



Ministerio de Salud Pública

Plan Estratégico Nacional de Salud Mental

2015 - 2017

Versión 6.3

Junio, 2014

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

VICEMINISTERIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

VICEMINISTERIO DE GOBERNANZA Y VIGILANCIA DE
LA SALUD

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA
SALUD

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD E IGUALDAD

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA
SALUD PÚBLICA

ACLARACION

Una prioridad para el Ministerio de Salud Pública es combatir el sexismo y la discriminación de género en la sociedad ecuatoriana y promover la equidad entre mujeres y hombres. Para alcanzar este objetivo, promovemos el uso de un lenguaje que no reproduzca esquemas sexistas, y de conformidad con esta práctica preferimos emplear en nuestros documentos oficiales palabras neutras, tales como las personas (en lugar de los hombres) o profesionales de salud, etc. Sólo en casos en que tales expresiones no existan, se usará la forma masculina como genérica para hacer referencia tanto a personas del sexo femenino como del masculino. Esta práctica comunicativa, que es recomendada por la Real Academia Española en su Diccionario Panhispánico de Dudas, obedece a dos razones: (a) en español es posible «referirse a colectivos mixtos a través del género gramatical masculino», y (b) es preferible aplicar «la ley lingüística de la economía expresiva», para así evitar el abultamiento gráfico y la consiguiente ilegibilidad que ocurriría en el caso de utilizar expresiones tales como las y los, os/as y otras fórmulas que buscan visibilizar la presencia de ambos sexos.

Plan Estratégico Nacional de Salud Mental
Ministerio de Salud Pública
Participantes en el proceso de elaboración de esta Estrategia

Grupo de redacción

- Ps.CI. Aimée DuBois; Especialista en Psicopatología y Salud Mental. Secretaria Técnica de la Comisión de Salud Mental.
- Ps.CI. Karla Pérez; M.Sc. Coordinadora de la Unidad de Promoción de Salud Mental.
- Ps.CI. Javier Cárdenas; M.Sc. Analista de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.
- Ps.CI. Roberto Enríquez; M.Sc. Técnico Dirección Nacional de Discapacidades.
- Psiq. Diego Mera, MD; Director Centro Comunitario Especializado en Salud Mental – Calderón

Ficha catalográfica

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, Comisión de Salud Mental: Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, 2014, 93pg;tab;gra.

Como Citar este documento

Ministerio de Salud Pública, Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. Comisión de Salud Mental, Julio, 2014, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública

Comisión de Salud Mental (Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subsecretaría Nacional de Promoción de Salud, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública)

Ave. República del Salvador 36-64 y Suecia 10° Piso

Teléfonos: 593-2-381-4400 / 593-2-381-4450

Página Web: www.msp.gob.ec

Diseño e Impresión

Impreso en Quito – Ecuador

Se reservan todos los derechos de MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, SUBROGANTE

CONSIDERANDO:

- Que:** la Constitución de la República del Ecuador manda: "Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (...);
- Que:** la citada Constitución de la República ordena: "Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional";
- Que:** la Norma Suprema, en el artículo 361, prescribe: "Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";
- Que:** el artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador, dispone entre las responsabilidades del estado: "1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario, (...);
- Que:** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, establece: "La salud es el complejo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado (...).";
- Que:** la Ley Orgánica de Salud preceptúa: "Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- Que:** el artículo 14 de la Ley Ibídem señala que 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;
- Que:** el artículo 3 de la Ley Orgánica de Discapacidades determina entre sus fines:

"(...) 2. Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad; (...)"

- Que;** el artículo 20 de la Ley ibidem dispone: "La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación. (...)";
- Que;** el Objetivo 3 del Plan Nacional de Desarrollo "Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017", establece que mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales;
- Que;** mediante Acuerdo Ministerial No. 00004349 de 27 de septiembre de 2013, se creó la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, que tiene por objeto establecer los lineamientos estratégicos y operativos para la gestión de la salud mental; y,
- Que;** con Acuerdo Ministerial No. 00004926 de 21 de julio de 2014, se subrogan las funciones del Despacho Ministerial a favor de la doctora Marysol Rullova Maldonado, Viceministra de Atención Integral en Salud, desde el 22 hasta el 25 de julio de 2014.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar el "PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL 2014 – 2017".

Art. 2.- Aprobar el "MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL".

Art. 3.- Disponer que el "PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL 2014 – 2017" y el "MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL" sean de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Art. 4.- Encárguese a la Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa la difusión del "PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL 2014 – 2017" y del "MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL", en medios de comunicación masivos a nivel nacional.

DISPOSICIÓN GENERAL

Todas las instancias del Ministerio de Salud Pública, conforme a sus respectivas competencias, prestarán el apoyo y facilidades necesarias para la implementación y cumplimiento de estos documentos técnicos.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

La implementación del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental se realizará en un plazo de ciento veinte (120) días, contados desde la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a las Subsecretarías Nacionales de Provisión de Servicios de Salud, de Promoción de la Salud e Igualdad, de Gobernanza de la Salud y de Vigilancia de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a los 25 del mes de Mayo del 2014

Dra. Marysol Ríos de Hualde

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, SUBROGANTE

	Nombre	Área	Cargo	Fecha
Aprobado	Dra. Susana Acevedo	Vicecomisión de Gobernación y Vigilancia de la Salud	Vicecomisionada	
Aprobado	Dra. Patricia Ortega	Vicecomisión de Atención Integral en Salud	Vicecomisionada Subrogante	
Aprobado	Dra. Andrea Cortés	Subsecretaría Nacional de Promoción de Servicios de Salud	Subsecretaria Subrogante	
Aprobado	Dra. Ana Lucía Torres	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
Aprobado	Dra. Verónica Espinoza	Subsecretaría Nacional de Gobernación de la Salud	Subsecretaria	
Aprobado	Dra. Estrella Véliz	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	Subsecretaria	
Aprobado	Mg. María Angélica Salazar	Dirección Nacional de Políticas y Implementación del Sistema Nacional de Salud	Directora	
Revisado	Dra. Lina Soriano	Comité Asesor General de Atención Asistencial	Coordinadora	
Revisado	Mg. Isabel Córdova	Dirección Nacional de Consulta Legal	Directora Nacional	
Revisado	Dra. Lina Herrera	Dirección Nacional de Consulta Legal	Analista	
Revisado del Plan del Modelo	Dra. Patricia Tiza	Comisión de Salud Mental	Facilita	
Elaborado	Pd. Susana Deltoso	Comisión de Salud Mental	Secretaria Técnica	
	Pd. Karla Páez	Comisión de Promoción de Salud Mental	Coordinadora	
	Pd. Susana Córdoba	Dirección Nacional de Fomento Nivel de Atención en Salud	Analista	
	Dra. Patricia Espinoza	Dirección Nacional de Atención a la Mujer	Docente	
	Dra. Diana Salas	Dirección T140 - Zona 9	Directora Técnica Comité de Evaluación de la Salud Mental	

TABLA DE CONTENIDOS

Acuerdo ministerial	4
Presentación	9
Apropósito del título	11
1. Introducción	12
2. Antecedentes	17
2.1. La situación de la salud mental en el Ecuador	19
3. Análisis Situacional	27
4. Marco conceptual y abordaje metodológico	33
5. Marco legal	34
6. Elementos del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental	42
6.1. Visión	42
6.2. Misión	42
6.3. Objetivos	43
6.4. Principios orientadores de la Estrategia	43
6.5. Alineación con la Política Nacional de Salud	45
6.6. Lineamientos Estratégicos	46
6.7. Plan de implementación	53
7. Bibliografía	54
8. Glosario	60
Anexos	68

COLABORADORES

- Dra. María Isolina Muñoz. Técnico Subsecretaría de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
- Ps. Elizabeth Balarezo. Analista de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.
- Ps. Cl. Gabriela Llanos. Analista de la Dirección Nacional de Discapacidades.
- Ps. Cl. Susana Barriga. Analista de la Dirección Nacional de Promoción.
- Sr. Roberto Celi. Gerente del Proyecto de Salud Mental
- Rosa Proaño. M.Sc. Analista de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Steve Páez. M.Sc. Analista de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Lcda. Ana Vera. Asesora Ministerial.
- Psc. Cl. Sandra Barral Coral; Técnico de la Dirección Nacional de Salud y Ambiente

Grupo de revisión

- Dra. Gabriela Aguinaga Romero, Directora Nacional de Normatización MSP
- Dr. Fabricio González Andrade, Consultor SENESCYT
- Dra. María Cecilia Acuña, Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Dra. María Augusta Molina, Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Dra. Nilda Villacrés, Asesora Ministerial
- Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud
- Dra. Ana Lucía Torres, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
- Prof. Patricio Aguirre. Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Igualdad

Grupo de validación interna (nacional)

- Mgs. Carina Vance Mafla; Ministra de Salud Pública
- Dra. Marysol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud MSP
- Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. MSP

Grupo de revisión internacional

- Roberto Tykanori Kinoshita, MD, Mgs.; Coordinador Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública del Brasil (Secretaria de Atención a la Salud – Departamento de acciones programáticas estratégicas, área técnica de salud mental, alcohol y otras drogas.
- Alfredo Pemjeam, MD. Jefe del Departamento de Salud Mental de Chile.
- Jorge Rodríguez. MD. Director de Salud Mental de OPS. Washington DC.
- Hugo Cohen. MD. Consultor de Salud Mental para América del Sur de OPS.
- Dra. Maristela Monteiro, Consultora de OPS

PRESENTACIÓN

La atención pública de la salud mental y del uso problemático del alcohol, el tabaco y otras drogas ha sido dejada de lado por mucho tiempo en Ecuador. En este lapso, ha existido una cobertura deficiente, con un enfoque que ha privilegiado lo hospitalario, sin priorizar una perspectiva integral basada en la atención primaria, la promoción y la prevención, y sin una visión de determinantes sociales.

En este contexto, en el país proliferaron centros privados que en ciertas ocasiones prestaban tratamientos sin fundamento científico, e incluso atentatorios contra los derechos humanos. En los últimos años el Ministerio de Salud Pública ha ejercido un control estricto sobre los establecimientos, que hoy deben cumplir con estándares y que en ningún caso pueden menoscabar derechos fundamentales.

Con el objetivo de establecer lineamientos claros sobre el trabajo en salud mental, el Ministerio de Salud Pública desarrolló el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017, el cual busca fortalecer la atención primaria, ambulatoria, con suficientes talento humano y medicamentos, con apoyo familiar y comunitario, de la salud mental y del consumo problemático de drogas. Además aborda la necesidad de complementar la formación de los profesionales de salud mental, mediante acciones intersectoriales con la academia, fortaleciendo la investigación.

Adicionalmente, nuestro Plan propone fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud sobre el componente de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Esto en el marco de un Modelo de Atención de la Salud Mental que complementa nuestro Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual se enfoca en los cuatro componentes: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad.

De acuerdo con este documento, para enfrentar los problemas y trastornos de salud mental no solo debemos garantizar la atención en los establecimientos de salud, sino que debemos trabajar en la transformación de los determinantes sociales, con participación de las comunidades y del Estado en su conjunto. En estos temas, actuamos sobre los determinantes sociales cuando impulsamos entornos de vida saludables, cuando desarrollamos habilidades sociales y personales como la autoestima, la toma de decisiones y la resiliencia, cuando promocionamos la salud.

Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017, lejos de ser pretencioso, procura en la práctica constituirse en un instrumento legal que permita implementar un modelo de salud que supere los distintos enfoques que han guiado la salud mental y la atención integral del consumo de drogas durante las últimas décadas en el país y en gran parte de Latinoamérica. Por consiguiente busca definir y redefinir el rol de los profesionales del sector salud, cuya intervención no debe mantenerse sólo a nivel individual, sino debe trasladarse a la comunidad. De esta manera, el profesional transforma la realidad del sujeto, de la comunidad y de sí mismo.

Se busca que la creatividad, la búsqueda y producción de conocimientos sean la norma en cada actividad que se realice, con el cumplimiento de objetivos planteados junto a la comunidad, que más allá de obtener una estabilidad biológica y mental debe reaccionar frente a estructuras y superestructuras que limitan y afectan su desarrollo y existencia.

Mgs. Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

A PROPÓSITO DEL TÍTULO

La salud, como construcción social y Estrategia, está determinada por la recursividad organizativa¹ de la cultura de los usuarios, profesionales y la sociedad que los contiene. Analíticamente corresponde a los paradigmas explicar y fundamentar el proceso salud-enfermedad, los mismos que presentan principios basados en un modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos.

En este marco la Plan Estratégico Nacional de Salud Mental busca intervenir en los ámbitos prioritarios para la sociedad ecuatoriana, en la que la atención integral a usos/consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es una de ellas, lo cual se refleja a lo largo del documento y en uno de los lineamientos estratégicos. Sin embargo, es preciso mencionar que la presente Estrategia busca adaptarse a esa construcción social y Estrategia mencionada, propiedad dinámica intrínseca de la salud.

¹ Recursividad organizacional.- principio del paradigma de la complejidad en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce. Más adelante ampliado en los aportes del paradigma de la complejidad a la salud (Morin, 1998).

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Mental es definida como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”². Se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos³. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

Salud mental es el estado de desarrollo integral del sujeto, en que pueden armonizarse los distintos elementos que le constituyen (físicos, cognitivos, emocionales, ideológicos, religiosos,) permitiendo que se adapte en el medio ambiente en que se desenvuelve y se relacione adecuadamente con otros y consigo mismo. En este sentido, la salud mental es materia de interés para todos y todas, no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental es decir que las acciones deben ser reorientadas desde los servicios, hacia el fortalecimiento de la promoción de la salud mental con enfoque comunitario, familiar e intercultural, de acuerdo al objetivo propuesto en el MAIS⁴.

No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. Por el contrario, ha sido objeto de abandono e indiferencia, a pesar de que los problemas de salud mental constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo⁵, puesto que un gran porcentaje de las personas con trastornos mentales no recibe atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos (apoyo psicológico, social así como medicinal) y como

² OMS, Proyecto de Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2020, 11 de enero 2013

³ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Suiza 2004

⁴ MSP (2013) Modelo de atención integral en salud. Pág. 56

⁵ Según la OMS (2011) Los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente. Además, para el año 2020, la depresión mayor se convertirá en la segunda causa de pérdida de años de vida saludable en la población mundial, sólo superada por la isquemia coronaria. (OMS, 2004)

consecuencia de ello, sufren en silencio, como lo expresa la Organización Mundial de Salud (OMS 2011) quien afirma que “la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento”.⁶

En el Ecuador la Constitución del año 2008 reconoce en temas puntuales la importancia de la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y mental⁷ de la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental como el que se refiere a la violencia como problema de salud pública. Así mismo, en lo relacionado al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia⁸.

En el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental.⁹ En este sentido, desde el año 2012, se ha venido desarrollando la propuesta de Plan Estratégico Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública, que da cuenta de las experiencias y logros a nivel local pero también la necesidad de la inversión por parte del Estado en la salud mental de la población, que generaría beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras. Según OMS (2011), cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles, entre ellas: consumo de tabaco, violencia, accidentes de tránsito¹⁰. Entre las siete principales causas de

⁶ OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Suiza 2011

⁷ Artículo 38 literal 9, que se refiere a Estrategias públicas y programas de atención a las personas adultas mayores.

⁸ En el capítulo IV, Art 31 se refiere a la Violencia como problema de salud pública. En el capítulo VII lo relacionado con tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, entre otros temas.

⁹ De manera más evidente se aprecia en los Objetivos Nacionales para el Buen Vivir. Uno de ellos: Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad.

¹⁰ Aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009. Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco. Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia

muerte en la población de 15 a 29 años, en nuestro país para el año 2011 se encuentran los Accidentes de Transporte Terrestre (1160 casos), Agresiones, Homicidios (921 casos), Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente, Suicidio (459 casos), Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia, VIH (181)¹¹, causas relacionadas con el consumo de alcohol, de acuerdo a la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol de la OMS.)¹².

Ecuador es uno de los pocos países en América Latina que aún no cuenta con una Estrategia de Salud Mental.¹³

En cuanto a los usos y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, no existen cifras en el país que marquen una diferencia según el patrón de consumo entre personas. Otro es el escenario de Colombia¹⁴, Perú¹⁵, Chile¹⁶ y Argentina¹⁷ que emplearon en sus estudios nacionales instrumentos de recolección de información que cumplen con criterios CIE 10¹⁸ para definir el nivel de dependencia con la droga.

interpersonal. Se estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día. OMS. 2011 Riesgos para la salud de los jóvenes. Suiza

¹¹ INEC (2011). Estadísticas de Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales) – 2011. Disponible en: http://inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=46&TB_iframe=true&height=512&width=1242

¹² Datos tomados de: www.msp.gob.ec. Cifras nacionales 2011. Fecha: septiembre 2012

¹³ Con respecto a planes/programas nacionales de salud mental, la situación es similar en América Latina. Los esfuerzos observados en los últimos años en varios países con el objetivo de reformular y actualizar sus Estrategias y planes nacionales de salud mental, a través de procesos que contaron con amplia participación de todos los sectores relevantes de la sociedad. El Salvador, Belice, Chile, Perú y Paraguay son algunos de los países de la Región donde se han observado iniciativas exitosas en esta área. Caldas de Almeida, J. 2007. Implementación de Estrategias y planes de Salud Mental en América Latina. Revista Psiquiátrica. Uruguay.

¹⁴ MPS y DNE (2008). *Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. (p. 45). Disponible en: http://www.odc.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=111

¹⁵ DEVIDA (2010). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General*. Disponible en: http://www.opd.gob.pe/modulos/_publicacion.asp?codigo=244&tit=&amb=

¹⁶ SENDA (2010). *Estudio Nacional de Drogas en Población General, Chile 2010*. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010_noveno_estudio_nacional.pdf

¹⁷ SEDRONAR (2012). *Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas 2012 – 2017*. (p.71). Disponible en: http://www.sedronar.gov.ar/images/archivos/Plan_Federal_de_Drogas_2012-2017.pdf

¹⁸ Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.

En este sentido se ha tomado el índice planteado por el informe mundial de drogas¹⁹, que estipula que el 0,6% de la población de 15 a 65 años presentaría una relación de dependencia a “drogas ilícitas” en el mundo. Si proyectamos a la población ecuatoriana de 15 a 65 años 2013 (9,843,006), 59,058 personas presentarían una relación de dependencia a “drogas ilícitas” (otras drogas)²⁰.

