

REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



SUMARIO:

Págs.

FUNCTION EJECUTIVA

ACUERDO:

VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

00001-2025 Se aprueba y se expide la “Política Nacional de Salud Mental 2025 - 2030”	2
--	---

FUNCTION DE TRANSPARENCIA Y CONTROL SOCIAL

RESOLUCIÓN:

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS:

SB-DTL-2025-2940 Se califica al ingeniero en contabilidad y auditoría Byron Rolando Guamanzara Orozco, como auditor interno en las entidades del sistema de seguridad social sujetas al control de la SB	134
--	-----

VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO No. 0001-2025

LA VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, dispone como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone: "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 Constitución de la República del Ecuador, en el segundo inciso del artículo 141, señala: "(...) La Función Ejecutiva está integrada por la Presidencia y Vicepresidencia de la República, los Ministerios de Estado y los demás organismos e instituciones necesarios para cumplir, en el ámbito de su competencia, las atribuciones de rectoría, planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas nacionales y planes que se creen para ejecutarlas.";

Que, el segundo inciso del artículo 149, de la Constitución de la República del Ecuador, establece: "(...) La Vicepresidenta o Vicepresidente de la República, cuando no reemplace a la Presidenta o Presidente de la República, ejercerá las funciones que ésta o éste le asigne";

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 280, prevé: "El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores";

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas

las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, establece que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades; y, un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prevé que 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 dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6, determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “*(...). 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;*”

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 14 prevé: “*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, la Ley Orgánica de Salud Mental, tiene por objeto “*establecer un marco legal para la salud mental que promueva, regule y garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud mental de las personas en todo su ciclo de vida, bajo un modelo de atención integral y comunitario.*”;

Que, el artículo 16 de la Ley Orgánica de Salud Mental, establece los deberes del Estado, entre ellos: “*a) Impulsar la política nacional de salud mental, a fin de promover la atención integral de salud en todo el ciclo de vida que incluirá la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión de las personas*”;

Que, la Ley Orgánica de Salud Mental en el artículo 18, determina: “*La Autoridad Sanitaria Nacional elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental, con la participación de los miembros del Sistema Nacional de Salud y las instituciones públicas que rigen a la inclusión social, vivienda, empleo, educación superior, deporte, cultura y rehabilitación social. El plan será de aplicación obligatoria para todos los participantes*”;

Que, el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, en el artículo 15, prevé que corresponde a la función ejecutiva, dentro del ámbito de sus competencias la definición de la política pública nacional. Los ministerios, secretarías y consejos sectoriales de política, formularán y ejecutarán políticas y planes sectoriales con enfoque territorial, sujetos estrictamente a los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo;

Que, la Disposición Transitoria Primera del Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental, determina: *"En el término de noventa (90) días, contado a partir de la publicación del presente reglamento en el Registro Oficial, la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con las entidades establecidas en la Ley Orgánica de Salud Mental, y las instituciones que correspondan, emitirá la Política Nacional de Salud Mental, observándose todo lo establecido en la normativa vigente";*

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 3 de 24 de mayo de 2025, el Presidente Constitucional de la República, asignó a la señora Vicepresidenta Constitucional del Ecuador, María José Pinto González Artigas: *"(...) las funciones relativas a la articulación de políticas públicas integrales, planes, programas y actividades vinculadas a: - Salud mental; - Educación intercultural bilingüe; - Embarazo adolescente; - Primera infancia; y, - Desnutrición crónica infantil.";*

Que, con Decreto Ejecutivo No. 222 de 18 de noviembre de 2025, el Presidente de la República encargó las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública a la Vicepresidenta de la República;

Que, mediante Acuerdo Nro. SNP-SNP-2025-0010-A de 10 de marzo de 2025, la Secretaría Nacional de Planificación emitió una actualización de la "Guía Metodológica para la Formulación de Política Pública", dirigida a las entidades rectoras de la política pública pertenecientes a la función ejecutiva y es de aplicabilidad nacional, sectorial e intersectorial;

Que, el *INFORME DE VALIDACIÓN METODOLÓGICA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2025-2030, Informe Nro. PR-SSDP-IVPP-003-2025*, de 08 de diciembre de 2025, suscrita por el Subsecretario de Planificación, en la " Validación Externa" señala: *"Una vez revisada la documentación remitida por el Ministerio de Salud, con respecto al documento de la "Política Nacional de Salud Mental 2025-2030", se establece el cumplimiento metodológico de lo establecido en la "Guía para la formulación de política pública" del ente rector de planificación nacional emitida mediante Acuerdo Nro. SNP-SNP-2025-0010-A."*

Que, el informe técnico DNEPCENTSMFSD No. 051 del 8 de diciembre de 2025, elaborado por la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y aprobado por la Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, en el numeral 1 "Antecedentes y Justificación", señala: *"(...) la formulación de la Política de Salud Mental 2025-2030, que tiene como objetivo el mejorar la salud mental de la población en el país, mediante el desarrollo de estrategias intersectoriales e interinstitucionales, y su implementación dará respuesta oportuna a la morbilidad y mortalidad relacionada a la salud mental de la población, mejorará la organización de los servicios y la vigilancia y control de enfermedades mentales en el Sistema Nacional de Salud bajo un modelo comunitario, facilitará los procesos de inclusión socio comunitaria de personas con problemas de salud mental; incrementará la capacidad resolutiva del personal sanitario y fortalecerá la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, enmarcada en las disposiciones emitidas desde la Ley*

Orgánica de Salud Mental y su reglamento"; y concluye lo siguiente: "• El proceso de construcción de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030, se ha desarrollado bajo los lineamientos establecidos en el Manual Metodológico de Formulación de Políticas Públicas de Salud del Ministerio de Salud Pública y la Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la Secretaría Nacional de Planificación, con la participación de los actores del Sistema Nacional de Salud y de otros sectores e instituciones del Estado que tienen competencias o procesos relacionados con la salud mental, además de asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental, mismos que también intervendrán en el proceso de implementación. • La Política Nacional de Salud Mental 2025-2030, representa un compromiso firme por parte del Ministerio de Salud Pública y de los diferentes actores involucrados, desde instituciones gubernamentales hasta organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en general, para promover el bienestar mental de la población, con especial énfasis en los grupos más vulnerables."; recomendando: "Concluidos los procesos de formulación, revisión y validación de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030 y dada la crucial importancia de la salud mental en el bienestar general de la población, se recomienda solicitar la emisión del Acuerdo Ministerial para la oficialización de la Política Nacional de Salud Mental 2025 -2030, con su respectivo Plan de Implementación.

Que, con memorando Nro. MSP-VGS-2025-2393-M de 08 de diciembre de 2025, el Viceministro de Gobernanza de la Salud, solicitó a la Coordinadora General de Asesoría Jurídica: "(...) gestionar el proceso de oficialización de la referida política, mediante la expedición del Acuerdo Ministerial conforme a la normativa vigente (...)", en alusión al proyecto de Acuerdo Ministerial que expedirá la "Política Nacional de Salud Mental 2025-2030.

Que, con Informe Jurídico Nro. MSP-CGAJ-2025-007-INF, de 10 de diciembre de 2025, la Coordinadora General de Asesoría Jurídica recomienda lo siguiente: "(...) que la Vicepresidenta de la República suscriba el Acuerdo Ministerial para la oficialización de la "Política Nacional de Salud Mental 2025-2030", en atención a sus atribuciones constitucionales, y en cumplimiento del encargo conferido por el Presidente de la República.".

En ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto Ejecutivo No. 222 de 18 de noviembre de 2025

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y expedir la "Política Nacional de Salud Mental 2025-2030", documento que consta como anexo al presente instrumento.

Artículo 2.- La "Política Nacional de Salud Mental 2025-2030", será de cumplimiento obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

DISPOSICIÓN GENERAL

ÚNICA. - Encárguese de la ejecución del presente Acuerdo a la Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas o quienes hagan sus veces.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. - Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan a lo previsto en el presente Acuerdo, expresamente los artículos 1 y 3 del Acuerdo Ministerial 0004927, publicado en el Registro Oficial Nro. 320 de 27 de agosto de 2014 a través del cual se aprobó Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **10 DIC. 2025**


María José Pinto González Artigas
VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA





POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

2025-2030



Ministerio de Salud Pública

Política Nacional de Salud Mental 2025-2030

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “*Política Nacional de Salud Mental 2025-2030*”. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Trasmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas-MSP; 2025

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan,
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
Teléfono: 593-(2)-381-4400
www.salud.msp.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud – MSP

Esta política ha sido desarrollada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con la contribución de especialistas nacionales e internacionales, organizaciones de apoyo internacional, familiares y personas con experiencia de vida en problemas de salud mental, bajo el acompañamiento metodológico de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, del Ministerio de Salud Pública.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “*Política Nacional de Salud Mental. 2025-2030*”. Quito: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud; 2025. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Hecho en Ecuador

Autoridades

María José Pinto Gonzalez Artigas, Vicepresidenta de la República del Ecuador a cargo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Esp. Bernardo José Darquea Arias, Viceministro de Gobernanza de la Salud.

Mgs. Stalin Santiago Andino González, Viceministro de Atención Integral en Salud

Mgs. Andrés Ricardo Carrazco Montalvo, Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.

Ing. Evelyn Patricia Montenegro Navas, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud (e)

Mgs. Pablo Francisco Analuisa Aguilar, Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas.

