ser comprendidos en su totalidad, tomando en cuenta tanto sus preocupaciones individuales (aspectos psicológicos) como la situación de la comunidad en la que se desarrolla (aspectos socio-económicos y culturales)*, es decir, *no basta curar un cuerpo enfermo, es necesario tomar en cuenta lo que lo rodea;*⁹⁸ por lo tanto, no incorporar este concepto, compromete la continuidad de la atención tanto en la aceptación respecto de los tipos de intervenciones, la accesibilidad a los servicios, y su adherencia al tratamiento. Por otra parte, la *integración* tiene que ver con las intervenciones que se realiza al sujeto, tanto de promoción, prevención y recuperación, y a su vez, interdisciplinaria e internivel. Adicional, el término *integrado*, se refiere a la organización de los servicios por niveles de atención, dentro de un sistema de salud, si cada elemento del sistema tiene un rol específico, sin superposiciones para dar respuesta efectiva a los problemas de las personas y sus familias. En el caso de las personas con trastorno mental, la atención integral, supone incorporar integradamente diferentes abordajes, simultáneos y/o sucesivos, en uno o varios recursos del sistema, y que van a requerir la intervención de otros sistemas sociales,⁹⁹ como son de las áreas de educación, bienestar social, vivienda, empleo.

Con base en las definiciones anotadas y en la primera sección de este documento, las acciones a desarrollar no enfatizan en la creación de una red de integrada servicios para tratamiento de personas con trastornos relacionados al consumo de sustancias considerando los criterios anotados de integral, integración e integrado; aunque, como se mencionó en el lineamiento anterior, se desarrollaron en mayor cantidad servicios en primer nivel de atención, mediante los ambulatorios intensivos, en segundo nivel, a través de las unidades de salud mental hospitalaria, en las que, al menos en el apartado de emergencias de salud mental, se enfatiza la atención de síndromes de abstinencia, y, en el tercer nivel, los CETAD, que fueron, junto con los servicios ambulatorios intensivos, los de mayor desarrollo, en parte motivados por el aumento del consumo de sustancias en adolescentes (principalmente de heroína “h”) en el país, pero de manera particular en la ciudad de Guayaquil, durante el año 2014.

No obstante, no se registran indicadores sobre la interrelación entre estos servicios del MSP y los de la RPIS, como son las referencias y contrareferencias, que describa lo integrado de las acciones de esta red de servicios; de igual manera, respecto de la integración y la integralidad de la atención, el MSP no dispone de información sobre estos criterios de calidad -pese a que el abordaje multidisciplinario consta en los lineamientos para la atención de adicciones-,⁵⁴ que se traduce en los tipos de intervenciones individuales y las distintas especialidades que intervienen, y a su vez, el abordaje bio-psico-social, que podrían ser solventadas con indicadores específicos de gestión, o a su vez, con estudios clínicos, o auditorías médicas. No obstante, se evidenció documentos promocionales del directorio y flujo de usuarios en los servicios del MSP, así como reuniones de capacitaciones con personal administrativo y operativo, y de coordinación para la atención. Por otra parte, una de las limitaciones de estos establecimientos, sobre todo de los CETAD – como se mencionó en el lineamiento anterior-, es su dependencia administrativa a los distritos, que puede dificultar su independencia en la gestión de recursos materiales, psicofármacos, hotelería, e incluso de recursos humanos que, en algunos casos, comparten con los centros de salud del primer nivel; particularidad que pone en riesgo la continuidad de la atención de estos pacientes.

En cuanto a la planificación de este tipo de servicios en la RPIS, mediante el acuerdo ministerial 0074-2017 se establece la cantidad de centros especializados de tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, en modalidades ambulatoria y residencial, definiendo una cantidad a nivel país de 132 y 197 centros respectivamente. Pese a esto, llama la atención en este documento que para la zona 8 y Zona 9, que corresponden a las ciudades (Guayaquil, Durán, Samborondón y Quito) con mayor población, problemática de consumo de drogas, y demanda de este tipo de servicios, en el caso de ambulatorios intensivos, se determine 2 y 0, y en cuando a centros de modalidad residencial, la cantidad sea 3 y 1 unidades respectivamente.⁵² Si bien es cierto, no se cuenta con la cantidad de CETAD privados en el año 2017, al año 2022 en la zona 8 existen 4 con permiso de funcionamiento, y en la zona 9, solamente 1, que se suman a los 2 centros públicos en Guayaquil (uno para adultos varones, uno para adolescentes varones) 2 en Quito (uno para adultos varones y otro para adolescentes mujeres) del MSP, los cuatro sin permisos de funcionamiento, lo cual podría dificultar la

permanencia y disponibilidad del servicio, así como la continuidad de la atención. No existen este tipo de servicios en los demás establecimientos de la RPIS.

Como se pudo observar, la prioridad para la atención de las personas con adicciones, evidente en varios documentos del MSP (incluye el plan y modelo de salud mental), y que confluyeron con la creación -un año más tarde-, de la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) fueron la de modalidad residencial, y complementaria la ambulatoria intensiva, con una mayor inversión económica en los CETAD frente a estos últimos; aunque, con una menor cobertura a la población, dependiendo de la gravedad del cuadro clínico y de las necesidades del usuario. Tal fue así que, de un informe de la SETED (2015) la cantidad de atenciones en el MSP en modalidad ambulatoria fue de 120720 (80480 en sector privado) y en modalidad residencial 476 personas (1797 en sector privado).

Los costos para tratamiento en modalidad ambulatoria, se estimó en 17.37 USD en servicios del MSP, y en el sector privado, de 29.83 USD. El costo total por persona del tratamiento residencial (de seis meses) en CETAD del MSP, fue de 3049.2 USD, y en el sector privado, un promedio de 896.83 USD (en este dato, no se especifica si corresponde al mes, o es por el tratamiento de 6 meses), destinando un presupuesto de 1451419.2 USD a servicios del MSP, y, en el caso de las clínicas privadas, de 1611603.51 USD,⁵¹ cuya fuente de financiamiento pudo provenir directamente de los pacientes o sus familiares (gasto de bolsillo), o por parte del estado, a través de compra de servicios.

Para el año 2018, de acuerdo a un informe del MSP, sobre compra de servicios destinados a la atención de personas con trastornos derivados del consumo de sustancias, desde el año 2015 hasta el primer semestre del 2018, el monto total fue de 4906502.76 USD, y correspondieron exclusivamente a los de modalidad residencial, u hospitalizaciones en clínicas privadas, distribuyéndose las cantidades de usuarios atendidos y porcentaje de montos entre las ciudades de: Guayaquil (527;87.2%), Cuenca (140;5.8%), Loja (29; 4.3%) y Quito (26; 2.8%), con un total de 722 personas atendidas, 80.3% hombres y 19.7% mujeres. De este informe, se observa que, a pesar de la disponibilidad de servicios públicos del MSP (743 servicios ambulatorios, 45 servicios ambulatorios intensivos, y 12 CETAD del MSP), y de manera particular en la ciudad de Guayaquil -que contaba con tres CETAD en ese entonces-, es significativo el uso de servicios en el sector privado, aunque esta cifra debería ser contrastada

con el uso de los CETAD del MSP en ese período; adicional, el incremento significativo de la demanda de servicios privados para el tratamiento de estos problemas, de manera especial de mujeres.

