

# IESM OMS

**IESM-OMS**  
**INFORME SOBRE EL**  
**SISTEMA DE SALUD MENTAL**  
**EN**  
**EL ECUADOR**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



**IESM-OMS**

**EVALUACION DEL SISTEMA  
DE SALUD MENTAL EN  
ECUADOR**

*Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el  
Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS  
(IESM-OMS)*

*Ecuador*

*2015*



*Ministerio de Salud Pública del Ecuador  
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS*

# **INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL ECUADOR ( IESM-OMS)**

**Diciembre 2015**

El presente estudio fue realizado por solicitud de la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y contó con el auspicio técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La investigación fue llevada a cabo por la Dra. Carolina Echeverri, psiquiatra, contratada como consultora por la OPS, con el apoyo de los diferentes miembros de la Comisión de Salud Mental en el proceso de recopilación de información.

Contó con el apoyo técnico y la supervisión de la coordinadora de la unidad de salud mental de la OPS/OMS con sede en Washington, Dra. Devora Kestel, así como con el apoyo del Dr. Roberto Montoya, responsable de Información en Salud y Control de Enfermedades de la OPS/OMS Ecuador.

Se utilizó el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), en base al cual se realizó la recopilación de información, el procesamiento de los datos y la elaboración del presente informe.

El objetivo de esta evaluación es el de mejorar los servicios de salud mental del Ecuador, así como el de disponer de una línea de base para monitorear la implementación del Plan Nacional Estratégico y Modelo de Atención en Salud Mental y realizar nuevas acciones de acuerdo a las necesidades identificadas. Se recopiló información referente al año 2014 y en ocasiones años anteriores.

## RESUMEN

Se realizó una evaluación del sistema de salud mental del Ecuador con datos del año 2014, utilizando el instrumento IESM-OMS de la Organización Mundial de la Salud.

El sistema de salud mental del Ecuador se encuentra en un proceso de transición entre un modelo hospitalocéntrico y un modelo de atención comunitaria. El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 constituyen un avance significativo en este proceso, en la medida en que conciben la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, a través de estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización.

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

El sistema de salud mental ecuatoriano se enfrenta a varias dificultades, entre las cuales una asignación presupuestaria insuficiente y según un modelo hospitalocéntrico, con sólo el 1.46%<sup>1</sup> del presupuesto en salud de 2014 destinado a la salud mental; cabe anotar que casi la mitad de este monto se invierte en los hospitales psiquiátricos.

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

Aun cuando no existe una ley de salud mental, se cuenta con una serie de disposiciones relacionadas con el tema en otros cuerpos legales, que sin embargo no abordan aspectos importantes como son la reglamentación de las admisiones involuntarias ni el manejo de las capacidades legales en personas con trastorno mental grave. Otra falencia importante en materia de

---

<sup>1</sup> Dirección Nacional de Economía de la Salud Memorando No. MSP-CGDES-2017-0348-M, Informe Técnico DES – GYF – 2017– 023

legislación es la relacionada con la declaratoria de inimputabilidad general para las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley, al origen de internamientos sistemáticos y de una congestión de los hospitales psiquiátricos con personas que en algunos casos no presentan patología mental.

En materia de protección de los derechos humanos, cabe mencionar que no se cuenta con un mecanismo de supervisión regular de los establecimientos de salud mental y que el personal de éstos no recibe capacitación en el tema.

Las autoridades sanitarias han realizado esfuerzos significativos para mejorar los servicios de salud mental en los últimos años. A título de ejemplo, la contratación de talento humano ha aumentado considerablemente. Aun cuando se ha incrementado el número de centros de salud con presencia de psicólogo, cabe anotar que el personal médico y de enfermería del primer nivel carece de capacitación suficiente en salud mental y que el sistema de supervisión de enlace por parte de psiquiatras del segundo nivel no ha sido aún implementado. A esto se suman la sobrecarga de trabajo y el fenómeno de estigmatización dentro de los mismos profesionales de salud, que determinan que el usuario reciba una atención en salud mental de menor calidad.

Por otro lado, se destaca la creación de unidades de salud mental en varios hospitales de segundo nivel. Estas unidades prestan esencialmente servicios ambulatorios, ya que no cuentan con camas de asignación específica en psiquiatría. Por esta razón, el manejo en crisis de los usuarios se hace en general a través de hospitalizaciones en establecimientos psiquiátricos, lo cual representa un obstáculo adicional en el proceso de transición hacia un modelo de atención comunitario.

Se identificaron una serie de barreras de acceso a la atención en salud mental, entre ellas la concentración de los servicios en hospitales de zonas urbanas, el fenómeno de estigmatización y discriminación, la insuficiente capacitación del personal no especializado y la disponibilidad irregular de medicación psicotrópica en el primer nivel, así como un déficit de psiquiatras en el sector público y una escasa articulación entre los niveles de atención. El factor financiero constituye una barrera de acceso adicional, ya que sólo un 19 % de la población está afiliada a la seguridad social y goza por tanto de una cobertura integral en salud mental. Asimismo, es importante mencionar entre las falencias del sistema una participación de usuarios y familiares muy limitada y la escasez de acciones de promoción y prevención en salud mental, en particular la ausencia de campañas de sensibilización contra la estigmatización y la discriminación.

A pesar de las dificultades encontradas en el proceso de implementación de las nuevas normativas, cabe resaltar el gran interés y la motivación de las autoridades sanitarias ecuatorianas en mejorar el sistema de salud mental del país a través de diversas iniciativas que ya están comenzando a dar frutos.

## **INTRODUCCION**

La República del Ecuador se encuentra ubicada en el sur oeste de América. Su superficie territorial es de 248 360 kilómetros cuadrados. En 2014 se estima que su población alcanzó 15,9 millones de habitantes, siendo un 49,6% mujeres y un 50,4% hombres. El perfil etario se caracteriza por su juventud: una tercera parte de la población tiene entre 0 y 14 años.

Un 70,5% de la población ecuatoriana vive en zonas urbanas; la densidad poblacional es de 49,3 habitantes por km cuadrado. La distribución de la población no es homogénea, encontrándose ésta concentrada en las provincias de Guayas y Pichincha, y en especial en las ciudades de Guayaquil y Quito, que albergan casi una cuarta parte de la población del país.

La esperanza de vida al nacer es de 76 años: para la mujer llega a 79 años y para el varón a 74 años. El país cuenta con los siguientes grupos étnicos: mestizos 65%, indígenas 25%, blancos 7%, afro-ecuatorianos 3%. El 95% de la población practica la religión católica y el 5% otras religiones o ninguna. Los idiomas oficiales son el español y el quichua. La alfabetización de mayores de 15 años es del 93%.

El Ecuador está catalogado como un país de ingreso mediano alto. La tasa de pobreza ha disminuido progresivamente desde el 2000, situándose en 22,5% en el año 2014; la tasa de pobreza extrema ha disminuido igualmente, calculándose en 4,4%. Sin embargo, este último indicador continúa siendo elevado para las poblaciones indígenas, afro-descendientes y rurales: se estima por ejemplo, que el 53,9% de la población indígena vive en un nivel de pobreza.

### **Sistema de Salud**

El Ministerio de Salud Pública (MSP) constituye la autoridad sanitaria en el Ecuador, a cargo de la coordinación del sistema de salud. La red de servicios de salud consta de dos componentes:

- Red pública integral en salud: conformada por el MSP, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- Red complementaria: constituida por entidades con y sin ánimo de lucro del sector privado

El sistema de salud del Ecuador se caracteriza por un cierto grado de fragmentación, en la medida en que está conformado por diferentes instituciones, cada cual con una organización, gestión y financiamiento específicos, lo cual dificulta entre otras una acción coordinada. Entre las diferentes instituciones que conforman la red, cabe mencionar el sistema de salud pública dependiente del MSP, el sistema de la Seguridad Social, financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal, el de las Fuerzas Armadas y Policía destinado a los miembros de estas instituciones y sus familiares, SOLCA, entidad privada pero que recibe rentas del sector público y que atiende a los pacientes enfermos de cáncer y los servicios privados, a los que solo tiene acceso la población de mayor poder adquisitivo. En la Provincia de Guayas, la gran mayoría de servicios de salud mental dependen de la Junta de Beneficencia, financiada por la lotería nacional. El Consejo Nacional de Salud (CONASA), tiene como objetivo mejorar la coordinación de los diferentes subsistemas de salud del país.

