



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**Modelo de Atención
de Salud Mental, en
el marco del Modelo
de Atención Integral
de Salud (MAIS) –
con enfoque Familiar,
Comunitario e
Intercultural**



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**VICEMINISTERIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
SALUD**

**VICEMINISTERIO DE GOBERNANZA Y VIGILANCIA DE
LA SALUD PÚBLICA**

**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA
SALUD PÚBLICA**

**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**

Comisión de Salud Mental

00004927

No.

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 completo 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 *Ibidem* 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:

1

"(...) 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 *Ibídem* 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 Ruilova 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, 25 IIII 2014

Dra. Marysol Rujova *encargada*
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, SUBROGANTE

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. David Aceiro	Vicesecretaría de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Vicesecretario	
Aprobado	Dña. Patricia Ortega	Vicesecretaría de Atención Integral en Salud	Vicesecretaria, Subrogante	
Aprobado	Dr. Andrés Cevallos	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretario, Subrogante	
Aprobado	Dña. Ana Lucía Torres	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
Aprobado	Dña. Vanessa Espinosa	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
Aprobado	Dr. Francisco Vallejo	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	Subsecretario	
Aprobado	Mga. María Augusta Nájera	Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud	Directora	
Reconocido	Dña. Elva Jaramila	Coordinación General de Atención Integral	Coordinadora	
Revisado	Abg. Isabel Córdova	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora Nacional	
Revisado	DR. JHON HERRERA	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	
Revisión del Plan y del Modelo	Dr. Roberto Cely	Comisión de Salud Mental	Accion	
Elaborado	Pn. Annee Delbert	Comisión de Salud Mental	Secretaria Técnica	
	Pn. Karla Pérez	Unidad de Promoción de Salud Mental	Coordinadora	
	Pn. Javier Córdova	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud	Analista	
	Sr. Roberto Espinoza	Dirección Nacional de Discapacidades	Técnico	
	Dr. Diego Mira	Hospital ERSO - Zona 9	Director Centro Consultorio Especializado en Salud Mental	

ACLARACION 1

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.

ACLARACION 2

Se acepta de completamente todos los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud – con enfoque familiar, comunitario e intercultural. De esta manera, no se duplica aquello que se acata del documento mencionado, y todo lo que no esté incluido de manera explícita en el presente documento está en el MAIS.

Contenido

Introducción.....	8
Capítulo 1.....	10
1. Marco legal y normativo relacionado a la salud mental.....	10
1.1 Constitución de la República del Ecuador.....	10
1.2 El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013.....	10
1.3 Ley Orgánica de Salud.....	11
1.4 Ley Orgánica de Discapacidades.....	11
1.5 Convenios, Acuerdos Internacionales.....	12
Capítulo 2.....	17
2. Marco conceptual del modelo de atención en salud mental.....	17
2.1 Contexto.....	17
2.2 Justificación.....	31
2.3 Definiciones.....	41
2.3.1 Consumo problemático.....	41
2.3.2 Desinstitucionalización.....	41
2.3.3 Drogas.....	42
2.3.4 Modelo de Atención Integral de Salud Familia, comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).....	42
2.3.5 Participación social.....	43
2.3.6 Plan Estratégico Nacional de Salud Mental.....	43
2.3.7 Prevención de problemas y trastornos mentales.....	43
2.3.8 Promoción de la salud.....	43
2.3.9 Promoción de la Salud Mental	43
2.3.10 Reorientación de los servicios.....	45
2.3.11 Supervisión de enlace	45
2.3.12 Usuario.....	45
2.3.13 Usos de drogas.....	45
2.3.14 Salud Mental.....	46
Capítulo 3.....	47
3. El modelo de atención de salud mental	47
3.1 Definición.....	47

3.2 Propósito del Modelo de Atención de Salud Mental.....	47
3.3 Objetivo del Modelo de Atención de Salud Mental.....	47
3.4 Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención de Salud Mental	48
3.5 Principios del Modelo de Atención de Salud Mental.....	48
Capítulo 4.....	50
4. Componentes del Modelo de Atención de Salud Mental.....	50
4.1 Componente de Promoción de Salud Mental.....	50
4.2 Componente de Provisión de Servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.....	56
4.2.2 Conjunto de Prestaciones de Salud Mental por ciclos de vida.	56
4.2.2.1 Comunidad – Cogestión interinstitucional.....	56
4.2.2.1.1 Unidades de acogida para personas con trastornos mentales graves (UA-TMG).....	56
4.2.2.1.2 Acogimiento Transitorio.....	60
4.2.2.2 Primer Nivel de Atención.....	61
4.2.2.2.1 Centros de Salud.....	61
4.2.2.2.2 Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD).....	65
4.2.2.2.3 Centros de Atención Psicosocial (CAPS).....	71
4.2.2.3 Segundo Nivel de Atención.....	76
4.2.2.3.1 Unidad de Salud Mental Hospitalaria - USMH (Hospital General/Básico/Especialidades).....	76
4.2.2.4 Tercer Nivel de Atención.....	80
4.2.2.4.1 Hospitales Especializados y de Especialidades.....	80
4.2.2.4.2 Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD).....	81
4.2.2.4.3 Hospital Psiquiátrico.....	83
4.3 Componente de Organización del Sistema Nacional de Salud...	85
4.3.1 Niveles de Complejidad de la Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud. Modalidades de atención. Talento humano.....	85

4.3.1.1 Servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención....	86
4.3.1.2 Servicios de Salud Mental en el Segundo Nivel de Atención.	87
4.3.1.3 Servicios de Salud Mental en el Tercer Nivel de Atención....	88
4.3.2 Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria.....	89
ANEXOS.....	91
ANEXO 1: Sobre el modelo de salud mental comunitaria y otras experiencias exitosas.....	91
NOTAS.....	98

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Egresos hospitalarios y atención ambulatoria – trastornos de la salud mental - 2013.....	20
Cuadro 2. Problemas de salud mental asociados a la violencia de género - 2011 (CSMC – Calderón).....	23
Cuadro 3. Prevalencia de consumo de Alcohol.....	24
Cuadro 4. Morbilidad Salud Mental Áreas de Salud - Pichincha 2011.....	25
Cuadro 5. Total de profesionales que trabajan en salud mental, por provincia y por profesión.....	28
Cuadro 6. Plan de promoción de la salud mental.....	51
Cuadro 7. Grupos de población a quienes se entregará la atención.....	56
Cuadro 8. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para las unidades de Acogimiento Transitorio (UA).....	60
Cuadro 9. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el primer nivel de atención: Centros de Salud.....	61
Cuadro 10. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para Centros Ambulatorios para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CATAD).....	66
Cuadro 11. Conjunto de Acciones Integrales para los Centros de Atención Psicosocial – CAPS.....	75
Cuadro 12. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales/Básicos/Especialidades – USMH.....	79

Cuadro 13. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para la Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD).....	81
Cuadro 14. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el hospital psiquiátrico.....	84
Cuadro 15. Tipología de servicios de Salud Mental por nivel de complejidad.	85
Cuadro 16. Primer Nivel de Atención.....	86
Cuadro 17. Segundo Nivel de Atención.....	87
Cuadro 18. Tercer Nivel de Atención.....	88

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Modelo Descriptivo de la Salud Mental en el MSP.....	37
Gráfico 2. Pirámide combinación óptima de servicios de Salud Mental...	38
Gráfico 3. Modelo de Atención de Salud Mental.....	85

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”¹. 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, 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 MAIS.²

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 mundo³, 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 consecuencia de ello, sufren en silencio, como lo expresa la Organización Mundial de Salud (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”.⁴

En el Ecuador, la Constitución del año 2008 reconoce en temas puntuales la importancia de la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y mental 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 y a lo relacionado al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas como problema de salud pública. En el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental.

Desde el año 2012, a través de las Direcciones Nacionales de: Discapacidades; Promoción de la Salud y Primer Nivel de Atención, tres instancias del Ministerio de Salud Pública, con apoyo de la ahora llamada Dirección Nacional de Políticas, se ha venido desarrollando la propuesta de Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, donde se ha puesto de manifiesto las experiencias y logros de los profesionales de salud mental de varias provincias del país, además de 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, como lo indican datos de la OMS (2011), los cuales manifiestan que 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 tránsito⁵. Además, en nuestro país vemos que las cinco principales causas de mortalidad, algunas relacionadas con la salud mental, son: accidentes de tránsito, agresiones (homicidios), cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, lesiones auto-inflingidas intencionalmente (suicidio).

La posterior aplicación de dicho Plan Estratégico se convertiría en un logro importante del país en el tema de salud mental, puesto que la mayor parte de países de América Latina - el 89.5 % - cuentan actualmente con una.

Sin embargo, donde se operativizan los lineamientos de los instrumentos legales citados, es en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud⁶. Para ello, como uno de sus lineamientos generales 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 salud⁷. Esto está enmarcado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, a través de la cual mejora el acceso de la población a los servicios, facilita la promoción de la salud en general, la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de la población en general y específicamente de las personas con trastornos y/o problemas mentales en sus comunidades. Además, aporta en la reducción del estigma y discriminación de las personas que están afectadas por algún trastorno, sin mencionar que es asequible y eficaz en función de costos. Razón por la cual es urgente y prioritaria la implementación de un Modelo de Atención/Gestión de los Servicios de Salud Mental que reoriente la organización de los mismos hacia la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental, tal como plantea el Modelo de Atención Integral de Salud vigente en el país.

CAPITULO 1

1. MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO A LA SALUD MENTAL

1.1 Constitución de la República del Ecuador

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

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

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

1.2 El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017

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 Nacional para el 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.

Estos principios se ven reflejados en los objetivos 2, 3, 4, 6, 8 y 9 del PNBV.

1.3 Ley Orgánica de Salud

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.

1.4 Ley Orgánica de Discapacidades

Esta Ley 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.- Políticas 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 políticas 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 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.

1.5 Convenios y 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 políticas 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 políticas públicas saludables. Las políticas 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)⁸ 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.

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 - 2010⁹: 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.

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 Políticas (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.

CAPITULO 2

2. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

2.1 Contexto

El Ecuador es un Estado Constitucional de Derechos y Justicia Social. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. Está dividido administrativamente en 9 zonas y políticamente en 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales)¹⁰, además de 140 distritos. Tiene una extensión de 256.370 km² y una población de 15.774.749 habitantes, la mayor parte concentrada en las provincias del Guayas con el 24,9%, Pichincha 17,9% y Manabí con el 9,4%.

La tasa de crecimiento respecto del censo es de 1,52% anual (INEC 2001)¹¹, con una tasa de natalidad de 19,9 y mortalidad de 4.08 por cada 1000 habitantes¹². La expectativa de vida al nacer es de 72.2 años para los hombres y 77.8 para las mujeres.¹³

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, afrodescendiente, 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%. 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 2013.¹⁴ 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.¹⁵

El desempleo alcanza el 6,36% (Banco Central 2011) de la población económicamente activa y es más alta en mujeres (8,4%) que en hombres (5,2%), siendo alrededor del 40% (CEPAL 2011); tal es así que el 70% de los desempleados son mujeres y de estos, el 57% están en la zona urbana.

a) Sistema de salud

El Sistema de Salud en el país se ha caracterizado por ser fragmentado y segmentado. Sin embargo, en la actualidad se está 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 Red Complementaria (MSP 2012); aunque cada institución que lo conforma mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está conformado por instituciones del sector público y privado. El sector público lo conforman: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Institutos de Seguridad Social como: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), además de servicios de salud de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD's), municipalidades, gobiernos provinciales.

El sector privado está compuesto por entidades privadas con fines de lucro como: hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, empresas de medicina pre-pagada (que cubren menos del 3% de la población) que prestan atención al segmento de la población con capacidad de pago; y entidades sin fines de lucro como organizaciones no gubernamentales (ONG's), organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, y por último aquellas entidades privadas que actúan y reciben financiamiento del sector público¹⁶.

Las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. En el sector privado existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares a nivel nacional, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicadas en mayor medida en las principales ciudades y en los que la población suele y puede hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.¹⁷

El Ministerio de Salud cuenta con 3032 unidades operativas distribuidas entre 9 zonas de planificación, de las cuales 2717 son de primer nivel de atención: 1198 puestos de salud, 719 centros de salud urbana, 763 centros de salud rural y 37 centros de salud de 24 horas; 178 son de segundo nivel (hospitales generales y básicos) y 23 son de tercer nivel (hospitales de especialidades y especializados), así como existen unidades móviles de distinta modalidad y complejidad (móviles, salud escolar, fluvial, quirúrgicas)¹⁸.

En cuanto a las instituciones del sector público que trabajan en el tema de salud mental, por lo general están enfocadas en la atención psiquiátrica. Es así que en veintiuna de las veinticuatro provincias se ofrece atención psiquiátrica en hospitales generales¹⁹. Se cuenta con un hospital psiquiátrico dependiente del MSP y un centro ambulatorio especializado, y ambos se encuentran en la ciudad de Quito (Hospital Julio Endara y el Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro); en la misma ciudad dos hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención de psiquiatría ambulatoria, así como de psicología²⁰. En tres provincias (Esmeraldas, Pichincha y Azuay) existen servicios de salud mental comunitaria²¹. 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 operativas, distribuidos en 23 provincias (Galápagos no cuenta con psicólogo clínico para atención).

Ya en el segundo y tercer nivel de atención, se ofrece atención de salud mental en hospitales en 7 provincias, en 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 mental.²²

En total, existen 1.484 camas en el sistema público (hospital público y hospitales privados de la Red Complementaria), lo cual 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 años²³.

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 usuarios 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 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 usuarios hospitalizados en las ciudades de Quito y Guayaquil.

Cabe mencionar que en el sector privado funcionan un número indeterminado de hospitales y clínicas; hogares o asilos para usuarios psiquiátricos crónicos, así como centros de rehabilitación para personas con adicciones 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).

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 usos y consumo problemático de alcohol y otras drogas, personas con trastornos 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 alcohol y otras drogas.

b) Perfil de problemas de salud mental

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

Cuadro 1. Egresos hospitalarios y atenciones ambulatorias - trastornos de la Salud Mental - 2013

Grupo diagnóstico (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10)	Egresos hospitalarios		Atención ambulatoria	
	#	%	#	%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos	2.378	30	12.132	3
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	1.790	23	71.058	19
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1.330	17	22.470	6
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	1199	15	76.842	21
F00-F09 Trastornos mentales causados orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	605	8	22.170	6
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	236	3	11.047	3
F90-F99 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	143	2	53.744	15

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	91	1	30.105	8
F70-79 Retraso mental	74	1	61.986	17
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	70	1	8.080	2
TOTAL NACIONAL	7916	100	369.634	100

Fuente: INEC 2013. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (MSP)

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 otros²⁴. 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 intelectual²⁵.

Adicionalmente, el país se encuentra en una fase de transición epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas (Infección Respiratoria Aguda - IRAS, Enfermedad Diarreica Aguda – EDAS) hacia las crónico-degenerativas, como son la diabetes y la hipertensión.²⁶ Además, en trastornos como depresión y ansiedad, principalmente, vemos que los cambios de hábitos como: sedentarismo, consumo de alimentos saturados de grasa, nivel de estrés elevado en la población, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, violencia; así como factores de índole social, pueden ser factores que ocasionen dichos trastornos.

Depresión.- De acuerdo a datos de la OMS es la entidad clínica de mayor frecuencia en el país y en el mundo; se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Los impactos económicos de las enfermedades mentales como la depresión se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma y frecuentemente de sus cuidadores para trabajar. Según la OMS, (OMS, 2004) se estima que el costo de este problema de salud en los países desarrollados está entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, esta enfermedad cuesta a las economías nacionales varios miles de millones de

dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. El Ecuador tiene tasas de incidencia crecientes en los últimos años y estas son más altas en las provincias de Esmeraldas, Napo, Cañar, El Oro y Zamora-Chinchipe (MSP, 2010)

Trastornos de ansiedad.- En el país no existen datos concretos acerca de los trastornos de ansiedad y sus tipos como son: trastornos de ansiedad generalizada y de pánico. Según datos del Instituto Nacional de Salud Pública de México, los trastornos de ansiedad se presentan en el 71% de las mujeres y el 66% de los hombres mayores de 20 años que padecen enfermedades crónicas, como la diabetes, hipertensión arterial. En Ecuador, estas enfermedades crónicas están entre las cinco primeras causas de morbilidad; por lo tanto el número de personas con enfermedades crónicas que padezcan trastornos de ansiedad sería muy alto. Tal es así, que de una sistematización de trabajo realizada por una psiquiatra en un servicio privado (González 2010), los ataques de pánico se presentaron en el 10% de los usuarios con cardiopatías (otra enfermedad crónica); y los trastornos de ansiedad representaron el 11% de los motivos de consulta, que no difiere mucho del porcentaje de consultas en las áreas de salud, ubicadas en el 16%.

La violencia de género e intrafamiliar.- Cabe indicar que la violencia en sí misma, no es una enfermedad, sino un problema de salud pública, puesto que su ocurrencia causa sufrimiento individual, familiar y social, en el sentido del alto costo que genera por conceptos de: disfuncionalidad familiar, falta de productividad, muertes prevenibles y sobre todo los trastornos mentales que se generan a partir de ella como depresión, ansiedad y suicidios. En este sentido, gran parte de los motivos de consulta en unidades de primer nivel está asociadas a la violencia de género y maltrato infantil, como se puede observar en el siguiente cuadro, cuyos datos fueron obtenidos de una unidad de salud mental de la ciudad de Quito.