Al respecto, el MSP y los subsistemas del sector público no cuentan con CETAD para mujeres adultas, solamente para adolescentes, lo que ocasiona que muchas personas con problemas de consumo nocivo de drogas no tengan otra opción que pagar el servicio en clínicas privadas -en el mejor de los casos-, y otro tanto, quizá la mayoría, no pueda acceder a un tratamiento especializado. Cabe mencionar que, según un estudio epidemiológico sobre consumo de drogas en población universitaria de Ecuador, se registra en el año 2016, un aumento en el consumo de alcohol en mujeres respecto del año 2012 (65.2%; 70.4%), con un leve descenso en consumo riesgoso (28.3%; 24.9%); de igual manera en el caso de la marihuana con registros de 6% en 2012 y 7.1% en 2016, y de 0.20% a 0.45% en el de cocaína. En todos los casos, el consumo aumenta a partir de los 20 años.⁶⁶ Esta situación justifica la creación de servicios públicos tanto ambulatorios como residenciales especializados con perspectiva de género para este grupo, puesto que, además, esta problemática está atravesada por la violencia, que de acuerdo a estudios realizados en mujeres en tratamiento por consumo problemático de drogas, muestran que alrededor del 77% de ellas, han sufrido algún tipo de violencia de género.⁸³ Respecto del enfoque de género en las intervenciones sobre drogas, esta es limitada en el país, tanto en los datos desagregados por sexo de diagnóstico y atención, la incorporación de la autonomía económica de la mujer, la adopción de medidas de discriminación positiva, y la promoción de la participación de la mujer en los programas.¹⁰⁰

Por otra parte, respecto de las instituciones de la RPIS, como es el caso del ISSFA, de un estudio realizado en una muestra de pacientes (378) entre los años 2015-2020, se desembolsó un valor de 3723623.63 USD para el tratamiento de enfermedades ocasionadas por el consumo de alcohol en su personal, equivalente al 13.9% del gasto total de salud, y, el 48% de los gastos destinados por parte del ISSFA para el tratamiento de este tipo de enfermedades en el período anotado. Incluso señala que se incrementó en 76.33% las atenciones médicas desde el 2015 al 2019 relacionadas a este problema de salud.¹⁰¹ Pese a estos datos, según el perfil de morbilidad de atenciones, de prestaciones pagadas a proveedores externos, no constan los trastornos de comportamiento relacionado al consumo de sustancias durante el año 2020.

En el caso del ISSPOL, solamente se registra la atención de estos trastornos en una unidad de tercer nivel de atención, y no se desagrega los costos de atención; aunque, cabe mencionar que esta institución cuenta con un plan denominado de Tratamiento Integral en adicciones al Alcohol y Múltiples Sustancias, con Grupos de apoyo de autoapoyo (alcohólico y narcóticos anónimos), además de instructivos para la atención integral en salud mental, y un manual de Procesos de las unidades policiales para la actuación con servidores policiales en casos de consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas.

En cuanto a la atención integral en el ámbito laboral, consta como parte de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, en la que, en su artículo 11, indica que las entidades públicas y empresas privadas, desarrollarán programas de prevención integral al uso y consumo de drogas, a ser ejecutados obligatoriamente en los lugares de trabajo por personal calificado.¹⁰² En este sentido, las instituciones tenían que reportar de manera anual la planificación al ministerio de Trabajo, y esta a su vez al MSP. No obstante, entre las actividades colectivas en las empresas, sobresalen las de prevención universal sobre usos y tipos de consumo, detección y atención de personas con consumo de alcohol y otras drogas, aunque no se cuenta con información sobre referencias y derivaciones a centros públicos especializados, originado en parte por el desconocimiento de la red pública de servicios de salud mental y por el estigma asociado a este problema de salud.

Respecto de las competencias de las instancias gubernamentales en este componente, en el año 2015, mediante registro oficial N° 615, se crea la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) - aunque para el año 2017, mediante decreto ejecutivo N° 81, se la sustituye por la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas-, la que tenía, entre algunas otras atribuciones, la de ejercer la asesoría, coordinación y gestión de la ejecución de las políticas públicas emitidas por el Comité Interinstitucional (conformado por el presidente de la República y entidades del Estado en materias de salud, educación, inclusión social, seguridad interna, justicia, deporte), y requerir información relacionada al fenómeno socioeconómico de las drogas, para ejecutar investigaciones y análisis especializados;¹⁰² No obstante, mediante Decreto Ejecutivo 376 del año 2018, se suprime esta secretaría, pasando sus atribuciones al Ministerio del Interior y Ministerio de Salud Pública.

Entre las competencias que pasaron al Ministerio de Salud se encuentra la secretaría del Comité Interinstitucional de Prevención Integral del Fenómenos Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, la coordinación, gestión, investigación, seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas públicas formuladas por el comité. En este proceso de traspaso de competencias se disminuyó de manera notable la cantidad de personal encargado del cumplimiento de estas atribuciones en este componente en el MSP, donde se encuentra en la actualidad, por lo que, esto podría dificultar la ejecución de las acciones y competencias en esta cartera de estado, y sobre todo la coordinación con los demás integrantes del comité interinstitucional.

En cuanto al control y vigilancia de los servicios especializados en el tratamiento de adicciones, este rol lo cumple la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepaga (ACESS), la cual, hasta el 2022 contabiliza un total de 55 CETAD con permisos de funcionamiento en el sector privado, adicional a los 11 CETAD públicos (con solamente dos servicios licenciados), puesto que el año 2021 cesó en su funcionamiento el CETAD Guayaquil Juan Elías, por fallas en su infraestructura y por dificultades administrativas.¹ Incluso, durante la pandemia de la COVID-19 la capacidad de los CETAD del MSP se vio reducida, principalmente por las medidas socio sanitarias dispuestas por la máxima autoridad, y por el comportamiento de la enfermedad. Al momento no se cuenta con información acerca del impacto que la reducción de ingresos y atención en estos servicios y en los ambulatorios intensivos, pudo tener sobre las personas con consumo nocivo de drogas.

Respecto de la implementación de acciones de prevención de usos y consumo de drogas, con énfasis en los grupos prioritarios, no se registra acciones colectivas permanentes con grupos considerados de atención prioritaria, como son niños niñas y adolescentes, adultos mayor, personas con discapacidad, comunidad GLBTI+, en los diferentes ámbitos que cita la ley de drogas: salud, educación, deporte, cultura, comunidad, familia; aunque, una excepción constituyó las personas privadas de la libertad, a la que, como parte del Modelo de Gestión Operativo Atención de salud en Contextos de Privación de la Libertad (2018), se incluían

¹ El bien inmueble que correspondiente al CETAD Juan Elías de Guayaquil, se encuentra en litigio; mientras el Ministerio de Inclusión Económica Social no resuelva el traspaso definitivo al Ministerio de Salud, este no puede invertir en su infraestructura, por no ser un predio de su propiedad.

acciones de promoción de la salud mental, además de prestaciones para tratamientos de adicciones, con modalidad ambulatoria intensiva, urgencias de salud mental y telepsiquiatría, no obstante, al momento no se cuenta con información sobre la permanencia de estos servicios e intervenciones, debido a la disminución de recursos en salud, y sobre todo, a la crisis carcelaria actual.

Por último, sobre la implementación de programas de reducción de riesgos y daños en el modelo de gestión de salud mental y usos y consumo de drogas, como se mencionó, el MSP no cuenta con un modelo de gestión de servicios de salud mental para el SNS, excepto los lineamientos generales para su funcionamiento, que constan en su normativa.

Por otra parte, la definición de reducción de daños se refiere a *“políticas, programas y prácticas que buscan minimizar las repercusiones sanitarias, sociales y jurídicas negativas asociadas con el consumo de drogas, así como las políticas y leyes en materia de drogas. La reducción de daños se basa en la justicia y los derechos humanos: se centra en los cambios positivos y en trabajar con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas o exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa al apoyo”*; ¹⁰³ adicional, el término *riesgo*, se refiere a la probabilidad de que una población determinada sufra cierta enfermedad o daño. En tal sentido, el MSP y las instituciones que conforman la RPIS, cuentan con acciones orientadas a la disminución del riesgo de consumo de drogas, sobre todo en el componente de salud ocupacional del IESS, y manual y protocolo de atención integral a personas con consumo de drogas en el ISSPOL; en el caso de las unidades del MSP en el primer nivel de atención, no se evidencia tanto acciones continuas de prevención primaria de usos y consumo de drogas en sus distintos tipos, así como de la incorporación de instrumentos estandarizados para detección de estos casos en personal no especializado, que forme parte de los procedimientos de rutina, como se mencionó en experiencias de otros países de la región al incorporar la salud mental en la APS.