Abg. Carla Elizabeth Guzmán Dávila, Directora Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

Ing. Patricia Maribel Segura Martínez, Directora Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo.

Lcdo. Pablo Sixto Cuvi Santiago, Director Nacional de Promoción de la Salud (e).

Mgs. Maribel del Rocío Rhon Bunshi. Directora Nacional de Investigación en Salud (e).

Mgs. Eduardo German Pazmiño Garcés, Director Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria.

Mgs. Glenda María Gutiérrez Carrión, Directora Nacional de Atención Integral en Salud.

QF. Paola Edith Hernández Montenegro. Directora Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos (s).

Mgs. Carlos Djalmar Zambrano Vera, Director Nacional de Hospitales (e).

Ing. Edison Fabián Jiménez Guadír, Director Nacional de Planificación e Inversión (e).

Dr. Xavier Eduardo Buenaño Guerra, Director Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud.

Equipo de redacción y autores

Cárdenas Ortega Edison Javier, PhD, Psicólogo Clínico. Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Hospital General Docente de Calderón. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Troya Segovia Maritza Catalina, psicóloga, Especialista de Cuidado Permanente de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cárdenas Paredes Diana Carolina, magíster, Especialista de Cuidado Permanente de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Barral Coral Sandra Jacqueline, magíster, Especialista de Promoción de la Salud Mental de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Benavides Salcedo Andrés Roberto, magíster, Especialista de Promoción de la Salud Mental de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de

Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Medina Luna David, psicólogo, Analista Del Proyecto De Desarrollo De La Estrategia Para El Abordaje Integral Del Fenomeno Socio Económico De Las Drogas Y Fortalecimiento De La Salud Mental.

Colaboradores

Tipán Llasag Ángela, Subsecretaria General de la Vicepresidencia de la República.

Torres Cumbicus Yuridia, magister, Subsecretaría de Articulación y Fortalecimiento Intersectorial de Gestión Pública Social de la Vicepresidencia de la República.

Viteri Elizondo Gustavo Eduardo, Director de Articulación y Fortalecimiento en Salud Mental de la Vicepresidencia de la República.

Dubois Aimée, magister, Consultora de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Cando Dumancela Gabriela del Pilar, médico familiar, Médico de Primer Nivel de Atención Centro de Salud Conocoto, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Díaz Cuti Sonia Jaqueline, trabajadora social, Responsable de Trabajo Social del Hospital Alberto Correa Cornejo, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Calva Rojas Leonor Fernanda, licenciada, Terapista Ocupacional del Centro de Salud Tipo C - Guamaní, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Santín González Lourdes Vanessa, magíster, Líder del Servicio de Rehabilitación y Terapia en Salud Mental del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arizmendi, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Vélez Ortega Verónica Alejandra, psiquiatra, Médica Especialista en Psiquiatría del Hospital Especializado Julio Endara, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Mena Muñoz Ángel, psiquiatra, Jefe del Centro de Especialidades Médicas Ala 22 Accidental de las Fuerzas Aéreas del Ecuador, Quito.

Ramírez Puente Patricia Verónica, magíster, Médico salubrista del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Quito.

Coyago Grijalva Víctor Onorio, Capitán de la Policía, Psicólogo clínico del Centro de Salud Tipo B La Delicia de la Policía Nacional del Ecuador, Quito.

Abad Freile Karina Alexandra, magíster, Especialista de Investigación y Análisis de la Dirección Nacional de Investigación en Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Caiza Fauta Doris Elizabeth, magíster, Especialista de Salud Ocupacional de la Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Aguirre Clavijo Andrés Gustavo, magíster, Especialista de Promoción de la Salud Mental de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Ortiz Mena Adriana Cristina, psicóloga, Analista de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de Educación, Quito.

Medina Cueva María Camila, psicóloga, Analista de Educación para la Democracia y el Buen Vivir de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de Educación, Deporte y Cultura, Quito.

Mozo Tierras Johana Paola, ingeniera, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Velásquez Bautista Jorge Humberto, ingeniero, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Quirola Quirola Ana María, licenciada, Especialista de Observancia, Investigación y Seguimiento de Casos en Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Hinojosa Trujillo María Hortencia, socióloga, Especialista de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Venegas Trávez Julia María, magíster, Especialista Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Segura Flores Stalin Daniel, magíster, Químico farmacéutico de la Dirección Nacional de Centros Especializados, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Ferreira Salazar Cynthia Araceli, ingeniera, Analista del Proyecto de Desarrollo de la Estrategia Para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Aules Soto Luis Eduardo, ingeniero, Analista del Proyecto de Desarrollo de la Estrategia Para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Medina Luna David, psicólogo clínico. Analista del Proyecto de Desarrollo de la Estrategia Para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Chávez Vallejo Juan Carlos, ingeniero, Especialista de Formación y Desarrollo del Talento Humano del Sector Salud de la Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cruz Llumiquinga Fausto Edwin, magíster, Analista del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilidades de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Alvear Hermosa Alex, psicólogo, Director Nacional de Centros Especializados (encargado). Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cabrera Fuentes Diana Margarita, magíster, Especialista de Cuidado Permanente de la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Estrella Endara Luis Mauricio, químico farmacéutico, Director Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Subrogante) Ministerio de Salud Pública, Quito.

Revisión y Validación

Escobar Pérez Vilma Aideé, psicóloga, Especialista de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Proaño Daza Rosa Lucinda, magíster, Especialista de Políticas del Sistema Nacional de Salud de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Arias Murgueitio Luis Miguel, psicólogo, Analista del Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Rivadeneira Maya Yahaira Karina, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Carrión Ochoa Milady Noemí, psicóloga, Especialista de Monitoreo y Seguimiento de la Emergencia, Unidades Móviles y Atención Prehospitalaria, Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, Quito.

López Aura, magíster. Directora Técnica de Elaboración, Evaluación y Mejora Continua de Normativa, Protocolos y Procedimientos. Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. Quito.

Montalvo Nieto Daniela Estefanía, magíster, Especialista de Prevención Primaria y Secundaria de la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Yunga Achote Julio César, ingeniero, Planificador de la Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito

Leiton Urresta Andrea Elizabeth, doctora, Médico Ocupacional de Valuación Incapacidad y Responsabilidad Patronal, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito

Nicolalde Jaramillo Fausto Arnulfo, odontólogo de la Coordinación Nacional de Promoción y Prevención de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito

Ruiz Cueva Mercedes Leonor, médico, Médico General en Funciones Hospitalarias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Quito.

Villamarín Carlota, magíster, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Arregui Mayra, magíster, Subdirección Nacional de Gestión y Control del Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Nicolalde Fausto, odontólogo. Coordinación Nacional de Promoción y Prevención de Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Chicaiza Huacoliantes Lucero Elizabeth, teniente, Analista de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Análisis de Información en Salud, Policía Nacional. Quito.

Socola Leiva Carla, subteniente. Analista de Provisión de Servicios de Salud Mental. Policía Nacional. Quito.

Granizo Freddy, cabo primero, Analista de prestaciones médicas. Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. Quito

Carrillo Franklin, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Quito.

Piguave Lorena, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Quito.

Lemarie Melissa, psicóloga clínica, Fuerzas Armadas del Ecuador. Quito.

Vallejo Jorge, asesor aéreo, Dirección de Gobernanza de Salud y Sanidad Militar. Ministerio de Defensa Nacional. Quito.

Vargas Francisco Javier, magíster, Coordinador Técnico, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Quito.

Cachago Chicaiza José Luis, Analista de Observancia, Seguimiento y Evaluación, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Quito.

Quinchimba Fiallos Luis Paúl, abogado, Técnico de Discapacidades, Formulación, Información y Estudio, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Quito.

Martínez Rivas Francisco, magíster, Secretaría Técnica del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Quito.

Patiño Guzmán Segundo, magíster, Servidor público de Observancia, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Quito.

Chanataxi Vaca Isabel, magíster, Analista de protección integral del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Quito

Ponce Ortiz Maricruz, magíster, Analista de protección integral del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Quito.

Ruiz Gavilánez Sandra, magíster, Analista de protección integral del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Quito.

Albán Jorge, doctor, Coordinador Técnico Comisión de Promoción de la Salud Consejo Nacional de Salud. Quito.

Tagle Alonso, Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador.

Tiaguano Jonathan, Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador.

Uquillas Narváez Mario Andrés, Analista de Educación para la democracia y el Buen Vivir de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de Educación, Deporte y Cultura. Quito.

Rosero Torres Jimena Raquel, Analista de la Dirección Nacional de Educación para Personas con Escolaridad Inconclusa, Ministerio de Educación, Deporte y Cultura. Quito.

Mena Álvarez Jaime Rolando, licenciado, Analista de Educación Especial e Inclusiva de la Dirección Nacional de Educación Especializada e Inclusiva, Ministerio de Educación, Deporte y Cultura. Quito.

Ortiz Orellana Michelle, magíster, Analista De Educación Para La Democracia de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir. Ministerio de Educación, Deporte y Cultura, Quito.

Guaigua Quillupangui Jessica, ingeniera, Analista de Aseguramiento No Contributivo, Contingencias y Operaciones de la Dirección de Administración de Datos, Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Guevara Ordóñez Margarita, psicóloga, Analista de Proyectos de Inversión de la Dirección de Población Adulta Mayor, Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Obando Ortiz Gabriela, doctora, Analista de la Dirección de Prestación de Servicios para las Personas con Discapacidad, Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Mayorga Escalante Pablo, PhD, Analista de Prevención de Vulnerabilidad de Derechos de la Dirección de Prevención de Vulnerabilidad de Derechos, Ministerio de Desarrollo Humano, Quito.