La red de servicios públicos está dividida en nueve zonas administrativas, denominadas coordinaciones zonales en salud, cada una de las cuales conformada a su vez por distritos de salud. El Ministerio de Salud se ubica en la tipología de alta desconcentración y baja descentralización<sup>2</sup>: coordinar, planificar, rectoría, regular, evaluar, y controlar son las facultades a nivel central mientras que coordinar, planificar, evaluar y controlar son las facultades de las coordinaciones zonales<sup>3</sup>.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de reforma del sector salud, asentado sobre un enfoque de descentralización. El paso más reciente en este proceso fue la publicación del Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS) en 2012; este documento proporciona el marco conceptual y los lineamientos de acción para el sector sanitario.

En lo que respecta a la salud mental, la entidad responsable en el MSP es la Comisión de Salud Mental; esta comisión está adscrita a la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud. Algunos temas relevantes a la salud mental como son el alcohol y tabaco se coordinan con la Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad. Así mismo, los diferentes temas concernientes a Salud Mental son coordinados con las diferentes estancias del MSP de acuerdo al ámbito de sus competencias<sup>4</sup>.

## **SECCION 1: POLITICA Y MARCO LEGISLATIVO**

### **1.1 Política de salud mental**

#### Plan Estratégico Nacional de Salud Mental

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 fue aprobado en julio de 2014. Esta nueva normativa establece una visión, misión, objetivos, principios y lineamientos estratégicos, con el objetivo de mejorar la salud mental de la población ecuatoriana. Constituye un avance significativo

---

<sup>2</sup> Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública Pag. 8

<sup>3</sup> Ibidém

<sup>4</sup> Acuerdo Ministerial 4349 Creación de la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública

con respecto al último Plan Nacional de Salud Mental de 1999, en la medida en que enfatiza en el enfoque comunitario como uno de los ejes organizativos de las acciones en salud mental.

El documento enumera una serie de lineamientos estratégicos, de los cuales se destacan aquí algunas acciones encaminadas hacia una reforma del sistema de salud mental:

### **1. Enfoque de promoción y prevención**

- Reorientación de los servicios hacia la promoción, con enfoque comunitario, de derechos humanos, de género, de interculturalidad y de participación social
- Promoción de derechos humanos a través del empoderamiento de la población, reducir el estigma y discriminación, favorecer mecanismos de denuncia de violaciones de DDHH y potenciar la participación de organizaciones de familiares

### **2. Fortalecer servicios orientándolos hacia la Atención Primaria en Salud, que genere el proceso de desinstitucionalización**

- Desarrollo de servicios comunitarios ambulatorios
- Formación de equipos de apoyo técnico al primer nivel bajo el modelo de consultoría de enlace: los profesionales de salud mental deben salir del hospital para asesorar al personal del primer nivel, articulando una red de atención y aumentando la capacidad resolutive de éste
- Definición de la Red de Salud Mental, estableciendo mecanismos de referencia y contra referencia
- Reconversión de recursos destinados a camas hospitalarias para sostener los servicios comunitarios y la reinserción de los usuarios a la comunidad
- Desarrollo de procesos de gestión en el hospital psiquiátrico que culminen con el alta de todos los pacientes; desarrollo de procesos que garanticen una internación del menor tiempo posible en caso de necesidad

### **3. Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el sistema nacional de salud en el componente de salud mental**

- Elaborar un cuerpo legal para la salud mental
- Promover el proceso de desinstitucionalización, ofreciendo servicios comunitarios y reorientando la inversión en salud mental

#### **4. Promover la investigación con enfoque de salud mental comunitaria**

Cabe anotar que dentro de los contenidos del Plan Estratégico no se mencionan de manera explícita componentes tales como la financiación, el cronograma, el manejo de recursos humanos, la mejora de calidad ni el sistema de evaluación. Estos componentes son elementos importantes que facilitan la implementación de políticas en salud mental. De igual manera, el rol del segundo nivel de atención aparece limitado en el Plan a la supervisión de enlace por parte de psiquiatras de los hospitales generales que brindan asesoría al personal de la atención primaria en salud. La Organización Mundial de la Salud recomienda a este respecto, la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales y el fortalecimiento del segundo nivel de atención a través de la creación de centros de salud mental comunitarios.

##### **1.2 Plan de salud mental**

###### Modelo de Atención de Salud Mental

El “Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - con enfoque familiar, comunitario e intercultural” fue aprobado igualmente en julio de 2014. El documento establece prioridades, estrategias y actividades de promoción, prevención y tratamiento.

Es importante mencionar que el MAIS considera la salud mental como una dimensión prioritaria en el sector salud; en sus lineamientos generales plantea la incorporación del enfoque de salud mental comunitaria a nivel de la planeación y organización de servicios, enmarcada dentro de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

El Modelo de Atención enumera una serie de falencias en el sistema de salud mental ecuatoriano, entre otras la asignación presupuestaria según un modelo hospitalocéntrico, una accesibilidad limitada a los servicios de salud mental debida al estigma y a la insuficiencia de profesionales en los tres niveles, una escasa articulación entre los niveles de atención, una limitada participación de familias y usuarios y la carencia de servicios de salud mental comunitarios.

Asimismo, esta normativa detalla la pirámide de combinación óptima de servicios de salud mental de la OMS y las recomendaciones que formula esta organización, como son la disminución de tamaño de los hospitales psiquiátricos, la creación de servicios comunitarios y de unidades de atención en los hospitales generales y la integración de la salud mental en la APS.

El Modelo de Atención plantea los siguientes objetivos estratégicos:

- Reorientación de la atención hacia la promoción y la prevención con participación social, comunitaria e intersectorialidad
- Organización de una red de servicios de salud mental que sustente el proceso de desinstitucionalización
- Prestación de servicios de salud mental integral en el primer nivel de atención
- Creación de servicios de salud mental en el segundo nivel
- Organización de los servicios de salud mental de tercer nivel

Cabe destacar que la normativa plantea dentro de sus componentes dos elementos que constituyen una de las principales estrategias recomendadas por la OMS en el proceso de desinstitucionalización y de reforma de la atención en salud mental, como son:

**1. Creación de unidades de acogida (residenciales) para personas con trastorno mental grave**

**2. Creación de Centros de Atención Psicosocial (CAPS)**, con el fin de brindar atención a los usuarios con trastornos mentales y estimular su inserción social. Según el Modelo de Atención, estos dispositivos deberán contar con personal de salud mental especializado y ofrecer una variedad de servicios que van más allá de la atención primaria. Sin embargo, en el proceso de implementación del Modelo se decidió integrar las actividades de los CAPS a los Centros de Salud tipo C, considerando por un lado que la infraestructura de estos centros de primer nivel estaba subutilizada y por otro lado, teniendo en cuenta la escasez de talento humano especializado. El dispositivo se denomina actualmente “Centro Ambulatorio Intensivo” para la atención de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y otras drogas y no cuenta con el personal especializado en salud mental de planta requerido, lo cual constituye una limitante en la capacidad resolutive del mismo.

De igual manera, la nueva normativa estipula que los hospitales generales deben contar con Unidades de Salud Mental que brinden atención ambulatoria y de internamiento breve (máximo dos semanas), así como servicios de salud mental de enlace.

El Modelo de Atención plantea que los servicios de tercer nivel serán brindados por el Hospital Psiquiátrico, los hospitales de especialidades y los CETAD (centros de atención a personas con consumo problemático de drogas). Estipula que el internamiento en el Hospital Psiquiátrico debe ser de corta duración, con el fin de compensar crisis agudas sin fomentar la cronificación de los pacientes. La normativa no detalla sin embargo estrategias adicionales para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización.

En lo que se refiere a estrategias de implementación, es importante mencionar que el Modelo no plantea aspectos tales como financiación, cronograma, metas específicas, mejora de calidad y sistema de evaluación, lo cual dificulta la implementación y el seguimiento de la puesta en marcha del mismo.

En la Evaluación del Sistema de Salud Mental de 2007 se menciona la existencia de un Plan de Salud Mental para situaciones de emergencia, cuya última revisión data del año 2004<sup>5</sup>. Este Plan está basado en el documento “Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias de la OPS”.

### **1.3 Legislación de salud mental**

En la actualidad no existe una ley de salud mental en el Ecuador; sin embargo, se cuenta con una serie de disposiciones relacionadas con el tema en otros cuerpos legales. Cabe resaltar que el Plan Estratégico de 2014 menciona dentro de sus lineamientos la necesidad de “*propiciar y elaborar un cuerpo legal para salud mental*”.

---

<sup>5</sup> OPS (2014). Manual y Guía Protección de la Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias.

En la **Ley Orgánica de Salud de 2006** aparecen artículos relacionados directamente con algunos aspectos de la salud mental, como son los que mencionan la violencia y el consumo de alcohol y otras sustancias como problemas de salud pública.