En cuanto a programas de reducción de daños, el SNS no cuenta con políticas orientadas a este propósito; al respecto, existe un factor que quizá aporta a esta situación, como es el estigma relacionado al consumo de drogas, que se ha profundizado durante los últimos años, debido tal vez, al incremento del fenómeno del narcotráfico, de las personas en situación de privación de la libertad por esta razón, y la crisis carcelaria actual, complementario al

enfoque ético jurídico con que se maneja el problema de consumo de drogas, con el cual, se concibe al sujeto como víctima y/o delincuente, además de que se trata de reducir la demanda penalizando al consumidor, y que ha resultado limitado para el abordaje integral del fenómeno del uso y consumo de drogas.¹⁰⁴ Adicional a esto, en la gestión de servicios del MSP no se contempla este tipo de programas de manera oficial, aunque, en el protocolo atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia (2015), incluye el programa de tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos, que menciona, como parte de la terapia, *la sustitución de dicha sustancia (heroína) por un opiáceo de consumo legal durante un largo tiempo, controlado medicamente y acompañado de apoyo psicosocial.*¹⁰⁵ No obstante, se desconoce el nivel de conocimiento y aplicación de esta normativa por parte del personal de salud.

Lineamiento Estratégico 4

Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental.

La rectoría de un sistema de salud se refiere a la *conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizadas por entes públicos y privados;*¹⁰⁶ y tiene que ver con las funciones de la salud pública, como son: (1) *Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud;* (2) *Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;* (3) *Promoción de salud;* (4) *Participación de los ciudadanos en salud;* (5) *Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública;* (6) *Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública;* (7) *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;* (8) *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública;* (9) *Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos;* (10) *Investigación en salud pública;* y (11) *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.*¹⁰⁷ En el caso del Ecuador, este rol corresponde al MSP como autoridad sanitaria nacional, y, en cuanto al componente de salud mental, este no cuenta con una instancia o dirección nacional en la actualidad.

Es necesario señalar, desde una perspectiva histórica, que, en el año de 1980 se creó la Dirección Nacional de Salud Mental, y con ella, los primeros lineamientos para un plan nacional de salud mental, que no contó con el apoyo político y presupuesto para su implementación, el mismo que tiene otra versión en el año 1999 mediante acuerdo ministerial 01745, el cual presentó las limitaciones del plan anterior, por lo que no pudo ser ejecutado. Para el año 2012 mediante acuerdo ministerial 4520 - Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos,¹⁰⁸ deja de constar la Dirección Nacional de Salud Mental en la estructura orgánica del MSP. En el año 2013, mediante acuerdo ministerial N° 004349 se crea la Comisión de Salud Mental en el MSP, cuyas funciones, entre otras, fueron aprobar planes y prioridades, gestionar el financiamiento para la ejecución de los productos relacionados a la salud mental, direccionar estratégicamente la gestión de salud mental, de acuerdo a los lineamientos de la máxima autoridad del MSP,¹⁰⁹ y fue la instancia responsable de la elaboración y oficialización del plan nacional y modelo de salud mental, y cuyo último informe de gestión data del año 2017.

En el año 2013, se crea el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, y, actúa de manera concomitante con la comisión, encargándose al inicio, de aspectos más administrativos para la gestión del proyecto, para luego de transcurrido dos años, comienza a asumir algunas funciones de la comisión, hasta la actualidad, en el que forma parte de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, aunque también existe un componente de salud mental en la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, que a su vez, forma parte de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud y del Viceministerio de Gobernanza de la Salud.

Esta situación -de la ausencia de una dirección de salud mental-, se replica en las demás instituciones públicas de la RPIS, como es el caso del IEES, en la que este componente forma parte de la Coordinación Nacional Institucional del Primer Nivel de Atención, o en la Dirección Nacional de Atención Integral de Salud, en el caso del ISSPOL, y en el caso del ISSFA, esta no consta en el estatuto orgánico por procesos. Sin embargo, las instituciones de la RPIS conocen de la existencia del componente de salud mental en el MSP, y parte del cuerpo normativo, sobre todo, el plan y el modelo de salud mental, y de manera limitada los diferentes

lineamientos emitidos por la ASN (esta afirmación se la hace con base en las reuniones interinstitucionales para la evaluación del sistema de salud mental); en el sector privado, de manera particular se conoce la normativa relacionada al funcionamiento de los establecimientos de tratamiento de adicciones (acuerdo 0080), debido a los procesos de licenciamiento y permiso de funcionamiento que están obligados a obtener. Al respecto de esto, la entidad responsable del control de estos establecimientos y del control de la calidad corresponde a la ACESS; y, en cuanto a una instancia encargada de la supervisión del respeto a los derechos humanos de los pacientes de estos centros, al momento el SNS no cuenta con una, así como tampoco en el caso de personas con trastornos mentales hospitalizadas en establecimientos de tercer nivel de atención.

En cuanto a diseñar la red de servicios de Salud Mental con enfoque de APS en la Red Pública y Complementaria, como se pudo apreciar en el lineamiento 2, esta ha sido orientada en mayor medida hacia el individuo/paciente y el tratamiento del problema de salud instalado, con énfasis en los trastornos relacionados al consumo de drogas. Se evidencian intentos de incorporar la APS en los establecimientos del primer nivel de atención del MSP, como la incorporación de los servicios de psicología, aunque, se estima que apenas el 27.8% cuentan con este profesional de manera permanente; además de capacitaciones a un número importante de profesionales no especializados, e, interrelaciones con personal de psiquiatría de hospitales, mediante estrategias de supervisiones de enlace, itinerancias; pese a lo cual, es limitada la información respecto de la incidencia de estas, en el disminuir la brecha de atención, tamizaje, o diagnóstico temprano de problemas de salud mental. De igual manera en el segundo nivel con las unidades de salud mental hospitalarias, que, a pesar de contar con lineamientos para su funcionamiento, presenta limitaciones en su autonomía administrativa, ya que en la mayoría de casos no cuentan con camas exclusivas para pacientes con trastornos mentales que requieran hospitalización. Y en el tercer nivel, como se ha podido observar en anteriores apartados, se insiste en orientar la mayor cantidad de recursos humanos, materiales y económicos hacia la atención en el hospital psiquiátrico y los CETAD, tanto en el sector público como en el privado.

Respecto de la incidencia en el sector académico acerca de las necesidades de formación de talento humano en salud mental que requiere el MSP, esta ha sido escasa, y se

restringe a reuniones para la elaboración del perfil del psicólogo clínico, que aún todavía no culmina. No se tiene evidencia acerca de reuniones con responsables de los posgrados de psiquiatría de universidades, que a nivel país, solo dos se encuentran vigentes al año 2022 y corresponden a universidades privadas.

En lo que concierne a coordinar con otros sectores del SNS la implementación de campañas de promoción y prevención en todo el territorio nacional, esta se ha restringido a actividades de capacitación en temas específicos (alcohol, suicidio, violencia; MhGap) de manera coyuntural con los demás integrantes de la RPIS, y en ocasiones con otros actores como los gobiernos autónomos descentralizados u otras carteras de estado, como los de educación, justicia e inclusión social.

A pesar de esto, el MSP, a través del componente de salud mental tuvo un papel relevante durante el inicio de la pandemia de la COVID-19, en la Mesa Nacional de Salud y Atención Pre Hospitalaria, en la que elaboró normativa, como el de atención teleasistida de Salud mental en COVID -19 de aplicación para la RPIS, ministerios de inclusión social, justicia y centros de formación superior, o los lineamientos para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria, de aplicación para los establecimientos del MSP, además, de coordinar con la RPIS y otros actores públicos y privados la implementación de una línea de ayuda mediante teleasistencia de psicología, psiquiatría, actividades de tipo preventivas a usuarios y personal de salud.^{28,110}

Una de las limitaciones del componente de salud mental en el MSP, ha sido la participación de usuarios y familiares de personas con trastornos mentales, la cual se ha restringido, a nivel nacional, a las convocatorias a reuniones de actualización (2018) y evaluación del plan nacional de salud mental (2021), y, a nivel de servicios, varias reuniones para entregar aportes sobre la prestación de los servicios de salud mental; en ambos casos la participación ha sido nominal, y no existe evidencia de que estos aportes hayan incidido en la toma de decisiones o en la formulación de políticas públicas, así como tampoco que los resultados les hayan sido devueltos o socializados. Por otra parte, no se ha motivado la participación de estos actores en los establecimientos del MSP -que cuenta con estrategias permanentes de participación, como el comité local de salud, o los grupos de personas con enfermedades crónicas no transmisibles-, con las excepciones del Centro Especializado San

Lázaro y el Hospital Especializado Julio Endara, que cuentan con dos grupos de usuarios y familiares cuya contribución está relacionada a programas coyunturales (talleres, casas abiertas) y a la prestación de servicios de salud mental.