Cuadro 2. Problemas de salud mental asociados a la violencia de género - 2011 (CSMC – Calderón)

Trastornos según las categorías del Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) – Calderón	Frecuencia
1.- SOPORTE FAMILIAR INADECUADO	108

2.- TRASTORNO DE LA ATENCION SIN HIPERACTIVIDAD	84
3.- PROBLEMAS DE RELACION ENTRE ESPOSOS (MALTRATO FISICO)	77
4.- RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	47
5.-SUPERVISION Y CONTROL INADECUADOS DE PADRES	39
6.- TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE	33
7.- TRASTORNO DE INESTABILIDAD TIPO IMPULSIVO EN LA PERSONALIDAD	24
8.- TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO	22
9.- AGRESION SEXUAL CON LA FUERZA CORPORAL	22
10.- EPISODIO DEPRESIVO MODERADO SIN SINTOMAS SOMATICOS	23

Fuente: Centro de Salud Mental Comunitaria Calderón, Pichincha. Año 2011
Elaborado por: CSMC Calderón 2013

En el Ecuador según datos del INEC 2011, el 60% de las mujeres ecuatorianas sufren algún tipo de violencia por parte de su pareja, siendo la más recurrente la violencia psicológica. Los datos obtenidos del Ministerio del Interior (2011), muestran que en ese año hubo 71.436 denuncias presentadas en las diferentes instituciones que se encargan del tema, como: Municipios, Fiscalía, ONG's, si se considera que en el país hay más de 7 millones de mujeres, de las cuales 5 millones han sido o son agredidas, este porcentaje de denuncias, que representa el 1% es mínimo en relación a las personas que sufren este problema.

Este porcentaje es bajo, y se debe a factores socio culturales que impiden denunciar el problema, pero también a la insuficiente oferta de servicios públicos que los trate de manera integral: desde la promoción del buen trato, la prevención de la violencia y el tratamiento individual y familiar.

Si bien es cierto que la violencia en nuestra sociedad la sufren más las mujeres, ésta se manifiesta también en hombres de cualquier edad, que según datos del mismo Ministerio representaron el 14% de las denuncias presentadas en el año 2011. Por último, las tasas más altas de violencia están en las provincias de Pichincha, Napo, Pastaza, Loja, Zamora y Morona Santiago (MSP 2010).

Consumo problemático de alcohol.- El consumo problemático de bebidas alcohólicas constituye un problema de salud pública. De acuerdo a la Primera Encuesta mundial de salud en escolares de 13 a 15 años realizada por MSP-OPS/OMS en el año 2007, ésta arroja datos para Ecuador: promedio 31,3% de consumo en adolescentes; en varones el 32% y para adolescentes mujeres 30,5%.

De igual forma, de un estudio nacional sobre consumo de drogas realizado en los hogares (personas entre 12 y 65 años), por el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y psicotrópicas CONSEP en el año 2007, la prevalencia anual de consumo de alcohol es de 54,4% y prevalencia mensual de 31,7%²⁷.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011 – 2013, en una población de entre 10 y 19 años, la prevalencia de consumo a lo largo de la vida (PV) es del 45.6%, entre los 10 y 14 años el porcentaje es de 21.3% y entre los 15 y 19% sube a 71.1%, la mayoría son hombres con un 39.5%, mientras que el porcentaje de las mujeres es de 28.7%. Respecto a los grupos étnicos fueron divididos en dos grupos “afroecuatorianos” y “mestizos, blancos y otros”, siendo el primero el predominante con 49.7%, mientras que el segundo cuenta con un 47.4%.²⁸ La prevalencia de consumo durante un mes (PM) es de 25.2%, en los hombres con un 32.4% y mujeres 17.1%. El rango de edades de 10 a 14 años el porcentaje es de 9.9% y entre 15 y 19 años es de 30%.²⁹

Cuadro 3. Prevalencia de consumo de Alcohol

Prevalencia de vida (PV)		Prevalencia de vida (PV)		Prevalencia de vida (PV)		Prevalencia de mes (PM)		Prevalencia de mes (PM)	
Embriaguez	%	Edad	%	Grupos étnicos	%		%	Edad	%
total (PV)	34,4	10 a 19	45,6	Afroecuatorianos	49,5	Total (PM)	25,2	10 a 19	25,2
hombres	39,5	10 a 14	21,3	Mestizos, blancos y otros	47,4	Hombres	32,4	10 a 14	9,9
Mujeres	28,7	15 a 19	71,7			Mujeres	17,1	15 a 19	30

Fuente: ENSANUT 2013

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental

Si bien es cierto que el consumo problemático de drogas genera problemas biopsicosociales significativos al mediano y corto plazo al sujeto que cumple criterios diagnósticos para trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (CIE 10), no es menos cierto que el verdadero problema en materia de salud pública que tiene el Ecuador es el referente al consumo de alcohol y tabaco. Así, la prevalencia de consumo a lo largo de la vida para las personas que consumen sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años, n= 10610, registra 76.9% para alcohol, 46.8% tabaco, frente al 4.3% marihuana, 2.1% medicamentos psicotrópicos estimulantes y tranquilizantes, 1.3% cocaína, 0.8% pasta base. La Prevalencia de Vida de las personas que consumen cualquier droga se ubica en 4.9%³⁰

Al mismo tiempo, los egresos de camas hospitalarias – desde el año 1999 hasta el 2010 – con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, representa el 86,92 % por este concepto, frente a 13,08% del resto de drogas.³¹

Consumo problemático de drogas.- Al respecto, la Cuarta Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 12 a 17 años en el 2012, que contó con una muestra de 514.962 de 23 capitales de provincia del Ecuador Continental refiere que la edad de inicio promedio de consumo de drogas subió a 14,3 años en relación a otros años (2005: 13,8 años y 2008: 13,8 años). De los cuales 2,3% (24283) beben solos, el 0,07% (739) consume THC diario o casi a diario, durante más de dos años; el 0,02% consume pasta base (211); el 0,08% inhalantes (844); el 0,07% cocaína (739); y el 0,07% heroína (739) consumen a diario o casi a diario más de dos años³².

De acuerdo al informe mundial de drogas 2013³³ y tendencias mundiales de drogas previstas por la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (ONUDD), refiere que el 0.6 % de la población entre 15 y 64 años tiene consumo problemático a drogas “ilícitas”. Si extrapolamos estos datos a nuestro país con referencias del INEC, el 62.4% de la población del Ecuador 2013 (total 15´774.749) se encuentra en estas edades, es decir 9´521.527, de estos el 0.6% corresponde a 57,129 personas³⁴.

Como se anotó, existen problemas y trastornos de salud mental que no son registrados en el EPI 2, por lo que a continuación de describirán aquellos que se atienden en unidades operativas.

Cuadro 4. Morbilidad Salud Mental Áreas de Salud - Pichincha 2011

MOTIVOS DE CONSULTA	%
Trastorno depresivo leve	18
Trastorno de ansiedad	16
Síndromes de maltrato	15
Trastornos de las habilidades escolares (específicas)	13
Trastornos del lenguaje	7
Disfunción sexual no orgánica	7
Trastorno de comportamiento social específico en la adolescencia y la niñez	6
Agresión sexual con fuerza corporal	5
Consumo de drogas	5

Retardo mental leve	2
Trastornos mentales por consumo de alcohol	1
Trastorno hiperactivo	1

Fuente: DPSP 2011
Elaborado por: Equipo de Salud Mental 2013

Síndromes de maltrato y abuso sexual infantil.- Los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de violencia física, psicológica y sexual representan el 21,4 % del total de intervenciones que realizó la Dirección Nacional de Protección Especial a la Niñez DINAPEN en año 2010 (promedio mensual de 161 casos). En cuanto a abuso sexual, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil (Endemain 2004), el 42% de mujeres abusadas sexualmente en el Ecuador reportaron que esto sucedió antes de los 15 años; antes de esa edad, los casos representaron el 23%. En este último grupo, el 7% indicó que el abuso ocurrió cuando tenían menos de 10 años, y el 16%, cuando tuvieron entre 10 y 14 años. El total de atenciones realizadas a la población menor de 14 años en áreas de salud de Pichincha en el año 2011, el maltrato infantil representó el 11%, la ansiedad infantil 13.6%, y la depresión 5.5%.

Trastornos de las habilidades escolares. De acuerdo a resultados de un proyecto de psicología que involucró a cinco escuelas del sector sur de la ciudad de Quito (Cárdenas 2010), del total de 303 niños/as evaluados/as (de primero de básica) el 31% de ellos/as presentó problemas en su aprendizaje en los primeros meses del año lectivo. Al finalizar el segundo trimestre, el 6.9% de éstos niños, habían desertado. En los servicios de psicología de las áreas, los problemas de aprendizaje generales ocupan el 13% y sus tipos son de: trastorno específico de cálculo (discalculia), Trastorno del desarrollo de la expresión escrita, Trastorno específico de la ortografía (disortografía) y trastorno específico de la lectura (dislexia). Mientras que los problemas de aprendizaje específicos, como la hipercinesia ocupa el 1%, debido más a factores familiares.

Trastornos de Lenguaje. En el país, según datos del Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS (2011) aproximadamente el 2,43% de la población presentaban algún tipo de discapacidad; es decir, más de millón y medio de personas. De las cuales 4945 padecían deficiencias del lenguaje. De estas 1020 eran niños, niñas y adolescentes. Cabe indicar que estos datos no son actuales, además en los servicios de salud por lo general no se los registra; por lo tanto, es probable que el número de personas con estos problemas sea mucho mayor.

Otra problemática de salud pública que tiene relación con la salud mental en el sentido de los trastornos emocionales que se pueden presentar a partir de él, es el **embarazo en adolescentes**, que según el Censo de 2010, en el país hay 346.700 niñas, de las cuales 2080 ya han sido madres; esto representa un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, lo que ubica al Ecuador como el país en la región andina con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes. Esta situación se transforma en un problema social por consecuencias como: deserción escolar, abandono familiar, intentos de suicidio, y lo más grave, abortos provocados en condiciones de inseguridad para la menor, que según datos de la OMS (2007) cada año en Ecuador se producen 230.677 abortos que ponen en riesgo la vida de las mujeres.

Por otro lado, 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 usuarios 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 usuarios (Ludman E. 2006). Situación para la cual, los servicios de salud públicos no están preparados, puesto que, por un lado los profesionales no abordan los problemas de salud de manera integral, con un enfoque biopsicosocial, y por otro los servicios de salud mantienen un enfoque curativo de la enfermedad, sin incorporar de manera gravitante la promoción de la salud y la prevención primaria.

Razones por las cuales es necesaria la implementación de un modelo de salud mental que contemple un plan encaminado a la organización de los servicios orientados fundamentalmente al desarrollo de las acciones de promoción de la salud mental tomando en consideración los determinantes sociales y la prevención de los principales problemas antes citados, en el SNS y de manera particular los del MSP.

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, distribuidos en 25 psiquiatras, 213 psicólogos, 28 trabajadoras sociales, 11 enfermeras, 2 educadores para la salud, 21 médicos y 1 odontólogo.³⁵

Cuadro 5. Total de profesionales que trabajan en salud mental, por provincia y por profesión

TOTAL DE PROFESIONALES POR PROVINCIA Y POR PROFESIÓN								
	Psicología	Psiquiatría	Trabajo	Enfermería	Educación	Medicina	Odontología	TOTAL por provincia
Azuay	20	4	18	1	1			44
Bolívar	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
Zamora Ch.	2			1				3

TOTAL	por	213	25	28	11	2	21	1	301
profesión									

Fuente: Dirección Nacional de Discapacidades – MSP 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 psicólogos³⁶. 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.³⁷

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.³⁸

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 resolutive en problemas de Salud Mental, manejo de psicofármacos y psicoterapia sistémica, pero la profundidad del entrenamiento difiere entre Universidades. Es importante destacar que el costo de la formación varía entre las diferentes instituciones educativas, por lo que puede representar una barrera en el acceso a las mismas.

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 psiquiátricos³⁹.

e) Influencia de los trastornos mentales en la salud

Actualmente, cerca de 450 millones de personas en el mundo están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. El 33% de los años vividos con discapacidad son

causados por los trastornos neuropsiquiátricos, debido a lesiones autoinfligidas (2.1%). Solo el trastorno de depresión causa 12 a 15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (OMS, 2001).

Según la OMS (2002) tres de los diez factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, son de naturaleza mental/conductual como el sexo no protegido, uso del tabaco y alcohol. Además personas con sobrepeso, alta presión arterial y alto colesterol están significativamente afectadas por patologías como la ansiedad y la depresión (OMS, 2002). En este sentido, los trastornos mentales están presentes en todas las sociedades y grupos; y crean una pesada carga económica, familiar y social para las personas afectadas y sus familias, así como para la sociedad en conjunto.

- a. A nivel económico, de acuerdo a datos de países desarrollados como Canadá el costo total de la carga de los trastornos mentales llega a 15 mil millones de dólares; 9 mil millones por concepto de productividad pérdida y 8 mil millones por concepto de tratamientos.
- b. A nivel familiar, los cuidadores informales de las personas con trastornos mentales deben proveer apoyo emocional e instrumental, y con frecuencia afrontar los costos financieros asociados con el tratamiento y la atención. Se estima que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental o conductual. Sumado al estrés de tener un familiar con un trastorno mental va el estigma asociado a éste. Como consecuencia la familia está desprotegida frente al discrimen de la comunidad y la dificultad de cómo tratar a su pariente.
- c. A nivel social laboral la falta de comprensión por parte de los empleadores y la falta de cumplimiento de legislación en cuanto a personas con discapacidad⁴⁰ torna difícil ser contratado y a su vez a los familiares que lo cuidan, conseguir empleo o mantener el empleo actual, o se arriesgan a perder ingresos por ausencias forzadas del trabajo.

2.2 Justificación

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 ciertas dificultades, sobre todo en la provisión de los servicios de salud mental, para lo cual podemos citar algunos descriptores. Al efecto 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 Política de Salud Mental: En la Constitución del 2008 se señala la asistencia psicológica en atención de grupos prioritarios; el artículo 364 de la Constitución declara a las adicciones como un problema de salud pública 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 política ni un marco legal específico, como ocurre en otros países de la región.
- 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 se considera que 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%). Si bien no se cuenta con información respecto del presupuesto asignado para acciones de promoción de salud

mental, se toma como referencia el año 2008, en que se destinaron para estas acciones el 2,2% del total del presupuesto para salud mental. En este sentido el gasto está orientado a enfrentar la carga de enfermedad, antes que el desarrollo del bienestar mental y mejoramiento de la calidad de vida.⁴¹

- 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 políticas 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 una Política Nacional de Salud Mental se evidencia en la falta de un modelo de atención y 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.
- 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.⁴²
- Congestión de usuarios en hospital psiquiátrico de referencia nacional: El único hospital psiquiátrico estatal con posibilidad de internamiento cuenta con 234 camas para internación psiquiátrica; de las cuales el 77% corresponden a usuarios crónicos; el 23% restante a usuarios 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%⁴³.

- 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%).⁴⁴
- 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 corresponden.
- Escasa articulación entre los niveles de atención, debido a que los procedimientos para la referencia y contrareferencia de usuarios desde el primer nivel al de referencia y viceversa, no toman en cuenta las características de estos usuarios.
- 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 desarrollo. Respecto a usos y consumo de drogas, a pesar de recogerse información, existen subregistros que no permiten consolidar información y asegurar que esta sea certera. Cabe mencionar que se está trabajando en la implementación de un 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 mental y prevención de problemas de salud mental realizados en la comunidad.
- 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 integral (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 problemático de alcohol y otras drogas (accesibilidad, permanencia, polivalencia).
- Barreras de acceso: Persisten barreras de acceso a los servicios de Salud Mental y de usos y consumo problemático de alcohol y otras drogas, que son:

funcional (tiempos de espera, asignación de turnos), económica (en cuanto a medicamentos, principalmente) y socio cultural (estigma de la atención psicológica y psiquiátrica).

- 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 con 174 psicólogos clínicos en unidades operativas del primer nivel de atención, distribuidos en 23 provincias (Galápagos no cuenta con psicólogo clínico para atención).⁴⁵
- Falta de personal capacitado: para promoción, prevención y atención primaria en salud mental y en abordaje integral de usos y consumo problemático de alcohol y otras 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 recluidos en un hospital psiquiátrico, lo cual genera diversos problemas, entre esos, vulneración de derechos de los usuarios por parte de estas personas.
- No hay coordinación con salud penitenciaria: No se está ofreciendo la atención adecuada en salud en los centros de rehabilitación penitenciaria, por lo que las personas privadas de libertad quedan al margen del sistema de salud. Esto ha motivado la construcción de un modelo de salud penitenciaria, que incluye salud mental, que está en su fase inicial de implementación.