En el caso del tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, se ha podido constatar que en los años previos al Gobierno del Ec. Rafael Correa, inició una proliferación de centros privados a causa de la falta de regulación y control, así como la falta de servicios públicos para el tratamiento del consumo problemático, lo que aumentó el estigma alrededor de la persona que usa o consume drogas. A consecuencia de esto, en dichos centros se vulneran derechos humanos²¹ de las personas ingresadas, se brinda atención no profesional, sin bases técnicas ni éticas, además que existe una predominancia de la internación involuntaria. Lamentablemente, esto se ha convertido en un negocio lucrativo en el ámbito privado, lo cual ha favorecido su proliferación. Por lo expuesto, la Autoridad Sanitaria Nacional trabaja decididamente en fortalecer el control y vigilancia de estos centros y brindar atención integral a personas que usan/consumen alcohol, tabaco y otras drogas con un enfoque de respeto a derechos humanos.

Así, en el país esta atención ha sido provista principalmente por instituciones privadas, que no han tenido en consideración aspectos mínimos en cuanto al abordaje adecuado e integral de este tema. En este sentido, se vuelve imprescindible para la Autoridad Sanitaria Nacional, no sólo cumplir el mandato constitucional (Art. 364) sino también prevenir la vulneración de los Derechos Humanos (DDHH), trabajar por reducir las barreras que impiden que las

¹⁹ ONUDD (2013). Informe Mundial sobre Drogas 2013. Disponible en http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/Executive_Summary_translation_-_Spanish_-_V1383706.pdf

²⁰ Mayor detalle: Memorando Nro. MSP-DIS-2013-0293-M, del 07 de octubre de 2013. Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud.

²¹ Para mayor detalle visitar: http://www.elcomercio.com.ec/noticias/Ecuador-Napo-Fiscalia-indaga-carcel-ministerios-salud_0_957504362.html, <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-vigila-que-centros-de-recuperacion-para-tratamiento-de-adicciones-respeten-los-derechos-humanos/>, [http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=202114&u_mt=Centros%20privados%20de%20rehabilitaci%F3n%20de%20la%20homosexualidad%20violaban%20los%20Derechos%20Humanos,%20asegura%20Viceministro%20de%20Salud%20\(AUDIO\)](http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=202114&u_mt=Centros%20privados%20de%20rehabilitaci%F3n%20de%20la%20homosexualidad%20violaban%20los%20Derechos%20Humanos,%20asegura%20Viceministro%20de%20Salud%20(AUDIO))

personas que usan/consumen sustancias psicoactivas se aproximen a servicios de atención integral de salud en aras de su integración social, familiar, laboral, educativa, y convocar a la sociedad ecuatoriana a tratar el tema de usos y consumo desde el ámbito de la salud pública, en la que los servicios se reorganicen constantemente basados en la evidencia, a fin de que los mismos respondan a las necesidades de los/las usuarios/as y no viceversa, en la que prevenir el estigma y reducir los daños en salud son ejes primordiales.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud²². Para ello, se plantea la incorporación de la salud mental comunitaria en el desarrollo de los planes locales, así como en la organización de los servicios de salud²³. La incorporación de la salud mental en la estrategia de Atención Primaria de Salud, con la cual, mejoraría el acceso de la población a los servicios, facilitaría la promoción de la salud en general; la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además de reducir el estigma y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno, sin mencionar que es asequible y eficaz en función de costos. Por estas razones, es urgente y prioritaria la creación de una Estrategia Pública de Salud Mental que permita desarrollar e implementar planes y programas bajo un Modelo de Salud Mental que reoriente la organización de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental como plantea el Modelo de Atención Integral de Salud vigente en el país.

Este instrumento ha sido construido de manera participativa mediante talleres intersectoriales y multidisciplinarios de diálogo, que recogieron las sugerencias de los usuarios, actores del sector público y privado involucrados en el tema, así como también la academia.

²² La salud mental y los riesgos ambientales son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. MSP. 2012. Modelo de Atención Integral de Salud. Ecuador

²³ MSP 2011 Guía de Implementación del Modelo de Atención para las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención. Ecuador

La presente Estrategia es de aplicación nacional y obligatoria en todas las instancias en las que se involucra a la salud, así como, unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud, las cuales comprenden la Red Pública Integral en Salud (RPIS) y la Red Complementaria, incluyendo entidades con y sin fines de lucro.

2. ANTECEDENTES

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 indígena, afro-descendiente, mulata, mestiza y blanca. En Septiembre del 2013 a nivel urbano existe un 15,74% de pobres y 4,08% de pobres extremos. La ciudad con menor índice de pobreza es Cuenca con 4,15%, mientras que Guayaquil es la que registra mayor índice con 13,19%.²⁴ En términos de extrema pobreza, Quito y Ambato son las ciudades que presentan una mayor incidencia con 2,81% y 3,83%, respectivamente. El coeficiente de Gini nacional, índice que mide la desigualdad de ingresos entre la población del país, se ubicó en 0,463 en septiembre del 2013.²⁵ La tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es de 7,7% para mujeres y 9,5% para hombres. El desempleo alcanza el 4,55% de la población económicamente activa en la zona urbana.²⁶

Se podría considerar que varias de las características socio-demográficas, epidemiológicas, económicas y culturales de la población ecuatoriana, como fuentes generadoras de inequidad e injusticia social, pudieran derivar en algún trastorno de salud mental sobre todo en las poblaciones más vulnerables como son los niños y adolescentes; mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ecuador. Septiembre, 2013.

²⁵ Para la medición de la pobreza el INEC utiliza recomendaciones internacionales para lo que compara el ingreso per cápita con la línea de pobreza que en septiembre 2013 se ubicó en US\$ 77,04 mensuales por persona. Los individuos cuyo ingreso per cápita es menor a la línea de pobreza son considerados pobres.

²⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Reporte pobreza urbana por ingresos. Ecuador. Septiembre, 2013.

En este sentido los determinantes sociales de la salud mental han sido bien estudiados. En resumen, las personas que están más aisladas socialmente y las personas que están en desventaja tienen mayores problemas de salud que otras (House, Landis & Umberson 1988). Las sociedades con más cohesión social son más saludables y su índice de mortalidad es más bajo (Kawachi & Kennedy 1997). Muchos estudios han mostrado las poderosas asociaciones entre salud y la conectividad social (Putman 2001). Muchos autores han reexaminado la evidencia de los factores personales, sociales y ambientales en relación con la salud mental y los problemas mentales (por ejemplo., HEA 1997; Lathtien y otros, 1999; Wilkinson & Marmot 1998; Eaton & Harrisos 1998; Hosman & Llopis 2004).²⁷

De acuerdo a varios informes de la OMS, los trastornos mentales representan el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe. Un sistema de salud mental eficiente es vital para poder reducir esta elevada carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad; así como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento²⁸.

La creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe se ha convertido en un problema demasiado relevante como para seguir siendo ignorado. Una investigación realizada por la OPS (2005) sobre las posibles consecuencias de no tomar acciones ante la brecha en atención de salud mental, evidencia que: "las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%, y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban

²⁷ Promoción de la Salud Mental. OMS. 2004

²⁸ Informe sobre la evaluación de los sistemas de salud mental en los países de Centroamérica y República Dominicana usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM- OMS) 2009

o dependían del alcohol, no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio generalizado o en uno de tipo general".²⁹

Los modelos de salud adoptados por países industrializados dan cuenta que el gasto en salud mental es considerable, que en países con medianos y bajos ingresos resultaría insostenible. Como alternativa, en países latinoamericanos (como por ejemplo Brasil y Chile), el modelo de salud mental comunitaria ha dado resultados tanto en la prevención de trastornos mentales en la población general, como en proporcionar servicios de salud mental (diagnóstico y tratamiento) en la comunidad, para los individuos y sus familias.

Para el efecto de conocer la situación actual de la salud mental en el país, a continuación se detallará de manera breve aspectos relacionados a: servicios de salud, perfil de morbilidad, talento humano, infraestructura y presupuesto asignado.

2.1. La situación de la salud mental en el Ecuador:

a) Sistema de salud

El Sistema de Salud en el país históricamente se ha caracterizado por ser fragmentado y segmentado³⁰, pero en la actualidad se están consiguiendo avances en la coordinación entre actores y la definición de funciones entre subsistemas, con la conformación de la Red Pública Integral de Salud y la complementariedad con el sector privado.³¹

Las instituciones del sector público que trabajan en el tema de salud mental por lo general están enfocadas en la atención psiquiátrica. En el primer nivel de atención, se cuenta con apenas con 174 psicólogos clínicos en unidades

²⁹ http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=576&Itemid=1

³⁰ Se entiende por sistema fragmentado y segmentado cuando las redes de provisión de servicios son creadas de forma acorde a cada sector, con limitada integración y comunicación entre las unidades asistenciales que las forman, tanto dentro de un mismo sector, como entre sectores y entre los diferentes niveles de atención. Frenk J. et al (2007) Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Revista de Salud Pública México.

³¹ MSP 2012. Modelo de Atención Integral de Salud. MSP. Ecuador

operativas, distribuidos en 23 provincias (Galápagos no cuenta con psicólogo clínico para atención).

Ya en el segundo y tercer nivel de atención, en 7 provincias se ofrece atención de salud mental en hospitales, 7 hay atención psicológica y en 1 solamente psiquiátrica, es decir, en 15 provincias en el país se ofrece algún tipo de atención para temas relacionados a salud mental³².

El país cuenta con dos hospitales psiquiátricos dependientes del MSP y se encuentran en la ciudad de Quito (Hospital Psiquiátrico Julio Endara y Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro); en la misma ciudad dos hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención de psiquiatría tanto ambulatoria como de internamiento de corta estancia, así como de psicología³³. En tres provincias (Esmeraldas, Pichincha y Azuay) existen servicios de psiquiatría y salud mental comunitarios³⁴.

Además, existen 3 hospitales psiquiátricos privados (uno en Quito, uno en Guayaquil y uno en Cuenca) que, junto con el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, suman un total de 1484 camas, lo que significa 9.88 camas por cada 100.000 habitantes. Del total de camas disponibles el 0.2% están asignadas de manera exclusiva para niños y adolescentes. De las personas atendidas el 52% son hombres y 48% mujeres. El 3% son menores de 17 años.

En la Declaración de Caracas (1990), se establece una relación óptima: 95% de camas polivalentes y en dispositivos comunitarios y 5% de camas monovalentes. Es así que se dispone de un número mayor de camas en hospitales generales para hospitalizaciones psiquiátricas de corta estadía, lo que permite el tratamiento de crisis graves sin separar a la persona de su medio familiar y social.³⁵

³² Dirección Nacional de Salud Mental MSP 2011

³³ Hospitales: Eugenio Espejo y Baca Ortiz.

³⁴ Actualmente funcionan como centros donde se da atención psiquiátrica principalmente, y las acciones se enfocan en el individuo y su enfermedad. Dirección Nacional de Discapacidades, 2012.

³⁵ Caldas J. Logros y obstáculos en el desarrollo de Estrategias y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional sobre la Reforma de los Servicios de Salud Mental. Brasil. 2005

No es posible aún hablar de una red coordinada de servicios. (OPS, 2008).³⁶ Existe un sistema de referencia y contrareferencia entre las unidades ambulatorias y las de internamiento, de acuerdo a lo que establece el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, no está fortalecido en lo que se refiere a la salud mental. Respecto a usos y consumo de drogas el Ministerio de Salud Pública (MSP) cuenta con el Hospital Julio Endara y el servicio ambulatorio en el Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro. Además, el personal de estos servicios no cuenta con suficiente capacitación y actualización en materia de consumo de drogas.

En lo que respecta a la Red Pública Integral en Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mantiene servicios de Psiquiatría en cuatro hospitales del país, en los que también se presta atención ambulatoria. En la ciudad de Quito y Guayaquil en algunos dispensarios de consulta externa existen servicios de psiquiatría y psicología. Las Fuerzas Armadas a través de su sistema de aseguramiento (ISSFA), mantienen servicios de psiquiatría en los Hospitales de Quito, Guayaquil y Esmeraldas. Para el internamiento de pacientes mantiene un convenio entre las Fuerzas Armadas y un servicio privado de psiquiatría de la ciudad de Quito (Instituto Psiquiátrico Sagrados Corazones).

En las entidades del sector privado que poseen servicios de salud mental y que reciben financiamiento por medio del pago de prestaciones por parte del Estado se encuentran: el Instituto de Neurociencias (antiguo Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce) que es el más grande del país y depende de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, junto a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), entidad dedicada a la atención especializada de cáncer, y que ofrece servicio de psiquiatría para pacientes hospitalizados en las ciudades de Quito y Guayaquil.

³⁶ El Hospital Julio Endara con el San Lázaro, ambos de Quito, se fusionaron hacia finales del año 2012; antes de ello el número de camas en el Julio Endara era de 123 y el San Lázaro 150; Hoy el Julio Endara cuenta con 234 camas. El Sagrado Corazón – Quito con 223; Lorenzo Ponce – Guayaquil con 950 y CRA – Cuenca 73. Además pocos hospitales psiquiátricos se encuentran integrados con otros establecimientos de atención ambulatoria.

Cabe mencionar que en el sector privado funcionan un número indeterminado de hospitales y clínicas; hogares o asilos para pacientes psiquiátricos crónicos, así como centros de rehabilitación para personas que usan / consumen drogas, y consultorios privados. Las actividades de estos establecimientos no se reportan al Ministerio de Salud Pública, ni al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)³⁷.

Entre las instituciones privadas sin fines de lucro se encuentran el Hospital San Juan de Dios regentado por una orden religiosa (Orden Hospitalaria San Juan de Dios) en Quito y Santo Domingo de los Tsáchilas, con atención psiquiátrica enfocada en adultos mayores, personas con consumo problemático de drogas, enfermos mentales crónicos, mendigos; y el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) en Cuenca que brinda atención de salud mental ambulatoria y de internación con énfasis en consumo problemático de drogas.

Respecto a usos y consumo de drogas, el Estado actualmente no cuenta con espacios habilitados para brindar atención integral a las personas que usan o consumen drogas (promoción de la salud, actividades de prevención, desintoxicación de acuerdo al caso, tratamiento ambulatorio/ambulatorio intensivo, comunidad terapéutica, integración social) y no puede garantizar una atención oportuna, de calidad y calidez a la sociedad ecuatoriana. Por otra parte, los centros de recuperación privados, en términos generales, no han ofrecido un tratamiento profesional a los usuarios, dado que se evidencia internaciones a personas que no ameritan tratamiento residencial de acuerdo a su diagnóstico, así como programas terapéuticos basados en el empirismo y constante vulneración de DDHH. Estos problemas vienen de la mano de una escasa rectoría del Estado al momento de brindar atención integral de salud para personas que usan o consumen drogas. Además, esta oferta de servicios es insuficiente en número, el personal no se encuentra capacitado y no cuenta con una red de atención integrada de servicios salud para abordar este fenómeno.

³⁷ Notificación que se la hace al MSP a través sistema EPI-2, y al INEC a través del Sistema Nacional de Información en Salud.

Vale la pena recalcar que existen muy pocos servicios comunitarios que se orienten a la inclusión de las personas con problemas de salud mental, así como para el cuidado crónico de pacientes mentales en condiciones de abandono.

b) Perfil de problemas de salud mental

En lo que respecta a problemas de salud mental, podemos ver los casos de morbilidad:

CUADRO N° 1:

CASOS MORBILIDAD A NIVEL NACIONAL DATOS 2012	TOTAL
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	634
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos	2557
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1366
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	2434
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	1189
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	94
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	69
F70-79 Retraso mental	113
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	83
F90-F99 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	121
TOTAL NACIONAL	8660

Fuente: Egresos Hospitalarios 2012, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental

Existen otros datos registrados en las unidades de primer nivel, como son las áreas de salud, que, a más de la depresión leve que ocupa el primer lugar con el 19%, existen otros como: trastorno de las habilidades escolares (14%), problemas de comportamiento en niñez y adolescencia (13%), problemas de relación entre la pareja (6%), abuso sexual infantil (2%), violencia y maltrato (10%), trastornos hipercinéticos, hiperactividad, entre otros³⁸. Además, según datos de la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud, en el país existen 94.612 personas con discapacidad intelectual y mental, en un universo de 370.000 personas con algún tipo de discapacidad. Es decir, del total de personas con algún tipo de discapacidad, un 26% de ellas presenta discapacidad mental o intelectual³⁹.

Adicionalmente, el país se encuentra en una fase de transición epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas hacia las crónico-degenerativas, como son la diabetes y la hipertensión. La transición hacia las enfermedades crónicas ha hecho que aumenten junto a ellas trastornos emocionales y afectivos, como por ejemplo los episodios de depresión, que están presentes en el 20 o 25% de los pacientes con enfermedades crónicas (Heredia, Pinto 2008). También se producen ataques de pánico, los que, según un estudio realizado en 4400 personas con diabetes, son experimentados en algún momento por el 4.4% del total de pacientes (Ludman E. 2006).⁴⁰

c) Recursos humanos en salud mental

Respecto a la cantidad de profesionales que trabajan exclusivamente en salud mental en las unidades operativas que pertenecen al MSP, alcanzan los 301,

³⁸ Datos tomados como referencia de un servicio de psicología de una área de salud de la Provincia de Pichincha. ASNo.4 Chimbacalle 2011

³⁹ Dirección Nacional de Discapacidades. 2014

⁴⁰ Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes tenían tasas de 490 y 190 personas respectivamente por cada 100000 hbts en el año 2007; mientras que para el año 2012, ascienden a tasas de 1373 y 753 por cada una. En el caso de problemas y trastornos de comportamiento, estos no aparecen en el perfil epidemiológico del año 2007 – excepto la violencia y el maltrato – pero para el año 2012, se aparecen con una tasa de 333 por cada 100000 hbts. Datos tomados del perfil Epidemiológico del Subproceso de Epidemiología del MSP Año 2007, y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE-ALERTA del MSP. 2012

distribuidos en 25 psiquiatras, 213 psicólogos, 28 trabajadoras sociales, 11 enfermeras, 2 educadores para la salud, 21 médicos y 1 odontólogo.⁴¹

CUADRO N° 2:

TOTAL DE PROFESIONALES POR PROVINCIA Y POR PROFESIÓN								
	PSICOLOGÍA	PSIQUIATRÍA	TRABAJO SOCIAL	ENFERMERÍA	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	MEDICINA	ODONTOLOGÍA	TOTAL por provincia
Azuay	20	4	18	1	1			44
Bolivar	2							2
Cañar	6	1	5			1		13
Carchi	13	1						14
Chimborazo	7							7
Cotopaxi	1							1
El Oro	14							14
Esmeraldas	1	1	1	1		1		5
Galápagos	1		1		1	2		5
Guayas	22	4						26
Imbabura	7	3						10
Loja	8	1						9
Los Ríos	9			2		2		13
Manabí	7	2	3	4		6	1	23
Morona S.	6							6
Napo	2					1		3
Orellana	3							3
Pastaza	2							2
Pichincha	61	7						68
Sta Elena	2					3		5
Sto Domingo	2	1				1		4
Sucumbíos	2			1		1		4
Tungurahua	13			1		3		17

⁴¹ Datos obtenidos de una encuesta aplicada en las provincias para obtener una línea base de recursos de salud mental en el país, actividad puntual realizada por la Dirección de Discapacidades MSP Año 2012

Zamora Ch.	2			1				3
TOTAL por profesión	213	25	28	11	2	21	1	301

Fuente: Dirección de Discapacidades MSP Año 2012

En cuanto a los profesionales del sector de la seguridad social, para el año 2008, el IESS contaba con: 27 psiquiatras, 29 enfermeras, 16 psicólogos, 11 trabajadoras sociales y otros profesionales 46, en total 129 personas. El ISSFA contaba con 9 psiquiatras, 9 enfermeras y 29 psicólogos⁴². El ISSPOL cuenta con 2 psiquiatras, 39 psicólogos clínicos y un médico legista. Del total del personal de ambos institutos, el 86% trabajan en servicios psiquiátricos.⁴³

Además está la Junta de Beneficencia de Guayaquil a través del antes llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, hoy Instituto de Neurociencias, en la que prestan sus servicios 33 psiquiatras, 57 enfermeras, 23 psicólogos, 18 trabajadoras sociales, 3 terapeutas ocupacionales, 217 auxiliares, 25 médicos, 29 acompañantes, 1 odontólogo, 2 profesores y 6 terapeutas vivenciales.