El **nuevo Código Orgánico de Salud** está actualmente en debate en la Asamblea Nacional. Se espera que incluya un artículo en el que se mencione que todas las políticas y acciones deberán estar encaminadas hacia la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales. Igualmente, se prevé que incluya un artículo relacionado con la prohibición del internamiento involuntario, excepto en los casos de incapacidad legal establecidos en el Código Civil (ver más adelante), en los cuales se deberá contar con el consentimiento libre e informado del tutor o curador.

La **Ley de Discapacidades de 2012** 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. Asimismo, especifica que se deben implementar centros diurnos de atención para personas con discapacidad, así como prestaciones económicas estatales para aquellos en situación de pobreza extrema y abandono. Todo lo anterior es coherente con los planteamientos de la nueva normativa en salud mental en lo que se refiere al proceso de desinstitucionalización.

Al no existir una legislación en salud mental, no existen disposiciones claras en cuanto a la competencia, capacidad y medidas de tutela en personas con trastorno mental.

El **Código Civil** considera legalmente incapaces a “los dementes, los impúberes y las personas sordas que no puedan darse a entender” y estipula la protección de esta categoría de individuos a través de tutelas o curatelas. Esta categorización no ofrece suficiente claridad, puesto que el término “demente”, tomado fuera del ámbito clínico, puede prestarse a confusión en la medida en que puede ser utilizado para referirse a trastornos mentales diversos.

El **Código Integral Penal** prevé el internamiento en hospital psiquiátrico de la persona inimputable por trastorno mental, previo informe psiquiátrico, psicológico y social. Esta normativa genera tres problemas importantes en el contexto ecuatoriano:

- Ante la escasez de peritos psiquiatras los informes son frecuentemente realizados por personal sin las competencias necesarias para determinar la imputabilidad.
- Los servicios de admisión psiquiátricos se encuentran congestionados por el internamiento de personas judicializadas cuyo grado de imputabilidad no está claro, y en algunos casos incluso por individuos que no presentan trastorno mental alguno. Con el fin de dar respuesta a esta problemática, el Consejo de la Judicatura y el Ministerio de Salud Pública están trabajando actualmente de manera conjunta en el tema de la judicialización de personas con trastorno mental en conflicto con la ley, según su grado de imputabilidad. Se discute la posibilidad de que los individuos declarados inimputables sean manejados según el enfoque comunitario (es decir sin internamiento) y que aquellos declarados imputables cumplan sus condenas en centros de privación de libertad, asegurando claro está, la atención en salud mental necesaria.
- Se visualiza una contradicción entre lo que dispone el Código Orgánico Integral Penal al enviar a las personas declaradas inimputables al hospital psiquiátrico y lo que persigue el Plan Nacional Estratégico y el Modelo de Atención de Salud Mental en cuanto a superar la visión hospitalocéntrica de la salud mental y la implementación de servicios comunitarios en la materia.

El Ecuador ratificó en 2008 la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD)**. Como parte de los compromisos adquiridos, el país debe informar regularmente al Comité de la CDPD sobre los avances efectuados. Cabe resaltar algunas de las recomendaciones emitidas por el Comité de la CDPD como respuesta al informe del Ecuador de 2014:

- El Ecuador debe revisar puntualmente la legislación civil e incorporar mecanismos de toma de decisiones con apoyo que reemplacen las figuras de tutela y de curatela.
- Se debe elaborar un plan integral que permita la desinstitucionalización de las personas que se encuentran en los hospitales psiquiátricos.
- Se recomienda eliminar la declaratoria general de inimputabilidad cuando una persona con discapacidad sea acusada de un delito con el objeto de que tenga derecho a un debido proceso, así como eliminar las medidas de seguridad que implican forzosamente tratamiento en internamiento para las personas con trastorno mental en conflicto con la ley.
- Se debe velar porque todos los servicios de salud mental sean prestados con el consentimiento libre e informado de la persona afectada.

#### **1.4 Evaluación de la implementación de los derechos humanos**

En el año 2014 el Ecuador no cuenta con organismos de supervisión a cargo de evaluar la protección de los derechos humanos de los usuarios en salud mental e imponer sanciones en caso de violación de éstos. En caso de inconformidad con la atención recibida, el usuario puede acudir a la Dirección General de Salud o a la Defensoría del Pueblo. No existe reglamentación sobre las admisiones involuntarias y los establecimientos psiquiátricos no llevan un registro sobre este tipo de internamientos.

Durante el año 2014, al igual que en años anteriores, ningún hospital psiquiátrico del Ecuador recibió una inspección externa, ni se desarrollaron acciones de capacitación en derechos humanos del personal sanitario. Los procesos de admisión involuntaria y de alta no están sujetos a una revisión externa en este tipo de establecimientos.

Los centros de tratamiento de personas con consumo problemático de drogas (CETAD) constituyen una excepción, en la medida en que están sujetos a un seguimiento en cuanto a la protección de Derechos Humanos; de igual manera, el personal de dichos establecimientos recibe obligatoriamente una capacitación online en el tema.

En los últimos años se le ha prestado gran atención al consumo problemático de alcohol y de sustancias psicoactivas en el Ecuador. La visibilidad que ha adquirido el tema se debe en parte a un aumento en el uso nocivo de estas sustancias, con casos cada vez más frecuentes de dependencia a opiáceos en menores de edad, por ejemplo. Por otro lado, se observó en años pasados una proliferación de centros de tratamiento privados, en algunos de los cuales se señalaron vulneración de derechos humanos de los usuarios y uso de protocolos de tratamiento sin base en evidencia científica. La Autoridad Sanitaria ha realizado un esfuerzo importante para fortalecer el control y seguimiento de dichos centros.

De igual manera, se han logrado avances importantes en la reglamentación de estos establecimientos. El gobierno promulgó un Acuerdo Ministerial en 2012, en el que se estipula, entre otras, la realización de visitas de inspección regulares, la revisión de programas terapéuticos y de condiciones de funcionamiento y el respeto de los derechos de los usuarios. El internamiento involuntario está también regulado en el acuerdo, en la medida en que se permite este tipo de admisión en casos en que la vida o entorno del paciente estén en peligro debido al consumo de sustancias psicoactivas. Actualmente cualquier médico puede firmar la admisión involuntaria en un centro de recuperación; sin embargo se discute la posibilidad de exigir una orden judicial para este tipo de casos en el futuro.

Durante el año 2014 se realizaron inspecciones de centros de recuperación, que dieron lugar al cierre de algunos de estos por incumplimiento de las normas regulatorias.

Los organismos de Derechos Humanos que trabajan en el país no tienen una participación en los diferentes procesos de admisión y alta de pacientes, funcionamiento de los servicios o trabajos de investigación con pacientes. Sólo en forma ocasional y ante expresa denuncia de posibles violaciones de los derechos humanos se han efectuado intervenciones específicas.

## **1.5 Financiación de los servicios de salud mental**

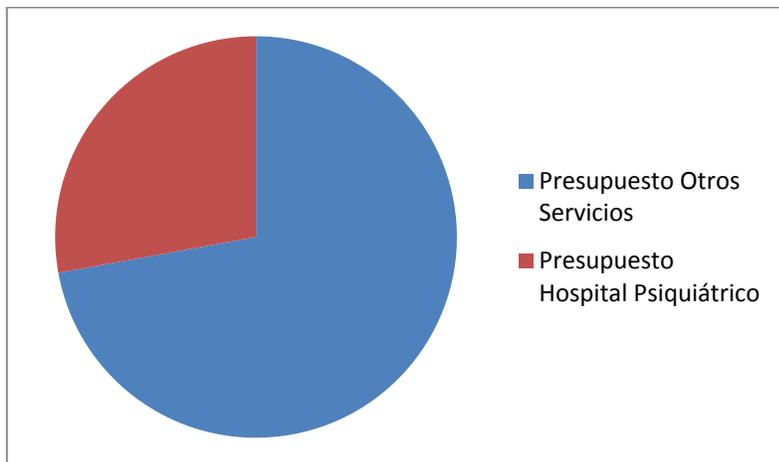
El presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2014 fue de 2 162 millones de dólares, de los cuales se asignaron 31'486.498,51<sup>6</sup> dólares para las distintas acciones en salud mental, lo cual corresponde al 1,46% del presupuesto total. El 28% del monto asignado para la salud mental se destinó a los hospitales psiquiátricos.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cubre a sus afiliados todos los trastornos mentales y todos los problemas de salud mental de interés clínico. Esta cobertura incluye consulta externa, hospitalización, exámenes complementarios y medicinas. Se estima que el 19% de la población está afiliada al IESS.