Nasca Silvana, magíster, Analista de la Dirección de Servicios de Centros de Desarrollo Infantil Integral. Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Obando Gabriela, doctora, Analista de Prestación de Servicios para las Personas con Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Ordóñez Juan Carlos, psicólogo. Analista de la Dirección de Protección al Cuidado de las Personas con Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Recalde Patricia, licenciada. Analista de la Dirección de Servicios de Protección Especial. Ministerio de Desarrollo Humano. Quito.

Escobar Paulina, magíster. Analista de la Dirección de Fortalecimiento y Cultura de la Economía Popular y Solidaria Instituto de Economía Popular y Solidaria. Quito.

Novillo Baldeón Magno, especialista, Experto en Atención a Grupos Prioritarios de la Dirección de Grupos de Atención Prioritaria, Ministerio del Trabajo. Quito.

Alomoto Herrera Esteban Samuel, ingeniero, Experto de la Red Socio Empleo de la Dirección de Servicio Público de Empleo, Ministerio del Trabajo. Quito.

Andrade Torres Iván Guillermo, especialista, Director de Normativa del Servicio, Ministerio de Trabajo, Quito.

Pando Karla, magíster. Analista Senior de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ministerio de Trabajo. Quito.

Peralta Zambrano Aidé Mariana, magíster, Especialista Tutelar de la Dirección Nacional del Mecanismo para el Monitoreo de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Defensoría del Pueblo, Quito.

Araujo Pablo, magíster, Especialista de la Dirección Nacional de Análisis Normativo e Incidencia en Política Pública de Políticas Públicas. Defensoría del Pueblo. Quito.

Nieto Christian, abogado. Dirección Nacional de Análisis Normativo e Incidencia en Política Pública. Defensoría del Pueblo. Quito

Santiesteban Díaz Yasel Manuel, investigador, Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública - Leopoldo Izquieta Pérez. Guayaquil.

Bustamante Kathy, psicóloga, Analista de la Secretaría de Salud, Distrito Metropolitano de Quito.

Yépez Alejandro, psicólogo, Analista de la Secretaría de Salud, Distrito Metropolitano de Quito.

Enríquez Anaya Roberto, PhD, Secretaría de Salud, Distrito Metropolitano de Quito.

Sánchez Michelle, psicóloga, Secretaría de Salud Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

Huilca Yolanda, trabajadora social, Colegio de Trabajadores Sociales de Pichincha. Quito.

Macas Monserrath, médica familiar, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Quito.

Montero Carolina, terapista ocupacional, Asociación Ecuatoriana de Terapia Ocupacional. Quito.

Palma Michelle, psicóloga, Federación de Psicólogos Clínicos del Ecuador.

Ayala Juan, psiquiatra, presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatría

Ordóñez Aida, trabajadora social, Colegio de Trabajadores Sociales de Pichincha

Samaniego María de Lourdes, trabajadora social, Colegio de Trabajadores Sociales de Pichincha

Orellana Lucy, médico familiar, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.

Ochoa Marco, médico, Federación Ecuatoriana de Salud Pública.

Pérez Carlos, psicólogo, Asociación Ecuatoriana de Psicólogos.

Briones Nataly, psicóloga infantil y psicorehabilitadora, Asociación de Psicólogos Infantiles.

Velastegui Villamarín Mayra, magister, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.

Bustamante Granda Byron Fernando, PhD, Docente de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Vaca Gallegos Silvia Libertad, PhD, Docente de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Jiménez Prado Pablo, psiquiatra, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito

Izurieta Hidalgo Nathalie, PhD, Docente de la Universidad San Francisco de Quito.

Baldeón Loza Silvia Susana, PhD, Docente de la Universidad Central del Ecuador.

Clavijo Ruth, psicóloga, Decana de la Carrera de Psicología, Universidad de Cuenca

Delgado Tania, psicóloga, docente de la Universidad de Cuenca.

Buchelli Ana, magíster, Organización Internacional para las Migraciones.

Mendoza Leonor, Fundación de Ayuda Terapéutica y Preventiva de Enfermedades Mentales.

Alvarado Ivonne, Asociación de Padres y Amigos para el Apoyo y la Defensa de los Derechos de las Personas con Autismo.

Ortega María de Lourdes, Asociación de Padres y Amigos para el Apoyo y la Defensa de los Derechos de las Personas con Autismo

Quezada Corrales Evelyn, ingeniera, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador.

Chávez Joanne, magister, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador.

Goycochea Román Leonardo, Coordinador de la Cruz Roja Ecuatoriana. Quito

Chávez Joanne, magister, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador

Pavón Isabel, magister, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador

Vareles Vanessa, abogada, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador

Castillo Natalia, magister, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador

González Daniela, estudiante de Psicología. Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador

Rojas Carolina, ingeniera, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador

Quevedo María Luisa, ingeniera, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador
Rosero Estefanía, ingeniera, Grupo de Apoyo Mutuo Bipolaridad Ecuador
Torres Mirka, médico, Colectivo de Adultos Autistas Ecuatorianos
Aguirre Nicolás, licenciado, Colectivo de Adultos Autistas Ecuatorianos
Moya María, psicóloga clínica, Colectivo de Adultos Autistas Ecuatorianos
Paladines José Felipe, Productor de Radio y Televisión, Huertomanías
Yaselga Ricardo, tecnólogo, Huertomanías
Ruales Alicia, Huertomanías
Unauchó Antonella, administradora, Grupo Fénix
Aguayo Natalia, tecnóloga, Grupo Fénix
Arrieta Galo, Grupo Fénix
Vásconez Andrés, Asociación de Padres y Amigos para el Apoyo y la Defensa de los Derechos de las Personas con Autismo.
Ibáñez Jorge, psiquiatra, Instituto Sagrado Corazón. Quito.
Dávila Gabriela, psiquiatra, Hospital San Juan de Dios. Quito.
Díaz Cristina, psiquiatra, Hospital San Juan de Dios. Quito.
López Nathalie, psicóloga, Quito.
Villalva Ramírez Cynthia Gabriela, Quito.
Velásquez María Belén, Quito.
Jirón Paredes Fernando, Quito.
Paredes Jorge, Quito.
Castillo Mónica, Quito.
Subía María de los Ángeles, Quito.
Mayorga Tatiana, Quito.

Contenido

Presentación.....
1. Introducción
2. Marco normativo y conceptual.....
2.1 Marco legal y normativo
2.2 Marco conceptual, valores, principios y enfoques.....
3. Etapa preparatoria
3.1. Identificación de la necesidad de la política
3.2. Conformación de equipos para la formulación de la política.....
3.3. Actores e instancias de coordinación
3.4 Hoja de ruta
4. Diagnóstico
4.1 Diagnóstico del contexto general.....
4.1.1 Características sociodemográficas.....
4.1.2 Determinantes de la salud mental.
Factores de riesgo en salud mental.
Provisión de servicios de salud mental.
Inclusión social en salud mental.....
4.2 Identificación de los determinantes del problema público
4.3 Priorización de los determinantes del problema público
4.4 Población objetivo de la política
5. Propuesta.....
5.1 Identificación de alternativas de solución al problema público
5.2 Priorización de alternativas de solución al problema público
5.3 Objetivos y líneas estratégicas de la política.....
Objetivo General de la política.....
Objetivo específico 1
Línea estratégica 1. Promoción y prevención en salud mental
Objetivo específico 2
Línea estratégica 2. Provisión de servicios de salud mental
Objetivo específico 3

Línea estratégica 3. Recuperación e inclusión social
5.4 Metas e indicadores
5.5 Asignación de responsabilidades.....
5.6 Presupuesto referencial.....
5.7 Plan de implementación
6. Vinculación con el Sistema Nacional de Planificación.....
6.1 Seguimiento y evaluación
Glosario.....
Siglas
Referencias bibliográficas
Anexos

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Red de actores del ámbito de la salud mental
Ilustración 2 Mapa de parroquias por estado de vulnerabilidad al fenómeno social de las drogas
Ilustración 3. Número de camas salud mental.....
Ilustración 4. Principales morbilidades tratadas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública. Período 2018-2024
Ilustración 5. Principales morbilidades tratadas en establecimientos de la seguridad social. Período 2018-2024
Ilustración 7 Árbol de problemas.....
Ilustración 8 Instancias de coordinación de la política

Índice de tablas

Tabla 1 Rol de actores internos en la Política Nacional de Salud Mental.....
Tabla 2 Rol de actores externos en la Política Nacional de Salud Mental.....
Tabla 3 Espacios de participación en la formulación de la Política Nacional de Salud Mental.....
Tabla 4 Hoja de ruta de la política
Tabla 5. Red de establecimientos de salud en Ecuador.....
Tabla 6. Femicidios y otras muertes violentas en mujeres en Ecuador. Período 2015-2024.....
Tabla 7 Categorías de parroquias de Ecuador según estado de vulnerabilidad al fenómeno social de las drogas.....
Tabla 8. Carga anual de mortalidad atribuible al consumo de tabaco.....
Tabla 9. Estimación de presupuesto de gasto corriente en salud mental. Años 2016, 2020.....
Tabla 10. Servicios de Salud Mental en la Red Pública Integral y Complementaria.....
Tabla 11. Comparativo de servicios de salud mental por niveles de atención en la Red Pública Integral Salud.....