Es importante recalcar que los profesionales de la salud en nuestro país no tienen una formación específica de salud mental en pregrado; además que la prácticas pre profesionales de psicología están orientados hacia el modelo hospitalario, y por último, pocas son las instituciones académicas y de salud que ofrecen la posibilidad de practicar en servicios de salud mental con orientación comunitaria. Existe el postgrado en Medicina de Familia con formación y capacidad resolutoria en problemas de Salud Mental, manejo de psicofármacos y psicoterapia sistémica, pero la profundidad del entrenamiento difiere entre Universidades.

⁴² Datos tomados de OPS. 2008 Informe Salud Mental Ecuador. OPS Ecuador

⁴³ Es importante aclarar que al no contar con información actualizada de los servicios de salud mental del IESS, ISSFA y ISSPOL, se ha tomado como referencia el informe OPS. 2008 Informe Salud Mental Ecuador. OPS Ecuador

d) Presupuesto

El presupuesto total para salud en el año 2012 fue de 1.881.061.107 millones de dólares. De esto, 8.308.210 se asignó para las acciones de salud mental (que representa el 0,44% del total del MSP), de lo cual el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos⁴⁴.

3. ANÁLISIS SITUACIONAL

En el Ecuador se aprecia un progresivo reconocimiento de la salud mental como una dimensión importante de la salud en la población, y se evidencia en parte en la normativa legal vigente y en el Modelo de Atención Integral de Salud en particular. Sin embargo, todavía persisten dificultades. En el ámbito de la promoción y la prevención, los esfuerzos han sido escasos y poco sostenidos. En la provisión de servicios, han existido más iniciativas, aunque tampoco satisfacen la necesidad del país. Para el análisis situacional se cita algunos descriptores. Así, se utilizará un modelo diagnóstico de gestión que se divide en tres niveles: macro, meso y micro gestión.

Nivel Macro: Se refiere a los elementos fundamentales que orientan el desarrollo estratégico de la Salud Mental. Es el marco mayor para este ámbito.

- Ausencia de una Estrategia de Salud Mental: En la Constitución del 2008 se señala la asistencia psicológica en atención de grupos prioritarios; el artículo 364 de la Constitución las adicciones y orienta hacia la atención integral, la no criminalización del consumo y vulneración de derechos. En la Ley Orgánica de Salud se contempla de manera directa o indirecta aspectos de la salud mental. Sin embargo, el país no cuenta actualmente con una Estrategia ni un marco legal específico, como ocurre en otros países de la región⁴⁵.

⁴⁴ Fuente: Ministerio de Finanzas. Consultado por: Dir. Coordinación Estratégica y Planificación. Agosto, 2013

⁴⁵ Con respecto a planes/programas nacionales de salud mental, la situación es similar en América Latina. Los esfuerzos observados en los últimos años en varios países con el objetivo de reformular y actualizar sus Estrategias y planes nacionales de salud mental, a través de procesos que contaron con amplia participación de todos los sectores relevantes de la sociedad. El Salvador, Belice, Chile, Perú y

- El Estatuto Orgánico de Gestión Institucional actual del MSP ubica al componente de Salud Mental en tres direcciones: Dirección Nacional de Atención Primaria en Salud, Dirección Nacional de Discapacidades y la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, donde se encuentra la Unidad de Promoción de la Salud Mental, con lo cual se transversaliza este componente tanto en el nivel administrativo como en el operativo. De la misma forma el equipo de trabajo que aborda los temas de drogas requiere sostenerse bajo una autoridad que permita integrar las acciones y planificarlas coordinadamente.
- Asignación presupuestaria apoya al Modelo Hospitalocéntrico: El mayor porcentaje del presupuesto estatal asignado para este campo está dirigido a los hospitales psiquiátricos (98,57%).
- Formación de profesionales privilegia el enfoque biomédico y hospitalario: La formación de los profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras) en los centros de educación superior priorizan el enfoque biomédico y hospitalario. Se requiere la oferta de posgrados que fortalezcan los temas del abordaje comunitario y en usos y consumo de drogas.
- Falta de Estrategias intersectoriales articuladas que tiendan a modificar los determinantes sociales de la salud que afectan la salud mental de la población.

Nivel Meso: Se refiere a los elementos fundamentales para la organización de los servicios de salud.

- Ausencia de normativas para la atención integral de salud mental: Como se señaló en el nivel macro, parte de la problemática de no tener un Plan Estratégico Nacional de Salud Mental se evidencia en la falta de un modelo de gestión, que a su vez facilite normas y protocolos nacionales para la atención integral de la salud mental de la población. (Unidad de Salud Mental MSP, 2011). Se deben establecer modelos de atención, normas y protocolos adecuados para el abordaje de usos y consumo de drogas.

Paraguay son algunos de los países de la Región donde se han observado iniciativas exitosas en esta área.

- Limitado acceso a servicios y profesionales de salud mental: El porcentaje de accesibilidad a los servicios de salud mental, según la OMS (2010) está ubicada en el 20%, muy por debajo en relación a otros servicios.
- Primer nivel de atención con escasos recursos para la atención: Al no contar con suficientes profesionales ni servicios para atender a personas con problemas y trastornos mentales en el primer nivel de atención, la población acude a los hospitales generales, quienes atienden en gran parte morbilidad de primer nivel.⁴⁶
- Congestión de pacientes en hospital psiquiátrico de referencia nacional: El único hospital psiquiátrico estatal con posibilidad de internamiento cuenta con 146 camas para internación psiquiátrica (sin contar las 50 camas del albergue para personas oligofrénicas); de las cuales el 77% corresponden a pacientes crónicos; el 23% restante a pacientes agudos. Además, el 26% de las personas atendidas en este hospital (de un total de 8455 atenciones de morbilidad) presentaron diagnóstico de ansiedad, seguido de psicosis con el 23%, luego se encuentra alcoholismo, fármaco dependencia y epilepsia con un 13%.⁴⁷
- En relación a los egresos hospitalarios por consumo de alcohol y otras drogas (1999-2010): Se atiende más trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de alcohol – que representan el 86,92% - que el resto de drogas (13,08%).⁴⁸
- Escasa definición administrativa y operativa de los servicios de salud mental: Existen Centros Comunitarios de Salud Mental (Esmeraldas, Azuay Pichincha) que funcionan independiente de las áreas de salud y Direcciones Provinciales, y que administrativa y operativamente no están definidas a qué nivel de atención corresponden⁴⁹.
- Escasa articulación entre los niveles de atención, debido a que los procedimientos para la referencia y contrareferencia de pacientes desde

⁴⁶ Salud Mental Dirección Provincial Salud Pichincha 2011

⁴⁷ Tomado de departamentos de Estadística Hospital Julio Endara – MSP Año 2012

⁴⁸ INEC (2010). *Egresos hospitalarios*. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=97

⁴⁹ Tomado de la Reunión Salud Mental Quito Diciembre 2011

el primer nivel al de referencia y viceversa, no toman en cuenta las características de estos pacientes⁵⁰

- Sistema de información inadecuado: Sistema de registro de la información de salud mental EPI 2 no toma en cuenta problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población, como trastornos emocionales, de las habilidades escolares, del desarrollo⁵¹ Respecto a usos y consumo de drogas, a pesar de recogerse información, existen subregistros que no permiten consolidar información y que esta sea certera. Cabe mencionar que actualmente se está trabajando con el nuevo sistema de recolección de datos epidemiológicos, el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).
- Falta de registro de actividades de promoción y prevención: Existe un sistema informático para el registro diario de las atenciones, sin embargo éste no permite registrar actividades de promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental realizados en la comunidad. En la actualidad se encuentra ya implementada la ficha Familiar con enfoque en salud intercultural, aunque ésta no registra acciones de promoción y prevención de salud mental específicamente.
- Falta de información sobre criterios de calidad de la atención en salud mental: No se dispone de información respecto de cumplimiento de criterios de calidad de la atención (globalidad, integración, continuidad). Tampoco se dispone de información relacionada al cumplimiento de criterios de calidad del servicio de salud mental ni de usos y consumo de drogas (accesibilidad, permanencia, polivalencia).
- Nudos Críticos: Persisten nudos críticos en el acceso a los servicios de Salud Mental y de usos y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que son: funcional (tiempos de espera, asignación de turnos), económica (en cuanto a medicamentos, principalmente, ya que el MSP solo puede garantizar los medicamentos incluidos en el cuadro básico) y socio cultural (estigma de la atención psicológica y psiquiátrica).

⁵⁰ Tomado de: reuniones de discusión Componente de Salud Mental MSP Año 2012

⁵¹ Ibid

- Insuficiente número de personal de salud mental en las unidades operativas de los tres niveles de atención: Por ejemplo, al momento el MSP cuenta apenas 428 entre psicólogos clínicos y psicorehabilitadores, con 25 psiquiatras en los tres niveles de atención distribuidos en 23 provincias (Galápagos no cuenta con psicólogo clínico para atención)⁵².
- Falta de personal capacitado: Incluyendo para promoción, prevención y atención primaria en salud mental y en abordaje integral de usos y consumo de drogas.
- Falta de trabajo intersectorial: No se cuenta con una intervención coordinada entre las instituciones, los diferentes sectores de la sociedad y la comunidad en la identificación de problemas y soluciones concernientes a la salud mental. Recién se empieza a posicionar en las agendas de otros estamentos, donde se está reconociendo la necesidad de trabajar en conjunto, respondiendo a sus respectivas competencias.
- No hay respuesta adecuada para personas inimputables: Personas que tienen algún trastorno mental y que han tenido un conflicto con la ley, y así, han sido declaradas inimputables, son sentenciadas por el sistema legal a pasar la vida entera confinadas dentro de una institución psiquiátrica. Así mismo, personas que no presentan ningún problema de salud mental, por fallas en el sistema judicial, evitan su condena en un centro de rehabilitación penitenciaria siendo reclusos en un hospital psiquiátrico, lo cual genera diversos problemas, entre esos, vulneración de derechos de los usuarios por parte de estas personas.
- Incipiente coordinación con salud penitenciaria: Recientemente se está implementando el nuevo Modelo de Salud Penitenciaria en los centros de privación de libertad, por lo que las personas privadas de libertad ya están siendo ingresadas en el sistema de salud.

Nivel micro: elementos fundamentales a nivel de interacción con usuarios.

- Criterio de autonomía: No se dispone de información respecto del nivel de entendimiento que tiene el usuario tanto de las prescripciones del psiquiatra como de las medidas terapéuticas del psicólogo en la atención

⁵² Dirección Nacional de Talento Humano. MSP. 2014

tanto en Salud Mental como en usos y consumo de drogas, que apoye la toma de decisiones del usuario.

- Escasa participación del componente familiar y comunitario: Tanto en actividades de promoción, como en la prevención, atención y seguimiento de usuarios con afectaciones psicológicas, y personas que usan y consumen drogas. Además, no se cuenta con una sistematización de esta información.
- Limitada formación de pregrado en salud mental: Escasa formación del personal de salud en abordaje a nivel familiar y comunitario en temas de salud mental y de los usos y consumo de drogas⁵³.
- No se toman en cuenta determinantes sociales: Capacitaciones enfocadas en temas de: violencia intrafamiliar, embarazo en adolescentes y usos/consumo de drogas, sin tomar en cuenta sus determinantes sociales.
- Denuncias de maltrato a pacientes: Denuncias de vulneración de Derechos Humanos a pacientes en centros de atención psiquiátrica, psicológica, y de recuperación públicos y privados.
- Escasas actividades de promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental, usos/consumo de drogas y trastornos mentales: Incipiente funcionamiento de redes locales de salud en temas de prevención y promoción.
- Limitada integración del sector formal de salud con organizaciones e instituciones locales: Por ejemplo en temas de: violencia de género, embarazos en adolescentes y problemas de aprendizaje, usos y consumo de drogas, entre otros.
- Insuficiente coordinación intersectorial e interinstitucional: No existe la suficiente coordinación para el abordaje de los determinantes de la salud en general y de salud mental en particular, debido en parte al enfoque bio-clínico que limita la comprensión (Mercenier, 1997)⁵⁴ integral de la

⁵³ Dirección Nacional de Talento Humano. MSP 2011

⁵⁴ Comprensión: Término que hace referencia a que las personas deben ser consideradas en todas sus dimensiones; incluyendo las socioeconómicas y culturales; y no sólo como clientes privados ó usuarios estatales de atención médica, afectados por enfermedades. Mercenier, P; Van Valen. 1993 Organización de los servicios de salud. Instituto de Medicina Tropical. Bélgica

salud mental, incluyendo los usos y consumo de drogas con otras instituciones a nivel nacional, zonal y local.

- Incipiente participación comunitaria y social: Específicamente en acciones de promoción de la salud mental así como en la prevención de problemas psicosociales y de usos y consumo de drogas.
- Estigmatización: Se mantiene el estigma para la persona con enfermedad mental, trastornos psicológicos y para quienes usan y consumen drogas en la familia, instituciones educativas y comunidad.
- Ausencia de definición de rol y funciones del personal de salud mental: Psicólogo de área de salud sin actividades definidas, y realiza actividades diversas, desde apoyo en vacunación, medición de talla y peso, levantamiento de fichas familiares.
- Carencia de servicios de salud mental comunitarios: No se cuenta con unidades/servicios de salud mental comunitarios del sector público que potencien fortalezas y desarrollen capacidades del individuo y la población en conjunto, desde la promoción de la salud, el arte, el deporte y la participación social.

Todo lo mencionado justifica la elaboración e implementación de una Estrategia de Salud Mental que incluya tanto la provisión de servicios de Salud Mental como el desarrollo de la promoción de la salud mental para evitar que la población ecuatoriana desarrolle problemas y trastornos mentales derivados de las inhabilidades de enfrentar la vida.

Adicionalmente, es potestad de la Autoridad Sanitaria Nacional la formulación de la Estrategia pública tal como lo refiere el Art. 361 de la Constitución.

4.- MARCO CONCEPTUAL Y ABORDAJE METODOLÓGICO

Enfoque de la Estrategia

En el proceso de construcción de esta Estrategia se utilizó el análisis estratégico situacional, el cual permite anticipar una visión posible de futuro e ir organizando acciones que permitan intervenirlos. El enfoque incorporó la metodología de construcción de escenarios.

Tipo de Estrategia

Desde el punto de vista operativo la Plan Estratégico Nacional de Salud Mental será de carácter distributivo, dado que su objetivo principal es garantizar actividades de promoción, prevención, así como proporcionar bienes o servicios de salud mental a la población.

Para identificar los elementos de contexto, se realizó un análisis situacional clásico con definición de árbol de problemas contemplando: condiciones sociales, culturales, económicas, administrativas y Estrategias del entorno actual del país, en relación a la provisión de servicios de salud mental. Del análisis del contexto se desprendieron los problemas a resolver, el árbol de soluciones y los lineamientos estratégicos.

En el Anexo 2 se presentan los árboles de problemas que toman como base criterios de calidad de la atención, del servicio y del sistema. Luego se encuentran los árboles de soluciones tomando como base los mismos criterios tomados para el árbol de problemas, mismo que se puede revisar en el Anexo 3.

5. MARCO LEGAL

5.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución del Ecuador tiene una serie de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional, de manera particular cabe mencionar la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud (Art. 3 y 32). En el Art. 35 se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgo, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

El Art. 66 determina aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado... c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes.

Uno de los grandes avances en la constitución es el Art. 364, donde se cita a las adicciones como problema de salud pública y la responsabilidad del Estado de desarrollar programas coordinados de información, prevención, tratamiento y rehabilitación en este ámbito.

5.2 Plan Nacional para el Buen Vivir

El Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) manifiesta que el principio rector de la justicia relacionado con la igualdad tiene que materializarse entre otras cosas, en la creación de escenarios que fomenten una paridad que viabilice la emancipación y la autorrealización de las personas y donde los principios de solidaridad y fraternidad puedan prosperar y así surja la posibilidad de un mutuo reconocimiento; temas determinantes para la salud mental de las personas.

Otro de los principios relacionados con la salud mental, se refiere al cumplimiento de los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas, hacia una relación armónica con la naturaleza, una convivencia solidaria, fraterna y cooperativa y hacia un trabajo y ocio liberadores.

Las estrategias del Plan del Buen Vivir tienen que ver con la democratización de los medios de producción, (re)distribución de la riqueza y diversificación de las formas de propiedad y organización, inversión en el marco de una macroeconomía sostenible, inclusión, protección social solidaria y garantía de derechos en el marco de un estado constitucional de derechos y justicia ponen la base para trabajar en los determinantes sociales que tienen que ver con la promoción de la salud.