Las personas no afiliadas al Seguro Social tienen acceso a medicamentos psicotrópicos gratuitos en los servicios de hospitalización del Estado y en algunos centros ambulatorios en los que este tipo de fármacos está disponible. Para aquellos que tienen que pagar por sus medicamentos, el costo más bajo de los fármacos, cuando se adquiere en alguna de las farmacias de las instituciones dependientes del MSP es de 0,7 dólares diarios cuando se trata de un antipsicótico (Haloperidol), suma que corresponde al 4% del salario básico diario. En el caso de un antidepresivo (Fluoxetina) el costo diario es de 0,42 dólares, lo cual equivale a 2% del salario básico diario.

---

<sup>6</sup>Dirección Nacional de Economía de la Salud Memorando No. MSP-CGDES-2017-0348-M, Informe Técnico DES – GYF – 2017– 023



## SECCION 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### 2.1 Integración organizacional de los servicios de salud mental

La Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública constituye la autoridad encargada de brindar asesoría al gobierno sobre políticas y legislación en el tema. Esta dependencia es responsable igualmente de la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país, así como de la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades. Cabe anotar que la Comisión se encuentra adscrita a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y su desafío es la coordinación con las otras dependencias involucradas del Ministerio de Salud Pública para la implementación de la Política Pública de Salud Mental.

Los servicios de salud mental en el Ecuador no están organizados por áreas de captación geográfica (territorialización); asimismo, su distribución no es equitativa ni organizada según las necesidades de la población, encontrándose un fenómeno de concentración en las grandes ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca). En 2014 los servicios existentes, tanto públicos como privados, no mantienen ningún sistema de coordinación entre sí: no existe por ejemplo, un sistema de referencia y de contra referencia entre los dispositivos hospitalarios y los ambulatorios.

### 2.2 Dispositivos de salud mental ambulatorios

#### Centros de salud tipo B y C con presencia de psicólogo

En el año 2014 se dispone de 199 centros de salud tipo B y C con psicólogo en el territorio ecuatoriano.<sup>7</sup>

Según el Modelo de Atención de Salud Mental, el centro de salud tipo C debe contar con un médico y una enfermera con formación en salud mental, además de un psicólogo y de un psiquiatra itinerante a cargo de hacer visitas semanales de supervisión y de apoyo al primer nivel. En la práctica, se ha constatado que un gran porcentaje del personal médico y de enfermería del primer nivel no cuenta con capacidad de respuesta en salud mental, en parte por falta de formación en el

<sup>7</sup> Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención es Salud Memorando No. MSP-DNPNAS-2015-4128-M

tema y dinámicas relacionadas con el estigma, así como por un fenómeno de sobrecarga de trabajo. La conjunción de estos factores hace que estos profesionales estén menos dispuestos a brindar atención a los usuarios con trastorno mental que acuden a estos servicios.

### Centros de salud mental comunitarios

El Ecuador cuenta con el equivalente de cuatro centros de salud mental comunitarios en las ciudades de Quito (2), Esmeraldas (1) y Cuenca (1). El Modelo de Atención en Salud Mental concibe estos centros como “ambulatorios intensivos” para el tratamiento de personas con trastorno mental grave y consumo problemático de sustancias psicoactivas. Como se mencionó anteriormente, estos dispositivos están en los centros de salud de primer nivel, con excepción del Centro San Lázaro de Quito, que funciona de manera independiente. Cabe destacar que la autoridad sanitaria tiene previsto crear 25 centros ambulatorios intensivos en el país.

### Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro (Quito)

En el marco del proceso de desinstitucionalización en el Ecuador, el antiguo Hospital Psiquiátrico San Lázaro de Quito cerró sus puertas en 2012 para transformarse en un centro ambulatorio especializado. El antiguo hospital contaba con 220 camas; alrededor de 145 pacientes fueron transferidos a dos establecimientos psiquiátricos en Quito (Hospital Psiquiátrico Julio Endara y Clínica Sagrado Corazón), mientras que alrededor de 30 usuarios beneficiaron de una reinserción familiar o de un traslado a hogares para adultos mayores u hogares privados. El proceso, aun cuando culminó en el cierre del hospital, tuvo un componente significativo de relocalización de pacientes hacia otros establecimientos hospitalarios.

El Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro creado al cierre del hospital ofrece servicios de atención en salud mental con un enfoque comunitario. Presta atención a usuarios provenientes de todo el país, recibiendo frecuentemente personas que se desplazan desde áreas remotas en busca de una atención de mejor calidad que la que se presta en los hospitales generales, en donde existe escasez de profesionales especializados y en donde en ocasiones no hay disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.

En cuanto a la referencia de usuarios de este establecimiento hacia al primer nivel, el personal de San Lázaro menciona que es un proceso poco eficaz tanto en Quito como en las provincias, a causa nuevamente de las capacidades limitadas del personal y del estigma. Este último fenómeno es prevalente y se manifiesta, por ejemplo, en casos de usuarios que no son atendidos en odontología por el solo hecho de presentar un trastorno mental. Adicionalmente, la disponibilidad de psicotrópicos en los centros de salud es variable: algunos centros de salud cuentan con medicamentos de este tipo que no utilizan por falta de formación en el tema, mientras que en otros centros no hay disponibilidad de psicofármacos. El sistema de supervisión y apoyo clínico al primer nivel por parte de psiquiatras itinerantes no es aun operativo.

Se menciona igualmente que el sistema de referencia a hospitales generales en Quito no es operativo, porque, al no existir camas asignadas a psiquiatría, éstas se encuentran frecuentemente ocupadas por pacientes de otras especialidades. Por este motivo los usuarios de San Lázaro que requieren hospitalización son remitidos al Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

El modelo de atención comunitaria aplicado en el Centro San Lázaro ha demostrado su eficacia al disminuir el número de internamientos de los usuarios en seguimiento a aprox. 3 hospitalizaciones por mes (como referencia, este establecimiento efectuó alrededor de 30000 atenciones y 200 atenciones de urgencia mensuales en 2014).

Cabe destacar que este establecimiento realizó una solicitud a las autoridades de salud de apertura de camas para hospitalización de corta duración (5-8 días); este proyecto incluye algunas camas para adolescentes.

El Centro San Lázaro cuenta con grupos de autoayuda para familiares de personas con demencia, esquizofrenia y retraso mental, así como con clínicas de atención multidisciplinaria a adolescentes, personas con trastorno de memoria, farmacodependencia, trastornos afectivos y violencia intrafamiliar. Sin embargo, es importante señalar que el dispositivo no ofrece aun actividades de rehabilitación psicosocial a los usuarios.

### Centro Ambulatorio Intensivo de Calderón (Quito)

Durante el año 2014 este centro funcionó como un centro de salud mental comunitario para el distrito de Calderón (norte de Quito). En el transcurso de 2015 este dispositivo fue integrado locativa y administrativamente al centro de salud del distrito. Continúa brindando servicios especializados a través de un equipo multidisciplinario y, aun cuando en teoría debería ofrecer atención únicamente a usuarios con trastorno mental grave y consumo problemático de sustancias, en la práctica se ha visto un aumento de casos derivados del centro de salud: actualmente se brinda atención a todo tipo de trastornos mentales y de problemáticas psicosociales (ansiedad, depresión, violencia doméstica, trastornos de conducta en niños), puesto que el personal del centro de salud remite este tipo de pacientes al no tener las competencias necesarias.

El Centro Ambulatorio Intensivo de Calderón ofrece actividades de rehabilitación psicosocial a los usuarios con trastornos mentales graves y consumo problemático de sustancias.

### Prestación de atención comunitaria de seguimiento (Equipos móviles en salud mental)

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara cuenta con una brigada móvil de seguimiento a domicilio y una brigada específica para la reinserción familiar de pacientes institucionalizados.

De igual manera, los Centros Especializados de Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras Drogas (CETAD) realizan actividades de seguimiento en la comunidad.

En algunas regiones del país se cuenta con unidades móviles pre hospitalarias con psicólogo, que ofrecen servicios de salud mental en zonas remotas.

En cuanto a los servicios ambulatorios en salud mental, se encontró que los centros de salud y las consultas externas de los hospitales generales brindaron atención a 1031 usuarios por cada 100.000 habitantes, siendo un 54% de los pacientes de sexo femenino. Los diagnósticos de los pacientes atendidos en estas unidades constan en la Tabla # 1.

## **2.3 Establecimientos de tratamiento diurno**

Los hospitales psiquiátricos Julio Endara de Quito y el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, así como la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe en Quito, son los únicos establecimientos que ofrecen servicios de hospital de día en el país. 42 usuarios beneficiaron de este tipo de atención en 2014.

## **2.4 Unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria**

El Ecuador dispone de Unidades de Salud Mental en varios hospitales de referencia, regionales y provinciales. Estas unidades prestan esencialmente servicios ambulatorios, de psiquiatría de enlace (valoración de pacientes ingresados a otros servicios) y en forma muy limitada, de admisión de corta duración, debido a la falta de camas de asignación específica ya mencionada.