Lineamiento Estratégico 5

Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria

Para el abordaje de este lineamiento, se parte de una aproximación al concepto de salud mental comunitaria, que, según algunos autores, la conciben como un *sistema* de atención, una *red* de servicios que suministra un abanico completo de cuidados eficaces de salud mental a una población definida, y/o una *alternativa* -y no un elemento complementario a los modelos tradicionales-, que se dedica al tratamiento y respaldo de las personas que padecen trastornos mentales, en proporción a su padecimiento o malestar, en colaboración con otros organismos locales; por lo tanto, enfatiza en la organización y gestión de servicios de salud mental.⁵³ En este sentido, la formulación de este lineamiento, en el campo de la investigación, pudo haber tenido relación, entre otros temas, con la investigación de sistemas y servicios de salud, calidad de la atención, gestión de recursos en salud mental, adicional a las de tipo clínicas y epidemiológicas.

Al respecto, en el país, según el documento Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 (MSP, 2013) se consideró para las áreas principales de investigación, los problemas de salud, y para las sublíneas, los determinantes sociales y la respuesta del sistema de salud; estableciendo para el área de salud mental y trastornos del comportamiento, siete sublíneas: esquizofrenia, abuso alcohol, tabaco y drogas, depresión y distimia, trastornos de la alimentación, trastornos generalizados del desarrollo (Autismo, Asperger) trastornos de atención y discapacidad intelectual. Adicional, consta otras áreas que tienen que ver con problemas relacionados a la salud mental, como son las de lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal, que, a su vez, la integran las sublíneas de: lesiones autoinfligidas violencia con arma de fuego, violencia sexual, y violencia; y las neurológicas (alzheimer, epilepsia, cefalea tensional). Por otra parte, en la línea 19 que corresponde a investigaciones relacionadas al sistema nacional de salud, queda abierta la posibilidad de estudios sobre financiación de la

atención de salud, APS, medicamentos, talento humano, calidad de la atención, sistemas de información, participación social.⁵⁹

Sin embargo, según informe de la OPS (2022), en el periodo comprendido entre 2014 y 2017, fueron aprobados 133 protocolos de investigación relacionados a salud mental por parte de los Comités de Ética e Investigación en Seres Humanos (CEISH); y la Dirección de Inteligencia de la Salud autorizó la realización de 12 investigaciones,³⁵ la mayor parte en la línea de epidemiología psiquiátrica, aunque se desconoce si llegaron a término y ser publicados en alguna revista científica. Por otra parte, en el período 2016-2021 se registran trece investigaciones en el campo de la epidemiología de trastornos mentales, aunque se desconoce si los hallazgos obtenidos, sirvieron de insumo para la elaboración de normativa del MSP, y para la organización de servicios de salud mental.

En cuanto a la relación con las universidades en proceso de investigación, según el informe de OPS, se registra la participación conjunta entre el ministerio y universidades para el desarrollo de alrededor de diez investigaciones, aunque no se menciona el nombre de las universidades y las líneas de investigación de las mismas. Por otra parte, de acuerdo a un informe del MSP (2022), se encuentran en desarrollo dos estudios, el primero sobre patrones de consumo de drogas ilícitas de personas con consumo problemático, atendidas en la modalidad ambulatoria, ambulatoria intensiva y residencial, y el segundo, una evaluación de resultado de las personas atendidas en los servicios de salud mental (SSM) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el primero con la Universidad Central del Ecuador. Cabe añadir, que, desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 en el año 2020, el componente de salud mental del MSP formó parte de la Mesa Nacional de Salud y Atención Pre Hospitalaria, en la que motivó la elaboración y ejecución de proyectos de investigación en el contexto de la COVID-19, como las realizadas por la Universidad de las Américas y la Universidad Técnica Particular de Loja, en la línea de epidemiología de trastornos mentales en población general y grupos específicos (personal de salud),^{33,111,112} a lo que se suma dos estudios en suicidio y servicios de salud.^{113,114}

Respecto de la incidencia en la formación de pregrado, las interrelaciones con las universidades en este nivel se enfocan en la suscripción con las coordinaciones zonales de salud (MSP), de convenios para las prácticas preprofesionales sobre todo de psicología, las cuales tiene mayor énfasis en el sujeto y la enfermedad, con una limitada incorporación de prácticas de promoción de salud mental comunitaria en el primer nivel de atención de salud desde una perspectiva crítica;¹¹⁵ además de la elaboración del perfil del psicólogo clínico, todavía sin concluir, y en la que participaron representantes de facultades de psicología de universidades públicas y privadas, además de representantes de gremios de psicólogos del país. A nivel de posgrado, se puede mencionar la Maestría en Intervención Psicológica en Adicciones de la Universidad Central del Ecuador, en la que varios funcionarios operativos de servicios, obtuvieron becas del MSP; adicional, la maestría en Políticas Públicas para la Prevención Integral de Drogas en el Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN), en las que también participaron personal operativo de centros de salud del MSP.

En definitiva, durante los últimos seis años se han desarrollado algunas iniciativas en investigación, con varias líneas, diferentes y complementarias a las existentes anterior al plan de salud mental -la mayor parte de encuestas sobre consumo de drogas-,¹¹⁶ con predominio de las de tamizaje de problemas de salud mental en población, y grupos específicos, sobre todo durante la pandemia, en la que, la articulación con universidades se hizo más visible, aunque no queda del todo claro, las estrategias o mecanismos de difusión de resultados utilizados y su incorporación en la toma de decisiones, y en la formulación de normativa y políticas públicas, considerando que existen hallazgos que revelan que los servicios de salud en la región de América Latina -Ecuador incluido-, resultaron afectados por la pandemia, con la consecuente interrupción de servicios a personas con trastornos mentales, y que además, evidenció que la internación psiquiátrica, pareciera ser la única alternativa de tratamiento.¹¹⁷

CONCLUSIONES

En este apartado, se describen las conclusiones en razón de cada lineamiento del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental. No obstante, a manera de una conclusión general, previa al detalle por cada lineamiento, se puede señalar que la estructura teórica del plan presenta limitaciones de tipo conceptuales y epistemológicas que afectan su comprensión y las acciones planteadas, así como las posibles metas e indicadores para su evaluación, sin contar, además, que estos últimos no se los definieron en el plan ni en un documento oficial.

Lineamiento Estratégico 1

- Las intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental durante el período 2015-2020, se han restringido a actividades aisladas por cada subsistema o sector, inscritas en varios planes o programas en temáticas y grupos específicos, y la mayor parte enfocadas en el problema instalado, y de manera particular en el abuso de alcohol y otras sustancias.
- El marco legal vigente en salud mental, que incluyen leyes, planes nacionales, modelos, guías y protocolos de atención, se ha enfocado en gran medida, en el fenómeno socio económico de las drogas, y el tratamiento a personas al uso y consumo de alcohol y otras drogas.
- La participación social y comunitaria en salud mental ha sido escasa, limitándose a iniciativas relacionadas a la prestación de servicios y utilización de espacios del establecimiento en servicios especializados, y a su presencia eventual en espacios de actualización/evaluación o construcción de normativas de salud mental.
- El sistema nacional de salud no dispone de un sistema de información exclusivo de salud mental, lo que puede limitar la toma de decisiones en organización de servicios y formulación de políticas públicas en salud mental.
- Durante el periodo de vigencia del plan de salud mental, hasta la actualidad, el sistema nacional de salud no cuenta con una instancia administrativa que cuente con procesos de evaluación de la calidad que permitan garantizar el cumplimiento de los derechos

humanos de pacientes con trastornos mentales en los establecimientos de la red pública integral de salud.