5.3 Ley Orgánica de Salud⁵⁵

Haciendo énfasis en el **Art. 3** donde se ubica a la salud como el completo estado de bienestar físico, *mental* y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

⁵⁵ Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006

5.4 Ley de Discapacidades⁵⁶

La cual manifiesta en su **Art. 20. Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.**- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

Art. 3, literal 2.- Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;

Art. 87.- Estrategias de promoción y protección social.- La autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social y/o los gobiernos autónomos descentralizados articularán con las entidades públicas y privadas, el desarrollo y ejecución de Estrategias destinadas a:

1. Fomentar la autonomía, goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad;
2. Orientar y capacitar a las personas y las familias que tienen bajo su cuidado a las personas con discapacidad, en el buen trato y atención que deben prestarles;
3. Promover de manera prioritaria la reinserción familiar de personas con discapacidad en situación de abandono y excepcionalmente insertarlas en instituciones o centros de referencia y acogida inclusivos, para lo cual la institución responsable asegurará su manutención mientras la persona con discapacidad permanezca bajo su cuidado;
4. Incorporar de forma temporal o permanente a personas con discapacidad en situación de abandono en hogares sustitutos de protección debidamente calificados por la autoridad nacional encargada de la inclusión económica y

⁵⁶ Registro Oficial Suplemento 796 del 25 de septiembre de 2012

social, asegurando su manutención mientras la persona con discapacidad permanezca bajo su cuidado;

5. Implementar centros diurnos de cuidado y desarrollo integral para personas con discapacidad;

6. Crear centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono;

7. Establecer mecanismos de participación, solidaridad y responsabilidad comunitaria para la integración e interacción social de las personas con discapacidad y sus familias;

8. Establecer mecanismos para la inclusión de las niñas y los niños con discapacidad en centros de desarrollo infantil;

9. Implementar prestaciones económicas estatales para personas con discapacidad en situación de extrema pobreza o abandono;

10. Apoyar económicamente el tratamiento médico necesario y óptimo de enfermedades de las personas con discapacidad; y,

11. Financiar programas y proyectos que apoyen a la sostenibilidad de los niveles asociativos de y para la discapacidad.

5.5 Convenios, Acuerdos Internacionales

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) a pesar de no ser vinculante, explicita el derecho de toda persona a la integridad física, mental y moral.

Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

(1966): Establece que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966), en el Artículo 7, proporciona a todos los individuos, *incluidos aquellos con trastornos mentales*, protección frente a la tortura y la crueldad, el tratamiento inhumano o degradante, el castigo, así como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos o científicos sin un consentimiento libre e informado.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud: La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986, definió las siguientes líneas estratégicas:

- La elaboración de Estrategias públicas saludables
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- La creación de ambientes favorables
- El desarrollo de las aptitudes personales
- La reorientación de los servicios sanitarios

Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), en el Artículo 12 se reconoce el derecho de todas las personas, *incluyendo a aquellas con trastornos mentales*, a disfrutar de los mejores estándares posibles de salud física y mental.

Adelaide (1988) donde se hace un énfasis en la formulación de Estrategias públicas saludables. Las Estrategias públicas en todos los sectores influyen en los determinantes de la salud. La salud es tanto un derecho humano como una inversión social. Es necesario formar alianzas en toda la sociedad

Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, reunida en 1990, que adoptó la **Declaración de Caracas**, la misma que define las bases de la reforma a la salud mental en América Latina, la que fue ratificada en la reunión de Brasilia de noviembre del 2005, en la que se advierte:

“Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos 15 años, tales como:

- La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;

- El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, derivados de problemas relacionados con la salud mental;
- El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que facilite la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y de abuso de alcohol; y
- El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia en atención a las víctimas.”

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Asamblea General de las Naciones Unidas - 1991).

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, del 17 de diciembre de 1991, resolución 46/119.

Sundsvall, (1991): En esta 3ra Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se enfatizó en la creación de entornos saludables, propicios para la salud.

La Declaración de Bogotá (1992)⁵⁷ destaca la relación entre salud y desarrollo y exige un compromiso renovado con la solidaridad y la equidad en la salud. La Declaración demanda:

- La coordinación entre todos los sectores sociales e instituciones para lograr el bienestar
- Promover la participación de la sociedad civil.
- La integración total de las mujeres.
- Facilitar un diálogo entre diferentes tradiciones y conocimientos sobre salud.

⁵⁷ <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFVIZVVZIPiSEaNAe.php>

También demanda el compromiso en:

- Reducir el gasto innecesario en el sector público, como el dedicado a la defensa y la guerra.
- Aumentar la inversión en desarrollo social y humano.

Yakarta 1997: La 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los determinantes de la salud y señalar estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

Tratado Interamericano para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Minusvalías. Es el primer tratado internacional orientado específicamente a defender los derechos de las personas con trastornos mentales, suscripta en Guatemala el 8 de Junio de 1999.

México, (2000). Promoción de salud hacia una mayor equidad: La Quinta conferencia avanza en el desarrollo de las cinco prioridades para el siglo XXI en la promoción de salud que fueron identificadas en Yakarta.

La Carta de Bangkok 2005: La Carta de Bangkok para la Promoción de la salud establece las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los determinantes de la salud mediante la promoción. Su propósito es fomentar la salud a través de valores, principios y estrategias de acción.

Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad - 2006, habla sobre el irrestricto apego a derechos humanos, en todas las acciones tendientes a proteger a las personas con capacidades diferentes.

El Consenso de Panamá (2010)⁵⁸: La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con el co-auspicio del Gobierno de Panamá, convocó la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010, presenta los siguientes puntos:

- Impulsar la implementación de la Estrategia y plan de acción sobre salud mental mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de cada país para poder responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.
- Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.
- Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.
- Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por parte de los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, la adolescencia, las mujeres, así como de los grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad.
- Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, en correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y al bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

⁵⁸ <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFVIZVVZIPiSEaNAe.php>

Su mensaje es claro: **"La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020"**.

La 8va Conferencia de Promoción de la Salud (Helsinki 2013), tiene como eje central "la Salud en Todas las Políticas" (SeTP), parte del reconocimiento de que el sector salud, por sí solo, no es capaz de resolver los problemas fundamentales de la salud pública, que es necesario además que las Políticas en otros sectores consideren siempre una evaluación del impacto en la salud (EIS).

Salud en Todas las Estrategias (SeTP) es un enfoque de la Política Pública en todos los sectores que toma en cuenta las implicancias de salud en las decisiones, busca generar sinergias, y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

SeTP se basa en derechos y obligaciones vinculados a la salud y tiene su foco en las políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

6. ELEMENTOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL

6.1 VISIÓN

Mejorar el nivel de vida de la población que habita en el territorio ecuatoriano a través de la preservación, consecución y mantenimiento de su salud mental.

6.2 MISIÓN

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

6.3 OBJETIVOS

1. Contribuir para que las acciones conjuntas entre el Estado y la sociedad civil logren condiciones que permitan alcanzar colectiva e individualmente mejores niveles de salud mental.
2. Garantizar los espacios institucionales, de articulación interinstitucional y facilitar los espacios de trabajo con la sociedad civil para incorporar de manera efectiva la promoción, prevención en todos sus niveles y la participación social para mejorar y atender la salud mental.
3. Atender a las personas que presenten problemas de salud mental y en usos y consumo de alcohol, tabaco y drogas mediante un sistema integrado de servicios de salud, donde la atención se brinde con criterios de integralidad, integración, calidad y continuidad de la atención.
4. Estimular y verificar la formación de talento humano con las competencias técnicas y éticas necesarias que permitan ampliar la cobertura, mejorar la calidad, pertinencia y adecuación cultural de la atención en salud mental y en usos y consumo de drogas; cerrando las brechas existentes.
5. Fortalecer la permanente coordinación interna e intersectoriales orientadas al buen vivir, la salud y bienestar mental de la población ecuatoriana.
6. Impulsar el empoderamiento de la población en acciones encaminadas a conseguir y mantener su salud mental.

6.4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ESTRATEGIA

Principio 1. EQUIDAD.

Equidad entendida como la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.⁵⁹

⁵⁹ Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador. 2013

En este sentido y en relación a la salud mental, todos los habitantes del territorio ecuatoriano, sin ningún tipo de discrimen, tienen derecho a un acceso fácil, oportuno, desconcentrado a los servicios y acciones que permitan un permanente crecimiento en su calidad de vida y de manera particular que garanticen el pleno goce de su salud mental.

Principio 2. INTEGRALIDAD.

El Estado Ecuatoriano reconoce la concepción integral de la persona; es decir, en su condición biológica, psicológica y sociocultural, para la organización de los servicios y acciones respetando sus valores, prácticas y creencias culturales. “La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye prevención, atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa”⁶⁰.

Al respecto, es necesario comprender la especie humana como una unidad (homo sapiens), pero que al mismo tiempo es diversa en sus ámbitos mentales, culturales, sociales, biológicos, y reconocer la necesidad de que las acciones del personal de salud estén orientadas hacia todas estas esferas, adaptándose constantemente a las necesidades del usuario.

La integralidad en salud mental no sólo está enfocada en la atención al sufrimiento del sujeto, sino también busca prevenirlo.

Principio 3. PARTICIPACIÓN SOCIAL.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de la veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

El logro y mantenimiento de la salud mental es responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad, la familia y el individuo⁶¹.

⁶⁰ OMS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington. 2007

⁶¹ Ídem.

Principio 4. INTERSECTORIALIDAD.

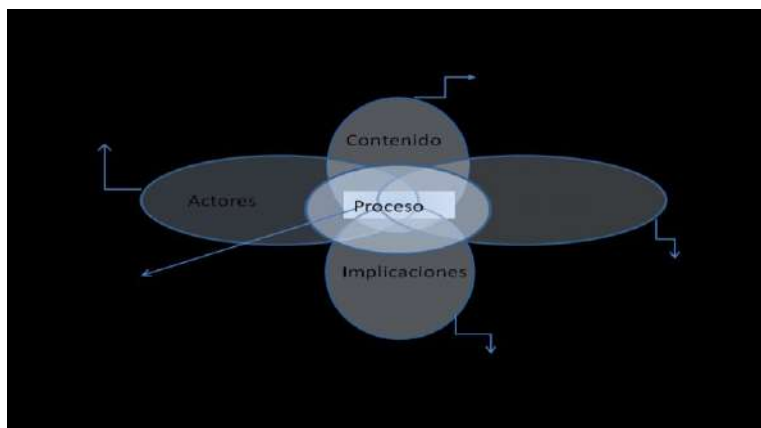
La atención integral en salud mental es competencia y obligación del Estado y las instituciones que conforman los sectores de: producción, económico, social, cultura, ambiente, educación, salud, entre otros.

Principio 5. DERECHOS.

El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación, y de concepción de las Estrategias públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos⁶².

6.5 ALINEACIÓN CON LA POLÍTICA NACIONAL

GRAFICO 1:



Elaborado por: Grupo de redacción 2012

⁶² Ídem.

6.6 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

Para el desarrollo de esta Estrategia se establecen las siguientes líneas estratégicas, las cuales fueron tomadas de los árboles de problemas y soluciones:

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

Acciones a desarrollar:

- 1.- Generar estrategias de promoción de la salud mental que incluyan la participación de la población en general, mediante alianzas intra e inter sectoriales.
- 2.- Impulsar estrategias públicas para promover la salud mental, prevención de usos y consumo de drogas, y disminuir el efecto negativo de los determinantes sociales sobre los problemas de salud mental de mayor incidencia en el país (marcos legales y regulatorios, protección de derechos, etc.).
- 3.- Impulsar el desarrollo de entornos saludables: Familia, escuela/colegio, barrio, organizaciones juveniles, lugares de trabajo, de cultura, de recreación, arte y deportes en los cuales se desarrollen relaciones interpersonales positivas que favorezcan a la salud mental de la población por ciclo de vida, en especial de los niños, adolescentes y adultos mayores.
- 4.- Desarrollar, en coordinación intersectorial habilidades sociales, personales y de afrontamiento, sobre todo en la niñez y la adolescencia: Autoestima, toma de decisiones, resiliencia, asertividad, comunicación eficaz, etc. que contribuyan a disminuir la influencia negativa de algunos entornos.
- 5.- Reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud, con enfoque comunitario, de derechos humanos, de género, de interculturalidad y de participación social, con el uso de metodologías innovadoras basadas en evidencia.

6- Desarrollar e impulsar la participación social y comunitaria en salud mental a partir de: los servicios de salud, de las organizaciones de usuarios y familiares de personas con trastornos mentales, y personas que usan o consumen drogas, organizaciones juveniles y redes locales.

7.- Desarrollar sistemas de información, tanto de registro, monitoreo y evaluación de las actividades de promoción intra y extramurales que se desarrollan en los servicios de salud.

8.- Implementar estrategias de prevención primaria de los problemas de salud mental de más alta prevalencia, con énfasis en los grupos prioritarios, como establece la Constitución del Ecuador y demás documentos legales existentes.

9.- Promoción de derechos humanos en salud mental.

- Promover el conocimiento y empoderamiento de los derechos humanos y los enfoques de: igualdad, interculturalidad, género, intergeneracional, en las diversas poblaciones, grupos y comunidades.
- Promover acciones orientadas a reducir el estigma y discriminación, a través de procesos educativos y de comunicación hacia las personas con problemas y trastornos de salud mental, profesionales de la salud, familia y comunidad.
- Desarrollar de mecanismos que favorezcan la denuncia de violación de derechos humanos y la exigibilidad de su cumplimiento en salud mental.
- Potenciar la participación social en salud mental de organizaciones de: familiares de personas con trastornos mentales, con discapacidad intelectual, que usen/consuman drogas, entre otras.

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

Acciones a desarrollar:

1. Implementar un Modelo de Gestión de Salud Mental, desarrollando servicios comunitarios, de atención ambulatoria en todo el Sistema Nacional de Salud, cuya vigilancia de aplicación será responsabilidad del MSP.
2. Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación de la aplicación del modelo de gestión de salud mental y usos o consumo de drogas en el SNS.
3. Asegurar el presupuesto y talento humano suficiente y oportuno para la creación y fortalecimiento de servicios de salud mental en los tres niveles de atención, con énfasis en el primer nivel como puerta de entrada al SNS.
4. Asegurar la disponibilidad de medicamentos, de acuerdo al cuadro básico basados en la evidencia científica, en los tres niveles de atención.
5. Capacitar de manera continua al personal de salud en general y de salud mental en particular en el enfoque de APS en salud mental.
6. Promover la participación de familiares y grupos de apoyo en el tratamiento de personas con trastornos mentales
7. Desarrollar mecanismos de formación de equipos de salud mental para que apoyen técnicamente al primer nivel de atención bajo el modelo de consultoría de enlace⁶³.
8. Fortalecer el trabajo interdisciplinario e interinstitucional en todos los niveles de atención dentro del SNS.

⁶³ Conjunto de técnicas que tienen como objetivos: Articular la red de atención, aumentar la capacidad resolutoria 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. Consiste en que los profesionales de salud mental salen de sus hospitales a asesorar profesionales Atención Primaria sobre sus pacientes, en la cual la resolución de problemas se la realiza de manera colaborativa. Tomado de la presentación “La articulación entre los niveles de atención en Salud Mental”, propuesta para el Taller Internacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Chile 2012, Ponente: Dr. Rafael Sepúlveda

9. Definir la red de Salud Mental, estableciendo los mecanismos de coordinación, entre ellos, la referencia y contrareferencia, para favorecer el acceso y continuidad de la atención.
10. Coordinar con el Sistema Nacional de Información, para asegurar la calidad de la información y optimizar la atención en los niveles operativos.
11. Generar mecanismos de trabajo interinstitucional, tanto para acciones de promoción de la salud mental, como para la atención, recuperación y rehabilitación de personas con trastornos mentales.
12. Promover la intersectorialidad de las intervenciones, demandando la participación y recursos de otros sectores como: educación, justicia, inclusión social, GADS, entre otros.
13. Desarrollar herramientas técnicas que orienten y faciliten la Atención Integral en Salud Mental y respecto a los usos y consumo de drogas en el trabajo inter y multidisciplinario.
14. Propiciar la reconversión de los recursos destinados a camas hospitalarias de internación psiquiátrica para sostener los servicios de la red de salud mental comunitaria y la reinserción de los usuarios a la comunidad.
15. Desarrollar procesos de gestión en el hospital psiquiátrico que culminen con el alta de todos los pacientes que se puedan mantener en otros servicios comunitarios, cautelando su estabilidad clínica. Al mismo tiempo, definir procesos que faciliten el acceso y garanticen que, de necesitarse una internación, ésta sea del menor tiempo posible.

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)

Acciones a desarrollar:

1. Impulsar acciones de atención integral de salud mental en el ámbito laboral orientadas hacia el abordaje de situaciones de uso y consumo de drogas.
2. Fortalecer la supervisión y cumplimiento del marco regulatorio para los servicios especializados en el tratamiento de personas que usan y consumen drogas y formular un marco de normas que cumplan estándares mínimos de tratamiento.
3. Favorecer 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 enfoque y herramienta de amparo, prevención y tratamiento a personas que usan y consumen drogas.
4. Implementar acciones de prevención primaria de usos y consumo de drogas, con énfasis en los grupos prioritarios, como establece la Constitución del Ecuador y demás documentos legales existentes.
5. Impulsar acciones inter-sectoriales para la implementación de programas que fomenten la integración de los diferentes actores involucrados en este tema, tanto en el sector social (lo educativo, laboral, familiar, comunitario, etc.) como en el control y regulación (seguridad, justicia, producción, etc.).

Lineamiento Estratégico 4:

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

Acciones a desarrollar:

1. Propiciar y elaborar un cuerpo legal para Salud Mental, acorde a los lineamientos del MAIS y del Modelo de Gestión de Salud Mental.
2. Diseñar y verificar el establecimiento de la red de servicios de Salud Mental con enfoque de APS en la Red Pública y Complementaria.