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 tanto en Salud

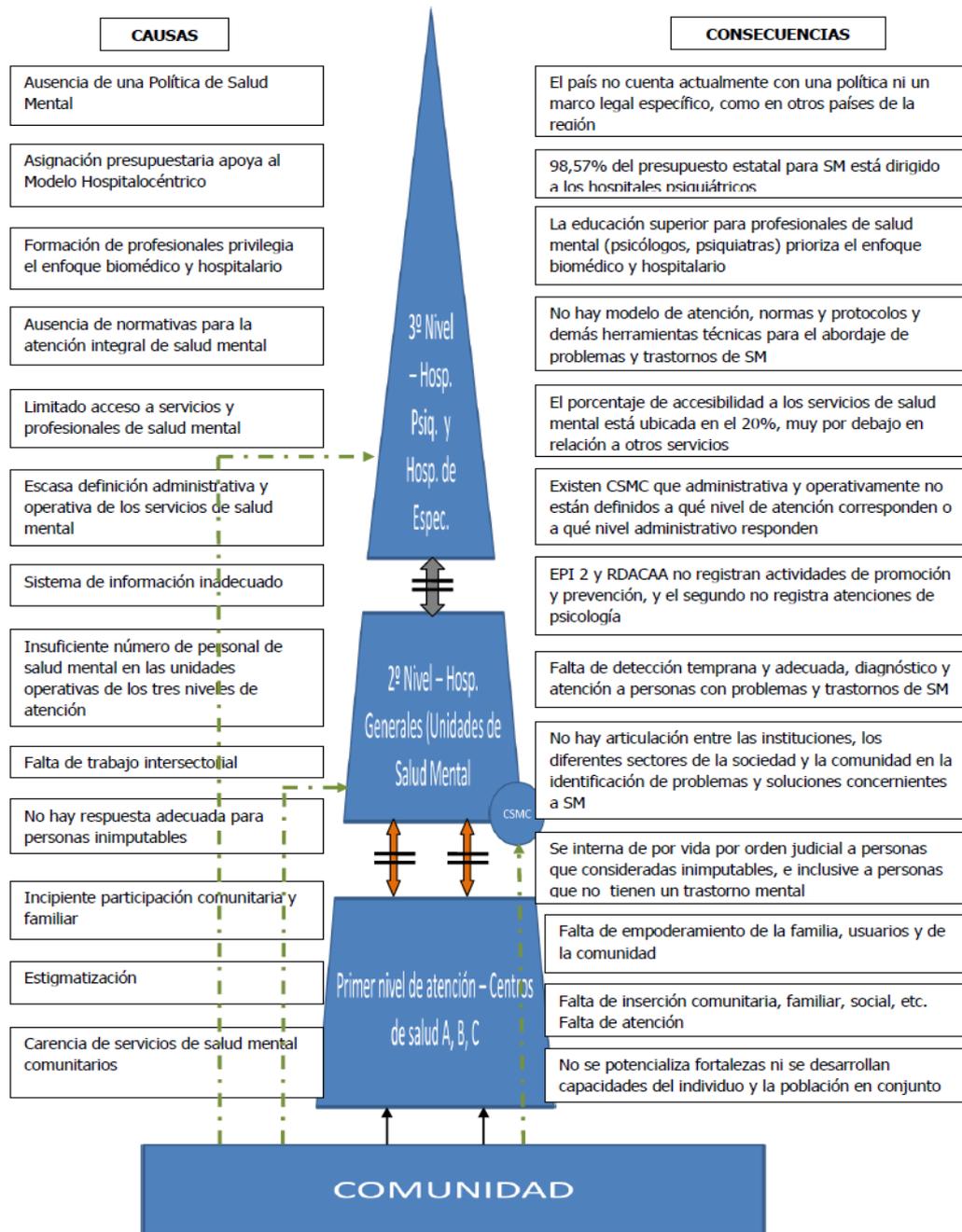
- Mental como en usos y consumo problemático de alcohol y otras drogas, que apoye la toma de decisiones del usuario.
- Escasa participación del componente familiar y comunitario: Tanto en actividades de promoción, como en la prevención, atención y seguimiento de usuarios con afectaciones psicológicas, y personas que usan y/o tienen un consumo problemático de alcohol y otras 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 drogas.⁴⁶
 - 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 usuarios: Denuncias de vulneración de Derechos Humanos a usuarios 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 problemático de alcohol y otras 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)⁴⁷ integral de la salud mental, incluyendo los usos y consumo problemático de alcohol y otras drogas con otras instituciones a nivel nacional, zonal y local.
 - Estigmatización: Se mantiene el estigma para la persona con enfermedad mental, trastornos psicológicos y para quienes usan y/o tienen consumo problemático de alcohol y otras 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.

En resumen, los servicios de salud mental en la actualidad son poco accesibles debido a las barreras de diversa índole que existen, principalmente las socioculturales (estigma); además de que no se cuenta con el número suficiente de profesionales de salud mental en los tres niveles de atención. Es por esto que no se cuenta con los suficientes profesionales en el primer nivel de atención que puedan contener/atender los problemas más frecuentes, y que a su vez puedan referir a las personas al nivel inmediato de complejidad los casos que requieran atención de especialistas, que también son escasos; e incluso el personal en general (no especializado) no posee conocimientos para poder identificar y contener problemas de salud mental, previo a su derivación y/o referencia al servicio especializado. Además, se debe tomar en cuenta que los pocos servicios que existen en el Sistema Nacional de Salud están enfocados en la enfermedad y orientados por los modelos: Curativo y Biológico Clínico que enfatizan la atención psiquiátrica; que es necesaria en muchos casos, pero que es costosa cuando trata enfermedades y trastornos de baja complejidad; descriptores que se muestran en el gráfico 1.

Gráfico 1. Modelo descriptivo de la Salud Mental en el MSP



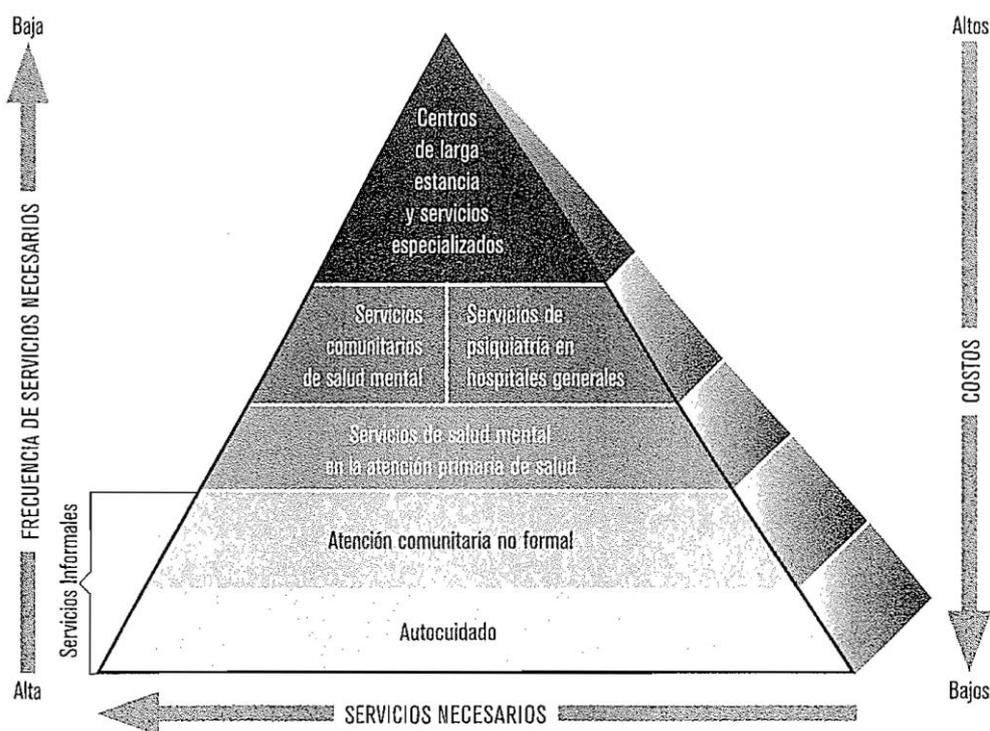
Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental – MSP 2014

Esta situación en los servicios provoca que la población, al no contar con la cantidad suficiente de servicios y profesionales de salud mental en el primer nivel, que es la puerta de entrada al sistema; es decir, donde se identifica a las personas que requieren de atención de un especialista, se “autorefieran”⁴⁸ a hospitales generales y psiquiátricos y/o clínicas especializadas (de atención a usos y consumo de drogas, de personas con discapacidad mental), lo que no garantiza la continuidad de la atención,

ya que es más difícil obtener citas en estos servicios – o se ofrecen con mucho tiempo de espera –. O como en el caso de las personas con trastornos mentales crónicos, los hospitales psiquiátricos se vuelvan “depósitos” de estos usuarios porque en la mayoría de casos sus familiares ya no pueden o quieren atenderlos.

A esto hay que añadir lo que la OMS (2007) recomienda respecto de la atención de salud mental: “...se la debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados (...) a través del modelo comunitario que integra la participación, no solo de los profesionales de salud, sino las organizaciones sociales, culturales y comunitarias” (Funk, Faydi, Drew, & Minoletti, 2009) en este sentido plantea siete recomendaciones en base al modelo OMS/ WONCA⁴⁹:

Gráfico 2. Pirámide combinación óptima de servicios de salud mental



Fuente: OMS/WONCA

a. Reducir el número de hospitales psiquiátricos

Partimos de distinguir los hospitales psiquiátricos de los centros especializados en salud mental. Estos últimos son centros de referencia de tercer nivel que satisfacen necesidades muy específicas que requieren entornos institucionales y profesionales

especializados. Se diferencia de los hospitales psiquiátricos en cuanto a que ya no son lugares de acogimiento/estadía prolongada de usuarios.

b. Establecer servicios comunitarios de salud mental

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

c. Crear servicios de salud mental en los hospitales generales

Las unidades de salud mental en hospitales generales constituyen una alternativa a los hospitales psiquiátricos cuando se necesita hospitalización de corta estancia de personas con trastornos agudos y graves.

Por lo general este servicio tiene buena aceptación en la población, pero por encontrarse gran parte de ellos en centros urbanos, suelen resultar costosos por las prestaciones que ofrecen y por los profesionales que tienen para brindar la atención. Aún así, los costos son más bajos si los comparamos con los hospitales psiquiátricos, además que la relación costo-beneficio supera esa alternativa totalmente.

d. Integrar la salud mental en la atención primaria de salud

La salud mental en la atención primaria en salud mejora la accesibilidad física, económica y cultural y ofrece la posibilidad de tratar a las personas en su propio entorno. Proporciona una respuesta rápida a las personas que presentan recaídas en su tratamiento. En algunos países, principalmente en vías de desarrollo, a más del personal tradicional que está abrumado por la carga de trabajo (médico, enfermera) sería necesario contratar nuevo personal (psicólogos, trabajadores sociales, psicorehabilitadores, terapeutas ocupacionales) que deberá resolver el componente de salud mental. Además debe promover y mejorar la relación entre los servicios formales y no formales presentes en la comunidad.

e. Colaboración con los servicios comunitarios de salud no formales

En base a lo anterior, los servicios formales deben apoyar a los no formales, que son un complemento útil para intervenir/incidir en la población, con acciones de promoción de la salud, al estar diseñados y administrados por miembros de la comunidad, aunque estos no sustituyen a los servicios de salud mental formales. Se entiende, así, como servicios no formales de salud mental a aquellos que son provistos por personas que pueden haber recibido poca capacitación formal, o ninguna, en materia de aptitudes de salud mental, que pueden prestar gran parte de la atención necesaria, especialmente en los sitios donde las personas con trastornos mentales viven en casa con sus familias. Los proveedores de servicios no formales de salud mental varían conforme a la situación de los recursos de salud mental y las condiciones sociopolíticas de los países y las regiones.

f. Promover el auto cuidado

Mediante estrategias de información acerca de salud mental se debe sensibilizar a la población en temas de buen trato, auto cuidado y exigencia del respeto derechos; además de contribuir/incidir en la población en cuanto a cambios de conducta y actitudes hacia personas con trastornos mentales. El auto cuidado implica el empoderamiento del usuario sobre su salud y su bienestar, además de la responsabilidad sobre mantener su buena salud al adoptar diferentes estrategias tanto individuales como colectivas.

g. Fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial

La colaboración intra e intersectorial es fundamental tanto para la existencia de una gama de servicios necesarios para el tratamiento de personas con trastornos mentales; así como para articular acciones de promoción de la salud mental.

En definitiva, la salud mental incorporada en la atención primaria de salud facilita el flujo de personas en los servicios; además de reorientarlos hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades y trastornos mentales.

2.3 Definiciones:

2.3.1 Consumo problemático: 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.⁵⁰

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

- Consumo perjudicial.
- Dependencia
- Adicción

2.3.2 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.⁵¹

Se considera que para que este proceso se produzca de forma exitosa, es necesario crear una red de servicios sustitutos, con la plena integración de la 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 usuarios, el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción, y la puesta en marcha de actividades preventivas.⁵² 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.⁵³

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 dispositivos, 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 usuarios 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 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.

2.3.3 Drogas: *“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.⁵⁴

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 consumo.⁵⁵

2.3.4 Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI): Es el conjunto estrategias, normas, procedimiento, herramientas, y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para

responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

Por tanto el MAIS –FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.⁵⁶

2.3.5 Participación social: 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.⁵⁷

2.3.6 Plan Estratégico Nacional de Salud Mental: 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 política de carácter necesariamente intersectorial, pero que debe estar orientada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Por su orientación, la Plan Estratégico Nacional de Salud Mental es de tipo distributiva 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.⁵⁸

2.3.7 Prevención de problemas y trastornos mentales: Es la reducción de la ocurrencia de nuevos casos de problemas y trastornos mentales.⁵⁹

2.3.8 Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud.⁶⁰

2.3.9 Promoción de Salud Mental: 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.⁶¹

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 necesidades 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 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.⁶²

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 menos que sean estructuras y procesos sociales que pongan en acción los nuevos descubrimientos y evidencia.⁶³

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 políticas 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 política.

2.3.10 Reorientación de los servicios: 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.⁶⁴

2.3.11 Supervisión de enlace: 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 usuarios, en la cual la resolución de problemas se la realiza de manera colaborativa⁶⁵.

2.3.12 Usuario: Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.⁶⁶

2.3.13 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 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.⁶⁷

Esta definición presenta distintos tipos de uso:

- 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.⁶⁸

2.3.14 Salud Mental⁶⁹: “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”.

CAPITULO 3

3. EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

3.1 Definición

Este modelo comunitario de atención integral en salud mental, 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.⁷⁰

3.2 Propósito del Modelo de Atención de Salud Mental

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación de Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, había un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.⁷¹

3.3 Objetivo del Modelo de Atención de Salud Mental

Fortalecer los servicios de salud mental del Ministerio de Salud Pública, y los que pertenecen a la Sistema Nacional de Salud, a través de su organización, reorientándolos hacia la promoción de la salud, y la prevención en todos sus niveles, incorporando los enfoques de interculturalidad, género, generacional, derechos y con participación social, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud vigente.

3.4 Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención de Salud Mental

- a. Reorientar la atención en los servicios de salud mental hacia la promoción de la salud, la prevención en sus distintos niveles, con participación social, comunitaria e intersectorialidad.
- b. Organizar una red de Servicios de Salud Mental, donde los servicios, la comunidad y el individuo se articulen y trabajen juntos, y que sustente el proceso de desinstitucionalización.
- c. Garantizar la prestación de servicios de salud mental integral en las unidades operativas de primer nivel de atención, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
- d. Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios a través de la creación de servicios de salud mental en el segundo nivel, con enfoque de participación familiar y comunitaria.
- e. Organizar los servicios de salud mental de tercer nivel para una adecuada resolución de los problemas de salud mental, según su grado de complejidad.

3.5 Principios del Modelo de Atención de Salud Mental

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.

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”.⁷²

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 individuo.

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 políticas 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 mismos.

CAPITULO 4

4. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

4.1 Componente de Promoción de Salud Mental

La promoción de salud mental se caracteriza por tener un enfoque positivo, en lugar de enfatizar en las enfermedades y su déficit. Es considerada como un recurso de valor por sí mismo y derecho básico esencial para el desarrollo social de la comunidad. Es un proceso que se prepara y se realiza con y para las personas. La promoción de la salud mental implica la creación de actividades individuales, sociales y ambientales para el buen desarrollo psicológico, biológico y social.

Por lo expuesto se considera importante difundir y posicionar a la Salud Mental como el estado de bienestar total, transmitiendo lo positivo de la salud mental y no la asociación en relación a la enfermedad, reduciendo así el estigma que versa alrededor del tema.

Cuadro 6. Plan de promoción de la salud mental

Lineamientos	Objetivos	Estrategias	Acciones posibles
<p>Promoción de la Salud Mental de la población, priorizando el enfoque de derechos, interculturalidad y género, de acuerdo los ciclos de vida.</p>	<p>Promover la salud mental de la población general, tomando en cuenta los ciclos de vida.</p>	<p>Desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y de afrontamiento: Estas se refieren a las aptitudes necesarias para comportarse de manera adecuada y enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria. Favorecen comportamientos saludables en las esferas físicas, psicológicas y sociales. Comprende tres categorías de habilidades: sociales, cognitivas y para el control de las emociones (OPS, 2001)</p>	<p>Actividades artísticas enfocadas hacia la promoción de Salud Mental. Cine foros en las Universidades del País, en los barrios de las ciudades. Realizar foros zonales con profesionales de salud sobre buenas prácticas en promoción de salud mental.</p>
		<p>Promover prácticas de vida saludables en la vida social cotidiana, mediante la creación de espacios saludables, motivando la actividad física.</p>	<p>Fortalecer la actividad física de acuerdo a los grupos de edad. Desarrollar espacios saludables, espacios de conversación y socialización (clubes, grupos de apoyo, etc.) Desarrollo de espacios de uso saludable del tiempo libre para niños/as, adolescentes y adultos. Apoyo en escuelas para desarrollar habilidades sociales y fomentar buen trato para niños/as y adolescentes, docentes y familias.</p>

	Disminuir el estigma y la discriminación que recae sobre las personas con problemas de salud mental.	Implementar programas de información, educación y comunicación (IEC), en promoción de salud mental.	Campañas edu-comunicaciones con impacto social para romper mitos que están en torno al tema de salud mental, sus usuarios y profesionales.
Prevención de problemas mentales priorizando enfoque de derechos, interculturalidad y género, de acuerdo los ciclos de vida.	Prevenir problemas de salud mental como: el suicidio y el consumo problemático de alcohol y otras drogas en la población general.	Fortalecimiento de habilidades sociales, cognitivas y de afrontamiento, tomando en cuenta los grupos de edad.	Aplicación de la metodología de desarrollo positivo adolescente. Actividades artísticas comunitarias y participativas (teatro, música, etc.), enfocadas en el fortalecimiento de habilidades para la prevención de problemas de Salud Mental. Aplicación de la metodología de Familias Fuertes.
Trabajo intersectorial, priorizando enfoque de derechos, interculturalidad y género, de acuerdo los ciclos de vida.	Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todas estatales, comunitarias y de sociedad civil (Ministerios, Secretarías Regionales Ministeriales, Instituciones Autónomas, Municipalidades, etc.), a través de la Estrategia Nacional de Salud en todas las Políticas.	La intersectorialidad debe darse en todos los ámbitos organizativos de la sociedad y las acciones intersectoriales son especialmente importantes en el espacio comunal, donde confluyen operativamente todos los servicios y sectores, puesto que constituye el ámbito real de la organización comunitaria (juntas de vecinos, organizaciones de mujeres, grupos juveniles, centros de padres, clubes, comunidades de base de iglesias, etc.).	Actividades integrativas con actores de la comunidad, motivadas y ejecutadas de manera intersectorial, en el desarrollo de capacidades psicosociales de las personas: teatro comunitario, actividad física, etc.