Solamente el Hospital Pablo Arturo Suarez de Quito y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuentan con camas destinadas a la especialidad.

El IESS ofrece servicios de salud mental ambulatorios y de admisión en sus hospitales de ocho provincias del país, con un total de 35 camas asignadas para Psiquiatría.

El Hospital Pablo Arturo Suarez de Quito cuenta con lo que se podría considerar una unidad de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, compuesta por 4 camas para la especialidad.

Cabe anotar que en el año 2014 no existía ninguna posibilidad de internamiento en hospitales generales en algunas zonas sanitarias del país.

No se dispone de información estadística sobre el tipo de pacientes según edad, sexo y diagnóstico admitidos en los hospitales generales del país.

### Tabla # 1

**Distribución de los pacientes atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios del Ecuador, según diagnóstico, agrupados en seis categorías CIE-10(2014)**

CODIGO	DESCRIPCION	PREVENTIVA PRIMERA	PORCENTAJE
F00 - F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	10.803	4,37%
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	16.497	6,67%
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	7.453	3,01%
F30-F39	Trastornos del humor [afectivos]	41.073	16,61%
F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	56.826	22,98%
F50-F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	11.294	4,57%
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	5.785	2,34%
F70-F79	Retraso mental	33.327	13,48%
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	29.001	11,73%
F90-F99	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	35.249	14,25%
	<b>TOTAL</b>	247.308	

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud, 2014

## **2.5 Dispositivos residenciales comunitarios**

La disponibilidad de unidades residenciales comunitarias en el Ecuador es muy limitada: solamente el Instituto de Neurociencias de Guayaquil ofrece este tipo de atención en tres hogares protegidos, que albergan 18 usuarios en 2014.

A nivel privado funcionan un número indeterminado de hogares o asilos para pacientes psiquiátricos crónicos, cuyas actividades no son reportadas al Ministerio de Salud Pública.

A pesar de que el Modelo de Atención plantea la necesidad de crear este tipo de dispositivos residenciales, en la práctica el Ministerio de Salud Pública se ve limitado en este sentido, al estar imposibilitado a incurrir en gastos relacionados con vivienda y alimentación para estas personas. Se discute actualmente la posibilidad de llegar a un acuerdo con el Ministerio de Inclusión Social, que cuenta con algunas facilidades residenciales.

## **2.6 Hospitales psiquiátricos**

En el Ecuador funcionan dos hospitales psiquiátricos (uno en Quito y uno en Guayaquil), tres centros privados pertenecientes a comunidades religiosas en Quito y un centro semi-privado en Cuenca. Estos establecimientos cuentan con un total de 1091<sup>8</sup> camas, lo que representa casi 7 camas por cada 100.000 habitantes. En los últimos cinco años la cantidad de camas ha disminuido en un 33%. No existen camas asignadas de manera exclusiva para niños y adolescentes. De los 2257 pacientes hospitalizados en 2014, el 45% fueron mujeres y el 4% fueron menores de 17 años. Ningún hospital psiquiátrico está organizacionalmente integrado con otros establecimientos de atención ambulatoria.

El diagnóstico más frecuente en los pacientes ingresados en establecimientos psiquiátricos es el de esquizofrenia (39%), seguido por trastornos afectivos (26%) (Tabla # 3). Como se mencionó anteriormente, no existe registro de las admisiones involuntarias ni de los usuarios sometidos a contención física y medidas de aislamiento.

### Hospital Psiquiátrico Julio Endara de Quito

Este establecimiento, el único de su tipo dependiente del MSP, cuenta con 136 camas, de las cuales en 2014 alrededor de 50 estaban ocupadas por pacientes con déficit cognitivo severo, 37 por pacientes crónicos, 27 por pacientes agudos y 22 ocupadas por personas “judicializadas”.

Además de los servicios ambulatorios y de hospitalización para adultos y adolescentes, el hospital ofrece atención a través de grupos de autoayuda para personas con consumo problemático de sustancias, grupos para familiares de pacientes con trastorno mental y para padres de adolescentes.

El Hospital Julio Endara está llevando a cabo un proceso de desinstitutionalización desde el año 2013. Para tal efecto, cuenta con un equipo multidisciplinario de reinserción, encargado de evaluar el nivel de autonomía de los pacientes, de entrar en contacto con las familias e instituciones y de realizar un acompañamiento del proceso. Hasta ahora se han dado de alta 18 personas, 10 de las cuales fueron reinsertadas en su núcleo familiar y 8 acogidas en unidades del Ministerio de

---

<sup>8</sup> Anuario de camas hospitalarias 2014

Inclusión Social para adultos mayores. Se prevé igualmente que las personas “judicializadas” que se encuentran internadas beneficien de un proceso de reinserción comunitaria próximamente. Además de la estrategia de reinserción comunitaria, el hospital ha puesto en marcha una estrategia de limitación de la duración de la admisión (máximo 21 días), con el fin de evitar la “cronificación” de las personas hospitalizadas. A pesar de esto, el porcentaje de ocupación de camas se mantiene en 85%, lo cual se explica por un aumento de ingresos de pacientes con cuadros agudos, puesto que hay mayor disponibilidad de camas (aumento de “turnover”). La política de hospitalización de corta duración ha dado frutos, puesto que desde 2013 ningún paciente ha sufrido una institucionalización ligada a una hospitalización prolongada. De los 37 pacientes crónicos 16 han sido identificados como candidatos para una reinserción comunitaria.

El equipo de este establecimiento concuerda al identificar una serie de obstáculos en el proceso de desinstitucionalización, entre ellos la capacidad insuficiente del personal del primer nivel de atención, las dificultades de admisión en las unidades de salud mental de los hospitales generales, así como un problema cultural: el hospital psiquiátrico es percibido como un “depositario” de las personas con trastorno mental de las que nadie se quiere encargar.

### Instituto de Neurociencias

En la ciudad de Guayaquil se ubica el Hospital Psiquiátrico más grande del país, que depende de una entidad autónoma, la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

En 2014 el establecimiento dispone de 534 camas, de las cuales 133 están destinadas a pacientes agudos y 401<sup>9</sup> se ubican en las denominadas residencias para pacientes crónicos (trastornos mentales graves, demencia y retardo mental). El Instituto de Neurociencias alberga igualmente alrededor de 30 personas judicializadas, algunas de ellas libres de trastorno mental pero que han sido internadas al haber estado en conflicto por la ley y haber sido declaradas erróneamente inimputables.

El establecimiento se encuentra en un proceso de desinstitucionalización, que inició con la diferenciación del establecimiento en dos áreas principales, la neuropsiquiátrica y la psicosocial, en la que se encuentran las residencias, hogares protegidos y la Unidad de Conductas Adictivas. El enfoque en el área neuropsiquiátrica es biomédico y psicológico, mientras que en las residencias y hogares de acogida el abordaje es de orden psicosocial; la Unidad de Conductas adictivas funciona con un modelo de comunidad terapéutica.

En ese mismo orden de ideas, el Instituto de Neurociencias ha establecido criterios de admisión con el fin de limitar las hospitalizaciones innecesarias. En caso de necesidad se realizan internamientos de corta duración, con el fin de disminuir el riesgo de institucionalización de los usuarios. La política de limitación del internamiento se ha visto reflejada en un aumento de actividad en el área de consulta externa, con alrededor de 12000 atenciones mensuales.

En las residencias el objetivo es la rehabilitación neurocognitiva y la reinserción familiar y social: 18 usuarios benefician de este tipo de atención en 2014.

El Centro de Rehabilitación Integral del INC se encarga de brindar servicios de rehabilitación a los usuarios de las residencias, así como atención de tipo hospital de día.