3. Crear una Dirección de Salud Mental dentro de la estructura del MSP de donde se generen las directrices para el trabajo de salud mental a nivel nacional.
4. Desarrollar la normativa técnica para la atención integral de los servicios de salud mental, basado en evidencia científica.
5. Coordinar con otros sectores del SNS la provisión de servicios de salud mental, así como la implementación de campañas de promoción y prevención de la salud en todo el territorio nacional.
6. Regular y vigilar el funcionamiento, así como las técnicas psicoterapéuticas que utilizan en servicios de salud mental privados y públicos que trabajan con personas con trastornos y problemas de Salud Mental
7. Promover el proceso de desinstitucionalización de pacientes con trastornos mentales graves, asilados y abandonados en servicios alta complejidad, ofreciendo servicios comunitarios ajustados a sus necesidades y características.
8. Regular la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud para que estén en concordancia con el MAIS, vigilando cumplimiento del respeto de los Derechos Humanos en los servicios de salud.
9. Incidir en el sector académico acerca de las necesidades de formación de talento humano en salud mental que requiere el MSP.
10. Reorientar la inversión en salud mental hacia el nuevo modelo de gestión orientado hacia la desinstitucionalización.
11. Fomentar el desarrollo de las capacidades y respuesta institucional frente a las necesidades de salud mental que involucra las otras instituciones del estado según su competencia

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

Acciones a desarrollar:

1. Impulsar el desarrollo de la investigación, en los profesionales y/o equipos de salud de las unidades operativas del SNS y de manera particular, las que pertenecen al MSP.
2. Desarrollar líneas de investigación prioritarias con la finalidad de levantar líneas de base para conocer con detalle cuáles son los mayores problemas de salud mental en la población ecuatoriana, y qué determinantes sociales de la salud mental están asociados a estos, con el fin de encontrar respuestas interinstitucionales e intersectoriales, y comunitarias
3. Coordinar con universidades para el fortalecimiento del componente de investigación en salud mental desde la formación de pregrado y postgrado.
4. Convocar a estudios de postgrado en salud mental a profesionales de los tres niveles de atención.
5. Apoyar jornadas nacionales e internacionales de exposición, intercambio y discusión de proyectos de investigación en salud mental, para difundir el conocimiento y buscando fortalecer el trabajo articulado de las instituciones académicas,
6. Incidir en la malla curricular de las universidades para la formación de profesionales en pregrado y postgrado, con enfoque de APS en salud mental.
7. Fomentar las prácticas pre-profesionales, pasantes y estudiantiles en los servicios de salud comunitaria, de acuerdo a lo que establecen los reglamentos de medicatura rural.

6.7 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Este será definido, de acuerdo a la aprobación y desarrollo de la Estrategia de Salud Mental. El plan de implementación se desarrollará posteriormente.

7. BIBLIOGRAFIA:

1. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Registro Oficial No 279. Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos. Quito: s.n., 2012. Acuerdo Ministerial 00001034.
2. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma. [En línea] OPS; 2008. [Citado: 3 de 10 de 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Ecuador_2008.pdf.
3. Ley Orgánica de Salud. Ley 67/2006 de 22 de diciembre. Registro Oficial Suplemento 423, (22-12-2006).
4. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir. [En línea] SENPLADES; 2009. [Citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>.
5. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [En línea] [Citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=politica>.
6. Levcovitz E. La función rectora en el Marco de los Sistemas de Salud en ALC. [En línea] [Citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/events/elsalvador05/levcovitz-sist-salud-alc-rectoria.pdf>.
7. Gómez R, Rodríguez F, Martínez O, et al. Gestión de Estrategias Públicas y Salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía. [En línea] 2004. [Citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf.
8. Instituto Ecuatoriano de Normalización. Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 0000:90. Estructura y Presentación de documentos normativos. Quito: s.n.
9. Low T. World Politics. American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. 16, 1964. Doi: 10.2307/2009452.[Revista Electrónica] [Citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=C0745F6>

1CAF8A30AC203F64F6F44A1B8journals?fromPage=online&aid=76425
76

10. Secretaría nacional de Planificación y Desarrollo. Subsecretaría de Planificación Nacional Territorial y Estrategias Públicas. [En línea] SENPLADES; 2011. [Citado: 15 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.senplades.gob.ec/c/document_library/get_file?uuid=c21a6b50-8dd5-4292-aaf5-14d70d60650b&groupId=18607.
11. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Metodología para la Elaboración de Normas. Estructura y Presentación de Documentos Normativos. Quito: s.n., 2012.
12. Organización Panamericana de la Salud. Las Estrategias públicas y los sistemas y servicios de salud. La Salud en las Américas. 2007
13. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador 2008. Decreto Legislativo s/n. Registro Oficial 449. (20-10-2008)
14. Aguilar E. Psicología Comunitaria: el modelo clínico comunitario vs el modelo de competencia. Asociación Oaxaqueña de Psicología. México. 2000.
15. Alvarado R. Salud mental y psiquiatría comunitaria basada en evidencia. Escuela de Salud Pública. Chile. 2006.
16. Bayés R. Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 1983.
17. Caldas J. Logros y obstáculos en el desarrollo de Estrategias y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional sobre la Reforma de los Servicios de Salud Mental. Brasil. 2005.
18. Caldas J. Implementación de Estrategias y planes de salud mental en América Latina. Revista psiquiátrica. Uruguay. 2007.
19. Centro de Gestión de Instituciones de Salud. Experiencias de aplicación de redes de salud en Ecuador. Ecuador: CEGIS; 2010.
20. Centro de Investigaciones Sociales del Milenio. II Informe nacional de los objetivos de desarrollo del milenio. Ecuador: CISMIL; 2007.
21. De Andrade S, Buchele F, Gevaerd D. Salud mental en servicios básicos de salud en Brasil. Revista Enfermería Global. Brasil. 2007.

22. De la Gándara J. Epidemiología: salud mental y postmodernidad. Foro Solidario Caja de Burgos. España. 2007.
23. Desviat M, Fernández A. Salud Mental comunitaria como estrategia o utopía. Revista Psiquiatría Pública. Enero – Abril 2000, Vol 12 n°1 [Revista Electrónica]. España. [Citado: 15 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_1/v12_1.pdf
24. Desviat, M. 2007. Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica. Revista Psiquiatría Pública. Rev GPU 2007; 3; 1: 88-96. España. [Citado: 5 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=2&lid=292>
25. Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial. Manual del promotor de salud mental comunitaria. Guatemala: ECAP; 2004.
26. Escribens P et al. Reconociendo otros saberes salud mental comunitaria, justicia y reparación. Perú: DEMUS; 2008.
27. Federación Mundial para la Salud Mental. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. EEUU: WFMH; 2009.
28. Franco A. Atención Primaria en Salud (APS): ¿De regreso al pasado?. Congreso Internacional de Salud Pública. Colombia. 2009.
29. Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación Española de Neuropsiquiatría. España. 2003.
30. Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Ley N° 18.335/2008. Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay
31. González C. Salud Mental en atención primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo: papeles del psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España. 2009.
32. Heredia J. & Pinto B. Depresión en diabéticos. PUCB. Bolivia. 2008
33. Perú. Ministerio de Salud. Grupo de trabajo de salud mental de la coordinación de derechos humanos. Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Perú: MSP; 2006.

34. Lam R, Hernández P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?. Instituto de Hematología e Inmunología. Cuba. 2008.
35. Larban J. El Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental “Contenido y Forma”. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. España. 2010.
36. Liuba, Y, et al. La Psiquiatría Comunitaria en Cuba. Congreso Virtual de Psiquiatría. Cuba. 2010. Bibliopsiquis [Revista Electrónica] [Citado: 5 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/1014>
37. Mercenier P; Van Valen. Bases de Organización de los Servicios de Salud. Cooperación Técnica Belga. Bélgica. 1993.
38. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud Pública. Ecuador: MSP; 2012
39. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica en la atención integral de la violencia. Ecuador: MSP; 2012.
40. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cartera de servicios de Atención Primaria Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. España: MSC; 2001.
41. Chile. Ministerio de Salud Pública. Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de día en Psiquiatría. Chile: MSP; 2001.
42. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional de Prestación de Servicios. Ministerio de Protección Social. Colombia: MinSalud; 2005.
43. Ludman, E. Ataques de pánico en diabetes. General Hospital Psychiatry. EEUU. 2004.
44. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Estrategia de salud mental Paquete de orientación sobre Estrategia y servicios. Suiza: OMS; 2001.
45. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Suiza: OMS; 2004.
46. Organización Mundial de la Salud. Estrategia, planes y programas de salud mental. Suiza: OMS; 2005.
47. Organización Mundial de la Salud. Informe who-aims sobre Sistema de Salud Mental en Chile. Chile: OMS; 2007.

48. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador. Ecuador: OMS; 2008.
49. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los Servicios de Salud Mental del Subsector del Ministerio de Salud del Perú. Perú: OMS; 2008.
50. Organización Mundial de la Salud. Primer borrador del Plan Global de Acción en Salud Mental. Suiza: OMS; 2013.
51. Organización Mundial de la Salud. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. EEUU: OMS; 2007.
52. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y Derechos Humanos. Argentina: OMS; 2008.
53. Parra M. La Psicología Comunitaria en América Latina. Revista de Psicología Social. México. 2008. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» ISSN 1692 – 0945 N° 15 - Junio de 2008
54. Pastor J. Evaluación económica de los tratamientos psicológicos. Clínica de Psicología y Salud. España. VII Reunión Anual de la SEPCyS. Salamanca, 8 de mayo de 2010. [Citado: 5 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.cpsisalud.com/publicaciones/evaluacion-economica-de-los.pdf>
55. Pela L. Programa de trastornos mentales graves. Cuaderno técnico de salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Imprenta Moreno. Montijo, España. 2007.
56. Pinto B. Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. Superintendencia Nacional de Salud. Colombia. 2012. Revista Monitor Estratégico. Número 2. Julio – Diciembre 2012.
57. Poblete A. Salud Mental y Gestión: proceso tradicional de gestión de servicios. Departamento de salud mental, Ministerio de Salud. Chile. 2012. [Citado: 5 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/507>
58. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista Psiquiátrica. Uruguay. 2011. 75(2):86-96.

59. Start D, Hovland I. Herramientas para el impacto en las Estrategias públicas: manual para investigadores. Instituto de Desarrollo en Países Extranjeros. Inglaterra. 2004.
60. Tablada H; et all. Costo de la esquizofrenia y su relación con la psiquiatría comunitaria. Hospital Psiquiátrico “Comandante Gustavo Machín”. Cuba. [Revista en Línea].1998. [Citado: 1 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_4_98/san06498.ht
61. Tova M. Psicología Social Comunitaria en Cuba. Revista Cubana de Psicología. Cuba. [Revista en Línea].1993. . [Citado: 10 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43221993000200005

8. GLOSARIO

Consumo problemático⁶⁴: Es un estado de necesidad psicofisiológica que se expresa en el consumo compulsivo de drogas, que produce un deterioro del control del uso y alteración de la cognición. En el consumo problemático se subordinan los aspectos socioculturales.

Dentro del concepto están contenidos los conceptos de la OMS, por los que no se los usará:

- Consumo perjudicial.
- Dependencia
- Adicción

Desinstitucionalización: Históricamente, la respuesta para atención al sufrimiento mental ha sido centrada en internaciones prolongadas en instituciones psiquiátricas. Dicha internación, que a veces dura la vida entera, implica que la persona disminuye paulatinamente su contacto con la sociedad e incluso su familia, sus prácticas interpersonales y afectivas, su trabajo y espacios de participación, y pierde su identidad al no contar con un espacio propio que le permita identificarse y reencontrarse, aumentando la distancia física, emocional y social de la persona, que lejos de ayudar en su recuperación lo aísla cada vez más.

Para prevenir esta situación de exclusión, abandono, estigmatización, cronificación, se propone la **desinstitucionalización psiquiátrica como un proceso en el que se plantea que las personas que sufren una enfermedad mental no se encuentren confinadas en hospitales psiquiátricos, sino darles una atención digna e integrada en la sociedad basada en modelos teóricos de calidad de vida.**⁶⁵

Se considera que para que este proceso se produzca de forma exitosa, es necesario crear una red de servicios sustitutivos, con la plena integración de la

⁶⁴ CONSEP Usos, consumos de drogas y prevenciones. Marco Teórico. 2013

⁶⁵ Sonia Lafuente Lázaro, José Santos Francisco González, Isabel Criado Martín y Concha Covarrubias Fernández. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. En. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, versión impresa ISSN 0211-5735 Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.27 n.2 Madrid 2007, <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352007000200005>

salud mental en el sistema de salud general de todas las actuaciones relativas a dicha asistencia, la potenciación de los recursos de salud a nivel comunitario, la equiparación del usuario de salud mental a otros pacientes, el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción, y la puesta en marcha de actividades preventivas.⁶⁶ Se propone además ampliar el protagonismo de las familias y de los usuarios de los servicios de salud mental, así como la comunidad, a fin de luchar con el estigma y favorecer la inclusión social de dichas personas.⁶⁷

En términos organizativos, implica contar con redes integradas de servicios, basados en equipos multiprofesionales y con una responsabilidad territorial clara. En términos funcionales, basarse en criterios epidemiológicos, garantizar la continuidad de cuidados y favorecer en los profesionales enfoques de rehabilitación, dinámicas participativas y de trabajo en equipo. Se requiere contar además con una suficiente dotación de profesionales y servicios, con sus correspondientes estándares de calidad, sin reconstruir espacios de exclusión ni dejar de atender las necesidades de usuarios y familiares.

La reorientación de los servicios de salud, es una visión que amplía el concepto para que los servicios sean vistos más que como atención curativa e individual, como un proceso continuo e integral que va desde la promoción hasta la rehabilitación. Se plantean desafíos que implican la necesidad de construir un modelo de gestión que permita responder a las necesidades y demandas de la población.

Es el proceso por el cual los pacientes que se encuentran confinados en hospitales psiquiátricos u otras instituciones, por largos períodos, se les abre un espacio de tratamiento a niveles ambulatorios, propendiendo a su completa integración a su entorno familiar y comunitario, con grado creciente de autonomía e inclusión social. Esto implica reorientar el rol de las actuales instituciones de salud mental, hospitales psiquiátricos y todo el sistema de

⁶⁶ Sonia Lafuente Lázaro, José Santos Francisco González, Isabel Criado Martín y Concha Covarrubias Fernández. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. En. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, versión impresa ISSN 0211-5735 Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.27 n.2 Madrid 2007, <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352007000200005>

⁶⁷ IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residencias terapéuticas, programa de volta para casa e articulação intersectorial no território. Ministerio da Saúde. Brasília. 2011

salud, de su carácter asilar transformándose en espacios de tratamiento de corta y mediana estancia para problemas de salud mental que por su gravedad requieren de internación transitoria.

Drogas⁶⁸: *“toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”*. En este sentido se persigue superar la distinción entre una droga legal e ilegal cuando todas éstas en sí mismas no son buenas ni malas, sino la relación que desarrolla el sujeto con ella, por lo que en el presente documento se entenderá por droga al alcohol, tabaco, medicamentos psicotrópicos y cualquier sustancia que introducida en el organismo pueda alterarlo.

Se entiende el término droga desde la relación que el sujeto puede establecer como un conjunto de realidades polivalentes, un fenómeno cuyos alcances son físicos y psicosociales, al mismo tiempo. Físicos en cuanto a la materialidad de la sustancia y sus efectos orgánicos, fisiológicos y farmacológicos sobre los individuos. Psicosociales, en cuanto se hallan condicionados por los espacios socioculturales en los que se ubican, tanto en lo que tiene que ver al uso como al consumo⁶⁹.

Modelo de Salud Mental Comunitario⁷⁰: Un modelo comunitario de salud mental, es aquel que se basa en la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud. Contempla lo político, técnico, económico y social, y pone el centro de sus acciones en potenciar los recursos y habilidades de las personas, por sobre el énfasis tradicional en la discapacidad.

⁶⁸ OMS (1974). *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_551_spa.pdf

⁶⁹ CONSEP *Usos, consumos de drogas y prevenciones. Marco Teórico* 2013

⁷⁰ Desviat, M. 2000. Salud Mental Comunitaria como Estrategia o Utopía. Revista Psiquiatría Pública. España

Participación social⁷¹: La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva, activa y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, la equidad y el control social. En el ámbito de la Salud, se considera tres ejes de participación: intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria.

Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PNSM): Es el instrumento que el Estado utiliza para organizar la Salud Mental y sus actores, tanto públicos como privados, y proveer de orientaciones que permitan avanzar hacia el logro del acceso equitativo y oportuno a los servicios de Salud Mental. La PNSM es una Estrategia de carácter necesariamente intersectorial, pero que debe estar orientada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Por su orientación, la PNSM es de tipo distributiva⁷² porque busca proporcionar bienes o servicios de salud mental a toda la población; a aquellas personas que requieren acciones de los servicios de salud, que vayan desde promoción, prevención, atención, recuperación hasta rehabilitación.

Prevención de los desórdenes mentales⁷³: Es la reducción de la ocurrencia de nuevos casos de desórdenes mentales.

Promoción de la salud⁷⁴: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, Estrategias y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud.

⁷¹ Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador, 2013.

⁷² Definición tomada de: Delgado, L. 2009 Documentación sobre gerencia pública. España

⁷³ Patricia B. Mrazek, y Robert J. Haggerty . REDUCING RISKS FOR MENTAL DISORDERS. Frontiers for preventive intervention research. Committee on Prevention of Mental Disorders. Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington D.C., 1994.

⁷⁴ Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador. 2013

Promoción de Salud Mental⁷⁵: Es una estrategia integral y un conjunto de actividades positivas encaminadas a:

1. Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de las sociedades, las secciones de las sociedades y los individuos, y
2. Proteger, mantener y mejorar la salud mental.

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad. Por ejemplo, las personas pobres a menudo viven sin las libertades básicas de seguridad, acción y elección que las personas que no están en esta situación, dan por hecho. Con frecuencia carecen de alimento, refugio, educación y salud adecuada, privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que todos valoramos (Banco Mundial, 2000). Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior. (Patel & Jané-Llopis, 2005). Otros macro factores tales como la migración a áreas urbanas, la guerra y el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica han sido vinculados con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica y morbilidad psiquiátrica. Por ejemplo, los traumas por la guerra o relacionados con la guerra causan trastornos de estrés pos-traumáticos (PTSD), depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el consumo de alcohol (Musisi, Mollica & Weiss, 2005). Además, dichos traumas pueden crear vulnerabilidades psiquiátricas en los hijos de padres traumatizados y deprimidos.⁷⁶

Un reto inmediato para los líderes de la sociedad es el de crear o perfeccionar las estructuras y los procesos sociales que utilizamos para evaluar la evidencia disponible y para movilizar los recursos con el fin de promover la salud mental (Jenkins 2001). Los nuevos descubrimientos y la evidencia cada vez más definitiva sobre los determinantes de la salud mental tienen un valor limitado, a

⁷⁵ Autores: Lehtinen, Riikonen & Lahtinen (1997) Fuente: Framework for Promoting Mental Health in Europe, Página 10. Referencia:

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf

⁷⁶ Prevención de los Trastornos Mentales. OMS.2004.

menos que sean estructuras y procesos sociales que pongan en acción los nuevos descubrimientos y evidencia.⁷⁷

El intervenir en determinantes de la salud mental requiere la participación de muchas instituciones estatales, privadas y de organizaciones de la sociedad civil, comunidades y familias. Abordar la salud mental de la población únicamente desde la provisión de los servicios, delimita la responsabilidad hacia el Sistema Nacional de Salud, soslayando la intersectorialidad. En esencia, se trata de fortalecer Estrategias y prácticas sociales favorables para la promoción de la salud mental, prevenir los problemas más comunes y de gran impacto en salud mental y garantizar el acceso a servicios de salud mental contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de la población, como fin de la Estrategia.