Acción en los determinantes sociales de la Salud Mental: La salud mental es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

La promoción debe ser orientada a optimizar la salud mental y el bienestar, reducir las condiciones de riesgo, y actuar, en general, sobre los condicionantes de la salud, orientados a acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción y la protección de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener una buena salud mental.

Actividades comunitarias que desarrollen fortalezas con el objeto de disminuir los determinantes de riesgos dentro de la población, incorporar la promoción de la salud mental a las políticas y programas no solo del sector de la salud, sino también de los sectores público y privado en aspectos como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. Acciones como: protección social para las personas en situaciones de vulnerabilidad; campañas contra la discriminación; promoción de los derechos humanos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

<p>Participación Ciudadana priorizando enfoque de derechos, interculturalidad y género, de acuerdo al ciclo de vida. Favoreciendo la expresión de la capacidad creativa de las personas de la comunidad y personas con problemas de salud mental, se obtienen mejores resultados para la construcción de un conocimiento colectivo, donde el aporte y experiencia de cada participante constituye el aprendizaje en grupo.</p>	<p>Potenciar la participación activa de las personas que padecen trastornos mentales así como el de sus familiares en los espacios de participación del sistema sanitario público y privado, y en el contexto de su comunidad.</p>	<p>Fortalecimiento de la participación ciudadana a través de asociaciones de familiares y usuarios. Fortalecimiento de grupos de ayuda mutua. Incentivando la participación comunitaria en temas de promoción de salud mental.</p>	<p>Desarrollar dentro de los comités locales de salud un componente importante de participación en salud mental, que favorezca el desarrollo de la comunidad, que permitirá la protección y promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento y fomento de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria.</p>
<p>Formación al personal de salud en los enfoques de derechos, género e interculturalidad.</p>	<p>Formar a la comunidad en temas de salud mental.</p>	<p>Capacitaciones en la comunidad y para la comunidad. Participación de la comunidad, a través de las asociaciones de usuarios y familiares en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales.</p>	<p>Sensibilización a la comunidad sobre salud mental: promoción de salud y capacidades humanas; y prevención de problemas de salud mental.</p>

<p>Promover la formación de los profesionales del sistema nacional de salud para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental, con enfoque de género, derechos e interculturalidad.</p>		
<p>Implementar estrategias de sensibilización para los profesionales de salud mental de las unidades operativas que les permita ejercer un abordaje más adecuado en temas de salud mental y un mejor trato hacia las personas que tienen problemas y trastornos mentales, que se acerquen a los servicios de salud con otro tipo de demandas, para que reciban una atención amable y de calidad.</p>	<p>Capacitación enfocada a desarrollar habilidades o competencias en el personal de salud y en grupos específicos de la población, con el objeto de lograr cambios en actitudes, conocimientos y prácticas, para brindar una mejor atención a las personas con problemas de salud mental y una adecuada integración comunitaria mediante actividades de información, educación y comunicación, así como entrenamiento, demostración y seguimiento en promoción de la salud mental y la prevención y control de enfermedades.</p>	<p>Desarrollas estrategias dentro del personal de salud, que permita realizar un trabajo integral en el tema de salud mental, tomando en cuenta los grupos de edad, así como también priorizando un enfoque de derechos, interculturalidad y género. Realizando actividades de información y comunicación.</p>

Fuente: Dirección Nacional de Promoción de la Salud
Elaborado por: Equipo Técnico de la Comisión de Salud Mental

4.2 Componente de Provisión de Servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Cuadro 7. Grupos de población a quienes se entregará la atención

Por ciclos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Niñez - Adolescencia - Adultez - Adulto mayor
Prioritarios	<ul style="list-style-type: none"> - Personas víctimas de violencia: de género, intrafamiliar, de pareja; maltrato infantil. - Niños, niñas y adolescentes (NNA). - Personas con discapacidad: mental e intelectual. - Personas víctimas de desastres naturales y antropogénicos. - Personas privadas de la libertad (PPL). - Personas con uso y consumo problemático de alcohol y otras drogas. - Mujeres embarazadas. - Adultos mayores; personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). - Personas con enfermedades catastróficas
Expuestos a riesgos	<ul style="list-style-type: none"> - Social - Ambiental - Laboral

Fuente: MAIS - MSP

4.2.2 Conjunto de prestaciones de Salud Mental por ciclos de vida

4.2.2.1 Comunidad – Cogestión interinstitucional

4.2.2.1.1 Unidades de acogida para personas con trastornos mentales graves (UA-TMG)

Las unidades de acogida para personas con trastornos mentales graves⁷³ se configuran como dispositivo estratégico en el proceso de desinstitucionalización. Se caracterizan como viviendas insertadas en la comunidad destinadas para personas con trastorno mental, con problemas severos y persistentes, egresadas de hospitales psiquiátricos, que pueden o no tener una discapacidad mental, y que no cuentan con referentes familiares. Muchas de estas personas permanecen internadas por falta de alternativas que viabilicen su reinserción en el espacio comunitario

El carácter fundamental de las UA-TMG es ser un espacio de vivienda que garantice la convivencia social, la rehabilitación psicosocial y el rescate de ciudadanía del sujeto, promoviendo los lazos afectivos, la reinserción en el espacio de la ciudad y la reconstrucción de las relaciones interpersonales.

Son casas localizadas en el espacio urbano, constituidas para responder a las necesidades de vivienda de personas con diagnóstico de trastornos mentales graves, institucionalizados o no. Las dos modalidades de UA-TMG, a describirse más adelante, se mantienen como unidades de vivienda, insertadas en la comunidad, debiendo estar localizadas fuera de los límites de las unidades hospitalarias generales o especializadas, y vinculadas a la red pública de servicios de salud.

El número de moradores puede variar desde 4 individuos hasta un grupo de máximo 10 personas. Todos los moradores deberán contar siempre con el apoyo profesional sensible a las demandas y necesidades de cada uno.

El apoyo de carácter interdisciplinario (sea con un Centro de Salud, con un equipo de atención integral en salud (EAIS), o un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) – donde estuviese disponible) deberá considerar la singularidad de cada uno de los moradores y no apenas proyectos y acciones basadas en el colectivo de los mismos. El acompañamiento a un morador debe proseguir, aunque cambie de dirección o eventualmente sea hospitalizado.

Los objetivos de las UA-TMG son:

- a) Actuar como unidad de soporte residencial inclusiva destinada, prioritariamente, a los usuarios sometidos a tratamiento psiquiátrico en régimen hospitalario prolongado
- b) Garantizar atención biopsicosocial a usuarios con grave dependencia institucional que no tengan entera autonomía social y no posean vínculos familiares y de vivienda
- c) Promover la reinserción de esta población a la vida comunitaria, social, laboral, educativa, según sus necesidades y habilidades

Existen dos tipos de UA-TMG, que son:

UA-TMG I – El soporte se focaliza en la inserción de los moradores en la red social existente (trabajo, diversión, educación, etc.). El acompañamiento en la unidad de acogida es realizado conforme recomendado en los proyectos terapéuticos individualizados de cada uno de los moradores.

Este es el tipo más común de residencias, donde es necesario apenas el apoyo de un cuidador, que es una persona que recibe capacitación para este tipo de apoyo a los moradores. Puede ser un trabajador del CAPS, EAIS, de alguna institución que

haga ese trabajo específico o hasta un trabajador doméstico contratado para la UA-TMG.

UA-TMG II – Dirigida para adultos mayores, enfermos y/o dependientes físicos, con ayuda de profesionales. La UA-TMG II es la casa de los cuidados sustitutivos familiares de esta población institucionalizada, muchas veces, por una vida entera. El soporte se focaliza en la reapropiación del espacio residencial como vivienda y en la inserción de los moradores en la red social existente. Este tipo de UA-TMG está constituida para usuarios que necesitan supervisión, con monitoreo técnico diario y personal auxiliar permanente en la residencia.

El personal de las UA-TMG se distribuirá como consta a seguir, y estará vinculado con los equipos de los servicios ambulatorios mencionados arriba, para la asistencia y supervisión de las actividades:

UA-TMG I:

- a) 1 Cuidador
- b) EAIS (equipo de atención integral de salud de un centro de salud cercano, como apoyo)

UA-TMG II:

- a) 1 Auxiliar de Enfermería
- b) EAIS (equipo de atención integral de salud de un centro de salud cercano, como apoyo)
- c) Especialistas (en itinerancia y según las necesidades de los moradores)

El proceso de rehabilitación psicosocial debe buscar de modo especial la inserción del morador en la red de servicios, organizaciones y relaciones sociales de la comunidad. Es decir, la inserción en una UA-TMG es el inicio de un largo proceso de rehabilitación que deberá buscar la progresiva inclusión social del morador.

Es necesario recalcar que lo primordial de este dispositivo es la vivienda (como solución habitacional), vivir (como cotidianeidad) y vivir en la ciudad (como es la reinserción). Así, estas unidades de acogida no son precisamente servicios de salud, sino espacios para vivir articulados a la red de atención psicosocial de cada distrito – que está compuesta por más que servicios de salud –, donde lo terapéutico está en la propia cotidianeidad y convivencia.

Normas y criterios para ser considerada una UA-TMG:

- a) Debe estar vinculada con el Sistema Nacional de Salud
- b) Estar de acuerdo a los parámetros del MAIS, siendo responsabilidad del gestor local el ofrecer una asistencia integral a estos usuarios, planeando las acciones de salud de forma articulada en los diversos niveles de complejidad de la red de salud
- c) Estar bajo la gestión preferencial del nivel local y vinculado, técnicamente, al servicio ambulatorio de salud mental más cercano (centro de salud o CAPS).

Características físico-funcionales de las UA-TMG⁷⁴:

1. Presentar una estructura física situada fuera de los límites de unidades hospitalarias generales o especializadas, siguiendo los criterios establecidos por las autoridades locales (zonales)
2. La existencia del espacio físico que contemple de manera mínima:
 - a. Dimensiones específicas compatibles para abrigar un número de máximo 10 (diez) moradores, acomodados en la proporción de hasta 3 (tres) por dormitorio, evitando tener cuartos generales⁷⁵
 - b. Sala de estar con muebles adecuados para el confort y la comodidad de los moradores
 - c. Dormitorios debidamente equipados con cama y armario individuales
 - d. Número de baterías sanitarias completas de acuerdo a la normativa vigente
 - e. Cocina para la ejecución de las actividades domésticas con los equipamientos y utensilios necesarios (refrigeradora, cocina, armarios, cubiertos, vajilla, etc.)
 - f. Garantía de, mínimo, tres comidas diarias: desayuno, almuerzo y cena.
 - g. De preferencia, no deberán tener población mixta de hombres y mujeres, salvo casos que sean discutidos previamente.
 - h. La población beneficiaria de estas unidades de acogida: adulto-joven, adulto-mayor (18 años en adelante).
 - i. Para casos de emergencia, habrá coordinación con el ECU 911.

4.2.2.1.2 Acogimiento Transitorio

Las Acogimiento Transitorio se refiere a casas localizadas en el espacio urbano, constituidas para responder a las necesidades de vivienda de personas que están recibiendo un tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas, y se convierten en una herramienta para facilitar su integración social y adhesión al mismo tratamiento. Es decir son viviendas convencionales, sin funciones asistenciales cuyo objetivo es alcanzar el mayor grado de autonomía personal y rescatar habilidades de convivencia dentro de un ambiente formativo, libre de sustancias preferentemente en núcleos urbanos.

El número de usuarios puede variar desde 1 individuo hasta un grupo de máximo 10 personas, que deberán contar siempre con un soporte profesional sensible a las demandas y necesidades de cada uno, que será un Operador Terapéutico 24 horas, con un teléfono para emergencia. La propuesta de implementación se plantea en coordinación con los Gobiernos Autónomos Descentralizados.

El soporte de carácter interdisciplinario por parte de un equipo de atención integral en salud (EAIS), deberá considerar la singularidad de cada uno de los usuarios/as. El acompañamiento al usuario debe proseguir, aunque él se cambie de dirección o eventualmente sea hospitalizado.

El proceso de integración social debe buscar tanto la inserción del usuario en la red de servicios, como su participación en actividades comunitarias, laborales, educativas, culturales, de ocio, etc.

El talento humano de las unidades de acogimiento transitorio es:

- 1 Cuidador y/o Operador Terapéutico 24 horas.
- EAIS (el usuario/a acudirá al Centro de Salud Tipo B o C más cercano, a fin de continuar con su tratamiento).

Cuadro 8. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para las unidades de Acogimiento Transitorio (UA)

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA LAS ACOGIMIENTO TRANSITORIO (UA)
Mayores de edad:	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Trabajo de sensibilización con la comunidad/barrio donde está la UA• Trabajo con los familiares y la comunidad para la reducción del estigma.• Articulación con entidades encargadas de la integración laboral, educativa y/o comunitaria.• Realizar la primera acogida de los usuarios.

	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de reducción de riesgos y daños.
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulación con los servicios de la red de atención integral a usos y consumo de alcohol y otras drogas.
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo social y apoyo psicosocial: integración laboral, educativa, familiar, cultural y de ocio según las necesidades de los usuarios/as. • Articulación con grupos de autoapoyo. • Apoyo en el ejercicio de la ciudadanía. • Articulación con los servicios comunitarios existentes en el territorio, que apoyen a la rehabilitación de cada usuario.

4.2.2.2 Primer Nivel de Atención

4.2.2.2.1 Centros de Salud

Cuadro 9. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el primer nivel de atención: Centros de Salud

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Recién Nacidos niños/as hasta 4 años	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y educación a padres o cuidadores • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño y fortalecer el vínculo afectivo • Promover la estimulación Psicomotriz y de Lenguaje • Psicoprofilaxis del parto y preparación para la maternidad • Buen trato
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de problemas de violencia en el hogar y rechazo de progenitores al recién nacido • Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. • Detección de problemas de violencia, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los padres • Detección precoz de depresión post parto
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: trastornos en el desarrollo y trastornos afectivos, emocionales, violencia, maltrato infantil, consumo de alcohol y otras drogas en los padres • Diagnóstico y tratamiento de discapacidades (psicomotriz)
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psico rehabilitación basadas en la familia y comunidad
Niños/as de 5 a 9 años:	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y educación a padres o cuidadores • Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje. • Promover conductas saludables • Promoción de los derechos y valores en los niños • Fomentar espacios seguros y saludables • Desarrollo de aptitudes intelectuales • Habilidades personales • Habilidades sociales

	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de afrontamiento • Motivación académica • Gestión intersectorial con Educación para integrar la promoción de la salud en las actividades curriculares • Buen Trato • Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección precoz de problemas en las habilidades escolares; trastornos afectivos, emocionales. Prevención de maltrato: físico, psicológico, sexual. • Depresión • Ideación suicida/prevención de intentos de suicidio • Bullying <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Problemas de habilidades escolares; Trastornos afectivos, emocionales; maltrato infantil. • Diagnóstico y tratamiento de discapacidades (psicomotriz) <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia y comunidad
<p>Adolescentes 10 a 19 años:</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y educación a padres o cuidadores • Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del adolescente, Fortalecer el vínculo afectivo • Información y educación sobre: Violencia, derechos, valores, salud sexual y salud reproductiva, culturas urbanas y juveniles. • Apoyar en procesos de identidad en adolescentes y jóvenes (grupos) • Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones • Gestión intersectorial con Educación para integrar la promoción de la salud en actividades curriculares • Desarrollo de la creatividad • Habilidades personales • Habilidades sociales • Habilidades de afrontamiento • Cambios emocionales en adolescencia • Motivación académica • Identidad social e identificación • Conductas saludables • Práctica de actividad física • Buen trato • Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental • Talleres para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a usuarios y familiares <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad • Atención preventiva de adolescentes en riesgo: depresión, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia. • Depresión • Automutilación • Bullying

	<ul style="list-style-type: none"> • Distrés y ansiedad • Prevención de intentos de suicidio • Grupos de autoayuda profesionalizados • Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados reconocidos por la Federación Ecuatoriana de Alcohólicos Anónimos (AA) • Prevención de los usos y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas • Intervenciones breves del EAIS encaminadas a las detección precoz, intervención breve, asistencia y/o referencia a niveles de mayor complejidad • Programa de reducción de riesgos y daños <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: Trastornos afectivos, emocionales, de la alimentación; violencia; problemas de aprendizaje, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas • Desintoxicación ambulatoria, si cumple con los criterios de inclusión <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psico rehabilitación basadas en la familia, comunidad. • Talleres ocupacionales comunitarios • Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio y comunitario • Grupos de autoayuda profesionalizados para usuarios/as, familiares y comunidad • Programa de reducción de riesgos y daños
<p>Adultos de 20 a 64 años:</p>	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover salud sexual y salud reproductiva • Conformación de grupos de culturas urbanas, juveniles • Fortalecer la participación social y exigencia de derechos • Información/preparación sobre matrimonio, jubilación, muerte de familiares, amigos • Desarrollo de la creatividad • Habilidades personales • Habilidades sociales • Habilidades de afrontamiento • Destrezas emocionales laborales • Motivación académica • Prácticas saludables • Práctica de actividad física • Ocupación del tiempo libre • Convivencia armónica en pareja • Preparación para la menopausia/andropausia • Aprovechamiento del nido vacío • Buen trato • Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental y al profesional en salud mental • Talleres para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a usuarios/as y familiares <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva en: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia (social, VIF), trastornos afectivos, emocionales, cognitivos; Inactividad física. Discapacidad, problemas de salud mental (crisis psicológicas) en personas con enfermedades crónicas ECNT • Deterioro cognitivo • Mobbing

	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés, ansiedad • Burn out • Prevención de intentos de suicidio • Grupos de autoayuda profesionalizados • Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados reconocidos por la Federación Ecuatoriana de Alcohólicos Anónimos (AA) • Intervenciones breves del EAIS encaminadas a las detección precoz, intervención breve, asistencia y/o referencia a niveles de mayor complejidad • Prevención de los usos y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas <p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: Trastornos afectivos, emocionales, de la alimentación; violencia; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, trastornos cognitivos • Desintoxicación ambulatoria, si cumple con criterios de inclusión • Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios/as atendidos/as. Coordinación con la red de apoyo social • Talleres ocupacionales comunitarios <p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia, comunidad • Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio y comunitario • Grupos de autoayuda profesionalizados para usuarios, familiares y comunidad • Programa de reducción de riesgos y daños
Adulto mayor > 65 años:	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el buen trato al adulto mayor, envejecimiento activo, salud sexual • Fomentar espacios saludables, recreativos, creación de grupos de apoyo de pares • Fomentar la participación social y exigencia de derechos • Información/preparación sobre jubilación, muerte propia y de familiares, amigos. • Desarrollo de la creatividad • Habilidades personales • Habilidades sociales • Habilidades de afrontamiento • Conductas saludables • Práctica de actividad física • Ocupación del tiempo libre • Convivencia armónica en pareja • Buen trato • Aprovechamiento del nido vacío • Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental y al profesional en salud mental <p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo • Valoración precoz y diagnóstico de episodios de depresión, violencia, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, problemas de salud mental (crisis psicológicas) en personas con enfermedades crónicas ECNT • Prevención de intentos de suicidio

	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: Trastornos afectivos, emocionales, del sueño; violencia; consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, trastornos cognitivos. • Desintoxicación ambulatoria, si cumple con criterios de inclusión. • Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios atendidos • Coordinación con la red de apoyo social • Talleres ocupacionales comunitarios
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia, comunidad • Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio y comunitario • Grupos de autoayuda profesionalizados para usuarios, familiares y comunidad • Programa de reducción de riesgos y daños
Mujeres embarazadas:	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el Buen trato en la familia • Fortalecimiento de vínculo afectivo con el recién nacido • Psicoprofilaxis del parto • Promover la Participación social y exigencia de Derechos • Bienestar emocional durante embarazo • Estimulación precoz • Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental y al profesional en salud mental
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de riesgo: ansiedad, violencia, consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas • Depresión gestacional.
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: Trastornos afectivos, emocionales, ansiedad relacionado al parto y a la maternidad; violencia; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia , comunidad

Fuente: MAIS
Elaborado por: DNPNA, 2013

4.2.2.2.2 Centro Ambulatorio para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CATAD)

El CATAD es un establecimiento que funciona en el primer nivel de atención, en los Centros de Salud Tipo C, para brindar servicios especializados a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, y que cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. Es un establecimiento de referencia provincial.

Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio intensivo, cuenta con un Responsable Técnico (psiquiatra, médico/psicólogo con experiencia en atención integral al consumo problemático), asistente administrativo, personal de limpieza, personal de seguridad y guardianía, Psicólogo Clínico, Psiquiatra

(itinerante), Trabajador social, Médico, Enfermeros especialistas en salud mental, Nutricionista (interconsulta), Odontólogo (interconsulta), Instructor de terapia ocupacional, Operador Socio-terapéutico⁷⁶.

Cuadro 10. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para Centros Ambulatorios para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CATAD)

CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA CENTROS AMBULATORIOS PARA EL TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CATAD)	
Adolescentes hombres, adolescentes mujeres, Adultos hombres, adultas mujeres.	<u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres para la promoción, prevención con usuarios, familiares y comunidad. • Actividades orientadas a la sensibilización de la comunidad y la reducción del estigma • Investigación no experimental y cuasi experimental (aplicación de técnicas psicoterapéuticas) • Actividades de vinculación con la comunidad: exposiciones, casas abiertas, talleres abiertos a la comunidad, etc. • Implementar acciones de promoción de la salud y salud mental para usuarios, familiares y comunidad en general • Sensibilización y apoyo a la familia: información y acompañamiento de casos • Visitas domiciliarias: Atención realizada por un profesional del CATAD a los usuarios y/o familiares en casa • Desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales, personales y de afrontamiento.
	<u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración, asesoramiento y seguimiento a través de grupos de autoayuda profesionalizados y sus familiares • Programa de reducción de riesgos y daños
	<u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Información al usuario/a y familiares. Referencia de servicios de menor o mayor complejidad. Reclamos y sugerencias de los usuarios • Tratamiento ambulatorio • Tratamiento ambulatorio intensivo • Desintoxicación ambulatoria no hospitalaria, farmacoterapia (en caso de requerirlo). Conjunto de procedimientos destinados al tratamiento de la intoxicación/abstinencia decurrente del uso abusivo de alcohol y otras drogas • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Grupos de autoayuda profesionalizados y no profesionalizados • Psicoterapia familiar • Terapia Ocupacional • Prevención de recaídas: individual y grupal • Estrategias psicoterapéuticas de comunidad • Atención médica, nutricional (interconsulta), odontológica (Interconsulta), psicológica, vivencial, psiquiátrica a los usuarios • Consultas psiquiátricas y psicológicas programadas, urgentes e intervenciones en crisis para los usuarios • Programa de reducción de riesgos y daños de bajo y alto umbral (de acuerdo al caso)

<u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio • Grupos de autoayuda profesionalizados • Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados • Integración social: individual, laboral, educativa y familiar • Programa de prevención de recaídas (de acuerdo al caso) • Talleres culturales: actividades constantes que buscan despertar en el usuario un mayor interés por los espacios de cultura (monumentos, edificios históricos, fiestas anuales, fiesta artística de improvisación, etc.) de su barrio o ciudad, promoviendo mayor integración de usuarios y familiares con su lugar de vivienda • Actividades dirigidas a la integración del usuario en la comunidad: casas abiertas, exposiciones, paseos • Actividades de soporte social: proyectos de inserción en el trabajo, articulación con los servicios residenciales terapéuticos, actividades de diversión, encaminamientos para la entrada en la red educativa, para obtención de documentos y apoyo para el ejercicio de derechos civiles a través de la formación de asociaciones de usuarios y/o familiares

Criterios de inclusión ambulatorio intensivo

Modalidad terapéutica que atiende a Personas con diagnóstico F10 a F19 (excepción F17) subcategorías .1, .2 según el CIE-10, cuyos problemas tienen un grado de severidad que aplican para un programa ambulatorio pero requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad de los cuidados, los cuales pueden ser brindados en un marco de frecuencia diario y durante períodos de permanencia de varias horas que cuentan con decidido apoyo familiar y/o comunitario. En esta modalidad pueden incorporarse componentes que habitualmente se brindan en una modalidad residencial (Comunidad Terapéutica) como son la terapia ocupacional, grupos de auto-apoyo, terapia individual, terapia grupal y que proporcionan mayor estructura.

Características

Este dispositivo obedece a des-institucionalizar el tratamiento de salud mental, apostando a fortalecer a la comunidad, dar atención oportuna que evite la internación como primera opción al momento de abordar a la persona con consumo problemático alcohol y otras drogas.

El MAIS apunta al fortalecimiento del primer nivel de atención, y esta estrategia está en concordancia con la atención integral a los usos y consumo de drogas. La evidencia determina restringir lo menos posible la libertad de una persona al momento de abordarla⁷⁷, por lo que el tratamiento residencial se presenta como la última opción a emplear, luego de haber agotado todas las alternativas terapéuticas y al estudiarse

las condiciones socio-económicas-familiares del usuario. En este sentido los Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD) buscan brindar una atención oportuna a las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, que en caso de requerir un tratamiento especializado, sea el CATAD el eslabón para evitar la internación. Cuesta un 40% del costo de una CATAD, no se necesita separar hombres de mujeres en el tratamiento. Si el usuario precisa de una atención con mayor periodicidad y mayor número de horas, factor que no lo puede hacer el Centro de Salud.

Gestión del CATAD

Los CATAD deben ofrecer atención diaria a pacientes que tienen consumo problemático de alcohol y otras drogas, permitiendo la planificación terapéutica dentro de una perspectiva individualizada de evolución continua. Posibilita aún intervenciones precoces, limitando el estigma asociado al tratamiento. Así, la red propuesta se basa en esos servicios comunitarios, apoyados por lechos psiquiátricos en hospital general y otras prácticas de atención comunitaria (ejemplo: internación domiciliar. Integración social y comunitaria de servicios), de acuerdo con las necesidades de la población objetivo de los trabajos. Los CATAD desarrollan una gama de actividades que van desde la atención individual (medicamentoso, psicoterapéutico, de orientación, entre otros) hasta atención en grupo o talleres terapéuticos y visitas domiciliarias. También deben ofrecer condiciones para la desintoxicación ambulatoria de pacientes que necesiten de ese tipo de cuidados y que no demanden atención clínica hospitalaria.

La prevención del uso y consumo problemático de alcohol y otras drogas puede ser definido como un proceso de planificación e implementación de múltiples estrategias volcadas hacia la reducción de los factores de riesgo específicos y fortalecimiento de los factores de protección. Implica necesariamente la integración social y comunitaria de las prácticas propuestas, con la participación de todos los segmentos sociales disponibles. La prevención tendría como objetivo realizar acciones de prevención secundaria y terciaria del consumo problemático de alcohol y otras drogas.

La lógica que sustenta tal planificación debe ser la de la reducción de riesgos y daños, en una amplia perspectiva de prácticas dirigidas a minimizar las consecuencias globales del uso de alcohol y otras drogas. La planificación de programas asistenciales de menor exigencia contempla una mayor parte de la población, dentro de una perspectiva de salud pública, lo cual encuentra el debido respaldo en propuestas más

flexibles, que no tengan a la abstinencia total como la única meta viable y posible para los usuarios de los servicios CATAD.

Los equipos técnicos se deben organizar para acoger a los usuarios, desarrollar los proyectos terapéuticos, trabajar en las actividades de rehabilitación psicosocial, compartir el espacio de convivencia del servicio y poder lidiar con problemas inesperados y otras cuestiones puedan demandar de atención inmediata, durante todo el período de funcionamiento de la unidad.

El papel del equipo técnico es fundamental para la organización, desarrollo y mantenimiento del ambiente terapéutico. La duración de la permanencia de los usuarios en la atención de los CATAD depende de muchas variables, desde el comprometimiento psíquico del usuario, hasta el proyecto terapéutico trazado, y la red de apoyo familiar y social que se pueda establecer. Lo importante es saber que el CATAD no debe ser un lugar que desarrolla dependencia del usuario a su tratamiento por toda la vida. El proceso de reconstrucción de los lazos sociales, familiares y comunitarios, que van a posibilitar la autonomía, debe ser cuidadosamente preparado y ocurrir de forma progresiva.

Para eso, es importante recordar que el CATAD necesita estar insertado en una red articulada de servicios y organizaciones que se proponen a ofrecer un continuum de cuidados. Es importante resaltar que los vínculos terapéuticos establecidos por los usuarios con los profesionales y con el servicio, durante la permanencia en el CATAD, pueden ser parcialmente mantenidos en esquema flexible, lo cual puede facilitar la trayectoria con más seguridad en dirección a la comunidad, a su territorio reconstruido y res significado.

El protagonismo de los usuarios es fundamental para que se alcancen los objetivos de los CATAD, como dispositivos de promoción de la salud y de la rehabilitación psicosocial. Los usuarios deben ser llamados a participar de las discusiones sobre las actividades terapéuticas del servicio. El equipo técnico puede favorecer la apropiación, por los usuarios, de su propio proyecto terapéutico a través del terapeuta de referencia, que es una persona fundamental para ese proceso y necesita pensar sobre el vínculo que el usuario está estableciendo con el servicio y con los profesionales y estimularlo a participar de forma activa de su tratamiento y de la construcción de lazos sociales.

Los usuarios deben buscar a los técnicos para salir de dudas y pedir orientación siempre que lo necesiten, entrando directa o indirectamente en contacto con el CATAD, incluso cuando no estuviese en condiciones de ir al servicio. La participación de los usuarios en las Asambleas muchas veces es un buen indicador de

la forma como ellos están relacionándose con el CATAD. Las asociaciones de usuarios y/o familiares muchas veces surgen de esas asambleas que van cuestionando las necesidades del servicio y de los usuarios. Los usuarios deben ser incentivados a crear sus asociaciones o cooperativas, donde puedan, a través de la organización, discutir sus problemas comunes y buscar soluciones colectivas para cuestiones sociales y de derechos esenciales, que sobrepasan las posibilidades de actuación de los CATAD.

Las organizaciones de usuarios y/o familiares pueden tener un papel muy importante en el cambio del modelo asistencial, participando activamente de la discusión sobre los servicios de salud mental y promoviendo actividades que buscan la mayor inserción social, generación de empleo e ingresos económicos y la garantía de sus derechos sociales.

Uno de los objetivos del CATAD es incentivar que las familias participen de la mejor forma posible del cotidiano de los servicios. Los familiares son, muchas veces, el elo más cercano que los usuarios tienen con el mundo y por eso son personas muy importante para el trabajo de los CATAD. Los familiares pueden participar de los CATAD, no solamente incentivando al usuario para que se involucre en el proyecto terapéutico, sino también participando directamente de las actividades del servicio, tanto internas como en los proyecto de trabajo y acciones comunitarias de integración social. Los familiares son considerados por los CATAD como compañeros en el tratamiento.

La comunidad es un conjunto de personas, asociaciones y equipamientos que hacen existir la vida en una cierta localidad. La articulación entre CATAD y comunidad es, por lo tanto, fundamental. La comunidad – servicios públicos de las áreas de educación, de deportes y diversión, del trabajo, asociaciones de moradores, club de madres, asociaciones comunitarias, voluntarios – podrá ser aliada de los CATAD a través de donaciones, préstamo de instalaciones, prestación de servicios, instrucción o entrenamiento en algún asunto u oficio, realización conjunta de un evento especial (una fiesta, por ejemplo), realización conjunta de proyectos más largos, participación en las actividades de rutina del servicio.

Con esas alianzas y acciones, la comunidad produce un grande y variado conjunto de relaciones de intercambio, lo cual es bueno para la propia comunidad y para todos los CATAD. Las alianzas ayudan a toda la comunidad a reforzar sus lazos sociales y afectivos y producen mayor inclusión social de sus miembros. Por eso la participación de la comunidad es muy importante para la creación de una red de salud

mental. El CATAD debe ser parte integrante de la comunidad, de su vida, diaria y de sus actividades culturales.

4.2.2.2.3 Centros de Atención Psicosocial (CAPS)⁷⁸

Los Centros de Atención Psicosocial son establecimientos destinados a brindar atención a los usuarios con trastornos mentales, estimular su integración social y familiar, apoyarlos en sus iniciativas de búsqueda de autonomía, ofrecerles atención médica y psicológica. Su característica principal es buscar integrarlos a un ambiente social y cultural concreto, designado como su territorio, el espacio de la ciudad donde se desarrolla la vida cotidiana de usuarios y familiares. Los CAPS constituyen la principal estrategia en el proceso de desinstitucionalización y de reforma de la atención de salud mental.

Deben estar articulados en la red de servicios de salud y necesitan permanentemente de otras redes sociales, de otros sectores afines, para enfrentar a la complejidad de las demandas de inclusión de aquellos que están excluidos de la sociedad por trastornos mentales. Deben trabajar en conjunto con los equipos de atención integral en salud y los técnicos de atención primaria en salud, en cuanto a la promoción de la vida comunitaria y de la autonomía de los usuarios, articulando los recursos existentes en otras redes: socio-sanitarias, jurídicas, cooperativas de trabajo, escuelas, empresas, etc.

Es un servicio de salud abierto y comunitario, un lugar de referencia y tratamiento para personas que sufren de trastornos mentales, psicosis, neurosis graves y demás cuadros, cuya gravedad y/o persistencia justifiquen su permanencia en un dispositivo de cuidado intensivo, comunitario y personalizado.

Su objetivo es ofrecer atención a personas con trastornos mentales graves y persistentes, mediante el acompañamiento clínico diario y ambulatorio, y la reinserción social de los usuarios por el acceso al trabajo, diversión, ejercicio de los derechos civiles y fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios, evitando las internaciones y reinternaciones en hospitales psiquiátricos.

Estos servicios deben ser sustitutivos y no complementarios al hospital psiquiátrico. De hecho, el CAPS es el núcleo de un nuevo ejercicio de la clínica, productora de autonomía, que invita al usuario a la asumir la responsabilidad y ser protagonista en toda la trayectoria de su tratamiento.

El perfil poblacional de los territorios es sin duda uno de los principales criterios para la planificación de la red de atención a la salud mental en las ciudades, y para la

implementación de Centros de Atención Psicosocial. El criterio poblacional, sin embargo, debe ser comprendido apenas como un orientador para la planificación de las acciones de salud, y debe ir de la mano del perfil epidemiológico. De hecho, es el gestor local, articulado con las otras instancias de gestión de la red pública, que tendrá las condiciones más adecuadas para definir los equipamientos que mejor responden a las demandas de salud mental de su territorio.

Descripción técnica:

Son establecimientos de salud locales/territorializados que ofrecen atención de cuidados intermediarios entre el régimen ambulatorio y la internación hospitalaria, en uno o dos turnos de 4 horas, por un equipo multidisciplinario. Podrán constituirse también en la puerta de entrada de la red de servicios para las acciones relativas a la salud mental, considerando su característica de unidad de salud local y regionalizada. Atienden también a usuarios referenciados de otros servicios de salud, de los servicios de urgencia psiquiátrica o egresos de internación hospitalaria. Deberán estar integrados a una red descentralizada y jerarquizada de cuidados en salud mental, como la planteada en el MAIS.

Deberán funcionar en un área física específica e independiente de cualquier estructura hospitalaria. En el caso de estar dentro del territorio de una unidad hospitalaria, deberán tener acceso independiente y equipo profesional propio.

Son unidades asistenciales que pueden funcionar 24 horas por día, durante los siete días de la semana o durante los cinco días hábiles, de las 8hs a las 17hs, según definiciones del órgano gestor local.

Los CAPS pueden ofrecer diferentes tipos de actividades terapéuticas. Esos recursos van más allá del uso de consultas y de medicamentos, y caracterizan lo que conoce como *clínica ampliada*. Esa idea de clínica viene siendo reconstruida en las prácticas de atención psicosocial, provocando cambios en las formas tradicionales de comprensión y de tratamiento de los trastornos mentales.