---

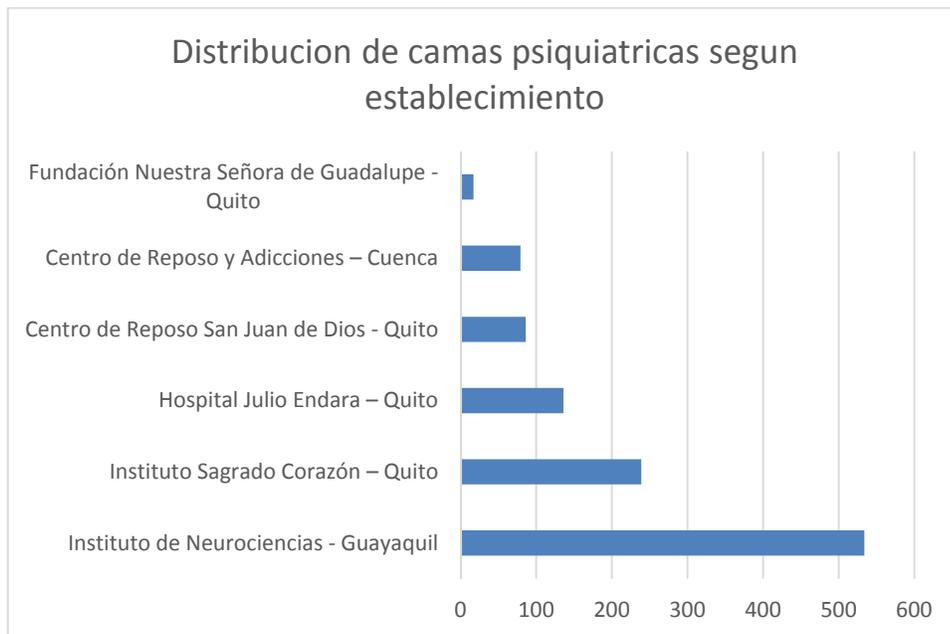
<sup>9</sup> Fuente: Instituto de Neurociencias Oficio Nro. INC-ADM-DOF-0118

**Tabla # 2**

**Distribución de camas en los establecimientos psiquiátricos del Ecuador (2014)**

Establecimiento	Ciudad	Camas	Porcentaje
Instituto de Neurociencias	Guayaquil	534	49%
Instituto Sagrado Corazón	Quito	239	22%
Hospital Julio Endara	Quito	136	12%
Centro de Reposo San Juan de Dios	Quito	86	8%
Centro de Reposo y Adicciones	Cuenca	79	7%
Fundación Nuestra Señora de Guadalupe	Quito	17	2%
<b>TOTAL</b>		<b>1091</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEC - Anuario de Camas Hospitalarias 2014



**Tabla # 3****Distribución de los pacientes atendidos en los establecimientos psiquiátricos de Ecuador Según diagnóstico de egreso, agrupados en seis categorías (2014)**

CODIGO	DESCRIPCION	POCENTAJE
F10–F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	17%
F20–F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	39%
F30–F39	Trastornos del humor [afectivos]	26%
F40–F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	2%
F60–F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	1%
F98	Otros (epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales cuya primera aparición ocurre en la infancia o adolescencia)	15%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

**Fuente: INEC - Base de Egresos Hospitalarios 2014**

**2.7 Unidades forenses de hospitalización psiquiátrica**

No existen unidades forenses de hospitalización psiquiátrica como tal en el Ecuador; en 2014 se reportan 52 camas ocupadas por pacientes judicializados en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara de Quito y en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil. Como se resaltó anteriormente, esta falencia es uno de los factores que contribuye a la congestión de los hospitales psiquiátricos.

Por otra parte, cabe destacar que los establecimientos penitenciarios del país cuentan con servicios de salud mental: todas las zonas sanitarias programan la rotación de psicólogos por los diferentes centros de privación de libertad; de igual manera para las visitas por parte de psiquiatras, con excepción de las zonas sanitarias 2 y 5 que no disponen de este tipo de especialistas.

En cuanto a los Centros de Internamiento para Adolescentes Infractores, se reporta que la mayoría cuenta con visitas regulares por parte de psicólogos.

**2.8 Otros dispositivos residenciales**

El Ecuador cuenta con 81 unidades residenciales de tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias, entre ellos los CETAD dependientes del MSP. Existen tres unidades

de este tipo para adolescentes: dos en Guayaquil y una en Quito, que forman parte del dispositivo de atención de los CETAD.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) está a cargo de un centro de acogida para personas con trastorno mental en Santo Domingo de los Tsáchilas, del cual no se tienen datos sobre número de usuarios y diagnósticos.

Asimismo, en el país existen 101 casos en unidades residenciales para personas con retraso mental, que dependen igualmente del MIES.<sup>10</sup>

## **2.9 Disponibilidad de tratamiento psicosocial en establecimientos o dispositivos de salud mental**

Aun cuando se desconoce el porcentaje de usuarios que se beneficiaron de intervenciones psicosociales en los servicios de hospitalización y ambulatorios, se asume que este tipo de atención se brinda en la mayoría de establecimientos, teniendo en cuenta que la disponibilidad de psicólogos es adecuada.

## **2.10 Disponibilidad de medicinas psicotrópicas esenciales**

Con respecto a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, solo un porcentaje limitado de centros de atención primaria dispone en forma permanente de psicofármacos. Los hospitales psiquiátricos cuentan en cambio con cantidades adecuadas de medicamentos psicotrópicos de las diferentes categorías.

## **2.11 Igualdad de acceso a los servicios de salud mental**

Como se mencionó anteriormente, las camas psiquiátricas están concentrados en las tres ciudades principales del Ecuador; la distancia geográfica se constituye por esta razón en una de las múltiples barreras de acceso a la atención en salud mental para los usuarios que viven en zonas rurales.

Solo algunos centros ambulatorios implementan estrategias para facilitar el acceso a minorías lingüísticas: un ejemplo de este tipo de estrategias se da en la Amazonia ecuatoriana, en donde los promotores de salud son delegados por la comunidad para acompañar en consulta a los usuarios que no hablan español. Existe por tanto una situación de desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para usuarios de minorías étnicas en el país.

Como en muchos lugares del mundo, la calidad de atención en salud mental es mejor en el sector privado que en el sector público, lo cual se evidencia en tiempos de espera más largos para la asignación de citas no urgentes, en consultas comparativamente más cortas y en una menor disponibilidad de personal de enfermería por cama de hospitalización en los establecimientos públicos.

---

<sup>10</sup> Ministerio de Inclusión Económica-Oficio No. MIES-SPE-2015-0343-O

## **SECCION 3: SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

En el Ecuador todos los establecimientos de primer nivel cuentan con presencia de un médico. Sin embargo, esto no se refleja en una mejor calidad de la atención primaria en salud mental, debido a las capacidades insuficientes del personal médico y paramédico en el tema. A esto se suma la sobrecarga de trabajo y la problemática del estigma, lo cual, como ya se mencionó, determina una accesibilidad limitada a los servicios de salud mental en el primer nivel.

La formación en salud mental y psiquiatría durante los estudios de pregrado en medicina y enfermería es limitada en tiempo. No fue posible obtener datos compilados sobre la intensidad horaria en estas materias en pregrado; sin embargo, la situación no parece haber mejorado si se compara con datos de la evaluación del sistema de salud mental de 2006, que mostraban que sólo un 4,6% del pensum de la carrera de medicina y un 2% de enfermería se dedicaban a la salud mental y la psiquiatría.

En lo que a capacitaciones en el tema se refiere, cabe anotar que en el año 2014 se llevó a cabo una formación en la Guía de Intervención mhGAP de la OMS, de la cual beneficiaron alrededor de 20 médicos del primer nivel; a pesar de tratarse de un esfuerzo importante, resulta insuficiente, teniendo en cuenta que se trata de menos de un 1% del total de personal médico de APS.

Se estima que pocos centros de atención primaria en salud cuentan con guías clínicas o manuales en salud mental (menos de 20%).

Alrededor de 25 % de los médicos de atención primaria en salud manifiesta realizar al menos una referencia al mes a un profesional de salud mental y 37% manifiesta interactuar por lo menos una vez al mes con un profesional de salud mental<sup>11</sup>, lo cual constituye un avance en términos de interacción entre el nivel primario y el especializado.

La interacción del primer nivel con personal dedicado a medicinas tradicionales, alternativas o complementarias es menos frecuente, con solo un 13% de centros de salud refiriendo tener este tipo de interacción mínimo una vez al mes.

Únicamente los médicos titulados y debidamente registrados están autorizados para prescribir medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, la prescripción de este tipo de fármacos es mínima en el primer nivel de atención, en parte porque la disponibilidad de los psicofármacos es variable, pero esencialmente por la falta de capacitación del personal en el manejo de este tipo de medicamentos.

## **SECCION 4: RECURSOS HUMANOS**

### **4.1 Número de recursos humanos**

En los últimos años la autoridad sanitaria ha realizado un esfuerzo importante en cuanto a talento humano especializado se refiere: se cuenta actualmente con 45 psiquiatras y 617 psicólogos trabajando en el sector público. Esto es particularmente significativo en lo que respecta al número de psicólogos, que aumentó en un 87% desde 2006. Cabe mencionar sin embargo que las zonas sanitarias 5 y 7 no contaban con presencia de psiquiatra en el año 2014.