Tabla 12. Egresos hospitalarios por atención de trastornos mentales
Tabla 13. Cantidad de personal de salud capacitado en temas de salud mental. Período 2016-2025.
Tabla 14. Número de profesionales de la salud mental registrados en Ecuador.....
Tabla 15. Tipo de profesionales por subsistema de salud.
Tabla 16. Morbilidad de salud mental en Centros de Privación de la Libertad.
Tabla 17. Problemas del neurodesarrollo en Ecuador.
Tabla 18. Personas con discapacidad en Ecuador.....
Tabla 19. Personas por grados de discapacidad intelectual y psicosocial.
Tabla 20 Monto devengado en bonos y pensiones que benefician a personas con discapacidad psicosocial e intelectual.
Tabla 21 Listado de determinantes del problema público identificados.
Tabla 22 Criterios de priorización de los determinantes del problema público
Tabla 23 Priorización de los determinantes del problema público
Tabla 24 Alternativas de solución priorizadas
Tabla 25 Cuadro de metas e indicadores de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030.....
Tabla 26. Presupuesto referencial de la Política Nacional de Salud Mental.
Tabla 27 Vinculación de la Política Nacional de Salud Mental con el Sistema Nacional de Planificación.....
Tabla 28 Principales Indicadores para el monitoreo y evaluación de la política.....
Tabla 29. Metodología de seguimiento y evaluación de la política.

Presentación

La salud mental en los países de la región de las Américas, a partir de la última década del siglo anterior ha tenido avances significativos en varios aspectos, como el aumento de la provisión de servicios, el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud y preventivas de factores de riesgo, así como de la investigación mediante estudios y encuestas nacionales, el fortalecimiento del recurso humano, y sobre todo la generación de legislación orientada a un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental: de uno centrado en los hospitales psiquiátricos y la patología mental, hacia otro sustentado en redes de servicios de base comunitaria que priorice los aspectos protectores del sujeto, la familia y la población en general, y que enfatice y facilite los procesos de inclusión socio comunitaria de aquellas personas que padeczan de problemas de salud mental.

En Ecuador, la promulgación de la Ley Orgánica de Salud Mental en 2024 constituye un hito histórico, al reconocer la salud mental como un derecho humano. Este derecho implica el acceso oportuno a servicios de salud mental de calidad, con énfasis en los del primer y segundo nivel de atención, así como a intervenciones basadas en la evidencia, de corte preventivo frente a factores de riesgo y protectores de la salud a nivel individual, familiar y comunitario. Estas acciones deben contar con el involucramiento de otros sectores e instituciones del Estado, la participación de organizaciones de la sociedad civil, y disposiciones en el componente de inclusión social, todo ello con respeto de los derechos humanos de las personas que atraviesen por problemas de salud mental, y de sus familias.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional del Sistema Nacional de Salud, consecuente con lo dispuesto en el Art. 361 de la Constitución de la República del Ecuador, el Art. 4 de la Ley Orgánica de Salud, y el Art. 3 literal a, de la Ley Orgánica de Salud Mental, emite la presente Política Nacional de Salud Mental 2025-2030.

Este documento es el resultado de un proceso participativo que ha involucrado a múltiples actores del Sistema Nacional de Salud, incluyendo instituciones del Estado, academia, gremios de profesionales, organizaciones de la sociedad civil, y especialmente a personas con experiencia de vida y sus familiares, quienes han contribuido con sus propuestas, conocimientos y aspiraciones.

A través de esta Política se implementarán acciones estratégicas orientadas a mejorar la salud mental de la población ecuatoriana, promoviendo un enfoque integral, comunitario, inclusivo y basado en derechos.

María José Pinto González Artigas
VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

1. Introducción

La salud mental en Ecuador, desde una perspectiva histórica en la salud pública, se remonta a la década de los ochenta del siglo pasado. En ese período, se creó una instancia nacional en el Ministerio de Salud Pública y se desarrollaron programas como el de salud escolar, así como investigaciones sobre alcoholismo y sobre la salud mental en la mujer. Por lo general, la atención estaba centrada en hospitales psiquiátricos y centros especializados. Durante la década siguiente, se realizaron esfuerzos por implementar un plan de salud mental, pero no se obtuvieron resultados favorables debido al limitado presupuesto, que se destinaba principalmente a los centros especializados.

En el nuevo siglo, con la Constitución de la República del año 2008, que establece la salud como un derecho garantizado por el Estado, se evidenciaron avances significativos. Estos comprenden la inclusión de la salud mental en leyes y normativas generales de salud, y, sobre todo, la promulgación del Plan Estratégico de Salud Mental 2014-2017 y del Modelo de Atención de Salud Mental con enfoque familiar y comunitario.

Como resultado de la evaluación del plan realizada en 2022, se estableció la necesidad de contar con una política pública de salud mental que incluya un plan de implementación. Esta necesidad concordó con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud Mental y su reglamento, publicados en 2024.

Sobre la base de lo expuesto, el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, tiene el compromiso constitucional de garantizar el derecho a la salud mental mediante un abordaje integral y un análisis multicausal de los problemas relacionados con esta esfera. Este compromiso se concreta a través de la implementación de una política que permita enfrentar los desafíos en la promoción del bienestar emocional, la atención a personas con problemas de salud mental, el acceso oportuno a servicios sanitarios de calidad y la inclusión socio comunitaria, con la participación activa y el compromiso de actores del sector público y privado del Sistema Nacional de Salud, universidades, gremios profesionales, así como organizaciones y asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares.

Por esta razón, el Ministerio de Salud Pública emite la presente Política Nacional de Salud Mental para el período 2025–2030, cuyo proceso de formulación tuvo como base la guía metodológica para la formulación de políticas públicas de la Secretaría Nacional de Planificación (SNP, 2025).

Por ello, este documento se estructura en seis segmentos:

- Marco normativo y conceptual en los que se fundamenta la política.
- Etapa preparatoria, que incluye la conformación de los equipos, los actores involucrados y las partes interesadas.
- Diagnóstico, con la identificación y priorización de los determinantes del problema.

- Propuesta de la política, con las líneas estratégicas y de acción priorizadas, sus indicadores, metas y presupuesto referencial.
- Vinculación con la planificación nacional, así como el seguimiento, monitoreo y evaluación de la misma.

2. Marco normativo y conceptual

2.1 Marco legal y normativo

La Política Nacional de Salud Mental se fundamenta en un marco normativo amplio, la cual se expone en esta sección.

El componente de salud mental se encuentra presente en diversas normas nacionales, así como en acuerdos y planes regionales y mundiales de los cuales Ecuador es signatario o miembro activo; conforme se detallan a continuación:

A nivel internacional, la Convención contra la Tortura (1984) prohíbe tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluyendo aquellos dirigidos a personas con problemas mentales.(1) La Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988) y su Protocolo Adicional subrayan la importancia de proporcionar formación especializada y programas educativos para personas con discapacidad, promoviendo su integración social y desarrollo integral.(2) La Declaración de Caracas (1990), insta a integrar la salud mental en la atención primaria y a ofrecer servicios comunitarios que respeten la dignidad y derechos humanos de los pacientes, fortaleciendo la capacitación del personal en modelos comunitarios y promoviendo la internación en hospitales generales.(3)

Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales (1991) establecen que todos tienen derecho a la mejor atención posible en salud mental, en ambientes no restrictivos y respetuosos de sus derechos, sin ser sometidos a exámenes forzados.(4)

La Norma sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (1993) llama a adoptar medidas para sensibilizar a la sociedad, promoviendo programas multidisciplinarios de detección, evaluación y rehabilitación temprana para todos los grupos con discapacidad.(5)

La Protección de los Derechos de los Niños y Adolescentes con Discapacidad Mental está garantizada por la Convención sobre los Derechos del Niño (2006), que exige condiciones dignas y revisiones periódicas del tratamiento y condiciones de internación. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) reafirma el derecho a la igualdad, a ejercer su capacidad jurídica y a recibir atención en salud de alta calidad, además de protegerlos contra tratos crueles y degradantes.(6,7)

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003), ratificado por Ecuador en 2006, complementa este marco normativo promoviendo medidas para reducir el consumo de tabaco, que tiene un impacto negativo en la salud mental y física.(8)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2030) exhorta a los Estados a desarrollar y aplicar políticas y

programas que integren mecanismos de protección de derechos humanos, reorienten la organización de los servicios y amplíen su cobertura, priorizando la atención en centros de salud no especializados y coordinando intervenciones multisectoriales para promover la salud mental, prevenir trastornos y reducir estigmas y discriminación.(9) El Plan Andino de Salud Mental 2022-2026 complementa estos enfoques promoviendo la prevención, atención comunitaria, formación del talento humano, investigación y la organización de sistemas de salud mental centrados en un modelo integral y comunitario.(10)

En el contexto nacional, la Constitución de Ecuador (2008) garantiza derechos iguales, sin discriminación, incluyendo el acceso a servicios de salud y atención prioritaria para grupos vulnerables como niños, adultos mayores, personas con discapacidad y en situación de privación de libertad.(11) La legislación en salud, como la Ley Orgánica de Salud (2006) y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), establecen la rectoría del Ministerio de Salud Pública y promueven una atención integral, con enfoque familiar y comunitario, priorizando grupos vulnerables y fomentando la participación ciudadana.(12,13)