A manera de resumen, el cumplimiento de este lineamiento ha sido limitado, en cuanto a los indicadores de resultado sobre políticas vigentes de salud mental, e intervenciones bajo el enfoque de promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud mental; de igual manera, respecto de la cantidad grupos de usuarios y/o familiares de personas con trastornos mentales, y la existencia de programas o estrategias para su participación social en salud.

Lineamiento Estratégico 2

- El sistema nacional de salud aún no cuenta con un modelo de gestión de servicios de salud mental, aunque sí, con lineamientos para la organización de servicios, sobre todo para los destinados al tratamiento de adicciones.
- El presupuesto asignado al componente de salud mental, desde el inicio de la implementación del plan de salud mental, ha estado por debajo de la mediana de países de la región de América Latina y el Caribe; incluso, durante los dos últimos años, este ha ido disminuyendo, y, con ello, la disponibilidad de servicios, talento humano, y psicofármacos en los servicios y establecimientos de salud mental públicos.
- La incorporación de la salud mental en la Atención Primaria de Salud, en la red pública integral de salud, ha presentado avances en los establecimientos del primer nivel de atención, como la incorporación de profesionales de psicología, trabajo social y terapia ocupacional, la capacitación al personal no especializado, la adquisición y dispensación de psicofármacos en centros de salud, la itinerancia y supervisión de enlace con psiquiatras de hospitales. No obstante, no se cuenta con indicadores de proceso y resultado sobre la eficiencia de estas estrategias implementadas.
- En el segundo nivel, la implementación de unidades de salud mental hospitalaria, presenta limitaciones en su autonomía administrativa, ya que dependen de otras unidades o procesos; esto limita la gestión y disponibilidad de recursos: humanos, dispositivos médicos, psicofármacos, camas de hospitalización.
- Los hospitales psiquiátricos continúan siendo la opción prioritaria para la atención de personas con trastornos mentales, en los sectores público y privado. Un porcentaje

importante del presupuesto de salud mental, se destina al único hospital público, así como para la compra de servicios desde el año 2015 en la red pública integral de salud.

- Los servicios y establecimientos especializados para el tratamiento de adicciones han sido, los que, en cantidad, han tenido mayor desarrollo desde la implementación del plan de salud mental, tanto en el sector público como en el privado; no obstante, no se dispone de indicadores y/o estudios sobre la efectividad de los tratamientos en el país.
- Las instituciones del sector público del sistema nacional de salud no disponen de programas estandarizados, así como tampoco el sector de inclusión económico social cuenta con dispositivos residenciales o de acogimiento que faciliten el proceso de desinstitucionalización de personas con trastornos mentales graves.

En definitiva, las dificultades en el cumplimiento de este lineamiento están relacionadas, no solamente con la escasa asignación presupuestaria, o disponibilidad de servicios, recursos humanos y tecnológicos, sino, sobre todo, con la compresión y generación de estrategias de incorporación de la salud mental en la atención primaria de salud, que incluya una tipología de servicios y programas de cuidado a largo plazo, acorde a las características de la demanda real y potencial en la población general, y de aquellos grupos de personas que padecen trastornos mentales comunes y graves, y que a su vez faciliten los procesos de desinstitucionalización de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas.

Lineamiento Estratégico 3

- La provisión de servicios a personas con trastornos relacionados al consumo de alcohol y otras drogas, ha sido la que más impulso y desarrollo ha presentado en el sistema nacional de salud, y de manera particular en el Ministerio de Salud Pública, y en la red complementaria; incluso, la compra de servicios privados ha ido en ascenso durante los últimos cinco años.
- Las intervenciones colectivas de prevención de uso y consumo de drogas en la red integral de salud y con otros sectores del estado, han sido escasas y aisladas, restringiéndose a iniciativas por cada subsistema de salud, o en otros sectores como en el de educación, gobiernos autónomos descentralizados.

- El Ministerio de Salud Pública cuenta con una red de servicios de tratamiento de uso y consumo de drogas en los tres niveles de atención, la mayor parte orientada a la atención de adultos y adolescentes hombres, y no dispone de servicios para adultas mujeres. La mayor parte de ellos, no cuentan con autonomía en la gestión administrativa, y dependen de distritos de salud, y unidades o procesos en el caso de unidades hospitalarias de salud mental.
- El país cuenta con una ley orgánica para la prevención del fenómeno socioeconómico de las drogas, la cual, en su componente de salud laboral, dispone actividades de prevención del uso y consumo, y mecanismos para la atención y recuperación, mediante la elaboración y ejecución de un plan anual, sin embargo, no se tiene evidencia de indicadores de monitoreo y supervisión de los mismos, por las carteras de estado responsable de ello, como son de Trabajo y Salud; así como tampoco la implementación de programas de prevención en todos los ámbitos de prevención que contempla la ley de drogas.
- La instancia nacional responsable de la prevención del fenómeno socio económico de las drogas, en el componente de salud, ha sufrido cambios en la organización y disminución de personal técnico durante los últimos cinco años. Desde el 2020 se encuentra adscrito al proyecto de salud mental, que a su vez forma parte de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, en el Ministerio de Salud Pública.
- La prestación de servicios a personas con trastornos relacionados al consumo de drogas, que forman parte de grupos de atención prioritaria como son las personas privadas de la libertad, estaban enfocadas en la modalidad ambulatoria intensiva; sin embargo, se desconoce la permanencia de estos servicios, debido a la crisis carcelaria que vive el país.
- El sistema nacional de salud no cuenta con políticas o programas de reducción de daños en personas con consumo nocivo de drogas, debido en parte al enfoque ético jurídico con que se lo maneja, que concibe al sujeto como víctima y/o delincuente, y que trata de reducir la demanda penalizando al consumidor, dificultando el abordaje integral del fenómeno del uso y consumo de drogas.

Con base en lo mencionado, se podría concluir que este lineamiento presenta avances significativos respecto de la formulación de leyes, planes y normativa para la creación, funcionamiento y organización de servicios para el tratamiento de adicciones, en los diferentes niveles de atención, sin embargo, el carecer de indicadores de eficiencia de los servicios y efectividad de las intervenciones en los usuarios, limita conocer el cumplimiento de los criterios señalados en el lineamiento, como son los de integralidad e integración en la atención, y lo integrado de los servicios en el sistema de salud.

Lineamiento Estratégico 4

- El sistema nacional de salud no cuenta con una Dirección Nacional de Salud Mental, con independencia administrativa. La instancia responsable de este componente en el Ministerio de Salud Pública se denomina Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, que forma parte de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
- En las demás instituciones que conforman la red pública integral de salud, tampoco dispone de una dirección de salud mental, pero, igualmente consta como parte de otras direcciones en sus estatutos.
- La incidencia del componente de salud mental del Ministerio de Salud Pública en el sector académico, en cuanto a la formación de talento humano en salud mental ha sido escasa, y se ha limitado a intentos de elaboración de perfiles de profesionales. Sin embargo, durante los dos últimos años ha aumentado la colaboración con universidades públicas y privadas en proyectos de investigación.
- Durante la pandemia, la rectoría del Ministerio de Salud Pública con su componente de salud mental, orientó la aplicación de intervenciones en personas enfermas de COVID-19 y sus familias y en población general, a través de teleasistencia, en la que participaron otros actores del sistema nacional de salud, universidades, gremios de profesionales de salud mental, voluntarios, entre otros.