Los CAPS deben ofrecer acogida diurna y, cuando sea posible y necesario, nocturna. Deben tener un ambiente terapéutico y acogedor, que pueda incluir personas en situación de crisis, muy desestructuradas y que no consigan, en aquel momento, acompañar las actividades organizadas de la unidad. El éxito de la acogida de la crisis es esencial para el cumplimiento de los objetivos de un CAPS, que es el de atender a los trastornos mentales graves y evitar las internaciones.

De esta forma, el CAPS puede articular cuidado clínico y programas de rehabilitación psicosocial. Así, los proyectos terapéuticos deben incluir la construcción

de trabajos de inserción social, respetando las posibilidades individuales y los principios de ciudadanía que minimicen el estigma y promuevan el protagonismo de cada usuario frente a su vida. Muchas cosas se pueden hacer en un CAPS, siempre y cuando tengan sentido para promover las mejores oportunidades de intercambio afectivo, simbólico, material, capaces de favorecer vínculos e interacción humana.

La frecuencia de los usuarios en los CAPS dependerá de su proyecto terapéutico. Es necesario que exista flexibilidad, pudiendo variar de cinco veces por semana con ocho horas por día a, por lo menos, tres veces por mes. Lo que también determina la frecuencia de los usuarios en el servicio es el acceso que tienen al CAPS, el apoyo y/o el acompañamiento familiar y la disponibilidad de involucramiento en las actividades comunitarias, organizativas, de generación de ingresos económicos y trabajo.

Por otro lado, los CAPS III funcionan 24 horas y pueden ofrecer acogimiento nocturno. El acogimiento nocturno y la permanencia en los fines de semana deben ser entendidos como un recurso terapéutico más, buscando proporcionar atención integral a los usuarios de los CAPS y evitar internaciones psiquiátricas. Este acogimiento podrá ser utilizado en las situaciones de grave comprometimiento psíquico o como un recurso necesario para evitar que crisis emerjan o se profundicen.

El CAPSi es un servicio de atención diaria destinado a la atención de niños y adolescentes gravemente comprometidos psíquicamente. Están incluidos en esta categoría los portadores de autismo, psicosis, neurosis graves y todos aquellos que, por su condición psíquica, están imposibilitados de mantener o establecer lazos sociales. Se amplían las posibilidades del tratamiento para niños y adolescentes cuando la atención tiene inicio lo más temprano posible, debiendo, por lo tanto, los CAPSi establecer la articulación necesaria con la red de salud, educación y asistencia social ligadas al cuidado de la población infanto-juvenil.

Los equipos de talento humano estarán conformados de la siguiente manera, según el tipo de CAPS:

- **CAPS I:** Para atención diaria de adultos con trastornos mentales graves y persistentes, en horario de atención normal de las unidades operativas.

- 1 especialista en psiquiatría (itinerante), o
- 1 médico familiar (con experiencia en Salud Mental) (itinerante),
- 3 otros profesionales de nivel superior de entre las categorías: psicología, terapia ocupacional y afines
- 1 asistente administrativo,

- 6 pasantes o voluntarios

- **CAPS II:** Para atención diaria de adultos con trastornos mentales graves y persistentes, en un horario extendido, de acuerdo a lo establecido para las unidades operativas.

- 1 especialista en psiquiatría (itinerante), o
- 1 especialista en medicina familiar (con experiencia en Salud Mental) (itinerante),
- 6 otros profesionales de nivel superior de entre las categorías: psicología, terapia ocupacional y afines, 1 asistente administrativo,
- 6 pasantes o voluntarios

- **CAPS III:** Para atención diaria y nocturna de adultos, durante siete días de la semana, atendiendo a personas con trastornos mentales graves y persistentes. Tiene la posibilidad de tener camas para observación de corto plazo. Tiene horario de atención de 24 horas.

- 2 especialistas en psiquiatría (1 itinerante o 1 especialista en medicina familiar),
- 1 profesional de enfermería, con formación en salud mental,
- 5 profesionales de nivel superior de otras categorías profesionales: psicología, terapia ocupacional, pedagogía, etc.,
- 1 asistente administrativo,
- 6 pasantes o voluntarios

- **CAPSi – Para infancia y adolescencia:** Para atención diaria para niños y adolescentes con trastornos mentales, con horario extendido, de acuerdo a lo establecido para las unidades operativas.

- 1 especialista en psiquiatría o neurología o pediatría, con formación en salud mental,
- 1 profesional de enfermería,
- 4 profesionales de nivel superior entre las siguientes categorías: psicología, enfermería, terapia ocupacional, fonoaudiología, pedagogía, etc.,
- 1 asistente administrativo,
- 5 pasantes o voluntarios

La necesidad de medicación de cada usuario de los CAPS debe ser evaluada constantemente con los profesionales del servicio. Los CAPS pueden organizar la rutina de administración de medicamentos y/o asesorar usuarios e familiares en cuanto a su adquisición y administración, observándose el uso diferenciado y de acuerdo con el diagnóstico y con el proyecto terapéutico de cada uno.

Los talleres terapéuticos son una de las principales formas de tratamiento ofrecido en los CAPS. Estos talleres son actividades realizadas en grupo con la presencia y orientación de uno o más profesionales, monitores y/o pasantes. Se realizan varios tipos de actividades que pueden ser definidas a través del interés de los usuarios, de las posibilidades de los técnicos del servicio, de las necesidades, teniendo en vista la mayor integración social y familiar, la manifestación de sentimientos y problemas, el desarrollo de habilidades corporales, la realización de actividades productivas, el ejercicio colectivo de la ciudadanía.

De la implementación de los CAPS: La implementación de los CAPS se hará de acuerdo a criterios de población y perfil epidemiológico. Es decir, estarán disponibles para un territorio determinado, siempre que el perfil epidemiológico lo respalde.

Cuadro 11. Conjunto de Acciones Integrales para los Centros de Atención Psicosocial - CAPS

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL – CAPS
Adultos de 18 en adelante Niños (CAPSi)	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización y apoyo a la familia: información y acompañamiento de casos • Promoción de la salud mental, con el individuo, la familia y la comunidad • Fortalecimiento y desarrollo de habilidades sociales, personales y de afrontamiento • Actividades abiertas a la comunidad: casas abiertas, exposiciones, talleres abiertos • Visitas domiciliarias: Atención realizada por un profesional del CAPS a los usuarios y/o familiares en casa <hr/> <p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades para brindar información al usuario y la familia para la prevención de trastornos de salud mental y afecciones derivadas de los mismos • Actividades comunitarias encaminadas a la reducción del estigma alrededor de los problemas de salud mental

	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales graves • Intervención en crisis • Tratamiento medicamentoso • Tratamiento psicoterapéutico • Terapia ocupacional • Desintoxicación ambulatoria: Conjunto de procedimientos destinados al tratamiento de la intoxicación/abstinencia decurrente del uso abusivo de alcohol, tabaco y otras drogas <p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención individual: medicamentosa, psicoterapéutica, de orientación • Atención en grupos: psicoterapia, grupo operativo, atención en talleres terapéuticos, actividades psicoterapéuticas, talleres artísticos • Talleres culturales: actividades constantes que buscan despertar en el usuario un mayor interés por los espacios de cultura (monumentos, edificios históricos, fiestas anuales, fiesta artística de improvisación, etc.) de su barrio o ciudad, promoviendo mayor integración de usuarios y familiares con su lugar de vivienda • Actividades dirigidas a la integración del usuario en la comunidad: casas abiertas, exposiciones, paseos • Actividades de soporte social: proyectos de inserción en el trabajo, articulación con los servicios residenciales terapéuticos, actividades de diversión, encaminamientos para la entrada en la red educativa, para obtención de documentos y apoyo para el ejercicio de derechos civiles a través de la formación de asociaciones de usuarios y/o familiares
--	---

Fuente: MAIS

Elaborado por: Equipo Salud Mental MSP 2013

4.2.2.3 Segundo Nivel de Atención

4.2.2.3.1 Unidad de Salud Mental Hospitalaria - USMH (Hospital General/Básico/Especialidades)

Son unidades que atienden en régimen de hospitalización y ambulatorio a la población que requiera atención de Salud Mental por problemas de mayor complejidad, que necesita internamiento breve, como modo de contención de las crisis psicopatológicas o de la reagudización de sus cuadros clínicos. Se incluyen también los cuadros de intoxicación aguda por consumo de drogas. Presta asistencia en régimen ambulatorio a usuarios con trastorno mental grave (TMG), derivados por los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, cuando éstos requieren tratamiento de rehabilitación y reintegración social con orientación a la recuperación.

Las USMH cuentan con recursos especiales que las hacen diferentes de otros recursos (camas, médicos de otras especialidades, atención 24 horas, acceso a pruebas diagnósticas complejas, etc.).

Las principales ventajas de tener una Unidad de Salud Mental en el Hospital General:

- Disminución del estigma impuesto al enfermo y la enfermedad: En el hospital general, el enfermo mental pasa a ser visto como un usuario semejante a los otros.
- Proximidad y acceso: En general, los hospitales generales están próximos a las poblaciones servidas y son más accesibles. La mayor proximidad favorece la regionalización de los servicios, la continuidad de la asistencia, el tratamiento temprano de los trastornos mentales y disminuye, cuando menos en parte, el riesgo de la cronificación. Esto, en conformidad con la territorialidad propuesta en el Modelo de Atención Integral de Salud.
- Mayor transparencia de la práctica psiquiátrica: los hospitales generales, no estando tan aislados, permiten una mejor observación del trato dado a los usuarios y hasta la fiscalización contra posibles abusos y maltratos.
- Mejor atención a la salud física: la mayor disponibilidad de médicos de diversas especialidades y de recursos diagnósticos, facilita la detección y el tratamiento de interurrencias somáticas. Los estudios epidemiológicos han demostrado exhaustivamente la alta prevalencia de dolencias somáticas en los usuarios mentales.
- Mayor intercambio interdisciplinario entre las especialidades médicas, que favorece la asistencia, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.

El talento humano para las Unidades de Salud Mental Hospitalaria:

- 1 Médico Psiquiatra
- 1 Psicólogo
- 1 Trabajador Social
- Enfermera capacitada en Salud Mental

Prestaciones:

a. Emergencias/Urgencias en Salud Mental

Recibiría a todos aquellos casos en los que la red no pueda dar respuesta, ya sea por lo abrupto del caso, ya sea por la indicación de hospitalización, y en síntesis abordaría todos los casos con riesgo real de daño sin una respuesta adecuada por parte del sistema. Por poner ejemplos simples: usuario con grado variable de intoxicación por sustancias psicoactivas o un usuario con crisis de ansiedad que no remite con la intervención de la unidad de primer nivel y/ o del CAPS; otro caso podría

ser un usuario derivado a la Emergencia; usuario en seguimiento en el CAPS que presente recaída de su patología de base y el profesional indique ingreso; usuario que haya presentado efectos secundarios moderados y graves y requiera pruebas complementarias para ajuste del tratamiento (por ejemplo un usuario con sospecha de hepatitis se haría una analítica hepática urgente y en función del resultado analítico se ajustaría la medicación psiquiátrica). El nivel de atención de Emergencias podría ser la puerta de entrada para usuarios que no se encuentren en tratamiento en ningún dispositivo de la Red de Salud Mental por lo que su misión sería encauzar el caso y asegurar la continuidad de tratamiento.

b. Hospitalización

Camas de observación e internación de corto plazo dentro de la medicina interna o donde exista disponibilidad. Dado que se ubican en un Hospital General, serían rentables e idóneas para desintoxicación, gestos autolíticos (no intentos claros) que con una intervención breve podrían continuar de forma ambulatoria, usuarios en la fase inicial de descompensación, etc. Sería un recurso de Emergencia con ingreso de hasta 48 horas, donde a través de tratamiento intensivo pueda dar 2 resultados: la continuidad del tratamiento de forma ambulatoria o la decisión de ingreso en una unidad cerrada de psiquiatría. Las camas en medicina interna deben estar disponibles para internaciones de alrededor de dos semanas. El contar con esas camas de observación en la Emergencia y medicina interna del Hospital General evita ingresos en el psiquiátrico.

c. Salud Mental de Enlace (supervisión de enlace)

Brinda atención a los usuarios hospitalizados por otras causas. Es la comunión de la salud mental con otras especialidades. In situ brindaría la parte complementaria al tratamiento de las enfermedades físicas. Desarrollaría trabajo multidisciplinario y dentro de las áreas de intervención incluirían: usuarios con enfermedades genéticas, cáncer, obesidad mórbida, intervención psicológica prequirúrgica, intervención pos infarto, evaluación y seguimiento en trasplante, apoyo familiar en duelo, intervención en cuidados paliativos y usuario terminal, ajuste del tratamiento psiquiátrico en usuarios ingresados por patologías médicas (por ejemplo usuario psicótico que ingresa por insuficiencia renal), programas de adherencia VIH, tuberculosis, salud ocupacional, prevención de acoso laboral, mediación de conflictos intrainstitucionales, patologías traumáticas derivadas de acciones de violencia por consumo de sustancias psicoactivas, etc. El papel del equipo de enlace con el resto de especialistas del

hospital favorece el desarrollo de programas de prevención, promoción e investigación. Este apoyo y fortalecimiento se da tanto en el mismo segundo nivel como hacia el primer nivel de atención, para fortalecer su capacidad de respuesta.

d. Atención Ambulatoria en el Hospital General

Esta atención es de gran especialización y funciona mediante programas específicos. En este sentido, atiende a usuarios con trastorno mental grave que se encuentren inestables. Su principal objetivo sería el de evitar el ingreso y enlazar la continuidad del tratamiento con otros recursos de la red, como el primer nivel (centros de salud y CAPS). Los programas de tratamiento podrían incluir: anorexia y bulimia nerviosa, usuarios con intento de suicidio que pasen 48 horas en la observación de la emergencia y requieran ser valorados al día siguiente para ver evolución, desintoxicaciones ambulatorias y la correspondiente articulación con el primer nivel de referencia y contrareferencia, usuarios en la fase aguda de estrés postraumático, etc. La atención ambulatoria en un hospital general es un recurso específico para usuarios graves, inestables, para evitar el ingreso y derivar a otros recursos.

NOTA: Declaración de Caracas (1990), se establece una relación óptima: 95% de camas polivalentes y en dispositivos comunitarios y 5% de camas monovalentes.

Cuadro 12. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales/Básicos/Especialidades – USMH

CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA UNIDADES DE SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES/BASICOS/ESPECIALIDADES – USMH	
NNA y Adultos	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección de entornos saludables, mediante el desarrollo de habilidades y competencias para tomar decisiones favorables a la salud y el bienestar • Promoción del buen trato; con el objeto de mejorar las relaciones interpersonales mediante estrategias de buen trato en todos los ámbitos en que se desenvuelve la persona • Autocuidado del Personal de Salud; mediante el manejo de estrés y descargas emocionales dentro del lugar de trabajo • Formación de Grupos de ayuda mutua; que facilite la interacción de las personas estableciendo redes de apoyo • Actividades intramurales orientadas a la sensibilización y reducción del estigma
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades grupales tendentes a mejorar el clima terapéutico: grupos de ayuda mutua profesionalizados y no profesionalizados • Detección precoz

	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de Investigación, tanto para el diagnóstico epidemiológico como para la evolución de los diferentes procesos • Colaboración y asesoramiento a las Asociaciones tanto de usuarios como de familiares, así como con grupos de ayuda no profesionalizados (como NA, AA)
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información al usuario. Gestión de citas. Reclamaciones y sugerencias de los usuarios • Servicio de hospitalización para observación (corta estancia): Atención psiquiátrica y psicológica a los usuarios hospitalizados • Manejo de desintoxicación aguda para trastornos mentales y del Comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, sub-categoría intoxicación aguda, que amerita manejo hospitalario • Abordaje asistencial integral, con procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, que sólo pueden realizarse en el marco hospitalario, con supervisión de 24h • Atención de las interconsultas psiquiátricas y apoyo psicológico • Consultas psiquiátricas y psicológicas programadas, urgentes e intervenciones en crisis para los usuarios adscritos a los programas de rehabilitación psicosocial • Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios ingresados • Colaboración con redes sociales • Servicio de emergencia • Psiquiatría y psicología de enlace (Salud Mental de enlace) • Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes • Programa de prevención de riesgos y daños
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con los actores de la red de salud mental comunitaria, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio, así como coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios y con otras instituciones • Grupos terapéuticos, grupos de autoayuda profesionalizados

Elaborado por: Equipo de Salud Mental, 2013

4.2.2.4 Tercer Nivel de Atención

4.2.2.4.1 Hospitales Especializados y de Especialidades⁷⁹:

Los hospitales especializados (psiquiátricos) y los hospitales de especialidades deberán cubrir la demanda en el tercer nivel, cuando no se haya podido resolverla en los niveles de menor complejidad. En el tercer nivel, el trabajo es de compensación de crisis agudas solamente, buscando evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos. Una vez alcanzada la estabilidad, deberán retornar a su núcleo familiar, o a donde vinieron, con la contrarreferencia dirigida a niveles de menor complejidad. Es decir, se

debe garantizar que los usuarios dados de alta del tercer nivel, tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera.

4.2.2.4.2 Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)

El CETAD es un establecimiento que funciona en el tercer nivel de atención para brindar servicios especializados al consumo problemático de alcohol y otras drogas. Cuenta con personal profesional de salud formado en la temática.

Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio intensivo y tratamiento residencial, cuenta con profesionales de medicina, terapeuta ocupacional, psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería, nutricionista de interconsulta y personal de apoyo.