Reorientación de los Servicios⁷⁸: Se refiere a ampliar el ámbito de acción de los servicios (tradicionalmente centrados en las acciones de recuperación) hacia las acciones de promoción de la salud que buscan generar en la población conductas de autocuidado y control sobre su salud y sus condiciones de vida, propiciando la acción organizada de la comunidad. Otro aspecto de esta reorientación se refiere a que los servicios de salud deben reconocer que los usuarios son sujetos de derechos. Finalmente la atención debe dirigirse a las necesidades del individuo como una persona integral, con sus esferas física y mental en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Usuario⁷⁹: Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Usos de drogas: Son los actos y motivaciones socio-culturales que un sujeto establece con una droga en un momento determinado. Hablamos de uso de

⁷⁷ Promoción de Salud Mental. OMS. 2004

⁷⁸ Nutbeam Don. Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. OMS. Ginebra, 1998

⁷⁹ Definición tomada de: Ley Nº 18.335 Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay Año 2008

droga, cuando este es ocasional, relacionado con solo unos pocos acontecimientos, sin llegar a que se produzca dependencia ni habituación a la sustancia, ni repercusiones negativas en áreas importantes de la vida de la persona.⁸⁰

Esta definición presenta distintos tipos de uso:⁸¹

- a) **Uso experimental:** se declara una frecuencia de uso de una vez al año, independientemente del tiempo de uso (si la primera prueba se realizó varios años antes.)
- b) **Uso ocasional:** Se declara un uso de varias ocasiones durante un solo año.
- c) **Uso regular:** Se define un uso de varias ocasiones los dos últimos años.
- d) **Uso frecuente:** Caracterizado por un uso diario o casi diario durante menos de un año
- e) **Uso intenso:** Se lo define con un uso diario o casi diario durante más de dos años.

Salud Mental (OPS/OMS)⁸²: “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”.

⁸⁰ CONSEP *Usos, consumos de drogas y prevenciones. Marco Teórico* 2013

⁸¹ CONSEP (2013) Informe de investigación 2012 Cuarta encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito, 2013

⁸² OMS, Proyecto de Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2020, 11 de enero 2013.

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Elaborado por:	Aimée DuBois	Comisión de Salud Mental	Secretaria Técnica	Aimée DuBois
	Karla Pérez	Dirección de Promoción de Salud	Coordinadora de Unidad de Promoción de Salud Mental	Karla Pérez
	Javier Cárdenas	Dirección de primer Nivel de Atención en Salud	Analista de la Dirección Nacional de Primer Nivel	Javier Cárdenas
	Roberto Enríquez	Dirección Nacional de Discapacidades	Técnico de la Dirección Nacional de Discapacidades	Roberto Enríquez
	Diego Mera	Distrito 17D02. Zona 9	Director Centro Comunitario Especializado en Salud Mental	Diego Mera
Revisado por:	Roberto Celi	Comisión de Salud Mental	Asesor Ministerial	Roberto Celi
Aprobado por:	Dr. David Acuña	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	David Acuña
	Dra. Marysol Rulova	Viceministerio de atención Integral de Salud	Viceministra	M. Rulova
	Dra. Patricia Granja	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios	Subsecretaria	Patricia Granja
	Dra. Ana Lucía Torres	Subsecretaría Nacional de Promoción de Salud	Subsecretaria	A. Torres
	Dra. Sonia Patricia Brazales Noroña	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretaria, subrogante	S. Brazales
	Dr. José Vallejo	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	Subsecretario	J. Vallejo
	Mgs. María Augusta Molina	Dirección de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud	Directora	María Augusta Molina

ANEXO 1:
Lista de Participantes de los Talleres de Construcción Participativa

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
LISTA DE ASISTENCIA**

I TALLER DE CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DE SALUD MENTAL

FECHA:

23-ene-13

No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. de cedula	Correo Electrónico	Firma
1	Enrique Aguilera	División de Mental Psiquiátrica		0703688743	heagui162@hotmail.com	
2	Samuel Duch	Dirección de Salud Mental Psiquiátrica		0703579926	samoddu@hotmail.com	
3	Maribel Añes	MSP Técnica		1803881344	maribel.anes@mosp.gov.ec	
4	ROBERTO SEMPENDELA	Dir. Promoción		1100030962	angel.sempendele@mosp.gov.ec	
5	Zandra Barral	Técnica		1711769479	zandra.barral@mosp.gov.ec	
6	Patricio Jácome	Técnico		1703017317	patricio.jacome@mosp.gov.ec	
7	Sofía Canudas	Técnica / ANEX		17181172-2	sofia.canudas@mosp.gov.ec	
8	JOHAN CARLOS VELAZQUEZ GONZALEZ	MSP - psicólogo ADAJ		0702829723	johtorcar.velaz@mail.mosp.gov.ec	
9	Juan Carlos Páez Jiménez	Dirección de Operaciones		1715112355	juan.paez@mosp.gov.ec	
10	Raúl Silva	DPSP.		1712082849	raul.silva@dpsp.gov.ec	
11	Cecilia Añes	Comunicación Mental Psiquiátrica		2 4502681	cecilia.anes@relo.oto	
12	Victoria Pazmiño	DPSCH.		060156118-6	victoria.paz-dpscha@hotmail.com	
13	Verónica Salgado	HEE		1707792739	vvp99@hotmail.com	
14	Ximena Raza	DMN		1707674289	ximena.raza@mosp.gov.ec	
15	Gabriela Aquino	JMN		091251324	gabriela.aquino	

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
LISTA DE ASISTENCIA**

I TALLER DE CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DE SALUD MENTAL

FECHA:

23-ene-13

No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. de cedula	Correo Electrónico	Firma
1	ANITA CRUZ TORTIUA	H.J. ECUADOR		1701391094	anacruztortiuahosp@jalo.ec	
2	Angel Heira Cruz	Psiquiatra		1702841443	angelheira@notimail.com	
3	Patricio Aguine	MSP. Asesor		1713261640	patricio.aguine@misp.gob.ec	
4	Javier GORDENAS	MSP. AMB		1713830469	jgordenas@jalo.ec	
5	Yulki Acuña	DNPA S		1720155377	yulki.acuna@misp.gob.ec	
6	Andrea Proano Mantillo	DNDRCS.		1716764319	andrea.proano@misp.gob.ec	
7	Maria Martha Villarreal	Dir. Clínica (SP)		1703705556	marthavillarreal@hotmail.es	
8	DELO MERA	MEINOPSIA		1711900266	delo.mera@jalo.ec	
9	Veronica Espinel	COORDINADORA TÉCNICA DNPAS		1305272609	veronica.espinel@misp.gob.ec	
10	ALEXANDEL ANDRADE	ASESOR CGP MSP		1712678377	alexander.andrade@misp.gob.ec	
11	Patricia Benavides	Gerente H.J.E		1706848502	pbenavides@hospitaljulioalvarez.gob.ec	
12	TORITA CARRERA JORDANO	NEÓFITO PSICÓLOGA DPS E.		0701736732	torita_carrera@jalo.ec	
13	Manolo Placencia	MSP/Asesor		170079-3050	mepa237416@gmail.com	
14	Paulina Proano Silva	Técnica DNPAS		1710498014	paolina.proano@misp.gob.ec	
15	Monica Arias	Resp Salud Mental Ecuador		1803044010	monica.arias@dps.gob.ec	

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
LISTA DE ASISTENCIA

I TALLER DE CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DE SALUD MENTAL

FECHA:

23-ene-13


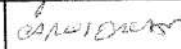
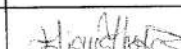
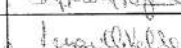





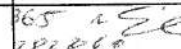




No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. de cedula	Correo Electrónico	Firma
1	Ena Rosalva Rojas	DPS6 / SM.		0906199229	perera59@gmail.com	Ena Rosalva
2	María Augusta Medina	SUGSP		1713823897	maria.medina@misp.gob.ec	María Augusta
3	Daniel C. Anaco	Gerente EUPA		171223897	danielc.anaco@misp.gob.ec	Daniel C. Anaco
4	Stimp Palm.	Centro de DPS cur.		030090392	Stimp Palm	Stimp Palm
5	Sandra Cevallos	DNN / Técnica		1711722106	sandra.cevallos@misp.gob.ec	Sandra Cevallos
6	Roberto Enriquez	DNORCES		1713492163	roberto.enriquez@misp.gob.ec	Roberto Enriquez
7	Susanne Quejano	normatigo		0110048112	susannequejano@fondo	Susanne Quejano
8	ANTONIO REALDE	NORMATIZAC.		0904850945	ANTONIOREALDE@hotmail.com	Antonio Realde
9	Paul Guada	NORMATIZACION		088434559	paul.guads@hotmail.com	Paul Guada
10	Marici I. Muñoz B.	Analista MSP		171305538-2	marici.muñoz@misp.gob.ec	Marici I. Muñoz
11	Elisama Maribel López G.	Psicólogo Clínico		0503151987	elilopez@hotmail.com	Elisama Maribel
12	GUILLERMO CORRALES	PSICOLOGO clinico		0502256175	guillermo30007@hotmail.com	Guillermo Corrales
13	Mercedes Carra	Asst.		1711881225	mercedescarra@misp.gob.ec	Mercedes Carra
14						
15						

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión política SM con actores externos	Hora: 8:00
---	------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	ELZADYS MONTEIRO	407645210-2	FON. MASHUK PACHA	DIRECTORA	sumacsamir@hotmai		
2	DR CARLOS ORELLANA ROMAN	0101124964	INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS	Subdirector	coroman201@gmail.com		
3	Diego Tuya	1721556619	Unidad de Salud	Coordinador	hualdad@hotmai.com		
4	Dr. Veronica ValdeMora	1103631440	IESB - MUYILU LOJA	Psiquiatra	veronicavaldes1979@gmail.com		
5	Dr. Hipatia Ulloa Zamora	1600180010	IESB - PUJO	Trabajadora Social	huz3@hotmail.com		
6	Dr. D. MANUEL J. SUAREZ R.	1900091545	IESB SAN...	Psicólogo			
7	Diego Mesa	1710708120	Unidad de Salud	Psicólogo	diego.mesa@gmail.com		
8	Psic. Rosa Cepede	0912231144	Hospital de IESS RZ	Psicóloga	rosaelena1669@gmail.com		
9	PAUL PAWLOVIC G.	0100044221	CRA CUENCA	Director	paupawlovic@gmail.com		
10	Hip. Rosa Patricia Raza	1001604931	DNPNSNS MSP	Analista	rosa.patron@gmail.com		
11	Lidia Saug Celis	0900770464	IESB Tena	Psicóloga	lidiasaugcelis@gmail.com		
12	Dr. Barbara Diaz	1718644763	IESB Tena	Medico Familiar	barbaradiaz@hotmail.com		
13	Luis M. Manosalvas	1700506261	Unidad de Salud	psicoanalista	manosalvas@gmail.com		
14	MARTHA MONCE	1703797686	FEILADES	DIRECTORA	SOZ.FEILADES@MAIL.ORG		



**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA**

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión política SM con actores externos	Hora: 8:00
---	------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	JULIO CESAR ALVAREZ SUAREZ	170763104-8	IESS DISPENSARIO CHIMBACALLE 14	MEJORA FAMILIAR	veralex1@hotmail.com		[Firma]
2	CARMEN AGUIRRE	170587866-6	C.SALUD CALDERÓN	MADRE	carmen.aguirre@gmail.com		[Firma]
3	JOSE LEON QUINONES GOMEZ	171192401-7	HOSPITAL IESS - AMBATO	MEDICO PSIQUIATRA	leninjg@hotmail.com		[Firma]
4	ANGEL EDUARDO COLLAO TIXE	170528659-7	INUITA 620	-	ESUNASOANGEL-2013@k...		[Firma]
5	MARIN ESTRELLA GARCIA	170847506-1	CEMTERO LA PODRIDA	DIRECTOR	centro.dolorosa@hotmail.com		[Firma]
6	ANA RAQUEL PONCE L.	171165922-5	C.A.A. BATAO	Psicóloga	ponceani@hotmail.com		[Firma]
7	FUFERIA DURAN	170586950-9	C.A.A. BATAO	Medico	zufeduran@hotmail.com	555438	[Firma]
8	IVAN PINTO INTORIBIAE	170992339-3	IESS CAA OCTO COLLAO	Psicólogo	dr.ivanpinto@pho.es		[Firma]
9	MARICELA ROBALINO JIMENEZ	180342117-5	IESS Dpto. Azuay	Psicóloga	maricela.r@pho.es		[Firma]
10	PATRICIA GRUÑO	170223000		-	enunidia@pho.es		[Firma]
11	Elizabeth Pizarro	0410080804	C.A.A.C.	Médico	elizabethpizarro@pho.com		[Firma]
12	VICENTE RAMACHE CUENA	170418810-9	FF.AA.	Médico	vichealma@hotmail.com		[Firma]
13	SANDRA HIDALGO PASTOR	171967210-5	HOSPITAL IESS SAN PEDRO DOMINGO	PSICOLOGA CLINICA	sandraisguito@hotmail.com		[Firma]
14	Edgar Higinio Herrera	171313947-3	PP UU	Biólogo	eibojan@pho.com		[Firma]

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Reunión Política con actores externos.	Hora: 8:00
--	------------









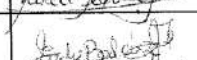
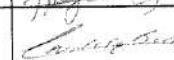




Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Maria Verónica González	070207470	CAACQ	Psicólogo	mavegr-sol@hotmail.com		
2	Gabriela Llanos	174630563	MSP Salud Mental	Analista Psicóloga	gabriela.llanos@misp.gob.ec		
3	Patricia Paredes	1707346183	Salud Mental	Psiquiatra	paty.m.paredes@otmail.com		
4	Yolanda Flores Rodríguez	1714530464	IESS Hospital Francisco	Hd. Familiar	mekunfi@hotmail.com		
5	Carlos Díaz Guerra	1754135815	Salud Mental	Analista Psicólogo	carlos.diaz@misp.gob.ec		
6	Dra. MIREYA SALAS T.	1711293535	CAAC CHIMBACALLI	Psicóloga Clínica	mireya.salas.correo@caac.com		
7	Dra Patricia Montalvo	11102127733	IESS Loja	Psicóloga	patita_m@hotmail.com		
8	Dra. Isabel Salamea Sandoval	1710687177	Hospital D.P.H.	Biología Clínica	isabels@netmail.com		
9	Dr. José María Solor	0300814779	IESS Hospital Puyo	Diabético	jsolor@ies.gob.ec		
10	Dra. Sagda Zamora	0607354235	IESS Riobamba	Psicóloga	sagda.zamora@ies.gob.ec		
11	Uscel Rofio	1701243104	HEAM	PSY.	uscels@netmail.com		
12	Dr. ZOMIEL ARTIEDA	1703600484	UTE	Docente Salud Mental	zartieda@netmail.com		
13	Patricia Aguirre	1713207640	MSP-SUPSA	Subsist. (SA)	patricia.aguirre@misp.gob.ec		
14	Dra Alejandra Campos	0910810662	IESS Regional	Supl. Salud Mental	dra.ajcamp@netmail.com		

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión política con actores externos	Hora: 8:00
--	------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Carolina Maldonado	171653011-6	MSP	Analista	carolina.maldonado@msp.gov.ec		
2	Juan Fernando Macías	171626955-6	MSP	coordinador de servicios	juan.macias@msp.gov.ec		
3	Amiré Dubois	1711678258	MSP	Analista	amire.dubois@msp.gov.ec		
4	Karla Pérez	18031558946	MSP	Técnico	karla.perez@msp.gov.ec		
5	Susana Bauniga	1715008908	MSP/USM	Analista	Susana.bauniga@msp.gov.ec		
6	Diego Mesa	1710908756	MSP/Centro de Salud	Analista	diego.mesa@msp.gov.ec		
7	Alejandra Andringo	1724028038	UCE		alejandra@hotmail.es		
8	Karol Echeverría	172514855-3	UCE		denisse.koh11@hotmail.com		
9	Karen Fierro	172280173-3	UCE		Karena_24@hotmail.es		
10	Rudy Balcázar	171721970-1	UCE		rudy_4488@hotmail.com		
11	Nataly Britones	1724813116	UCE		natalyritones@hotmail.com		
12	Jahaira Maldonado Esc	1722629852	UCE		jahycare19_17@hotmail.com		
13	Pamela Enriquez	1715568067	UCE		pame_ska15@hotmail.com		
14	Roberto Enriquez	1713499963	MSP/USM	Analista	roberto.enriquez		



**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA**

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión Política SM con actores externos.	Hora: 14:00
--	-------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Maria Astud DUPRET	1708452907	PUCE	F.P.	astud.dupret@gmail.com		
2	Jasmina Ramirez	1724193824	SEK		jasmina.ramirez@hotmail.com		
3	Tameth Cavilany	0901239106	CN 2	Embajador Social	tanjgavilany@gmail.com		
4	Dayana Agües	141882483-0	Casa de la Niñez #2	Psicóloga	dayana_agues@hotmail.com		
5	Mpl. Rosa Pizarro	1001604731	HJP	Analista	rosa.pizarro@usp.gov.ec		
6	Carlos Cisneros	1721887535	MSP	Director Nacional	carlos.cisneros@wsp.gov.ec		
7	Arturo Falconi	1721356630	SE	Psicólogo	arturofalconi24@hotmail.com		
8	Dorian Chávez	719501957	SEK	Psicología	dorian-chavez@shd.gov.ec		
9	SUSANA OCTAVIO	1102078597	ORMINO PUNCE	COORDINADORA	scamileponce@hotmail.com		
10	JULIO ORLANDO	1703336902	IND.	ASISTENTE			
11	Giovani Tolaqno	1706556766	Municipio Quito	Director de Gestión Inclusión Social	gtolaqno@gmail.com		
12	Nelly Velasco	060160201-4	particular		nyvelasco@hotmail.com		
13	Carlos Játiz	050001285-2	U.P.S.		jimmy.skates@hotmail.com		
14	FADY OROZCO	1708681067	USFQ	Director de Gestión	fadzco@usfq.edu.ec		