La Ley Orgánica de Salud Mental (2024) crea un marco legal para garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental a lo largo del ciclo vital, promoviendo la atención integral, prevención, recuperación y rehabilitación, en línea con el modelo comunitario. La normativa también regula la atención en diferentes modalidades, incluyendo centros diurnos, atención en el hogar y centros de referencia y acogida, buscando mejorar la autonomía y la integración social de las personas con discapacidad y trastornos mentales.(14) Así mismo, dispone a la Autoridad Sanitaria Nacional, impulsar la política nacional de salud mental que incluirá promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión de las personas; y, la elaboración y aprobación de un Plan Nacional de Salud Mental.(15)

Asimismo, leyes específicas como la Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad (2025) definen a las personas con discapacidad y establecen la necesidad de planes y programas de promoción y detección temprana, mientras que la normativa para la erradicación de la discriminación laboral (2017) prohíbe prácticas discriminatorias en el empleo, promoviendo igualdad y respeto a los derechos laborales.(16,17)

La Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco (2011) busca reducir el consumo de tabaco mediante restricciones en publicidad, advertencias sanitarias y espacios libres de humo, contribuyendo a la prevención de enfermedades que impactan también el bienestar mental.(18) La Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011) garantiza servicios sociales, psicológicos y de atención integral en las instituciones educativas, además de proteger a los estudiantes contra abusos y discriminación, promoviendo ambientes escolares seguros y saludables. El Código de la Niñez y Adolescencia (2003, modificado en 2014) reconoce el derecho de niños y adolescentes a alcanzar el más alto nivel de salud física, mental y sexual, estableciendo políticas y acciones para su crecimiento y desarrollo integral.(19,20)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), en especial el Objetivo 3, priorizan la salud y el bienestar, comprometiéndose a reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y a promover la salud mental y el bienestar en

todas las edades.(21) La Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021-2025) impulsa políticas públicas para fortalecer los servicios de salud mental, promover la inclusión educativa, establecer apoyos legales y salvaguardias para personas con discapacidad psicosocial e intelectual, y fortalecer la participación social y los mecanismos de atención en contextos de movilidad humana. Asimismo, la Agenda para la Igualdad de Derechos de Pueblos y Nacionalidades Indígenas, Afroecuatoriano y Montubio (2021-2025) incorpora el fortalecimiento de prácticas de salud intercultural, con énfasis en atención psicosocial culturalmente pertinente y en la defensa de la salud mental en comunidades ancestrales.(22,23)

Por su parte, las normas técnicas de atención en centros diurnos (2018), en el hogar y comunidad (2021), y los centros de referencia y acogida inclusivos (2023), establecen directrices para la atención integral, la reinserción social y la autonomía de las personas con discapacidad, incluyendo aspectos relacionados con su salud mental, garantizando un abordaje inclusivo, de calidad y basado en derechos.(24,25)

En cuanto a normativa de salud, se dispone de un total de 32 documentos oficializados a partir del año 2014, entre leyes (2), modelos de atención (4), acuerdos ministeriales (4), lineamientos operativos (15), guías, (3), protocolos (2) y reglamentos (2). Cabe indicar que 13 (41.9%) corresponden de manera específica al abordaje interinstitucional, organización y prestación de servicios para personas con problemas derivados del consumo de drogas.(26)

Finalmente, las sentencias internacionales, como la emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2021), en el caso *Guachalá Chimbo vs Ecuador*, refuerzan la obligación del Estado de garantizar los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos. Esto incluye el consentimiento informado y la implementación de protocolos adecuados para casos de desapariciones en establecimientos de salud.(27)

En conjunto, estos instrumentos normativos internacionales, regionales y nacionales sustentan la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030 en Ecuador. Esta política privilegia la atención comunitaria, la protección de derechos y la integración social, asegurando un enfoque integral, intercultural y con participación activa de la sociedad. Asimismo, establece principios fundamentales para garantizar la protección, atención digna y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.

2.2 Marco conceptual, valores, principios y enfoques

La presente política se basa en los diferentes valores, enfoques y principios del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural, así como de la reestructuración de la atención de salud mental, y de la salud pública; (28,29) mismos que se exponen a continuación:

Salud mental

La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico; además de constituir una parte primordial de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y

colectivas para la toma de decisiones y el establecimiento de relaciones armoniosas. (14)

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental es un proceso político y social que implica intervenciones individuales y colectivas para lograr cambios sociales. Además, está relacionada con los determinantes sociales y con la estrategia de atención primaria en salud, establecida en las leyes y modelos del país.(30)

Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud (APS) en el ámbito de la salud mental, busca fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y reducir el estigma hacia las personas con trastornos mentales. Para ello, promueve la coordinación entre niveles de atención y la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos mediante la rehabilitación psicosocial, el seguimiento post egreso, la inclusión laboral, la participación de usuarios y familiares, y la creación de redes comunitarias como centros de salud mental, hospitales de día y residencias terapéuticas.(31,32)

Desinstitucionalización en la atención de salud mental

La desinstitucionalización es un proceso complejo que busca reducir la dependencia de los hospitales psiquiátricos y crear alternativas comunitarias accesibles y sostenibles. Para lograrlo, se requiere prevenir ingresos innecesarios, desarrollar recursos comunitarios (vivienda, empleo, educación), reintegrar a los pacientes, mantener sistemas de apoyo comunitarios, disminuir camas de larga estancia y comprometer al personal de salud mental con los objetivos del proceso.(33,34)

Salud Mental Comunitaria

El modelo comunitario promueve la coordinación con otros sectores como educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social. Este enfoque busca un sistema integral que incluya servicios ambulatorios, centros de día, hogares y talleres protegidos, y unidades en hospitales generales. A través de equipos multidisciplinarios, se garantiza el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la continuidad de cuidados y el apoyo social vinculado a los recursos comunitarios.(29,35,36)

Valores

Los valores constituyen el fundamento ético de la Política Nacional de Salud Mental, en relación con el trato, la atención y los derechos de las personas con problemas de salud mental.

- **Justicia social:** Promover condiciones sociales justas que permitan el bienestar mental de toda la población, especialmente en los grupos de atención prioritaria.

- **Equidad:** Asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud mental de calidad, y no ser discriminados por razones sociales, económicas, étnicas, de género o de discapacidad.(37)
- **Solidaridad:** Promover el apoyo mutuo y la responsabilidad colectiva en el abordaje de los problemas de salud mental.
- **Dignidad humana:** Reconocer y respetar el valor inherente de todas las personas, independientemente de su condición mental asegurando un trato respetuoso y libre de estigmas.(38)

Principios

Estos principios constituyen lineamientos fundamentales que orientan la planificación, implementación y evaluación de acciones, programas y servicios dirigidos a personas con problemas de salud mental.

- **Intersectorialidad.** Promover la colaboración y articulación intersectorial para abordar de manera integral los determinantes sociales que afectan la salud mental en la población. Esta articulación busca generar respuestas coordinadas y sinérgicas que favorezcan la inclusión y el bienestar de las personas con trastornos mentales.
- **Atención de base comunitaria.** A través de este principio se asegura que las personas con problemas de salud mental sean atendidas en servicios y establecimientos, bajo la forma de atención menos restrictiva posible. Este principio prioriza la cercanía, la accesibilidad y el respeto por la autonomía, evitando la institucionalización innecesaria.
- **Participación social.** Asegurar que las personas con problemas de salud mental y sus familias, participen en la planificación, prestación y evaluación de los servicios. Se fomenta la creación de grupos de autoayuda, redes de apoyo y espacios de diálogo que fortalezcan el protagonismo de los usuarios en sus procesos de recuperación.
- **Inclusión social.** Este principio promueve condiciones que permitan la participación plena de las personas con problemas de salud mental, asegurando la igualdad de condiciones para el desarrollo de la vida.
- **Longitudinalidad.** Trata de la atención continua y sostenida a lo largo del ciclo vital. Este principio reconoce la importancia del acompañamiento profesional en todas las etapas de la vida, favoreciendo la prevención el tratamiento y rehabilitación que brinda el profesional de la salud al individuo, independientemente de que exista un problema de salud mental o no.
- **Universalidad.** Es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de la salud mental de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación e ingresos.(39)

Enfoques

Se refiere a las maneras de abordar y tratar los aspectos inherentes a los componentes de la política propuesta.

- **Derechos Humanos.** Reconoce a la salud mental como un derecho humano fundamental, con pleno respeto a su salud, vida privada y libertad de decisión sobre la misma.
- **Igualdad y no discriminación.** Enfatiza en que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos deberes, derechos y obligaciones; nadie podrá ser discriminado por su estado de salud mental, discapacidad intelectual y psicosocial, ni por cualquier otra distinción personal o colectiva, temporal o permanente.
- **Territorial.** Busca adaptar las acciones y servicios de salud mental a las características, necesidades y recursos específicos de cada territorio o comunidad. (40)
- **Curso de vida.** Analiza cómo los eventos de la vida y los cambios de roles impactan la salud mental en distintas etapas del ciclo vital, para orientar intervenciones más efectivas. (41)
- **Discapacidad.** Reconoce a las personas con discapacidad psicosocial e intelectual como titulares de derechos, promoviendo la inclusión, autonomía y eliminación de barreras en el entorno.(7)
- **Género.** Señala la importancia de incorporar la perspectiva de género para garantizar una salud mental equitativa y libre de discriminación.(42)
- **Interculturalidad.** Valora la diversidad cultural de las poblaciones, promoviendo el respeto, la equidad y la inclusión de distintas cosmovisiones, saberes y prácticas tradicionales en el diseño y la implementación de acciones de salud mental. (43)
- **Movilidad humana.** Considera las experiencias, vulnerabilidades y necesidades específicas de quienes se movilizan, garantizando el acceso equitativo a servicios de salud mental culturalmente sensibles y adaptados a sus circunstancias particulares.(44)

3. Etapa preparatoria

Esta sección de la política abarca varios componentes esenciales: la identificación de la necesidad de intervención pública, la conformación de los equipos responsables, la definición de los actores e instancias de coordinación, los mecanismos de participación ciudadana y la hoja de ruta que orienta el desarrollo de la política.