Este lineamiento es quizá, el que más dificultades ha presentado en su aplicación, debido en parte a los cambios en la denominación y funciones de las diferentes instancias responsables del componente de salud mental en el Ministerio de Salud Pública, la cual, en la actualidad no consta como una Dirección exclusiva y con autonomía administrativa que le permita fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria, aunque, se puede mencionar avances en la coordinación de la provisión de los servicios de la red pública integral de salud, y la cooperación con universidades en investigación, durante la pandemia de la COVID-19.

Lineamiento Estratégico 5

La incidencia de la autoridad sanitaria nacional en la formación de pre y posgrado ha sido escasa en el país, más aún, relacionada a la salud mental comunitaria, limitándose a la construcción de un perfil del profesional de psicología clínica, todavía en proceso de culminación. En cuanto a la investigación, el país, cuenta con un documento de prioridades de investigación que incluye problemas y condiciones relacionados a la salud mental, así como de investigación en servicios de salud en general. Durante los últimos cinco años se han desarrollado varias investigaciones en salud mental aprobadas por comités de investigación en seres humanos, no obstante, se desconoce las principales líneas de investigación, aunque, de acuerdo a revisiones bibliográficas, sobresalen los de tamizaje de trastornos mentales en población general y grupos específicos, sobre todo durante la pandemia, en que la colaboración con universidades ha sido mayor. No obstante, no se evidencia en la instancia nacional de salud mental -o en una organización civil-, un repositorio que recopile y actualice de manera periódica los informes de resultados de estudios realizados, al igual que mecanismos de traspaso de la información hacia las instituciones o grupos de personas que participaron en los mismos, y para la toma de decisiones relacionadas a la gestión de servicios como en la formulación de política pública en salud mental.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se describen a continuación se basan en las inscritas en los módulos de evaluación de políticas y planes de salud mental, y de elaboración de planes y programas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, los cuales, como se señaló al inicio del documento se toma instrumentos de apoyo técnico.

- Los resultados del informe deben ser puestos en conocimiento de las instituciones y grupos que participaron en el proceso de recopilación de información, entre estos se puede mencionar: grupos de usuarios y de familiares de personas con trastornos mentales, gremios de profesionales de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, instancias del Ministerio de Salud Pública, componentes de salud mental de la seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL), Cruz Roja Ecuatoriana, instituciones de salud mental privadas y universidades, para su discusión y análisis; y que el resultado de este ejercicio de participación, sirva de insumo durante el proceso de construcción o actualización de un plan o programa de salud mental en el país, para el período de que determine la autoridad sanitaria nacional.
- Al respecto de lo anterior, en el caso de la actualización del plan de salud mental, este debe contener estrategias priorizadas, plazos, recursos necesarios, objetivos y actividades, con indicadores de entrada, proceso y resultado, para un período comprendido entre 3 a 8 años, con evaluaciones de al menos cada dos años.
- En el caso de un programa de salud mental, este se debe centrar en asuntos específicos de salud mental que precisan intervenciones concretas, en un área geográfica delimitada para un período entre 1 a 5 años, con monitoreo semestral y evaluación anual.
- En ambos casos, la participación de grupos de usuarios de servicios y familiares de personas con trastorno mental es fundamental, en razón de la legitimidad que pretenda alcanzar el plan o programa de salud mental; apoyados con expertos tanto de las instituciones del sistema nacional de salud, como de las universidades y de organizaciones civiles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental.*; 2014:1-92.
<https://1library.co/document/y698197y-plan-estrategico-nacional-de-salud-mental-con-acuerdo.html>
2. Ministerio de Salud Pública. *Modelo de Atención de Salud Mental Con Enfoque Familiar , Comunitario e Intercultural.* Primera. (Publica M de S, ed.); 2014.
3. World Health Organization. *Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans.*; 2007.
https://www.who.int/mental_health/policy/monitoring_and_evaluation_of_mental_health_policies_and_plan.pdf
4. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2016;34(2):10. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07
5. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Sobre El Sistema de Salud Mental En El Ecuador.*; 2015.
https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1
6. Analuisa P. Análisis del plan estratégico nacional de salud mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de Salud. Published online 2016.
<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6012>
7. Organización Mundial de la Salud. *Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental WHO AIMS.*; 2005.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=445:2008-who-aims-general-information&Itemid=40615&lang=es
8. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Sobre El Sistema de Salud Mental En Ecuador.*; 2008. https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
9. Asamblea Nacional del Ecuador. *Constitucion República Del Ecuador 2008.* Primera. Presidencia de la República; 2008.
https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Acuerdo Ministerial 00019-2020 Reorganización Estado Ecuatoriano.*; 2020:16.
11. INEC. Indicadores Población y Vivienda 2022. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Published 2022. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
12. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. *Compendio Estadístico 2013.*; 2013. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2013/compendio_estadistico_2013.pdf
13. Banco Mundial. Crecimiento de la población anual Ecuador. United Nations World Population Prospects. Published 2021. <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.pop.grow?locations=EC>
14. INEC. Estadísticas Vitales. Registro estadístico de Defunciones Generales. *Boletín Tec Regist Estadístico Defunciones Gen.* Published online 2021:1-13. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400819&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312021000400819&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Ministerio de Gobierno del Ecuador. Indicadores de seguridad ciudadana_Homicidios intencionales. Published 2022. <http://cifras.ministeriodegobierno.gob.ec/comisioncifras/inicio.php>
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) Indicadores de Pobreza y Desigualdad.* Vol 02.; 2021. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2020/Diciembre-2020/Boletin_tecnico_pobreza_diciembre_2020.pdf
17. INEC. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU 2019.*; 2019. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2019/Marzo/032019_Mercado_Laboral_final.pdf
18. Banco Central del Ecuador. *Reporte de Pobreza, Ingreso y Desigualdad.*; 2020. [file:///D:/Users/hp/Pictures/MAJO/MACROECONOMIA/Banco Central del Ecuador.pdf](file:///D:/Users/hp/Pictures/MAJO/MACROECONOMIA/Banco_Central_del_Ecuador.pdf)
19. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. *Reporte de Economía Laboral.*; 2018.
20. Gomes J, Faría M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: Una oportunidad

- para UNASUR. 2014;31(4):740-746.
<https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n4/740-746/es>
21. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *Acuerdo 00030-2020. Tipología de Los Establecimientos de Salud Del Sistema Nacional de Salud Ecuador.*; 2020:54.
<http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/ACUERDO-MINISTERIAL-30-2020-REGLAMENTO-PARA-ESTABLECER-LA-TIPOLOGIA-DE-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-DEL-SISTEMA.pdf>
 22. Malo-Serrano M, Malo-Corral Mi. REFORMA DE SALUD EN ECUADOR: NUNCA MÁS EL DERECHO A LA SALUD COMO UN PRIVILEGIO. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):754-761.
 23. Espinosa V, Acuña C, Torre D De, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. *Pan Am J Public Heal*. 2017;41(e96):1-3.
 24. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *Modelo Atención Integral Salud Ecuador*. Primera. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, ed.). MSP; 2012.
https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
 25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *ACUERDO N° 00126 - 2020 Declaratoria de Emergencia Sanitaria.*; 2020:1-4.
 26. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Aplicación obligatoria de Teletrabajo COVID-19 para equipos de los servicios de Salud Ecuador. Published online 2020:1-6.
https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/protocolo_de_seguridad_y_salud_en_el_trabajo_para_el_sector_público_y_privado-signed.pdf
 27. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Lineamientos generales para los equipos de Salud Mental Comunitaria, durante el Estado de Emergencia Sanitaria_MSP-VAIS-2020-0125-M. Published online 2020:1-2. <file:///C:/Users/Dell/Downloads/MSP-VAIS-2020-0125-M.pdf>
 28. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Protocolo para atención teleasistida de salud mental en covid. Published online 2020:1-13. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/MTT2-PRT-005-Protocolo-de-salud-mental_2020.pdf