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión política SA con actores externos	Hora: 14:00
---	-------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Juan Pajuelo Hongo	171011282-0	FELADDES	PRESIDENTE	juanpajuelo@feladde.org.ec		[Firma]
2	Mónica Acosta	170419684-2	FELADDES	MIEMBRO	monica2008@feladde.org.ec		[Firma]
3	Jorge Villa	0501701713	Universidad Técnica de Loja	Psicólogo Clínico	dvjvilla6903@hotmail.com		[Firma]
4	Cecilia Vaca	171126874-6	UISEK	Docente	cecilia.vaca@uisek.edu.ec		[Firma]
5	AMPARO ZAPATA	171660074-5	Hospital E.E	ANALISTA	ampazap@netmail.com		[Firma]
6	Ana Díaz	1705313588	Particular	Medico	ecuadilae@yahoo.com		[Firma]
7	ALEJANDRO REINOSO	1710182702	PARTICULAR	FOTOGRAFO	AlejoReinoso@gmail.com		[Firma]
8	Fredy Carrion Suarez	1707757843	Fundación Patrimonios Municipales San José	COORDINADOR	shansell@hotmail.com		[Firma]
9	Pedro Alhendari	170527266-2	Fundación P.H. San José	Psicólogo Clínico	gonkicy@hotmail.com		[Firma]
10	Patricio Benavides C.	1706848502	Particular	Psiquiatra	JPbenavides@puce.edu.ec		[Firma]
11	Ma Gilda Echeverria	1722976972	UISEK	Biólogo Clínico	ma-gilda-3@hotmail.com		[Firma]
12	David Villegas	1722160973	UISEK	Estudiante	davilgads003@hotmail.com		[Firma]
13	Selma Vaca Gallegos	0602406869	Universidad Técnica P.H. J.2	Directora Carrera Psicología	slvaca@utpl.edu.ec		[Firma]
14	Juan Carlos Pomero	171053174-6	UPS	Docente	jpomero@ups.edu.ec		[Firma]



**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA**

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión política SM con actores externos	Hora: 14:00
---	-------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Dofro Almeida	1726732231	U.P.S	Estudiante	mishok92@hotmail.com		
* 2	Victor Arauz	1801092212	OPS	consultor	arauzv@ecu.ops-ones.org		
x 3	Maria Elena Rodriguez	170729321-2	PLURAL	Directora	m.rodriguez@pluriconsultora.com		
4	Fredy Baldeón	12060495	S.A.S.M.F	COORDINADOR			
5	Victoria Hugo Osada	010033191-7			V-h-osada@hotmail.com		
6	Karla Pérez Lalama	1803158946	MSP	Técnica	karla.perez@misp.gov.ec		
7	AIMTEDUBOIS	1711678258	MSP	ANALISTA	aimte.dubois@misp.gov.ec		
8	Calouina Maldonado	171653011-6	MSP	Analista	ans_m2@hotmail.com		
9	Juan Toranzo Macaza	1716569500	MSP	Asesor/a en Gestión de Recursos	juan.toranzo@misp.gov.ec		
10	Gabriela Llanos	1714630563	MSP	Analista	gabriela.llanos@misp.gov.ec		
11	Maria Beatriz	1715009501	MSP	Analista	maria.beatriz@misp.gov.ec		
12	Maria Fernanda Caba	1709240798	SM	Analista	fermo46@hotmail.com		
13	Manoela Benítez	1711991309	DNDRES	Asistente	manoela@misp.gov.ec		
14	Manoela Benítez	1711240815	DNDRES	Coordinadora	manoela.benitez@misp.gov.ec		



**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA**

Fecha:

dd	mm	aaaa
16	04	2014

Tema: Revisión Política con Actores Externos - SP1	Hora: 14:00
--	-------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Jeanyfer Ramírez	0919569186	MSP	—	jeanyfer.ramirez@msp.gob.ec		
2	Andrea Rosero	1714441712	MSP		andrea.rosero@msp.gob.ec		
3	Sofía Caicedo	1718117722	MSP		sofia.caicedo@msp.gob.ec		
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							



**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA**

Fecha:

dd	mm	aaaa
14	05	2014.

Tema: Taller de construcción participativa de la Estrategia de Salud Mental	Hora: 14:00 - 17:00
---	---------------------




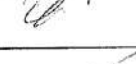





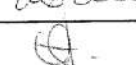




Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	PAUL MARCELO POZO Yápez	1412149010	Talento Humano MICESE	Analista Talento Humano	marcelo.pozo@sectores estrategicos.gob.ec		
2	Alba Mercedes Fontana J.	1101950018	Talento Humano MIPRO	Analista Talento Humano	alba.fontana@sectores estrategicos.gob.ec		
3	JAIIME MARTINEZ MONTAÑANO	1703886173	UNIDAD MEDICA MICS	MEDICO	jaime.medico@sectores estrategicos.gob.ec		
4	Humberto Belduma	1703460778	MAGAP	Asesoría de Estrategia	humberto.belduma@magap.gob.ec		
5	EDGAR VILLARREAL ESPIN	050266214-1	MAGAP	LIDER BIOESTRATEGIA LABORAL	eduardo@magap.gob.ec		
6	VINICIO CALERO	1705537858	MICYP	COORDINADOR ESPACIO POLÍTICO	vinicio.calero@micyp.gob.ec		
7	GUILLEMO YANEZ MORAN	171330256-8	MINISTERIO DE JUSTICIA	ANALISTA	yanez@minjusticia.gob.ec		
8	Luis Rene Mercedes Barahona	171432828-1	Ministerio de Educa y Pol...	Analista	luismercedes@poli-magap.gob.ec		
9	LUIS E VÁSQUEZ	1002531643	MAGAP C MEDICO	MEDICO	luisvasquez222@ hotmail.com		
10	Fernanda Pinta	1718476607	MCPPE	Esp. Políticas	fpinta@mepe.gob.ec		
11	Tonia Pineda Santamaría	171369224-0	SN GP	Especialista	toniapineda@politicomagap.gob.ec		
12	Rosma Carmody	1712385525	MICCTH	Especialista	rosma.carmody@conocimiento.gob.ec		
13	Jaiime E Guerra Cedon	1708557037	M. Deporte	Psicólogo, Deporte	jaime@deporte.gob.ec		
14	Rosa Pineda	1001608938	DNPHJNS	Analista	rosa.pineda@dnphjns.gob.ec		

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha:

dd	mm	aaaa
14	05	2014

Tema: Taller de construcción participativa de la Estrategia de Salud Mental	Hora: 14:00-17:00
---	-------------------

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Martín Lindqvist	1707416269	MIES	de Políticas Director	martin.lindqvist@inclusion.gob.ec		
2	Viviana Piedra	1702361267	MSP	Comunicación	viviana.piedra@msp.gob.ec		
3	Miriam Moreno	1716869506	MSP	Fotografía	miriam.moreno@msp.gob.ec		
4	Cecilia Falconi	1706570958	MCDJ	Acerca	cecilia.falconi@desarrollomul.gob.ec		
5	Martín Redra	1712244167	MCDJ	Técnico D.E. Técnico	martin.redra@turismo.gob.ec		
6	DIEGO MENA	1710708706	MSP	Médico Psiquiatra	diego.mena@msp.gob.ec		
7	Magnus Novillo Boldeón	1711015458	MRL	Analista DABP	magnus.novillo@mrl.gob.ec	65	
8	Mariela Romero	1714949607	MCDJ	Psicóloga Clínica D.E. MCDJ	mariela.romero@educacion.gob.ec		
9	Cristina Soler	1734999892	MIES	Analista Inclusión Soc	cristina@inclusion.gob.ec		
10	Mónica Ullauri	1709784738	MIES	Analista Inclusión Soc	monica.ullauri@inclusion.gob.ec		
11	Ana Lucía Torres	1706911358	MSP	Subsecretar	ana.torres@msp.gob.ec		
12	ROBERTO CECI	1709072577	SM	ASESOR	roberto.cecil@sm.gob.ec		
13	Napoleón Benítez	1711197283	Senescyt	Analista Técnico	nbenitez@senescyt.gob.ec		
14	Dilys Chávez	1708742316	Senescyt	Asesora	dilys.chavez@senescyt.gob.ec		

Fecha:


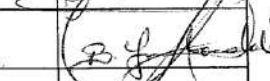

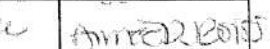
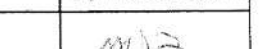
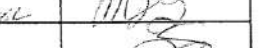
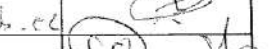
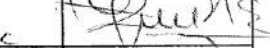



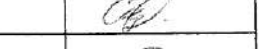


dd	mm	aaaa
14	05	2014

Tema:

Taller de construcción participativa de Estrategia de Salud Mental.

Hora:

14:00 - 17:00

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	GUINO QUEZADA	0703774574	MIES	DIRECTOR DE PARTICIPACION	guido.quezada@inclusion.gob.ec		
2	BESTRAIZ YUMIBANDA	0913363384	MIES	Abogada	byumbanda@inclusion.gob.ec		
3	Gabriela Llanos	1714630363	MSP	Analista	gabriela.llanos@misp.gob.ec		
4	AMOR DOBOS	1711678258	MSP	Analista	amor.dobos@misp.gob.ec		
5	Josana Bamba	1715058908	MSP	Analista	maria.bamba@misp.gob.ec		
6	Sebastián Rodríguez	1708916976	MSP	Fotógrafo	patricio.rodriguez@misp.gob.ec		
7	Roberto Enriquez Anaya	1713992963	MSP/Salud Mental	Analista	roberto.enriquez@misp.gob.ec		
8	Karla Pérez Lalama	1803158946	MSP/Salud Mental	Analista	karla.perez@misp.gob.ec		
9	Lorena Tenorio	1705447383	DCDI	Analista	lorena.tenorio@dcid.gob.ec		
10	Faust Carrero Montalvo	0609109448	Simplex	Alfano	faustino.carrero@simplex.gob.ec		
11	Isabel Miao	1710349906	PNS	Coord. DJS	isabel.miao@pns.gob.ec		
12	Marlene Salazar	1710651559	PUS	Técnico	marlene.salazar@pus.gob.ec		
13	Vanesa Piza	1117926001	PNS	Técnico	vanesa.piza@pns.gob.ec		
14	MARICELA ROSAL	1707836290	PNS	Analista	maricela.rosal@pns.gob.ec		

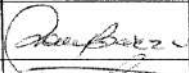





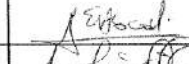
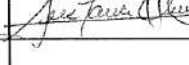
SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha:

dd	mm	aaaa
14	05	2014.

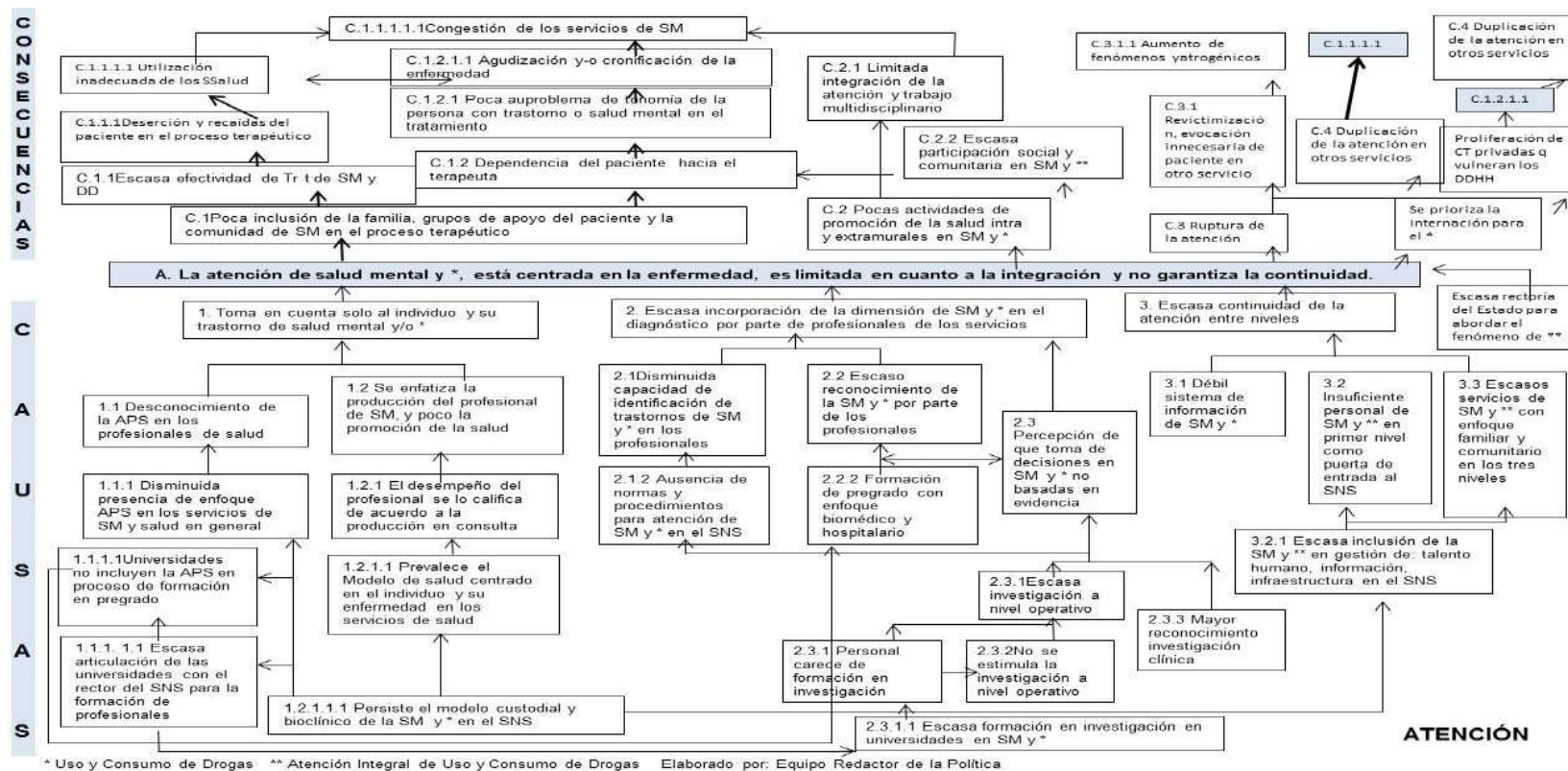
Tema: Talleres de construcción participativa de la Estrategia de Salud Mental

Hora: 14:00 - 17:00

Nº	Nombre y Apellido	Cédula	Unidad Administrativa / Institución	Cargo	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1	Yenny Baez P.	1707424667	MSP	Asistente DNPS	yenny.baez@msp.gub.ec		
2	Mario Andrade S	1001234560	MSP DNPI	Analista	mario.andrade@msp.gub.ec		
3	Sancho Morla	171944649-2	MSP.	Auxiliar			
4	Paul Campaña	0501643017	RSP	Aspirante	paul.campaña@msp.gub.ec		
5	Lucy Zavala	1706452027	MSP	Auxiliar			
6	MUSA ANDRADA	1601433448	DNI	Asistente	musa-andrade		
7	María Eugenia Mont.	1708670034	DNPS	Analista	emontana-abad@msp.gub.ec		
8	Ana María Quirós	091108373-1	SPPSI	Asistente	anquirós@msp.gub.ec		
9							
10							
11							
12							
13							
14							

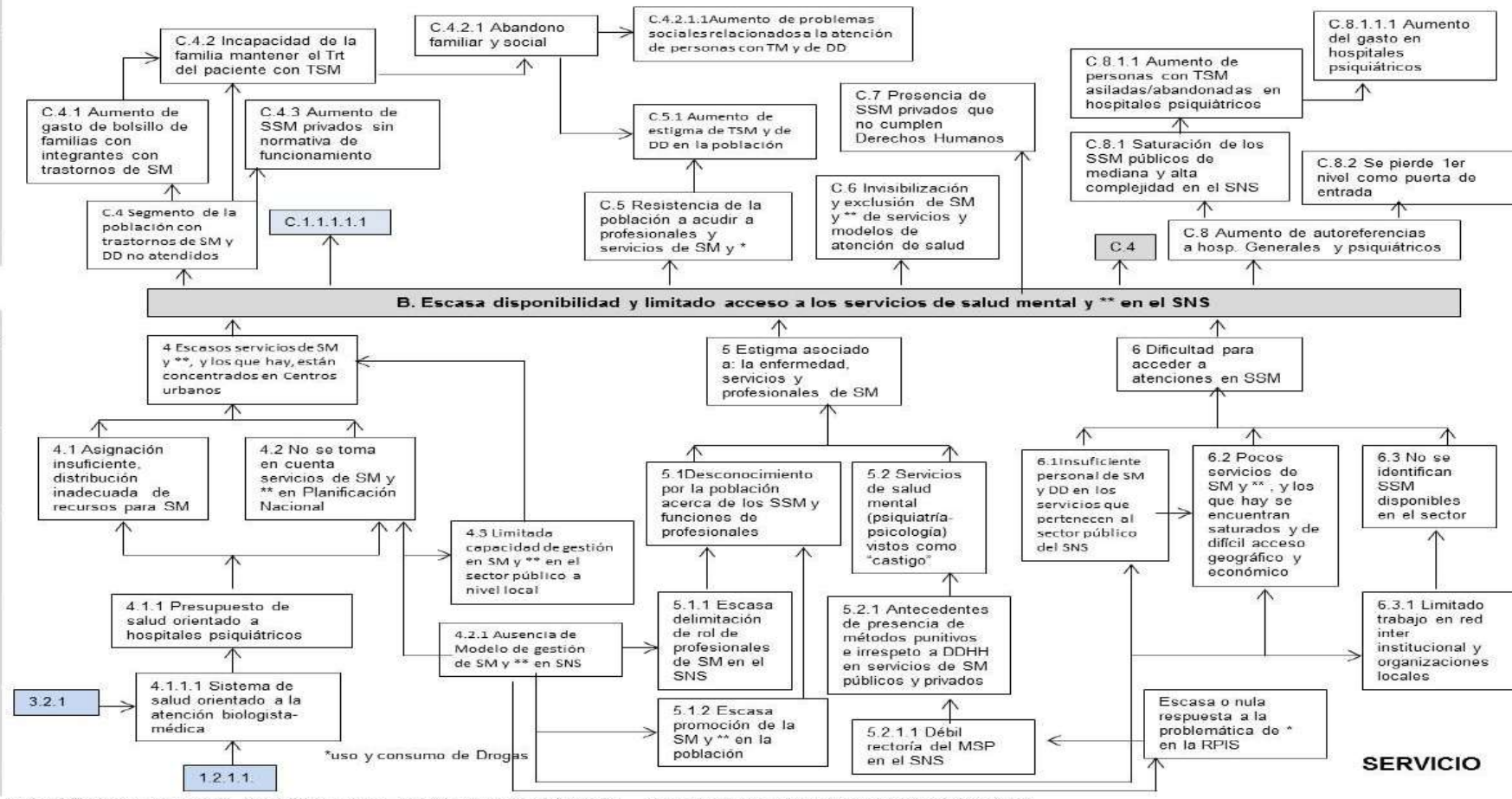
Anexo 2:

Árboles de Problemas



C
O
N
S
E
C
U
E
N
C
I
A
S

C
A
U
S
A
S



* Uso y Consumo de Drogas ** Atención Integral de Uso y Consumo de Drogas Elaborado por: Equipo Redactor de la Política 2013

CONSECUENCIAS

C

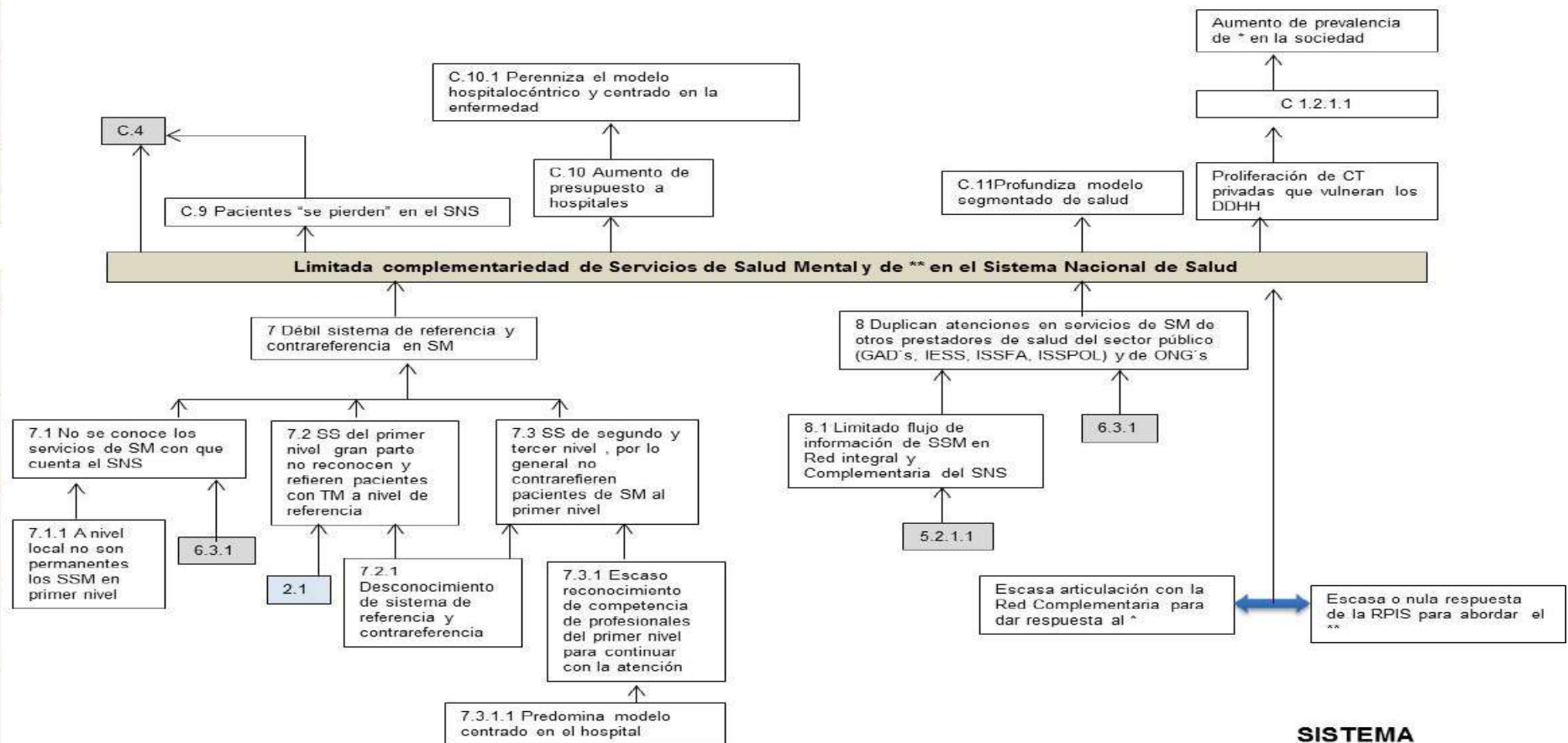
A

U

S

A

S



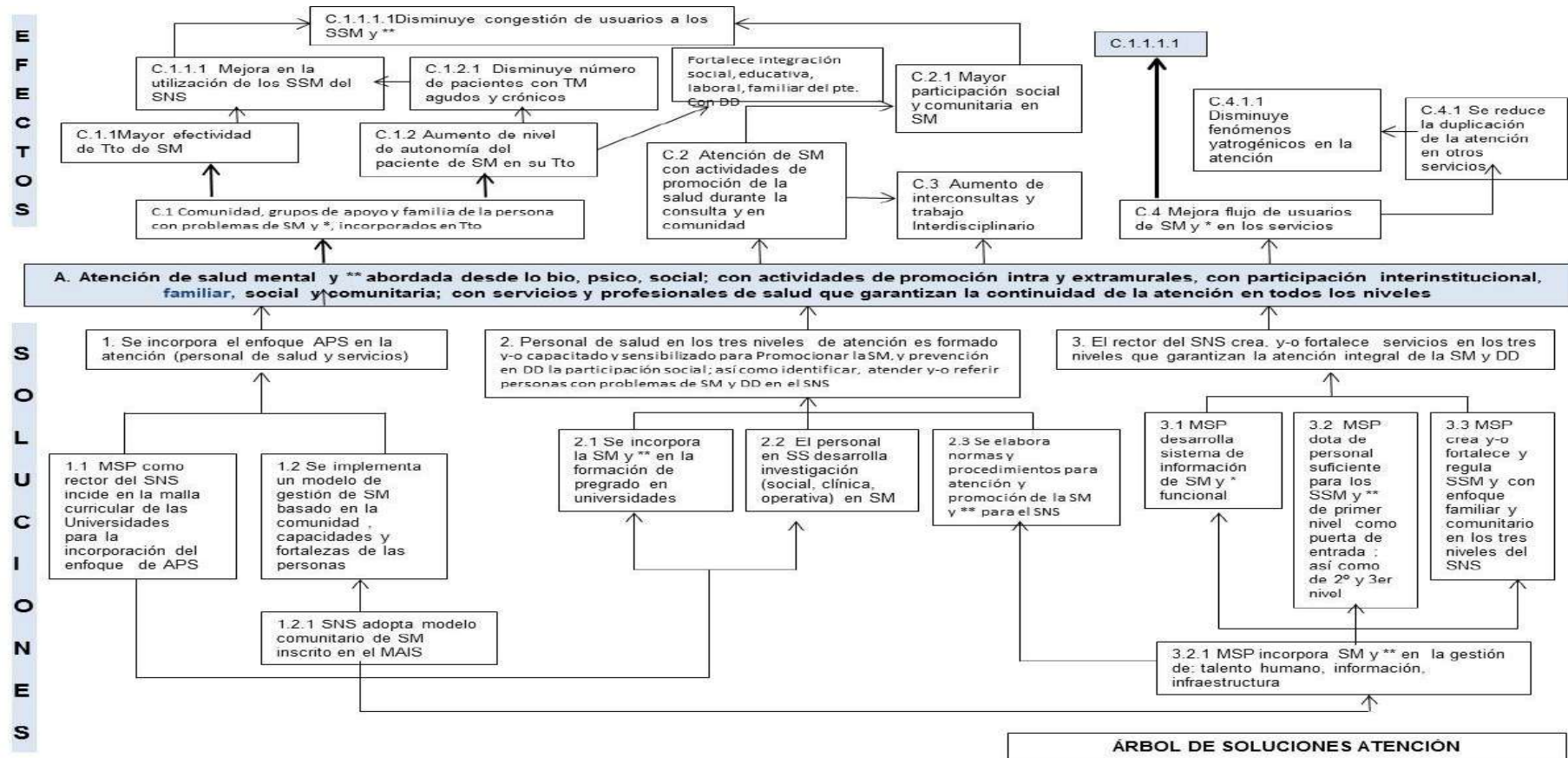
SISTEMA

* Uso y Consumo de Drogas ** Atención Integral de Uso y Consumo de Drogas

Elaborado por: Equipo Redactor de la Política. 2013

Anexo 3:

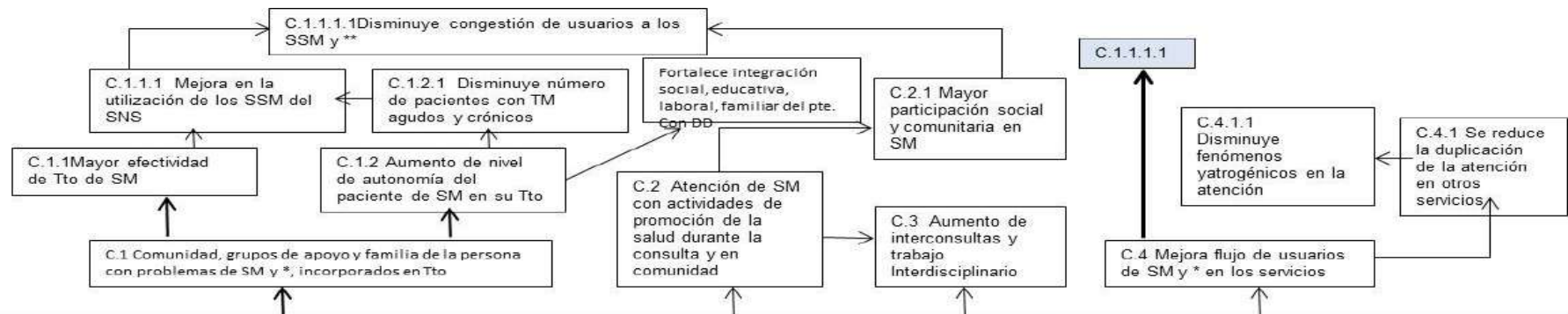
Árboles de Soluciones



* Uso y Consumo de Drogas ** Atención Integral de Uso y Consumo de Drogas

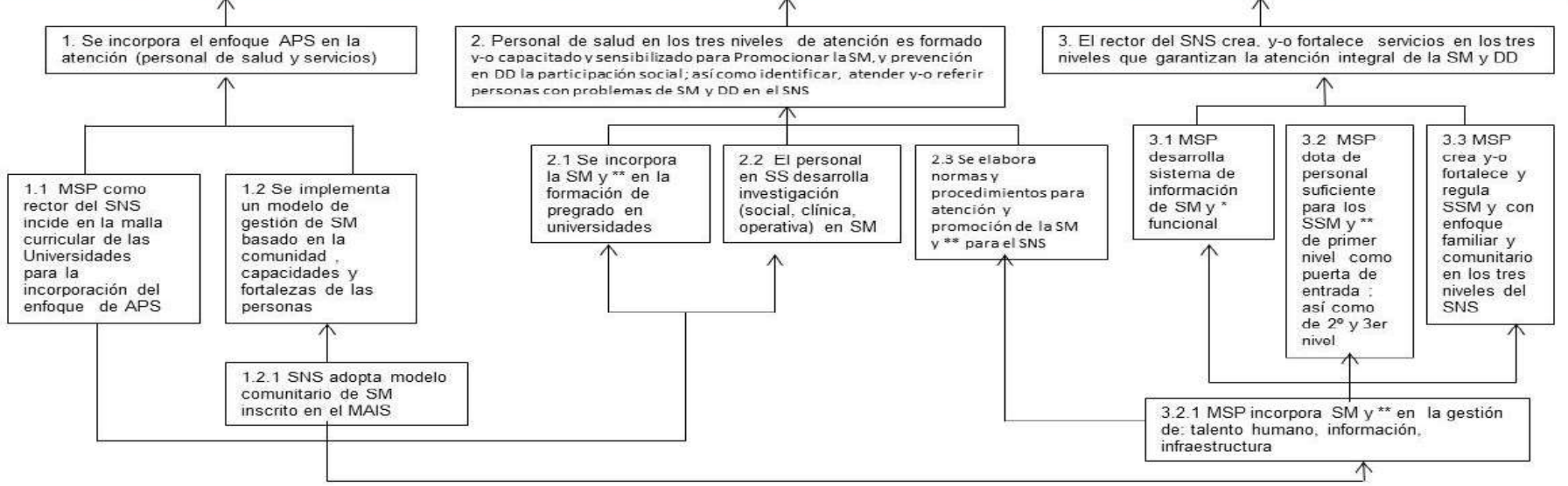
Elaborado por: Equipo Redactor de la Política. 2013

E
F
E
C
T
O
S



S
O
L
U
C
I
O
N
E
S

A. Atención de salud mental y ** abordada desde lo bio, psico, social; con actividades de promoción intra y extramurales, con participación interinstitucional, familiar, social y comunitaria; con servicios y profesionales de salud que garantizan la continuidad de la atención en todos los niveles



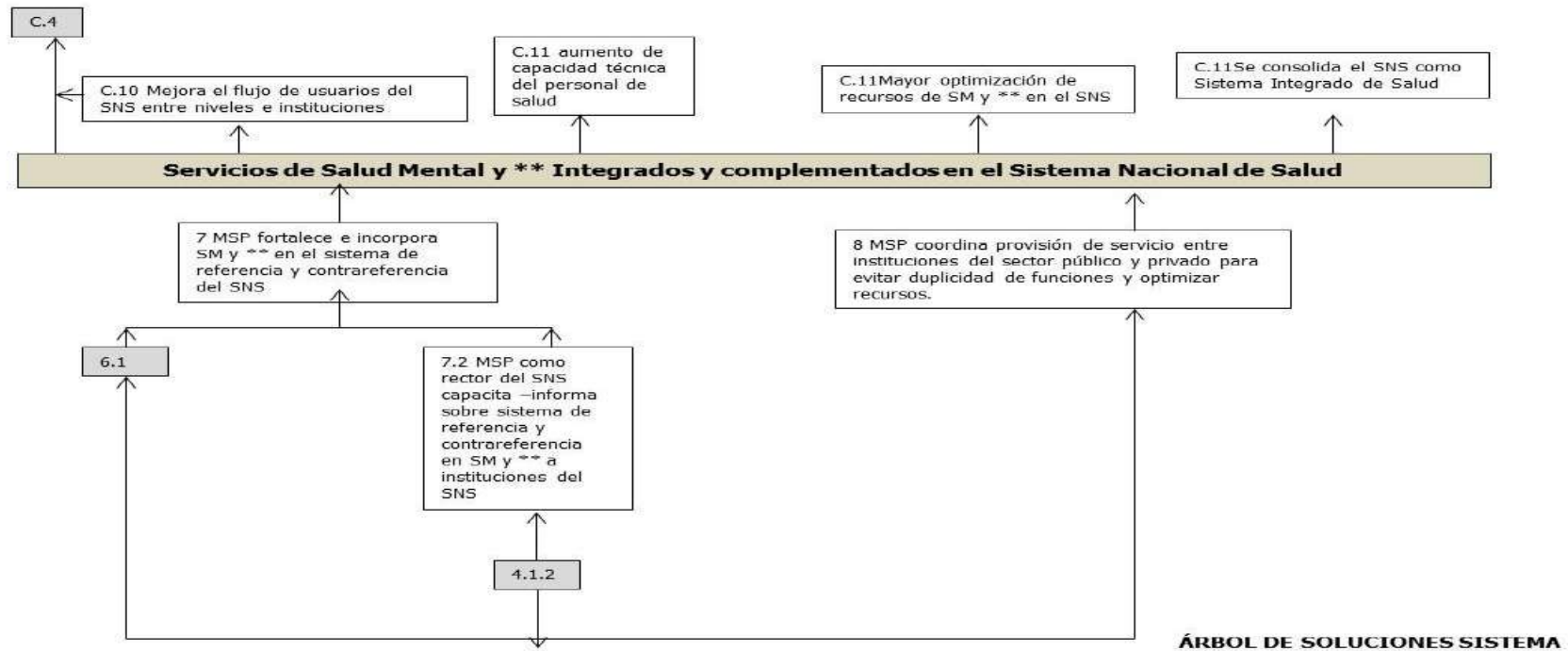
ÁRBOL DE SOLUCIONES ATENCIÓN

* Uso y Consumo de Drogas ** Atención Integral de Uso y Consumo de Drogas

Elaborado por: Equipo Redactor de la Política, 2013

E
F
E
C
T
O
S

S
O
L
U
C
I
O
N
E
S



* Uso y Consumo de Drogas ** Atención Integral de Uso y Consumo de Drogas

Elaborado por: Equipo Redactor de la Política

Anexo 4:

Plan de Implementación (por desarrollarse)

Anexo 5:

PROCESO DE FORMULACIÓN

Con la finalidad de formular este Plan Estratégico Nacional, se conformó un equipo técnico constituido por las Direcciones Nacionales de: Prevención y Promoción de la Salud; Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Especiales de Salud; y Primer Nivel de Atención de Salud.

En una primera fase, la Dirección Nacional de Normatización y la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud del MSP realizaron un análisis de la situación de la Salud Mental en el país, del contexto político y socioeconómico, para identificar la magnitud del problema, los avances y los asuntos críticos. Se suman a esta construcción la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud y la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, y se continúa este análisis, contextualización y actualización en base al marco referencial de criterios de calidad de la atención, del servicio y del sistema.

Sobre esta base, se desarrolla una propuesta de Estrategia y las Direcciones Nacionales involucradas son las responsables de conducir el proceso de formulación con la participación de actores sociales de diferentes sectores.

Para la elaboración de la Plan Estratégico Nacional de Salud Mental se tomaron en cuenta varios documentos como insumos para la misma. El proceso metodológico de diseño sigue el ciclo de formulación propuesto desde la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud. Se identificó la situación actual de la Salud Mental, los recursos necesarios y el inicio de un proceso para la planificación, la administración y la evaluación. Se elaboró un árbol de problemas y un árbol de soluciones, en base a los cuales se construyeron los lineamientos estratégicos.

Se realizaron talleres de construcción participativa de la Estrategia con diversos actores sociales involucrados en el tema (Anexo 1: Lista de participantes de talleres). En los talleres, se conformaron grupos de trabajo según las líneas estratégicas establecidas en este documento, para su análisis y aportes.

Las líneas estratégicas guían la construcción del plan de implementación de esta Estrategia, y las actividades de cada una permitirán su operativización.