---

<sup>11</sup> Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud Memorando No. MSP-DNPNAS-2015-4128-M

No fue posible obtener información sobre el número de psiquiatras que trabajan en el sector privado en el Ecuador; sin embargo, si se toman los datos del IESM de 2006 en el que se menciona un número total de 337 psiquiatras, de los cuales 56 % trabajaban en la práctica privada, se estima que existirían alrededor de 189 psiquiatras trabajando en el sector privado (se incluye en esta cifra los 36 psiquiatras que ejercen en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil). Teniendo en cuenta que la legislación ecuatoriana no facilita el trabajo simultáneo del personal médico en el sector público y privado, el número total de psiquiatras se situaría en 234 aproximadamente.

Estos datos estimativos arrojan una tasa de 1,5 psiquiatras por 100 000 habitantes, lo cual es indicativo del déficit general de profesionales de esta especialidad, en especial en el sector público (solamente 45 psiquiatras trabajan en establecimientos gubernamentales).

Este déficit se ve agravado por un número muy bajo de psiquiatras que se gradúan anualmente: en el año 2014 solo 9 profesionales terminaron su formación en esta especialidad.

El país cuenta con 1,7 psicólogos y con 30 enfermeras /os trabajando en salud mental en el sector público por 100 000 habitantes (no se lograron obtener los datos estadísticos del sector privado para estos profesionales). En la Tabla # 4 consta la distribución por tipo de profesión en el sector público. Cabe destacar que la mayor parte del personal trabaja en servicios hospitalarios (93%), lo cual refleja el modelo hospitalocéntrico que aún persiste en el país.

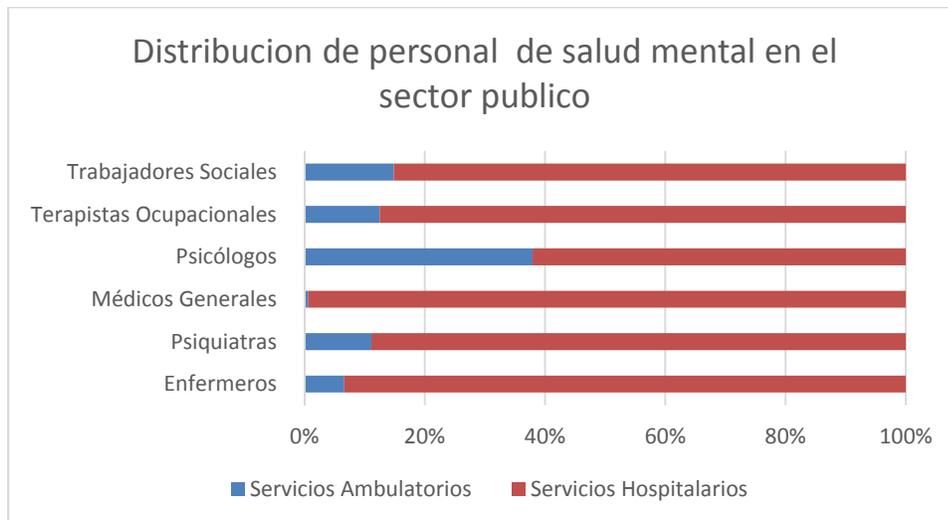
Tabla # 4

**Profesionales que brindan atención en salud mental (2014)**

**Sector Público**

PROFESIONALES QUE BRINDAN ATENCIÓN EN SALUD MENTAL (2014)						
SECTOR PUBLICO						
	Enfermero /a	Psiquiatra	Médicos Generales	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	Trabajador/a Social
Servicios Ambulatorios	321	5	17	102	3	34
Hospitales	4546	40	2830	167	21	195
<b>Total</b>	<b>4867</b>	<b>45</b>	<b>2847</b>	<b>269</b>	<b>24</b>	<b>229</b>

Fuente: Dirección Nacional de Talento Humano Ministerio de Salud Pública Memorando No. MSP-TH-2015-10509-M



## 4.2 Formación para profesionales en salud mental

La formación en salud mental en Ecuador presenta una serie de falencias:

- La duración de la formación en salud mental y psiquiatría es insuficiente en las Escuelas de Medicina y no incluye el enfoque comunitario
- Los programas de postgrado en Psiquiatría están abiertos de manera intermitente, lo cual limita el número de profesionales graduados. En la actualidad los programas de especialización se encuentran cerrados, por dificultades del MSP en cuanto a la financiación de los estudios para los estudiantes
- El único postgrado disponible en salud mental para enfermeras se encuentra igualmente cerrado a causa de dificultades en el proceso de acreditación por parte del Estado

- No existe formación especializada en salud mental para trabajadores sociales y otros profesionales en salud y la formación de los psicólogos clínicos no está en general orientada hacia el modelo comunitario

Durante el 2014 no se llevaron a cabo actividades de actualización sobre el uso racional de psicotrópicos, intervenciones psicosociales ni en salud mental de niños y adolescentes.

### **4.3 Asociaciones de usuarios y familias**

Además de los grupos de Alcohólicos Anónimos, solo existen en el Ecuador muy pocas asociaciones de usuarios y familiares. La más grande de entre ellas se formó en 2014 en el Centro Ambulatorio Intensivo de San Lázaro en Quito. Esta asociación reúne a 60 usuarios y familiares y realiza regularmente actividades de psico-educación; la asociación trabaja en la actualidad sobre un proyecto de creación de talleres protegidos para usuarios. El centro ambulatorio intensivo de Esmeraldas también cuenta con una asociación de usuarios y familiares.

Algunos miembros de estas asociaciones de familiares y usuarios participaron en la validación de las Guías del Usuario en Esquizofrenia, elaboradas por el MSP.

## **SECCION 5: EDUCACION DEL PUBLICO Y VINCULOS CON OTROS SECTORES**

### **5.1 Campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental**

El Ecuador no cuenta con un organismo de coordinación nacional para supervisar las campañas de educación y concienciación al público sobre salud mental y trastornos mentales.

En los últimos cinco años algunas entidades gubernamentales y organismos internacionales como UNICEF y ONUMUJERES han realizado algunas campañas de prevención del consumo de alcohol y otras sustancias, así como de prevención del maltrato infantil y de la violencia de género. Sin embargo, no se han adelantado iniciativas que aborden de manera específica la salud y los trastornos mentales.

### **5.2 Vínculos con otros sectores: colaboración oficial**

En 2014 no existen programas de colaboración oficial en salud mental entre el Ministerio de Salud Pública y otras agencias o dependencias.

El país cuenta con algunas disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales, como la Ley de Discapacidades de 2012. Esta legislación reconoce los trastornos mentales como causa de discapacidad y establece el derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y el derecho a la no discriminación en términos de selección, contratación, capacitación, indemnización y despido de personal. Los empleadores que cuenten con veinticinco o más trabajadores están obligados a contratar un mínimo de 4% de personas con discapacidad.

En lo que concierne a la vivienda, la Ley de Discapacidades estipula que las personas con discapacidad tendrán derecho a una vivienda digna y adecuada a sus necesidades, que les permita alcanzar su mayor grado de autonomía. Prevé igualmente programas de acceso prioritario a vivienda y el establecimiento de incentivos, financiamiento y apoyo. Sin embargo, en la práctica estas disposiciones legales no se cumplen, en la medida en que un gran porcentaje de personas con trastorno mental grave no beneficia de condiciones de vivienda apropiadas, y un número significativo se encuentra institucionalizado en establecimientos psiquiátricos al no existir alternativas residenciales en la comunidad.

Otras disposiciones legales permiten que las personas con discapacidad que superen un determinado porcentaje de limitación reciban un aporte económico mensual (bono de discapacidad) y beneficien de reducciones tributarias y en el pago de servicios básicos.

### **5.3 Vínculos con otros sectores: actividades**

Las personas con trastorno mental no se benefician de una oferta de empleo externo al dispositivo de salud en el que son atendidos.

Existen vínculos entre el sistema de salud mental y otros sectores, como el sector educativo y el sistema penitenciario.

En lo que se refiere al sistema educativo, la normativa vigente establece que por cada 300 alumnos de los niveles primario y secundario debe existir un profesional educador, clínico o asistente social con formación en la materia. En la práctica esta disposición se cumple parcialmente, sobre todo en las zonas rurales, en donde este tipo de personal es insuficiente. Durante el año 2014 muy pocos planteles educativos realizaron actividades de promoción y prevención en salud mental, y esto, a pesar de que el currículo incluye temas como el desarrollo de habilidades sociales.

Aun cuando se han hecho esfuerzos importantes en este campo, cabe anotar que persiste una brecha importante en lo que se refiere a servicios de salud mental integrados en el sistema educativo.

No se reportaron acciones de formación en salud mental para los miembros del poder judicial ni de la policía nacional.

No fue posible determinar los porcentajes de personas con trastornos mentales que se mantienen privadas de su libertad en el Ecuador. Cabe destacar que se estima que la mayoría de individuos en el sistema penitenciario tiene acceso a una atención en salud mental a través de las visitas periódicas por parte de psicólogos y psiquiatras del sector público a los centros de privación de libertad.