3.1. Identificación de la necesidad de la política

En Ecuador, uno de los principales antecedentes programáticos en salud mental es el Plan Estratégico de Salud Mental 2014–2017, cuyo objetivo fue fortalecer la atención a las personas con problemas de salud mental. Para alcanzarlo, se definieron líneas estratégicas de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, y, de provisión de servicios de salud mental.(45)

En el año 2021 se llevó a cabo la evaluación del Plan, utilizando datos proporcionados por instituciones de salud y de otros sectores del Estado correspondientes al período 2014–2020, y complementándolos con información primaria recopilada de organizaciones de la sociedad civil.(26)

El principal hallazgo de esta evaluación fue el incremento de la morbilidad, la mortalidad y de los factores asociados a la salud mental en el país, lo que llevó a la Autoridad Sanitaria Nacional a impulsar la formulación de una política nacional destinada a intervenir en los determinantes de este problema público.

Como parte de las recomendaciones realizadas por cada línea estratégica, particularmente la relativa a la **promoción y prevención en salud mental**, se recomienda desarrollar estrategias intersectoriales con participación social activa e incorporando los enfoques de determinantes sociales, derechos humanos, género y generacional. Esto debido a que las intervenciones orientadas a promover la salud mental y prevenir factores de riesgo, cuando se ejecutan sin un enfoque interinstitucional e intersectorial y sin participación social y comunitaria, ven disminuido su alcance, pertinencia y sostenibilidad. En consecuencia, dichas acciones resultan insuficientes para fortalecer capacidades comunitarias, generar entornos protectores y garantizar la detección temprana y el acompañamiento oportuno.(46)

Al respecto, en el país persisten múltiples factores que predisponen o desencadenan problemas de salud mental en la población, entre los cuales destacan la violencia en sus diversas expresiones y el uso y consumo de sustancias en los entornos familiar, escolar, laboral y comunitario. A ello se suma la persistente estigmatización y discriminación hacia las personas con trastornos mentales, presentes en distintos espacios y especialmente en los servicios de salud, lo que limita su acceso oportuno, continuo y de calidad. Estas dinámicas no solo vulneran derechos fundamentales, sino que también debilitan el tejido social, reducen la confianza comunitaria y dificultan el desarrollo de entornos protectores. Además, generan elevados costos sociales y económicos, profundizan desigualdades preexistentes y perpetúan ciclos de exclusión.(47,48)

En cuanto a la **provisión de servicios de salud mental**, la recomendación se centró en fortalecer y ampliar la capacidad del primer y segundo nivel de atención, mediante la implementación de estrategias de detección e intervención temprana, la disponibilidad de personal capacitado y el desarrollo de sistemas de información eficientes que permitan monitorear la atención y apoyar la toma de decisiones. Esta propuesta se formula a partir de la limitada disponibilidad de servicios públicos de salud mental en el país, particularmente en el primer nivel de atención, lo cual constituye una de las principales barreras para ofrecer una respuesta oportuna, continua e integral a las necesidades de la población. La insuficiencia de equipos especializados, la limitada oferta de intervenciones basadas en evidencia, las brechas en la provisión de psicofármacos y la escasez de personal capacitado, junto con un sistema de información deficiente, reducen significativamente la eficacia y la cobertura del sistema de salud mental. Esta situación se agrava en zonas rurales y periferias urbanas, donde el acceso es aún más restringido y las rutas de referencia y contrareferencia resultan poco efectivas. Adicionalmente, la escasa regulación de ciertos servicios que, en algunos casos, aplican prácticas que pueden constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes incrementa el riesgo de vulneración de derechos y debilita la confianza de la población en el sistema de salud mental.(26)

Otra de las recomendaciones del plan, considerada más bien un desafío para el Estado en su conjunto, se refiere a la **inclusión social de las personas con**

problemas de salud mental. Esta plantea la necesidad de instaurar políticas de inclusión y reinserción a nivel familiar y comunitario, que permitan promover su participación activa, reducir estigmas y garantizar el ejercicio pleno de sus derechos. En tal sentido, la recuperación y la inclusión socio comunitaria de las personas con problemas de salud mental en el Ecuador se ven restringidas por la limitada oferta de servicios especializados y la desarticulación entre instituciones del Estado, actores de la sociedad civil y comunidades. Esta situación dificulta asegurar intervenciones integrales que incluyan rehabilitación, cuidado a largo plazo y reintegración en los ámbitos familiar, educativo, social, laboral, vivienda y comunitario.(49) La ausencia de estrategias sostenibles de inclusión, junto con la limitada participación social, genera aislamiento, exclusión y estigmatización, afectando la calidad de vida y los derechos fundamentales de estas personas. Por ello, resulta indispensable una política pública que promueva la recuperación integral, fortalezca la articulación interinstitucional e intersectorial y facilite la participación activa de la comunidad, garantizando entornos protectores y oportunidades de integración social.

Por otra parte, en el año 2024 se oficializaron dos instrumentos normativos fundamentales para el fortalecimiento de la salud mental en el país: la Ley Orgánica de Salud Mental y su Reglamento. La Ley, en sus artículos 16 y 18, dispone impulsar la Política de Salud Mental, la cual deberá incorporar acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión, así como la elaboración y aprobación del Plan Nacional de Salud Mental. Por su parte, el Reglamento, en su disposición transitoria primera, establece que la Autoridad Sanitaria Nacional deberá emitir la Política Nacional de Salud Mental en un plazo de 90 días.

En síntesis, el marco jurídico vigente, las recomendaciones derivadas de la evaluación del Plan y los elementos analizados evidencian la necesidad de contar con una Política de Salud Mental que oriente las acciones del Estado y fortalezca su capacidad de respuesta frente al incremento de la morbilidad, la mortalidad y los factores asociados a la salud mental en el país, permitiendo abordar estos desafíos de manera integral, articulada y coherente.

3.2. Conformación de equipos para la formulación de la política

Para la formulación de la Política Nacional de Salud Mental, se conformaron tres equipos: político, técnico y académico. El primero encargado de la aprobación de los productos intermedios y finales; el segundo, responsable de la elaboración de la propuesta de política, y el tercero, de la revisión y aportes específicos a la propuesta. A continuación, se detalla la composición de cada uno.

3.2.1 Equipo político

Conformado por la autoridad y/o su delegado de las instancias descritas:

- Ministro de Salud Pública.
- Viceministerio de Atención Integral en Salud.
- Viceministerio de Gobernanza de la Salud.
- Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.
- Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.

- Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.
- Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel.
- Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.
- Coordinación General de Sostenibilidad del Sistema y Recursos.

3.2.2 Equipo técnico

De igual manera, conformado por la autoridad y/o su delegado de instancias del Ministerio de Salud Pública:

- Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud mental y Fenómenos Socioeconómico de las Drogas.
- Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.
- Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
- Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.
- Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.
- Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.
- Dirección Nacional de Participación Social en Salud.
- Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud.
- Dirección Nacional de Centros Especializados.
- Dirección Nacional de Hospitales.

Por parte de la Red Pública Integral de Salud, las autoridades y delegados de las siguientes instituciones:

- Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto del Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Subsecretaría de Apoyo al Desarrollo Sector Defensa del Ministerio de Defensa Nacional.
- Dirección Nacional de Atención Integral de Salud de la Policía Nacional.

3.2.3 Equipo académico

Para la conformación de este equipo se realizaron convocatorias a instituciones de educación superior, e investigación del país, con el fin contar con un componente de expertos en salud mental. Se realizaron entrevistas individuales y se obtuvo un listado de las siguientes instituciones de educación superior:

- Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública Dr. Leopoldo Izquierdo Pérez.
- Universidad Central del Ecuador.
- Universidad San Francisco de Quito.
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Universidad Casa Grande.
- Universidad de Cuenca.
- Universidad San Francisco de Quito.

- Universidad Técnica de Ambato.
- Universidad Técnica Particular de Loja.

3.3. Actores e instancias de coordinación

Para el desarrollo de esta política, se realizó un mapeo de actores realizado, en el cual se identificaron los objetivos comunes y las posibles acciones orientadas a la reducción de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo relacionados con la salud mental, tanto de actores internos como externos. Asimismo, se analizó la relación entre ellos y las instancias de coordinación establecidas para la construcción de la política.

3.3.1 Actores Internos

Ministerio de Salud Pública.

Es la Autoridad Sanitaria Nacional encargada de garantizar el derecho a la salud en Ecuador, mediante la gobernanza del sistema, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la vigilancia, la investigación y la provisión de servicios integrales. Como ente rector del Sistema Nacional de Salud, asegura una atención de calidad, inclusiva y equitativa, enfocada en el bienestar y el desarrollo de la población.

A continuación, se detallan los roles de las instancias internas del Ministerio de Salud Pública dentro de la política:

Tabla 1 Rol de actores internos en la Política Nacional de Salud Mental.