Cuadro 13. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para la Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)

CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL CETAD	
Adolescentes hombres, adolescentes mujeres, Adultos hombres, adultas mujeres.	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres para la promoción, prevención con usuarios, familiares y comunidad • Actividades orientadas a la sensibilización sobre el estigma • Docencia e Investigación en el ámbito de las drogodependencias • Actividades de vinculación con la comunidad • Actividades de promoción de salud y salud mental
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación no experimental y cuasi experimental (aplicación de técnicas psicoterapéuticas) • Asesoramiento y seguimiento a través de grupos de autoapoyo profesionalizados a usuarios y sus familiares • Programas de reducción de riesgos y daños
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información al usuario/a y familiares. Referencia de servicios de menor complejidad. Reclamaciones y sugerencias de los usuarios • Brindar atención especializada a la problemática relacionada al consumo/dependencia a sustancias psicoactivas del más alto nivel terapéutico y de complejidad • Tratamiento residencial • Tratamiento ambulatorio intensivo • Desintoxicación no hospitalaria, farmacoterapia (en caso de requerirlo) • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Grupos de autoayuda • Psicoterapia familiar • Terapia Ocupacional

	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas: individual y grupal • Atención médica, nutricional, odontológica, psicológica, ocupacional, vivencial, psiquiátrica a los residentes • Consultas psiquiátricas y psicológicas programadas, urgentes e intervenciones en crisis para los residentes • Ambulancia para traslado a usuarios residentes al hospital general • Ser centros de referencia para los niveles de menor complejidad • Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas
	<p style="text-align: center;"><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental y atención integral a usos y consumo de drogas, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio • Grupos de autoayuda profesionalizados • Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados • Integración social: individual, laboral, educativa y familiar • Programa de reducción de riesgos y daños

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental

Su horario de funcionamiento es de 16 horas⁸⁰.

Para brindar los mencionados servicios estos establecimientos cuentan con diferentes ambientes donde se interactúa con el personal, usuarios/as y familiares.

Es importante mencionar que este servicio propuesto no exime a que pueda cumplir las funciones de un CATAD, específicamente en la modalidad ambulatoria intensiva, ya que la modalidad ambulatoria corresponde a los Centros de Salud quienes deben estar en la capacidad de dar respuesta.

Criterios de inclusión tratamiento residencial

Personas con diagnóstico F10 a F19 (excluye F17) subcategorías .1, .2, (uso nocivo y síndrome de dependencia) según la CIE-10. Cuando después de haber aplicado tratamiento ambulatorio o tratamiento ambulatorio intensivo, es evidente que el usuario tiene serias dificultades para alcanzar los objetivos que se había propuesto. Carencia de apoyo familiar y/o social, o con grave deterioro de las relaciones familiares, sociales y/o laborales.

Es decir, los usuarios/as necesitan tiempo y estructura para practicar e integrar su recuperación y herramientas de afrontamiento que aún no reconocen que tienen un consumo problemático y que se encuentra en riesgo su vida. Presentan efectos de trastornos por consumo de alcohol y otras drogas muy significativos, con un nivel de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio no son posibles o no se lograron las metas planteadas en el contrato terapéutico. Presentan trastornos cognitivos temporales o permanentes que dificultan sus relaciones interpersonales o sus habilidades emocionales para el afrontamiento. Presentan ciertos problemas médicos, psicológicos y sociales graves

que requieren de tratamiento integral, con múltiples aspectos y a largo plazo. Lugar de habitación poco protector o tóxico, relaciones interpersonales caóticas con escaso soporte/contención e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, antecedentes penales pero sin problemas vigentes con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales.

Criterios de inclusión tratamiento ambulatorio intensivo

Modalidad terapéutica que atiende a personas con diagnóstico F10 a F19 (excepción F17) subcategorías .1, .2, cuyos problemas tienen un grado de severidad que les permite ser manejados en un programa ambulatorio pero requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad de los cuidados, los cuales pueden ser brindados en un marco de frecuencia diario y durante períodos de permanencia de varias horas que cuentan con decidido apoyo familiar y/o comunitario. En esta modalidad pueden incorporarse componentes que habitualmente se brindan en una modalidad residencial (Comunidad Terapéutica) como son la terapia ocupacional, grupos de auto-apoyo, terapia individual, terapia grupal y que proporcionan mayor estructura.

4.2.2.4.3 Hospital Psiquiátrico

El mantener el Hospital Psiquiátrico dentro del modelo atiende a una medida transicional, en donde se debe tomar en cuenta a este dispositivo como de atención a personas con cuadros agudos y con la posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo. Deberá tener estrategias de reinserción familiar y social, en donde se evite a toda costa el abandono de los usuarios en la institución. Se debe buscar, además, alternativas de desinstitucionalización para los usuarios que han estado en el hospital psiquiátrico por períodos prolongados debido al abandono familiar o dificultades en la reinserción familiar y social. En primer lugar se deberá buscar la reinserción familiar y, de no ser posible o de no estar disponible la familia, entonces se articulará con el dispositivo de las Residencias Terapéuticas, como herramienta primordial para la desinstitucionalización. Además, el hospital psiquiátrico deberá tener disponible una mayor variedad de terapias para complementar la terapia farmacológica, que no deberá ser el foco del tratamiento. Inicialmente, continuará siendo de referencia nacional. Sin embargo, a medida en que se vayan fortaleciendo los otros niveles, este servicio tendrá que pasar a ser territorializado también. Deberá

ofrecer atención en modalidad de hospital día, donde los usuarios puedan rescatar y mantener habilidades y destrezas sin pérdida de su vínculo familiar.

De esta manera, el conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida del hospital psiquiátrico será como se refleja en el cuadro a seguir:

Cuadro 14. Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el hospital psiquiátrico

CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	
Adultos (18 años en adelante)	<p><u>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres para la promoción, prevención con usuarios, familiares y comunidad • Actividades orientadas a la sensibilización sobre el estigma • Docencia e investigación en el ámbito de la salud mental • Actividades de vinculación con la comunidad • Actividades de promoción de salud y salud mental
	<p><u>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación no experimental y cuasi experimental (aplicación de técnicas psicoterapéuticas) • Asesoramiento y seguimiento a través de grupos de autoapoyo profesionalizados a usuarios y sus familiares
	<p><u>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Información al usuario/a y familiares. Referencia de servicios de menor complejidad • Brindar atención especializada a la problemática relacionada al sufrimiento mental • Abordaje asistencial integral, con procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, que sólo pueden realizarse en el marco hospitalario, con supervisión de 24h • Hospitalización de corta, hasta mediana, estancia • Tratamiento ambulatorio • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Grupos de autoayuda • Psicoterapia familiar • Terapia Ocupacional • Terapia farmacológica • Atención en emergencia • Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios ingresados. Colaboración con redes sociales • Servicio de emergencia • Psiquiatría y psicología de enlace (Salud Mental de enlace) • Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes • Programa de prevención de riesgos y daños
	<p><u>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda profesionalizados: brindar información sobre el tratamiento, sintomatología, manejo de crisis, compartir experiencias • Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados • Coordinación con los actores de la red de salud mental comunitaria tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio, así como coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios y con otras instituciones • Grupos terapéuticos, grupos de autoayuda profesionalizados

- Estrategias de integración social: individual, laboral, educativa, cultural y familiar
- Trabajo en Asambleas para discusión de temas institucionales con los usuarios y profesionales.

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental

Gráfico 3: Modelo de Atención de Salud Mental



4.3 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

4.3.1 Niveles de Complejidad de la Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud. Modalidades de atención. Talento humano.

Cuadro 15. Tipología de servicios de salud mental por nivel de complejidad

Niveles de atención	de	Categoría de Establecimientos de Salud	de	Nombre
Primer nivel de atención	2do nivel			Consultorio psicológico
	3er nivel			Centros Tipo A (apoyo de psicología)
	4to nivel			Centros Tipo B (atención psicológica)
	5to nivel			Centros Tipo C (Servicio de psicología y psicorehabilitación de base comunitaria y CATAD)
	5to nivel			Centro de Atención Psicosocial CAPS
	UM			Unidad móvil (atención psicológica)
Segundo nivel de atención	1er nivel			Consultorio de especialidad (psiquiatría)
	3er y 4to nivel			Unidad de salud Mental en Hospital general y básico

Tercer nivel de atención	1er nivel	Centro especializado en salud mental/psiquiatría
		Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)
	2do nivel	Hospital psiquiátrico

Fuente: MAIS-FCI
Elaborado por: Equipo de Salud Mental

4.3.1.1 Servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Cuadro 16. Primer Nivel de Atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	horario
Consultorio psicológico	Menos de 2.000	Presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento de psicología. Puede ser público o privado	8 horas
Centros Tipo A (apoyo de psicología)	De 2.000 a 10.000	Se dan primeras contenciones psicológicas; y se identifican casos por parte de todo el personal de salud. Se derivan y/o refieren casos que requieran atención especializada. Se realizan acciones de promoción de la salud y prevención primaria (detección precoz)	8 horas
Centros Tipo B (atención psicológica)	De 10.000 a 50.000	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación y psicorehabilitación. Promueve acciones de salud pública y participación social. Atiende referencia y contrarreferencias. El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL).	12 horas
Centros Tipo C	De 50.000 a 200.000	Potencia acciones de promoción y prevención primaria con la población, en base a recursos presentes en la comunidad, con participación social y comunitaria (a través del arte, la cultura, el deporte), y trabajo interinstitucional e intersectorial. Además brinda atención en recuperación y psicorehabilitación, a través de los servicios de psicología Clínica, psicología infantil y psicorehabilitación, trabajadora social. Dispone de Servicios de psicorehabilitación. Atiende referencias y contrarreferencias El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL). Servirá como apoyo técnico para los profesionales de APS en los servicios de SM en centros de salud tipo A y B, con la figura de	24 horas

		supervisión para mejorar capacidad técnica y facilitar sistema de referencia y contrareferencia). CATAD .- es un servicio especializado que se presta en el Centro de Salud Tipo C, para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. El centro de salud donde está anclado será de referencia provincial. Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio intensivo, en horario de 12 horas.	
Centro de Atención Psico Social – CAPS	50.000 – 200.000	Atención ambulatoria de trastornos crónicos y agudos. Servicios de salud abiertos y comunitarios; que ofrecen atención diaria en psiquiatría, psicología, enfermería, medicina general, trabajo social, terapia ocupacional. Servicio de emergencia en salud mental. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intra y extramural.	8 horas – 24 horas
Unidad móvil (atención psicológica)		Tendrá servicios móviles de promoción de la salud mental y prevención, recuperación y rehabilitación, respondiendo a una programación periódica.	

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: equipo Salud Mental MSP 2013

4.3.1.2 Servicios de Salud Mental en el Segundo Nivel de Atención

De acuerdo al MAIS (MSP, 2012) este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención; por lo que en salud mental se crean nuevos servicios que responden a los casos referidos de las unidades de este nivel. En este sentido se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, como son:

Cuadro 17. Segundo Nivel de Atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	Horario
Consultorio de especialidad (psiquiatría)		Atención ambulatoria de la especialidad de Psiquiatría. Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente	8 horas

		aprobados de acuerdo a la especialidad. Puede ser público o privado	
Unidad de salud Mental en Hospital General y Básico	50.000 a 100.000	Evaluación médico-psicológica y social; Atención a personas con casos agudos de abusos de sustancias; episodios psicóticos; trastornos emocionales graves; derivados de CAPS, CR; referidos de unidades de primer nivel. Servicio de emergencia. Internación de corta estancia. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente	24 horas

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: equipo Salud Mental MSP 2013

4.3.1.3 Servicios de Salud Mental en el Tercer Nivel de Atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad (MSP, 2012). En salud mental, los hospitales especializados (psiquiátricos) y los hospitales de especialidades deberán cubrir la demanda en el tercer nivel, cuando no se haya podido resolverla en los niveles de menor complejidad. En el tercer nivel, el trabajo es de compensación de crisis agudas solamente, buscando evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos. Una vez alcanzada la estabilidad, deberán retornar a su núcleo familiar o social, donde se garantizará que los usuarios dados de alta de este nivel, tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera; y se incluyen los siguientes:

Cuadro 18. Tercer Nivel de Atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	Horario
Centro/Unidad especializada de Psiquiatría		Servicio de salud con o sin hospitalización, bajo la responsabilidad de un médico especialista o sub-especialista, Presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en psiquiatría; presta servicios también de psicología, terapia	24 horas

		ocupacional. Cuenta con un stock de medicamentos e insumos de acuerdo a su especialidad. Realiza actividades de promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente.	
Centro Especializado para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas	Hasta 2000000	La CETAD es un establecimiento que funciona en el tercer nivel de atención para brindar servicios especializados al consumo problemático de alcohol y otras drogas. Cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. Los servicios que ofrece son: Desintoxicación no hospitalaria, Abordaje psicológico, médico, psiquiátrico, terapia ocupacional, odontológica, vivencial, ocupacional, familiar. Integración social. Programa de reducción de riesgos y daños.	24 horas
Hospital Psiquiátrico	Hasta 150.000	Establecimiento de salud de la más alta complejidad. Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en especialidades y subespecialidades como: Psiquiatría, Psiquiatría pediátrica, neuropsiquiatría. Destinado a brindar atención clínico – quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrarreferencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados. Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado	24 horas

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental - MSP 2013

4.3.2 Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria

La atención de salud mental se da en la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), que abarca los tres niveles de Atención:

- a) Primer Nivel de Atención conformado por centros de salud tipos A, B y C; y Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

- b)** Segundo Nivel de Atención, conformado por hospitales básicos, hospitales generales a través de la Unidad de Salud Mental (USM) que contará con un servicio de desintoxicación de acuerdo a las necesidades y al perfil epidemiológico; Centros ambulatorios especializados en consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- c)** Tercer Nivel de Atención conformado por hospitales especializados, hospitales de especialidades, Hospital psiquiátrico, y Comunidades terapéuticas para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

La atención y los mecanismos de derivación en la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria deberán hacerse de acuerdo a la norma de relación institucional y la norma de derivación, referencia y contrareferencia vigentes.

ANEXO 1: Sobre el modelo de salud mental comunitaria y otras experiencias exitosas

Modelo Comunitario de salud mental

La salud mental en el modelo comunitario comprende al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas; así como sociales y políticas. En este sentido quienes presentan una alteración en su salud mental pueden beneficiarse de formas de enfrentamiento del problema que parten desde el estudio y evaluación de la comunidad en la que están inmersas, de la familia a la que pertenecen, del ambiente laboral en el que se desempeñan.

Se basa en principios como:

- Rescatar recursos de la salud presentes en las personas. Las potencia en lugar de focalizarse en sus discapacidades.
- Involucrar a todos los sujetos como actores promotores de salud.
- Concebir la rehabilitación estrechamente vinculada a la integración social.
- A través de estrategias para la promoción y prevención incentiva la creación de entornos saludables como factores protectores de la salud.

Este modelo tiene disponible para la prestación a los servicios del sector público, sin excluir la participación privada; pero el control de la gestión es desde lo público.

El componente más importante del modelo es la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de las actividades de promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental⁸¹. Con ello se procura reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y respeto de los derechos humanos. En la rehabilitación intervienen asociaciones de usuarios y sus familiares, redes de apoyo presentes en la comunidad como organizaciones e instituciones.

Los servicios se estructuran de acuerdo a las necesidades de los usuarios y usuarias y a sus condiciones bio-psico-sociales. Éstos funcionan con equipos multiprofesionales e interdisciplinarios⁸².

Para desarrollar este modelo se requiere de nuevos enfoques de la psicología y la psiquiatría como los siguientes:

a) Psicología Comunitaria

La Psicología Comunitaria a decir de Montero (1984) es *un campo de especialización de la psicología que considera los fenómenos de grupos, colectivos o comunidades a partir de factores sociales y ambientales*, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos. Enfrenta los problemas de las comunidades mediante el análisis de la realidad concreta de vida y la cotidianeidad.

Actúa sobre un contexto social, a partir de un colectivo o grupo de personas, en el cual privilegia un enfoque territorial, participativo, e intenta generar cambios a largo plazo en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos. En este sentido, los problemas individuales se ven desde una perspectiva psicosocial y como construcción sociohistórica.

Su intervención tiene un enfoque preventivo y de desarrollo de la comunidad e integra a profesionales de otras disciplinas. Utiliza técnicas psicológicas ya existentes, pero crea otras, participando con la población, a la vez que construye nuevos instrumentos y nuevas relaciones de producción de conocimientos y de intervención. Por lo tanto la comunidad tiene nuevas posibilidades como actora social, construyendo nuevas formas de vida comunitaria.

b) Psiquiatría Comunitaria

La psiquiatría comunitaria se la define como una forma de concebir los procesos de salud-enfermedad, enraizada en el contexto de vida de las personas y los grupos. Se centra en la detección, prevención y tratamiento temprano de los trastornos mentales y desviaciones sociales que se desarrollan dentro de la comunidad más que las que se encuentran en las grandes instituciones hospitalarias; pone énfasis sobre los factores del medio ambiente que contribuyen con la enfermedad psiquiátrica⁸³. Además es una estrategia que busca la desinstitutionalización asilar y por consiguiente propende a la conformación de nuevos servicios comunitarios alternativos. Entonces, frente al aislamiento asilar, la psiquiatría comunitaria propone intervenir en y con la comunidad, inspirada en una visión optimista de las relaciones del individuo con su comunidad de pertenencia; e incorpora criterios provenientes de la Salud Pública y postula la organización de servicios de asistencia psiquiátrica y social más cercanos al usuario que al hospital. No obstante, a decir de Torres (2001) su preocupación sigue radicando en el eje salud - enfermedad, y especialmente en el polo enfermedad.

Experiencias de países con servicios basados en Modelo de Salud Mental Comunitaria

Existen varias experiencias en el mundo donde se han implementado servicios de salud mental basados en el modelo comunitario, partiendo de la experiencia de Trieste en Italia, pero se han elegido como referencia a Argentina, Brasil y Chile por ser países pioneros en la implementación de este modelo en Latinoamérica.

Modelo de Salud Mental de Trieste - Italia

Ley 180 - del 13 de mayo del Año 1978.

Esta ley extendió la tutela de la salud mental a todos los ciudadanos sin distinción de clase social o económica. Abolió los manicomios, lo que generó el cierre definitivo de estas instituciones al final de la década de los noventa, y determinó una nueva concepción que implica pasar de una psiquiatría de la cura a una psiquiatría del cuidado de la salud mental. Los resultados muestran que los nuevos métodos permiten también una reducción significativa del gasto para la atención psiquiátrica.

Indica que los tratamientos son voluntarios de acuerdo a los derechos civiles y políticos, con libre elección del médico y lugar de tratamiento. Los tratamientos involuntarios, cuya duración quedó reducida a 7 días (art. 3), modificaron su criterio pasando del sentido de control social a un abordaje terapéutico y sanitario.