29. López A. El suicidio postpandemia, una epidemia anunciada. *Univ los Andes*.
Published online 2020:1-12.
<https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/coronavirus/doc/articulo-el-suicidio-en-postpandemia.pdf>
30. Cárdenas E. Proceso de Reforma de Servicios de Salud Mental en el Ecuador.
Published online 2020:1-32.
31. Nacional C de O de E. *Informe de Situación COVID-19 Ecuador Corte Marzo 2020.*;
2020.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Situación Nacional Por COVID-19 Corte
Noviembre 2020.*; 2020.
33. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, et al. Behavioral and sociodemographic predictors
of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19
in Ecuador. *PLoS One*. 2020;15(9 September):1-14. doi:10.1371/journal.pone.0240008
34. Trujillo_Mina Y. Defensoría del Pueblo presentó proyecto de ley de salud mental. El
Comercio. Published 2021. Accessed December 4, 2021.
<https://www.elcomercio.com/actualidad/defensoria-presento-proyecto-ley-salud-mental.html>
35. Organización Panamericana de la salud. INFORME TÉCNICO. APORTES A LA
EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL.
Published online 2021:31.
36. Constitución de la Republica del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador
2008. *Incluye Reformas*. Published online 2008:1-136.
37. Organización Mundial de la Salud. Atlas Mental health 2014. *Who*. 2014;(April):1500-
1531. doi:10.1016/B978-0-12-802812-4.00015-1
38. Congreso Nacional Ecuador. *Ley Orgánica de Salud Del Ecuador*. Vol Registro O.;
2015:13. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
39. Asamblea Nacional Ecuador. *Ley Organica de Discapacidades.*; 2012:47.
https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

40. Asamblea Nacional. *Código Orgánico Integral Penal.*; 2014:144.
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/SharedDocuments/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
41. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 5212 Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud del SNS.pdf. Published online 2014:22.
42. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos operativos para la Atención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias. Published online 2016.
43. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *Acuerdo 080 Establecimientos de Tratamiento de Adicciones.*; 2016.
44. Red Pública Integral de Salud. *Convenio Marco Interinstitucional Para Integrar La Red Pública Integral de Salud.*; 2012:11.
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO MARCO RED PUBLICA DE SALUD.pdf>
45. Organización Panamericana de la Salud. *La Carga de Los Trastornos Mentales En La Región de Las Américas, 2018.*; 2018.
46. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Actualización de la estimación del presupuesto de salud mental 2020 Informe Técnico Nro. DES – GYF – 2022 – 005. Published online 2022:4. file:///D:/MSP 2021/Plan Salud Mental 2021/Sistematización datos/Presupuesto MSP/informe_des_gyf-2022-005_salud_mental.pdf
47. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *Estimación de Presupuesto Destinado a Salud Mental Año 2017.*; 2017. Memorando Nro. MSP-CGDES-2017-0197-M
48. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Cuadro Básico de Medicamentos 10a Revisión.*; 2019:1-18.
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/medicamentos/Edicion_especial_R.O.A.M_138_EE138_2019.11.25_CNMB_10ma.rev.pdf
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Operativos para la disponibilidad de medicamentos y adquisición del recetario especial, para la atención integral a personas con trastornos mentales y consumo problemático de alcohol, tabaco

- y otras drogas en los establecimientos del Minister. Published online 2015:10-27.
50. Ministerio de Salud Pública. *Informe Salud Mental 2013-2016.*; 2017.
 51. Secretaría Técnica de Drogas. *Costo Del Fenómeno de Las Drogas En Ecuador En 2015.*; 2017.
<http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/EconomicCostofDrugsEcuador2015ESP.pdf>
 52. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *Planificacion de Servicios de Salud de La Red Publica Integral de Salud.*; 2017:64. <https://vlex.ec/vid/acuerdo-ministerial-684246373>
 53. Thornicroft G, Tansella M. *La Matriz de La Salud Mental. Manual Para La Mejora de Servicios.*; 2005. <https://www.amazon.es/matriz-mental-servicios-Psiquiatria-general/dp/8495840197>
 54. Ministerio de Salud pública Ecuador. Lineamientos Operativos para la Atención Integral a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas y Trastornos Mentales Graves. Published online 2015:31.
https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller_22-10-2015/Lineamientos_operativos_ambulatorio_intensivo.pdf
 55. Hospital General Docente Calderón. Informe de acuerdos de la Jornada de planificación de los servicios de salud mental de la Coordinación Zonal 9, en el contexto de la pandemia COVID-19. 2021;(593 2).
https://mail.hgdc.gob.ec/service/home/~/?auth=co&loc=es_AR&id=1589&part=2
 56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Salud V de G y V de la. Informe de actividades desarrolladas en el contexto Día Mundial de Prevención del Suicidio. 2020;(2).
 57. Benavides A, Chuchuca J, Klaic D, Waters W, Martín M, Romero-Sandoval N. Depression and psychosis related to the absence of visitors and consumption of drugs in male prisoners in Ecuador: A cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1-7. doi:10.1186/s12888-019-2227-z
 58. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Modelo de Gestión Operativo Atención de Salud En Contextos de Privación de La Libertad.*; 2018:122.
<https://es.scribd.com/document/556080841/Registro-Oficial-596-de-25-10-2018-Modelo-de-atencion-de-salud-en-contextos-de-privacion-de-libertad>

59. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Prioridades de investigación en salud 2013-2017. Published online 2017:2013-2017.
<https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf>
60. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Informe técnico # 040 Asunto: Respuesta a pedido de información oficio Nro. AN-PANZ-2022-0004-O. Published online 2022.
61. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. *Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas En Estudiantes de Enseñanza Media En El Ecuador.*; 2008. https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/ecuador_2018_annex-4_national_survey_on_drug_consumption_in_middle_school_students_2008.pdf
62. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. *Cuarta Encuesta Nacional Sobre Uso de Drogas En Estudiantes de 12 a 17 Años.*; 2012.
http://www.consep.gob.ec/descargas/Resumen_Ejecutivo_4ta_ENCUESTA_A_ESTUDIANTES_2012_2.pdf
63. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. *Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Educación Media Sobre Consumo de Drogas.*; 2005. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-02/sda-encuesta-nacional-estudiantes-ensenanza-media-2005.pdf>
64. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. *IV Estudio Nacional Sobre Uso de Drogas En Población de 12 a 65 Años.*; 2014.
<https://cupdf.com/document/4-estudio-nacional-poblacion-de-12-a-65-anos-ecuador-ond.html>
65. Gadelho A, Salazar Y, Mendoza D, Fiallos E, Cevallos A. Estudio exploratorio de salud mental y stress en la población de la provincia de Manabí, Ecuador. *Rev SAN Gregor.* 2016;3:10.
66. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). *III Estudio Epidemiológico Andino Sobre Consumo de Drogas En La Población Universitaria de Ecuador. Año 2016.*; 2017.
https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Ecuador.pdf

67. Acosta Y, Alvear R, González S, Reascos Y, Monroy G. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. *Bionatura*. 2017;2(3):33-39. doi:DOI. 10.21931/RB/2017.03.03.
68. Torres C, Otero P, Bustamante B, Blanco V, Díaz O, Vázquez FL. Mental health problems and related factors in ecuadorian college students. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(5). doi:10.3390/ijerph14050530
69. Burneo-Garcés C, Pérez-García M. Prevalence of psychopathological features in South American prisons using the personality assessment inventory. *Behav Psychol Psicol Conduct*. 2018;26(1):177-194.
70. Cevallos E, Ramírez G, Menéndez C. Effects on the Mental Health of Refugee in the Earthquake in Ecuador. *Alternativas*. 2017;78(1):38-42.
71. Acosta R, Sanango M, Carrión F, Pereira H. TEPT y Ansiedad en niños y adolescentes 2 años posterior al terremoto de 2016 en Unidades Educativas de la ciudad de Portoviejo, Ecuador. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*. 2019;36(4):6-13. doi:10.31766/revpsij.v36n4a2
72. Pazmiño-Erazo E, Alvear-Erazo M, Saltos-Chávez G, Pazmiño-Pullas D. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;(January). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7896823/pdf/main.pdf>
73. Tusev A, Tonon L, Capella M. Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador. *Investigatio*. 2020;15(15):11-22. <https://scholar.archive.org/work/u4tljytlnenbh4f5rknc7xfj4/access/wayback/https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/download/471/446>
74. Naranjo-Hidalgo T, Poveda-Ríos S. Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. *Rev Médica Electrónica*. 2021;43(5):1-12. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4413>
75. Peñafiel-León JE, Ramírez-coronel AA, Mesa-cano IC, Martínez-suárez PC, De P, Católica U. Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud. *Arch Venez Farmacol y Ter*. 2021;40(3):2002-2011.