Actor	Ámbito	Sector	Rol/ función/ competencia
Ente rector de salud			
Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.	Vigilancia, prevención y control de la salud.	Público	Dirigir la formulación e implementación de la Política Nacional de Salud Mental.
Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómenos Socioeconómico de las Drogas.	Gestión de la Salud Mental y del Fenómeno Socio económico de las Drogas.	Público	Generar insumos para la formulación e implementación de la Política Nacional de Salud Mental. Coordinar y participar en las mesas de trabajo que se efectúen en el marco de la Política Nacional de Salud Mental. Monitorear y dar seguimiento al cumplimiento de la Política Nacional de Salud Mental.
Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.	Políticas públicas y normativa en salud.	Público	Dar soporte normativo y metodológico en la formulación e implementación de la Política Nacional de Salud Mental.
Dirección Nacional de Estadística y	Ánálisis de la información en	Público	Facilitar la información y el soporte estadístico en la formulación de la

Actor	Ámbito	Sector	Rol/ función/ competencia
Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud.	salud.		Política Nacional de Salud Mental.
Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.	Provisión de servicios de salud mental.	Público	Gestionar la provisión de servicios de salud mental del primer nivel de atención.
Dirección Nacional de Hospitales.	Provisión de servicios de salud mental.	Público	Gestionar la provisión de servicios de salud mental hospitalarios.
Dirección Nacional de Centros Especializados.	Provisión de servicios de salud mental.	Público	Gestionar la provisión de los servicios de salud mental en los centros especializados.
Dirección Nacional de Promoción de la Salud.	Promoción de la salud mental.	Público	Desarrollo de instrumentos técnicos y normativos para la promoción de la salud mental.
Dirección Nacional de Participación Social en Salud.	Participación social en salud mental.	Público	Asegurar que la participación social se ejecute de forma efectiva en todas las etapas y gestión de la política.
Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.	Derechos humanos en salud mental.	Público	Gestionar acciones para la transversalización del enfoque de derechos humanos, género e inclusión en los servicios de salud.
Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.	Discapacidad y salud mental.	Público	Generar herramientas para la mejora de la autonomía de vida de las personas en condición de vulnerabilidad y discapacidad.
Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.	Calidad de la atención en salud mental.	Público	Vigilar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud mental.
Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad.	Salud mental e interculturalidad.	Público	Garantizar la implementación de políticas que aseguren la pertinencia intercultural de los servicios y acciones en salud mental.
Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil.	Atención de salud mental.	Público	Administrar y promover la atención de salud mental fuera de los establecimientos de salud.
Dirección Nacional de Salud Ambiental en el Trabajo.	Salud mental en el ámbito laboral.	Público	Generación de ambientes laborales saludables y seguros para la salud mental de los trabajadores.
Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.	Vigilancia de la salud mental.	Público	Monitoreo y gestión epidemiológica en el ámbito de salud mental.
Dirección Nacional de Gestión de Riesgos y Daños.	Gestión de riesgos en salud mental.	Público	Implementar acciones frente a eventos peligrosos de corte antrópico o natural que puedan impactar en la salud mental de la población.
Dirección Nacional de Regulación de	Medicamentos de salud mental.	Público	Vigilar el cumplimiento sobre la disponibilidad de psicofármacos en

Actor	Ámbito	Sector	Rol/ función/ competencia
Medicamentos y Dispositivos Médicos.			establecimientos de salud.
Dirección Nacional de Investigación en Salud.	Investigación en salud mental.	Público	Gestionar la normativa técnica para la investigación en salud mental.
Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria.	Talento humano en salud mental.	Público	Desarrollar instrumentos y/o estrategias en temas relacionados al fortalecimiento profesional en salud mental.
Coordinaciones Zonales o su equivalente.	Gestión de la Salud Mental.	Público	Asegurar la ejecución de la política a nivel territorial. Verificar las acciones de seguimiento de la ejecución de la política.
Distritos o su equivalente.	Gestión de la Salud Mental.	Público	Facilitar la implementación de la política en su circunscripción territorial.
Establecimientos de Salud.	Salud General y Salud Mental.	Público	Prestación de los servicios de salud mental establecidos en la política. Ejecución de acciones de salud mental en la comunidad.
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.	Salud General y Mental.	Público	Ejercer la regulación, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud mental públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud.

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP 2024.

3.3.2 Actores Externos

De igual manera, los actores externos al Ministerio de Salud Pública, se clasifican en: otros responsables del sector público de salud; corresponsables de otros sectores del Estado con injerencia en componentes de salud mental; y entidades u organizaciones que apoyan en la formulación e implementación de la política.

Tabla 2 Rol de actores externos en la Política Nacional de Salud Mental

Actor	Ámbito	Sector	Rol/ función/ competencia
Entidades responsables del sector salud			
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) o quien haga sus veces.	Salud	Público	Gestión de prestación de servicios de salud mental en establecimientos de salud. Implementación de acciones en el ámbito de la promoción de la salud.
Ministerio de Defensa Nacional.	Salud	Público	Direccionar la organización y funcionamiento del sistema de sanidad militar de las Fuerzas Armadas. Coordinar con otros subsistemas, la articulación

Actor	Ámbito	Sector	Rol/ función/ competencia
			al Red Pública Integral de Salud.
Ministerio de Gobierno- Policía Nacional.	Salud	Público	Planificar, garantizar y coordinar las prestaciones de salud de Policía Nacional. Incluido el componente de salud mental.
Entidades corresponsables de otros sectores del Estado			
Ente rector de Desarrollo Humano o quien haga sus veces.	Inclusión social	Público	Brindar servicios para la inclusión económica y social, con énfasis en los grupos de atención prioritaria.
Ente rector en materia de Educación, Cultura y Deporte o quien haga sus veces.	Educación, cultura, deporte e investigación	Público	Garantizar el acceso y la inclusión a la educación inicial, básica y bachillerato a personas con problemas de salud mental. Promover factores protectores para la salud mental desde los ámbitos de la cultura y el deporte. Impulsar el financiamiento de la investigación en salud mental.
Ente rector del Trabajo o quien haga sus veces.	Trabajo	Público	Regula y controla el cumplimiento a las obligaciones laborales para conseguir un sistema de trabajo digno.
Ente rector de vivienda o quien haga sus veces.	Vivienda	Público	Contribuir a que las personas con problemas de salud mental hagan uso pleno de su derecho a un hábitat seguro y saludable.
Consejo de Educación Superior o quien haga sus veces.	Educación superior	Público	Coordinar con las universidades y escuelas políticas públicas y particulares, la creación de carreras y grados académicos en el campo de la salud mental.
Defensoría del pueblo o quien haga sus veces.	Defensoría pública	Público	Vigilar el cumplimiento de los derechos humanos en el abordaje y tratamiento de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
Consejo de la Judicatura.	Justicia	Público	Contribuir al acceso a la justicia de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
Ente encargado de la seguridad y rehabilitación en el sistema penitenciario, o quien hiciera sus veces.	Salud mental en contextos de privación de la libertad	Público	Garantizar la atención de salud mental a personas adultas privadas de su libertad y a adolescentes que han cometido infracciones. Contribuir a la reinserción social de personas con problemas de salud mental en contextos de privación de la libertad.
Instituto Nacional de Estadística y Censos o quien hiciera sus	Información estadística	Público	Identificar y generar información oportuna para el monitoreo de los indicadores y metas de la Política Nacional de Salud Mental.

Actor	Ámbito	Sector	Rol/ función/ competencia
veces.			
Consejos Nacionales de Igualdad, o quien hiciera sus veces.	Igualdad de género, inter generacional, participación social, discapacidad	Público	Garantizar los derechos de los grupos de atención prioritaria mediante la promoción de la inclusión social, la eliminación de barreras, y el seguimiento de su cumplimiento en las políticas públicas.
Gobiernos Autónomos Descentralizados	Fomento de espacios saludables	Público	Generar mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional en su territorio jurisdiccional promoviendo acciones de salud mental.
Entidades y organizaciones de apoyo			
Universidades e Institutos que ofertan carreras en salud mental.	Educación superior	Mixto	Promover la oferta académica de programas de tercer y cuarto nivel en salud mental Impulsar la investigación en salud mental
Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador.	Provisión de servicios de salud mental	Privado	Aportar con datos al diagnóstico y revisión de productos intermedios y finales de la política de salud mental.
Gremios de profesionales de la salud mental.	Profesionales de salud mental	Privado	Participar de forma voluntaria en la generación de datos y acciones específicas en el plan de implementación de la política de salud mental.
Grupos y Asociaciones de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental, y de Neuro diversidades.	Participación social	Mixto	Participar en la elaboración y presentación de propuestas e implementación de acciones en materia de salud mental. Desarrollo de actividades de salud mental propuestas en el plan de implementación de la política.
Observatorios ciudadanos de salud mental, autorizados por la autoridad competente.	Participación ciudadana	Mixtos	Aportar con datos y revisión al diagnóstico y documento propuesta, y vigilar el cumplimiento de la política pública.

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP 2025.

3.3.3 Representación de las relaciones entre los actores

La representación de la red establecida entre los actores que forman parte del inventario de actores, se la realizó con el software Gephi, para lo cual, se tabuló el nombre de cada uno de los actores identificados como un nodo, y las relaciones mapeadas como una arista, que permite un análisis cuantitativo de la misma.

El esquema gráfico de la red fue configurado a través de la distribución ForceAtlas2, algoritmo que simula la ley de gravitación equiparando el grado de los nodos con la

masa de los planetas, de esta forma se ubican al medio los nodos más *pesados* o que en general corresponde a los que más refieren o son más referidos dentro de la red.