## **SECCION 6: MONITOREO E INVESTIGACION**

La totalidad de establecimientos de salud de carácter público reporta sus actividades al Sistema Nacional de Información en Salud. Los hospitales psiquiátricos reportan periódicamente el número de camas y admisiones, la duración de la estadía y los diagnósticos de los pacientes. No

existe información sobre el número de admisiones involuntarias ni el número de pacientes que han sido restringidos físicamente o aislados durante su hospitalización.

De igual manera, los dispositivos de salud mental ambulatorios recopilan y reportan datos relacionados con el número de usuarios atendidos y sus diagnósticos; el número de contactos de los usuarios no está disponible.

El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental publicados en 2014 proporcionan un informe completo que incluye datos diversos en el tema.

En términos de investigación, no existe un registro actualizado sobre las publicaciones científicas de salud del país y por lo tanto no es factible determinar el porcentaje de trabajos en salud mental. No se encontraron publicaciones de estudios en salud mental realizados en el país en la base de datos PubMed en los últimos cinco años.

Se estima que muy pocos profesionales de salud mental han estado involucrados en los últimos cinco años en labores de investigación y que la mayor parte de estudios corresponden a las tesis de grado de la especialidad en psiquiatría.

## **CONCLUSIONES**

El sistema de salud mental del Ecuador se encuentra en un proceso de transición entre un modelo hospitalocéntrico y un modelo de atención comunitaria. El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 constituyen un avance significativo a nivel de políticas, en la medida en que conciben la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, a través de estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de APS y el proceso de desinstitucionalización.

La presente evaluación se realizó en base a datos previos al inicio de la implementación de la nueva normativa, lo cual explica una serie de brechas y falencias identificadas en el sistema. Entre estas se resalta una asignación presupuestaria insuficiente y según un modelo hospitalocéntrico. Adicionalmente, existen una serie de barreras de acceso a la atención en salud mental, entre ellas la concentración de los servicios en hospitales de zonas urbanas, el fenómeno de estigma y discriminación, la deficiente capacitación del personal no especializado y la disponibilidad irregular de medicación psicotrópica en el primer nivel, así como la insuficiencia general de psiquiatras y una escasa articulación entre los niveles de atención. El factor financiero constituye una barrera de acceso adicional, ya que solo un 19 % de la población afiliada a la seguridad social goza de una cobertura integral en salud mental. Cabe también mencionar entre las falencias una participación de usuarios y familiares muy limitada y la escasez de acciones de promoción y prevención en salud mental, en particular la ausencia de campañas de sensibilización contra el estigma y la discriminación.

Las autoridades sanitarias han realizado esfuerzos importantes para mejorar el sistema de salud mental, en términos de contratación de talento humano, creación de unidades de salud mental en los hospitales de segundo nivel y de disminución del número de camas de los hospitales psiquiátricos.

En lo que respecta al proceso de desinstitucionalización en curso, cabe mencionar que este se ve obstaculizado por la falta de unidades residenciales para los usuarios sin posibilidad de reinserción familiar, así como por un sistema aun débil de atención ambulatoria en el primer y segundo nivel, que dificulta el seguimiento a los pacientes dados de alta del hospital. Las limitaciones para ingresar pacientes en los hospitales generales, al no contar éstos con camas de asignación específica en psiquiatría, constituyen un obstáculo adicional en el proceso de desinstitucionalización.

El Ecuador no cuenta con una ley de salud mental y, aun cuando existen una serie de disposiciones relacionadas con el tema en otros cuerpos legales, éstas no abordan aspectos importantes como son la reglamentación de las admisiones involuntarias ni el manejo de las capacidades legales en personas con trastorno mental grave. Otra falencia importante en materia de legislación es la relacionada con la declaratoria de inimputabilidad general para las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley, al origen del internamiento sistemático y de la congestión de los hospitales psiquiátricos con personas que en algunos casos no presentan patología psiquiátrica.

A pesar de las dificultades encontradas en el proceso de transición hacia un modelo comunitario, cabe resaltar el interés y la motivación de las autoridades sanitarias ecuatorianas en mejorar el sistema de salud mental del país a través de diversas iniciativas que ya están comenzando a dar frutos.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda continuar el proceso de implementación del Plan Estratégico Nacional y del Modelo de Atención en Salud Mental, dándole prioridad a las siguientes acciones:

- Primer nivel de atención:
  - Aumentar el número de Centros Ambulatorios Intensivos en Salud mental
  - Creación de unidades residenciales para pacientes en quienes no sea posible una reinserción familiar
  - Fortalecer las capacidades del personal de APS
  - Fomentar un trabajo de apoyo y supervisión regular por parte de los psiquiatras de enlace del segundo nivel
  - Asegurar la disponibilidad continua de medicación psicotrópica
  
- Segundo nivel:
  - Asignación de camas específicas para psiquiatría en los hospitales generales
  - Asegurar la presencia de personal especializado y la disponibilidad continua de medicación psicotrópica
  - Implementar centros /servicios de salud mental comunitaria con capacidad resolutoria con el fin de mantener a las personas con trastornos mentales graves en la comunidad
  
- Tercer nivel:

- Continuar con el proceso de desinstitucionalización, facilitando el redireccionamiento de presupuestos liberados del tercer nivel hacia los niveles de menor especialización
- Fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia con el fin de asegurar la coordinación entre los diferentes niveles de atención, así como entre el sector público y el privado
- Impulsar la creación de una legislación específica en salud mental que comprenda aspectos tales como la reglamentación de las admisiones involuntarias, las figuras de sustitución de capacidades jurídicas (tutela y curatela) y el manejo de personas con trastorno mental en conflicto con la ley
- Fomentar la protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental:
  - Visitas periódicas de supervisión a los establecimientos de salud mental por parte de un organismo independiente
  - Capacitación del personal de salud mental en derechos humanos
- Formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud mental con enfoque comunitario, tanto a nivel de estudios de pregrado como de postgrado
- Mantener un programa permanente de capacitación en salud mental basado en la Guía de Intervención mhGAP para el personal no especializado del primer nivel de atención, toda vez que la atención de salud mental no puede quedar sólo bajo la responsabilidad del profesional de psicología y psiquiatría
- Incentivar la participación de los usuarios y familiares en los servicios de salud mental, mediante organizaciones legalmente estructuradas
- Institucionalizar la salud mental en el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud Pública.
- Formular un plan de desarrollo de los servicios en salud mental para niños y adolescentes
- Crear vínculos formales con otros sectores y realizar iniciativas de promoción y prevención en salud mental, tales como campañas de sensibilización contra el estigma y la discriminación

	Nombre	Cargo	Sumilla
Revisado por:	Dr. Juan Chuchuca	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subrogante	
Revisado por:	Psic. Clin. Carlos Díaz	Gerente Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, Encargado Gerente Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, Encargado	
Revisado por:	Mgs. Roberto Enríquez	Secretario Comisión de Salud Mental	
Revisado por:	Ing. María Fernanda Cortez	Analista Comisión de Salud Mental	

Se realizó una nueva evaluación del sistema de salud mental del Ecuador utilizando el instrumento IESM-OMS, con el objetivo de monitorear la implementación de las nuevas políticas de salud mental y realizar acciones de acuerdo a las necesidades identificadas.

El sistema de salud mental del Ecuador se encuentra en un proceso de transición desde un modelo centrado en hospitales a un modelo de atención comunitaria. El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 constituyen un avance significativo en este sentido, en la medida en que se concibe la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, a través de estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización.

Las autoridades sanitarias han realizado esfuerzos importantes para mejorar los servicios de salud mental, en términos de contratación de talento humano y la creación de unidades de salud mental en varios hospitales de segundo nivel, que prestan esencialmente servicios ambulatorios. Asimismo, se han hecho progresos en el proceso de desinstitucionalización, con una disminución significativa de las camas psiquiátricas desde el año 2006.

Durante el proceso en marcha se han identificado una serie de brechas en el sistema, entre las cuales una asignación presupuestaria insuficiente aun centrada en hospitales, concentración de los servicios existentes en hospitales de zonas urbanas, el fenómeno de estigma y discriminación, la deficiente capacitación del personal no especializado y la disponibilidad irregular de medicación psicotrópica en el primer nivel. Cabe también mencionar entre las falencias una participación de usuarios y familiares muy limitada y pocas acciones de promoción y prevención en salud mental.

A pesar de las dificultades encontradas en el proceso de transición hacia un modelo comunitario, se resalta el gran interés y la motivación de las autoridades sanitarias ecuatorianas en mejorar el sistema de salud mental del país a través de diversas iniciativas que ya están comenzando a dar frutos.