- https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/1_impacto_psicologico_resiliencia.pdf
76. Arruda A, Carrasco J. Las reformas psiquiátricas brasileña & chilena: una breve historia de los modos de gobierno vinculados a salud mental.
 77. Organización Mundial de la Salud. *Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020*. Vol 53.; 2013. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
 78. Hurtado Betancur H, Sánchez Peláez VC, Bedoya Gómez LM, et al. Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2011;3(1):59-71.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 79. Villar Aguirre M. Determining factors in health: Importance of prevention. *Acta Med Per*. 2011;28(4):237-241.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
 80. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. Health and its determinants, health promotion and health education. *Jonnpr*. 2020;5(1):81-90.
doi:10.19230/jonnpr.3215
 81. Organización Mundial de la Salud. *Promoting Mental Health.*; 2005.
doi:10.5840/ncbq201616462
 82. Leiva- Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:1. doi:10.26633/rpsp.2021.158
 83. Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. *Plan Nacional de Prevención Integral y Control Del Fenómeno Socio Económico de Las Drogas 2017 - 2021*. Vol 7.; 2021.
http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Preencion_Integral_y_Control_del_Fenomeno_Socio_Economico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf

84. Bucheli A, Illapa M, Msabanda M, et al. *Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas Y Adolescentes*. Vol 1.; 2018:1-35. https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_prevencion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf
85. Asamblea Nacional Ecuador. *Ley Orgánica Para La Regulación y Control Del Tabaco.*; 2011. <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/L-R.O.-497-Ley-Orgánica-para-la-regulación-y-control-del-tabaco.pdf>
86. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015;39(105):300-322. doi:10.1590/0103-110420151050002002
87. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(4):440-447. doi:10.1590/s1414-462x2012000400006
88. Kirsten K, Acuña J, Huepe Gabriela, Fuenzalida M. Programa de desarrollo de salud mental para la atención primaria: prodesam. In: ; 2017:179-192.
89. Dimenstein M, Neves R, Paulon S, Nardi H, Bravo OA. La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil. *Psicol desde el Caribe*. Published online 2010. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n26/n26a10.pdf>
90. Agrest M, Mascayano F, Teodoro de Assis R, Molina-Bulla C, Ardila-Gómez S. Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex*. 2018;XXIX(141):334-345. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30785976>
91. Diez-Canseco F, Ipince A, Tomaya M, et al. ATENDIENDO LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL PERÚ : RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA INTEGRACIÓN DE CUIDADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):131-136. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000100019&script=sci_abstract

92. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. IMPLEMENTACIÓN, RESULTADOS INICIALES Y SOSTENIBILIDAD DE LA REFORMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):2013-2018. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2019.v36n2/326-333/es>
93. Mavoral F. Treatment of chronic patients in the community . Some considerations about the deinstitutionalization. *RAEN Vol IX N o 28 1989 deficitario*,. 1989;IX(28):123-131. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15070>
94. Organización Mundial de la Salud. *Atlas Recursos de Salud Mental En El Mundo 2001.*; 2001. <http://www.who.int/es/>
95. Subsecretaria Nacional de Provision de Servicios de Salud. Compra servicios de salud mental años 2015 - 2018. Published online 2018:8.
96. Gutierrez G. Informe de Costeo de Productos del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Published online 2022:25.
97. Bruni A. Pan american health organization travel report Ecuador. Published online 2018.
98. Mercenier P, Van-Valen H. Bases de la organización de los servicios de salud. In: *Curso Internacional Para La Promoción de La Salud. Unidad de Enseñanza e Investigación En Salud Pública Instituto de Medicina de Amberes - Belgica.* ; 1995:1-73.
99. Laviana-Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos : modelo comunitario. 2006;24:345-374. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84606/16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
100. Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. *Perspectiva de Género y Programas Sobre Drogas : El Abordaje de Las Desigualdades.*; 2014. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_24102014.pdf
101. Jiménez C, Gabriela M, Cobo M, et al. Costos de la atención médica en el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador, atribuibles al consumo de alcohol del personal militar en servicio activo, pasivo, dependientes y derechohabientes. 2021;08(1):48-58. <https://journal.espe.edu.ec/ojs/index.php/Sigma/article/view/1915>

102. Presidencia de la República Ecuador. *LEY ORGANICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL FENÓMENO SOCIO ECONOMICO DROGAS.*; 2017:1-18.
<https://www.cfn.fin.ec/wp-content/uploads/2018/11/Ley-Organica-de-Prevencion-Integral-del-Fenomeno-Socio-Economico-de-las-Drogas.pdf>
103. Global Fund. *Reducción de Daños Para Los Consumidores de Drogas.*; 2020.
https://www.theglobalfund.org/media/1277/core_harmreduction_infonote_es.pdf
104. Apud I, Romaní O. LA ENCRUCIJADA DE LA ADICCIÓN. DISTINTOS MODELOS EN EL ESTUDIO DE LA DROGODEPENDENCIA. *Salud Drogas.* Published online 2016. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
105. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *Protocolo de Atención En Intoxicación Aguda Por Opioides y Síndrome de Abstinencia.*; 2015:49. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Acuerdo-5282-Protocolo-de-opioides-fusionado.pdf>
106. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública en México.* 2011;53(2):12. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619779013.pdf>
107. Organización Mundial de la Salud. *Las Funciones Esenciales de La Salud Pública En Las Américas. Una Renovación Para El Siglo XXI.*; 2020.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
108. Ministerio de Salud Pública Ecuador. *ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.*; 2015:168.
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/documentos/ac_00004520_2013_13_nov.pdf
109. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Acuerdo Ministerial 004349. Creación de La Comisión Salud Mental.*; 2013:6.
110. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Lineamientos Operativos Para La Intervención de Salud Mental En La Emergencia Sanitaria.*; 2020.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-operativos-Salud-Mental-Covid-19_2020.pdf
111. Paz C, Abiuso T, Adana-díaz L, Rodríguez-lorenzana A. Psychological Distress in the

- Galapagos Islands During the COVID-19 Pandemic. 2022;67(March):1-8.
doi:10.3389/ijph.2022.1604366
112. Bustamante B, Sánchez R, Paladines B. *Informe de Indicadores de Salud Mental*.; 2021. <https://vinculacion.utpl.edu.ec/es/observatorios/obastal>
113. Pirkis J, John A, Shin S, et al. Articles Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic : an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet*. 2021;8(July):579-588. doi:10.1016/S2215-0366(21)00091-2
114. Mundt A, Rosas E, Irrázaval M, O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds expert consensus using a Delphi. *Mol Psychiatry*. 2021;271873-187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35064234/>
115. Baena VC. Salud mental comunitaria , atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Pan Am J Public Heal*. 2018;42(e162):1-6. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e162/es>
116. Cárdenas E, Parada B. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gac Médica Espirituana*. 2021;23(2):53-65. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000200053
117. Ardila-Gómez S, Fernández M, Matkovich A, et al. Repercusiones de la COVID-19 en la internación psiquiátrica en América Latina y el Caribe. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;(x x):1-7. doi:10.1016/j.rcp.2021.05.004

	Nombre	Cargo	Firma
Aprobado por:	Mgs. Andrea Prado Cabrera	Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud	
Revisado por:	Mgs. Diana Cárdenas Paredes	Gerente del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	
	Psic. Maritza Troya Segovia	Especialista del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	

	Mgs. Roberto Enríquez Anaya	Especialista del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	
Elaborado por:	Phd. Javier Cárdenas Ortega	Psicólogo Clínico Hospital General Docente Calderón-Quito	