Es también su responsabilidad el eliminar toda forma de discriminación, estigmatización y exclusión de las personas con problemas de salud mental, participando activamente en la promoción de sus derechos de ciudadanía.

Determina la creación progresiva de servicios basados en el territorio, que permiten a las personas que sufren de problemas de salud mental, conducir su vida en un contexto social normal. El número promedio de personas que utilizan estos servicios es de 20 cada mil habitantes. Los servicios son:

- Centros de Salud Mental: operan durante las 24 horas en cuatro áreas geográficas de la ciudad, cada uno con 8 camas. Los Centros proporcionan atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento para los episodios agudos, con diferentes actividades como hospitalidad de noche, hospitalidad durante el día, visita domiciliaria, trabajo terapéutico individual y

con las familias; actividades de grupo entre operadores, voluntarios, usuarios y familias, intervenciones de habilitación y prevención, a través de cooperativas y talleres; subsidios económicos; y servicio de respuesta por teléfono de urgencias.

- Residencias comunitarias o protegidas para las personas que necesitan ayuda a largo plazo: se han creado apartamentos que hospedan a pequeños grupos, en un ambiente agradable.
- Servicio Habilidadación y Residencia: coordina estos apartamentos, las actividades de habilitación e integración social, con talleres y proyectos en toda la ciudad.
- Oportunidades de trabajo: con lo que se ha podido garantizar una integración efectiva en el entorno social. El Servicio coordina 15 cooperativas sociales, que a través de becas de trabajo han integrado alrededor de 375 personas en los últimos 15 años.
- El Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento: creado en el Hospital general y equipado con 6 camas, brinda la primera respuesta a la emergencia psiquiátrica y actúa como un filtro para orientar a los usuarios hacia los servicios territoriales básicos.

El número de Tratamientos Sanitarios Obligatorios (involuntarios), con un promedio de 8 por cada 100.000 habitantes en los últimos 10 años, es el más bajo que se registra en Italia. Ningún ciudadano de Trieste se encuentra internado en un Hospital Psiquiátrico Judicial.

Es por esto que se considera como la primera experiencia en el mundo que ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría.⁸⁴

Modelo de Salud Mental de Argentina

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reglamentada el 28 de Mayo de 2013, reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Esta ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental.

La modalidad de abordaje propuesta consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad, que integra las disciplinas de psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial.

Se propicia que se realice preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente Ley. Las personas con discapacidad deben recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas.

Además indica que el consumo problemático de drogas, legales e ilegales, deben ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que las personas con esta problemática, tienen todos los derechos y garantías.

Asimismo, se indica que las autoridades de salud en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras, deben implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, como son consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos, en el marco de abordajes interdisciplinarios.

En cuanto a la internación, es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones en su entorno familiar, comunitario o social, y debe ser lo más breve posible. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en excepciones.

Indica que se debe establecer los requisitos que deben cumplir las mismas en materia de consentimiento expreso del paciente, condiciones para el alta, dictámenes de los profesionales que deben participar en la decisión de internar, rol de la justicia,

periodicidad de los informes a cargo de las instituciones asistenciales, prohibición de creación de nuevos manicomios, o de efectuar la internación en hospitales generales

La internación involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud evalúe la situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y deben notificar al juez competente.⁸⁵

Modelo Comunitario en Chile

Otro país que tiene avances importantes en materia de salud mental es Chile que se encuentra en el grupo de países de América que tienen una Política de Salud Mental y que tienen un Programa Nacional de Salud Mental. Chile al igual que el 77% de los países del mundo con un ingreso medio alto, ha implementado servicios de atención y cuidados comunitarios en el sector público. Servicios que están organizados en una red territorial, con 747 dispositivos, de los cuales el 11 % son solo para niños y adolescentes.

La tipología de estos servicios de salud (dispositivos) son: Centros de Atención Primaria de Salud; Centros Comunitarios de Salud Mental; Unidades Psiquiátricas Ambulatorias; Hospital del Día; Hospital de Corta Estadía; Centro Diurno; Hogar y Residencia Protegida.

La mayoría de los usuarios, tanto en el sistema público como privado, son tratados en forma ambulatoria, con una tasa de 1.272 personas por 100.000 habitantes, comparado con 67 en los servicios de psiquiatría en hospitales generales y clínicas privadas, y de 33 en hospitales psiquiátricos.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número intermedio de consultas por persona al año, tiempo de espera bajo para primera consulta con psiquiatra, entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas y un mayor porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias. En estos servicios existen menos actividades psiquiátricas, por el contrario las de promoción y prevención son más numerosas.

En cuanto a los recursos humanos que trabajan en salud mental, el mayor número de profesionales corresponden a psicólogos, seguido de psiquiatras y terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadoras sociales; con un total de 32 profesionales de salud mental por cada 100.000 habitantes.

Alrededor de 8.000 personas participan en organizaciones de usuarios y un número similar participan en organizaciones de familiares. Más del 50% de las organizaciones de usuarios se orientan principalmente a la ayuda mutua en personas con dependencia al alcohol y otras drogas (OMS, 2007).

Modelo Comunitario en Brasil

La reforma de Salud Mental en Brasil, la implementación y consolidación de su modelo puede ser considerado como el más exitoso en los países de Sudamérica. Los antecedentes para un cambio en el modelo se remontan a los hospitales psiquiátricos que funcionaban en la ciudad de Barbacena, y a partir de uno en especial – que tiene el nombre de la ciudad – que sirvió de referencia para la formación de todo un movimiento social, que fueron fundamentales para el cambio en la concepción de la atención de la salud mental en Brasil. Estos cambios se pueden ver, no sólo en el área de la salud, en la forma de un amplio acceso a los tratamientos de salud mental, sino también en el área cultural, en la cual el arte ejerce hasta la actualidad una fuerte influencia.

En cuanto a la organización de los servicios, se crearon dispositivos – o servicios de salud – de acuerdo a la complejidad de los problemas de salud mental que tenían que resolver, además de otros enfocados en la promoción de la salud y prevención en todos sus niveles, y estos son: los inicialmente llamados Núcleo de Atención Psicosocial (NAPS), ahora llamados Centros de Atención Psicosocial CAPS⁸⁶; talleres terapéuticos para personas con consumo problemático de drogas, Hospital-Día para usuarios psiquiátricos sin internamiento, Servicios Residenciales Terapéuticos para como solución de vivienda para usuarios crónicos, con soporte y articulación con los servicios de salud. Además de la inclusión de la salud mental en la atención básica y en el Programa de Salud de la Familia (PSF), Proyectos de Inserción en el Trabajo y Cooperativas, Proyecto de Intervención Cultural, entre otros (Tosta, 2009).

NOTAS

¹ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2020. Suiza: OMS; 2013

² Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral en salud. Ecuador: MSP. 2013. Pág.56

³ 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.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Suiza: OMS; 2001

⁵ Aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. 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 interpersonal. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Suiza: OMS; 2001

⁶ La salud mental y los riesgos ambientales son 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. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud. Ecuador: MSP; 2011

⁷ Ministerio de Salud Pública. Guía de Implementación del Modelo de Atención para las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención. Ecuador: MSP; 2011

⁸ Toledo, A. et al, Las conferencias internacionales de promoción de la salud realizadas hasta el 2005. [Citado 29 de diciembre, 2005]. Disponible en:

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFVIZVVZiPiSEaNAe.php>

⁹ Ibídem.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública. Zonas administrativas de planificación. Registro oficial 357 [20 de mayo, 2010]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>

¹¹ Instituto Nacional de Estadística y Censo. Noticias generales Censo 2010. Ecuador: INEC; 2011.

Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=25%3Ael-ecuador-tiene-14306876-habitantes&catid=63%3Anoticias-general&lang=es

¹² Instituto Nacional de Estadística y Censo. Presentación Defunciones. [11 de mayo, 2011] Disponible en: www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/.../Presentacion_Defunciones.pdf

¹³ Instituto Nacional de Estadística y Censo. Presentación proyección poblaciones. [11 de mayo, 2011] Disponible en: www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf

¹⁴ 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 USD77.04 mensuales por persona. Los individuos cuyo ingreso per cápita es menor a la línea de pobreza son considerados pobres. Instituto Instituto Nacional de Estadística y Censos. Reporte pobreza urbana por ingresos. Ecuador. INEC; 2013.

¹⁵ Ibídem.

¹⁶ La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe Salud Mental en el Ecuador. Suiza: OMS; 2008

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Geosalud. [25 de febrero, 2014] Disponible en:

<http://geosalud.msp.gob.ec/Gui/indexZona.php?id=0>

¹⁹ Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Mental. Ecuador: MSP; 2011

²⁰ Hospitales: Eugenio Espejo y Baca Ortiz

²¹ Entiéndase como centros donde no se da atención psiquiátrica principalmente, y las acciones se enfocan en el individuo, la comunidad y reinserción.

²² Ministerio de Salud Pública. Unidad de Salud Mental. Ecuador: MSP; 2011

²³ 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.

-
- ²⁴ Ministerio de Salud Pública. Datos tomados como referencia de un servicio de psicología de una área de salud de la Provincia de Pichincha. Centro de Salud No.4 Chimbacalle. Ecuador: MSP; 2011
- ²⁵ Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Discapacidades. Ecuador: MSP; 2014
- ²⁶ 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. Ministerio de Salud Pública. Datos tomados del perfil Epidemiológico del Subproceso de Epidemiología del MSP. Ecuador: MSP; 2007, y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE-ALERTA del MSP; 2012
- ²⁷ Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Estudio Nacional de hogares sobre consumo de drogas. CONSEP: Ecuador; 2007
- ²⁸ Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). MSP: Ecuador; 2013
- ²⁹ Ibídem
- ³⁰ Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares. [23 de agosto, 2013] Disponible en http://www.drogainfo.gob.ec/investigaciones_institucionales/III_Informe_encuesta_poblacion_general.pdf
- ³¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Egresos hospitalarios. [2010] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=97
- ³² Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Cuarta Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 12 a 17 años. Ecuador: CONSEP; 2012
- ³³ Organización de los Estados Americanos. El Problema de las Drogas en las Américas. [2013] Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/drogas/elinforme/default_spa.asp
- ³⁴ Cifra consensuada con la Dirección de Inteligencia de la Salud del Ministerio de Salud Pública (Memorando Nro. MSP-DIS-2013-0293-M).
- ³⁵ 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
- ³⁶ Organización Panamericana de la Salud. Informe Salud Mental Ecuador. Ecuador. OPS; 2008
- ³⁷ 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. Ibídem
- ³⁸ Junta de Beneficencia de Guayaquil, 2013
- ³⁹ Ministerio de Finanzas. Consultado por: Dir. Coordinación Estratégica y Planificación. Agosto, 2013
- ⁴⁰ El Art. 42 numeral 33 del Código del Trabajo del Ecuador dice: El empleador público o privado, con un número mínimo de veinticinco trabajadores, está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad. Quien incumpla con lo dispuesto en este numeral, será sancionado con una multa mensual equivalente a diez remuneraciones básicas mínimas unificadas del trabajador en general.
- ⁴¹ Ministerio de Salud Pública. Unidad de Salud Mental. Ecuador. MSP; 2012
- ⁴² Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial Salud Pichincha. Ecuador. MSP; 2011
- ⁴³ Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística Hospital Julio Endara. Ecuador: MSP; 2012
- ⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Egresos hospitalarios. [11 de agosto, 2010] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=97
- ⁴⁵ Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Ecuador: MSP; 2013
- ⁴⁶ Ministerio de Salud Pública. Unidad de Salud Mental. Ecuador: MSP; 2011
- ⁴⁷ 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. Organización de los servicios de salud. Bélgica: Instituto de Medicina Tropical; 1993
- ⁴⁸ Término que describe cuando la persona decide acudir al servicio de segundo o tercer nivel (hospital general, de especialidad/es), sin haber sido referido por una unidad que pertenezca al primer nivel (centro de salud). Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral en salud. Ecuador: MSP; 2013

-
- ⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Suiza: OMS/WONCA; 2008
- ⁵⁰ Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Usos, consumos de drogas y prevenciones. Marco Teórico. Ecuador. CONSEP. 2013
- ⁵¹ Sonia Lafuente Lázaro, José Santos Francisco González, Isabel Criado Martín y Concha Covarrubias Fernández. Desinstitucionalización y calidad de vida en usuarios 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>)
- ⁵² *Ibidem*
- ⁵³ Ministério da Saúde. IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, programa de volta para casa e articulação intersectorial no território. Brasília: MSB; 2011
- ⁵⁴ Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 34º informe. Suiza: OMS; 2006 (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_942_spa.pdf)
- ⁵⁵ Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Usos, consumos de drogas y prevenciones. Marco Teórico. Ecuador. CONSEP; 2013
- ⁵⁶ Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ecuador: MSP; 2013
- ⁵⁷ *Ibidem*
- ⁵⁸ Delgado, L. Documentación sobre gerencia pública. España; 2009
- ⁵⁹ 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. Washington D.C: National Academy Press; 1994
- ⁶⁰ Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador: MSP; 2013
- ⁶¹ Lehtinen, Riikonen & Lahtinen. Framework for Promoting Mental Health in Europe. [agosto, 2013] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf
- ⁶² Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Suiza: OMS; 2004
- ⁶³ Organización Mundial de la Salud. Promoción de Salud Mental. Suiza: OMS; 2004
- ⁶⁴ Nutbeam, D. Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria. Universidad de Sydney. Ginebra: OMS; 1998
- ⁶⁵ 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. Ponente: Dr. Rafael Sepúlveda. Chile; 2012
- ⁶⁶ Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley Nº 18.335 Usuarios y Usuarios de los Servicios de Salud. Uruguay: Gobierno de la República Oriental de Uruguay; 2008
- ⁶⁷ Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Usos, consumos de drogas y prevenciones. Marco Teórico. Ecuador. CONSEP; 2013
- ⁶⁸ Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Informe de investigación. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Ecuador: CONSEP, 2013
- ⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2020. Suiza: OMS; 2013
- ⁷⁰ Desviat, M. Salud Mental Comunitaria como Estrategia o Utopía. España; Revista Psiquiatría Pública; 2000
- ⁷¹ Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador: MSP; 2013
- ⁷² Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OMS; 2007
- ⁷³ Trastorno mental grave (TMG) contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico (F20.X, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31.X, F32.3, F33, F42), duración del trastorno (2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses - abandono de roles sociales y riesgo de cronificación - aunque remitan los síntomas) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

⁷⁴ Considerar normas de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. a) El terreno donde se localiza el Centro de Apoyo Familiar – UAF debe cumplir con las normas de regulación y planificación urbana y observar que se encuentre en un entorno seguro, en función de las actividades de especificidad técnica desarrolladas en las Unidades y accesible para los actores; b) El diseño arquitectónico, mobiliario, ambientación y funcionalidad debe cumplir estándares de seguridad y de calidad y disponer de espacios amplios que den cabida a la libertad de movimiento y creatividad.

⁷⁵ La norma es de 8m² por paciente. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Red de Hospitales. Ecuador: MSP; 2013

⁷⁶ La propuesta es contar en el país con personas formadas académicamente en la materia, lo que implica crear la carrera de dos años de formación (tecnología) de Operador Socio-terapéutico.

⁷⁷ National Institute of Drug Abuse. Principios de Tratamiento para la Drogadicción: una guía basada en las investigaciones. [diciembre, 2010] Disponible:

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion>

⁷⁸ Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. MSP: Brasília, 2004

⁷⁹ Mirar: Cuadro 13: Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales/Básicos/Especialidades

⁸⁰ Las actividades desarrolladas en una Comunidad Terapéutica están contempladas para todo el día, mientras los usuarios permanezcan despiertos, razón por la cual se refiere las 16 horas de actividades planificadas en el programa terapéutico y las 8 horas restantes para el descanso nocturno.

⁸¹ Por ello se plantea un trabajo en salud mental que ve a la comunidad como sujeto de intervención y no como objeto de la misma.

⁸² En resumen, se dan tres grandes desplazamientos que configuran este modelo: a) del sujeto enfermo a la comunidad. b) del hospital a los Centros Comunitarios de Salud Mental y, c) Del Psiquiatra al Equipo de Salud Mental.

⁸³ También es concebida como una forma de proporcionar cuidados especializados a la población, en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas, que pasa por una forma de organización de la asistencia psiquiátrica, que característicamente incluye programas enfocados hacia la promoción de la Salud Mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación e Incorporación de estos usuarios a la Comunidad.

⁸⁴ Ministerio de Salud. Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. Italia [30 de marzo, 2014] Disponible en:

<http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

⁸⁵ Ministerio de Salud. Ley Nacional de Salud Mental nº26.657. República Argentina. [27 de marzo, 2014] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley_nacional-salud-mental.pdf

⁸⁶ En Brasil hay más de mil CAPS regulados por el Ministerio de la Salud.

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Elaborado por:	Aimée DuBois	Comisión de Salud Mental	Secretaria técnica	<i>Aimée DuBois</i>
	Karla Pérez	Dirección de Promoción – Comisión de Salud Mental	Coordinadora de Unidad de Promoción de Salud Mental	<i>Karla Pérez</i>
	Gabriela Llanos	Comisión de Salud Mental	Analista	<i>G. Llanos</i>
	Roberto Enríquez	Comisión de Salud Mental	Analista	<i>Roberto Enríquez</i>
Revisado por:	Roberto Celi	Comisión de Salud Mental	Asesor Ministerial	<i>Roberto Celi</i>
	Carlos Cisneros	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	<i>Carlos Cisneros</i>
Aprobado por:	David Acuña	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	<i>David Acuña</i>
	Marysol Ruilova	Viceministerio de Atención Integral de Salud	Viceministra	<i>Marysol Ruilova</i>
	Patricia Granja	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria	<i>Patricia Granja</i>
	Ana Lucía Torres	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud	Subsecretaria	<i>Ana Lucía Torres</i>
	Verónica Espinosa	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretaria	<i>Verónica Espinosa</i>
	Francisco Vallejo	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	Subsecretario	<i>Francisco Vallejo</i>