Por otra parte, el *tono* de los nodos corresponde proporcionalmente a su grado de referencia o soporte, es decir, el nodo es más oscuro en cuanto más personas lo han referido dentro de la red; de igual manera, acerca del tamaño de los nodos, a mayor tamaño existe un mayor grado de salida, es decir, un nodo más grande corresponde a un actor que más cita a los demás.

En este sentido, se procede a evaluar tres características de la red:

- a) Grado medio. Es el número de conexiones que tiene un nodo (o actor)
- b) Densidad de la red. Indica qué tan conectada está la red como un todo (conexiones existentes versus conexiones posibles).
- c) Modularidad. Indica el número de grupos con características parecidas o afines.

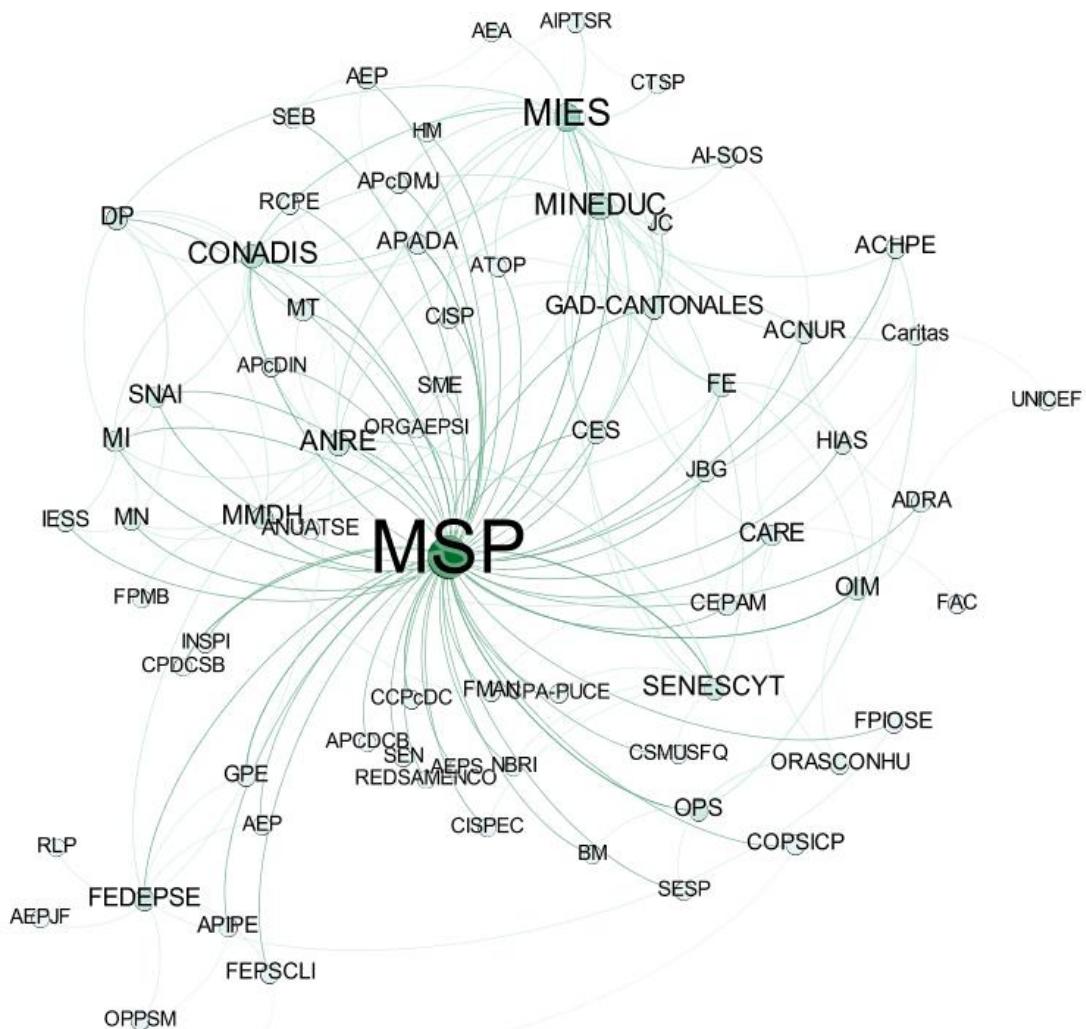
En cuanto al grado medio obtenido por la red fue de 5.66, que nos permitió estimar que en promedio los actores de la red cuentan con 5 conexiones. Considerando que en la red analizada cada actor tiene la capacidad para establecer relación con otros 72 actores, indica que el grado medio de la red es bajo y, por lo tanto, la capacidad para transmitir información se encuentra altamente centralizada en los actores con mayor grado, como el MSP y las carteras de Estado de educación y de inclusión económica y social.

Respecto de la densidad de la red, el valor obtenido fue de 0.08, que refleja un nivel de densidad bajo, pues la comunicación e interconexión entre los nodos es escasa. Usualmente una red altamente interconectada posee un coeficiente de densidad superior a 0.80, es decir que una red con alta densidad tiene un valor de densidad diez veces mayor al identificado en la red analizada.

El coeficiente de modularidad de la red fue de 0.34. Normalmente un valor de modularidad inferior a 0.40 indica que los actores de la red no se encuentran organizados en subcomunidades claramente diferenciables. Lo señalado implica que la red analizada posee una baja interconexión interna; aunque, se puede identificar que existe una naciente comunidad establecida entre los gremios de profesionales, pues existe un conjunto de dichos actores organizados en el Frente para el Desarrollo de la Psicología (FEDEPSE).

En lo que corresponde a la visualización de la red, en la ilustración 1, se observa que el MSP, representado con un tono más oscuro y mayor tamaño, cuenta con el mayor número de conexiones dentro de la red y, por lo tanto, con la mayor capacidad de influencia. Otros actores estatales con una alta capacidad para transmitir y recibir información, son el ente rector de Desarrollo Humano (ex MIES), el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, el Ministerio de Educación y Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) Cantonales. Dentro de los actores no estatales destaca el Frente para el Desarrollo de la Psicología (FEDEPSE) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), pues dichas organizaciones cuentan con el mayor grado dentro de su categoría.

Ilustración 1. Red de actores del ámbito de la salud mental



Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP 2024.

Durante el mapeo de actores se priorizó la identificación de beneficiarios directos de la política, incluyendo personas con problemas de salud mental, con trastornos mentales o discapacidad psicosocial e intelectual, así como colectivos de familiares. Por ello, el listado preliminar estuvo dominado por estos actores. No obstante, en el inventario definitivo su presencia fue limitada a siete casos, principalmente por dificultades para contactar a los representantes o por falta de información de contacto en las páginas web de referencia. (anexo 1)

En conclusión, se evidenció una limitada articulación entre actores, con una transmisión de información y recursos altamente centralizada en las instituciones estatales de salud, educación y desarrollo social. Asimismo, aunque las organizaciones de beneficiarios finales de la política de salud mental son numerosas, muchas carecen de constitución formal, lo que constituye un desafío relevante para la implementación, coordinación y efectividad de la presente política pública.

3.3.4 Instancias de coordinación

La Subcomisión de Salud Mental fue la instancia de coordinación para la formulación de la política entre los actores del sector público de la salud. Actúa como órgano asesor y consultivo del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a nivel nacional, elaborando insumos técnicos para garantizar la implementación, articulación y seguimiento de la red. Está integrada por delegados del Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía Nacional, tanto prestadores como financiadores de servicios de salud, cuya participación es obligatoria y está liderada por el Ministerio de Salud Pública. Los delegados reportan periódicamente sus actividades al Comité de Gestión Nacional, apoyando la toma de decisiones técnicas y la coordinación de acciones en salud pública.

Para los actores corresponsables de otros sectores del Estado, de la salud privada, y las organizaciones de apoyo, la coordinación se realizó desde los espacios de la ASN, mediante la convocatoria a mesas técnicas de trabajo conforme a las etapas de formulación de la política.

3.4 Espacios de participación ciudadana

Durante la formulación de la Política Nacional de Salud Mental, se consideraron varios espacios de participación con las instituciones y organizaciones identificadas previamente en el mapeo de actores, con quienes se emplearon diversas metodologías orientadas a favorecer su participación en cada etapa del proceso; las cuales se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 3 Espacios de participación en la formulación de la Política Nacional de Salud Mental

Fecha/ Período	Actividad	Lugar/ Modalidad	Temas Tratados
11/2022 a 05/2023	Entrevistas con actores externos; expertos en salud mental.	Modalidades virtual y presencial.	Identificar problemáticas de salud mental en los ámbitos: salud, educación, vivienda, inclusión social y laboral; defensa de DDHH Recopilación de información para el diagnóstico de la política.
12/04/2023	Mesa de trabajo con delegados de la RPIS (IESS, FFAA, PN).	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Identificación de la problemática de salud mental, causas, efectos y posibles soluciones. Levantamiento de datos para el diagnóstico de la política.
03-04/2023	Entrevistas y grupos focales con familiares y usuarios de servicios de salud mental.	Hospitales generales públicos: Loja, Esmeraldas, Sucumbíos, Quito, Guayaquil, Cotopaxi,	Recolección de datos con enfoque cualitativo sobre problemática de salud mental, desde la experiencia vivida en servicios de salud mental.

		Chimborazo, Pastaza.	
06-11/2023	Entrevistas con expertos responsables de salud mental en las carteras de Estado de Perú, Colombia, Uruguay, Paraguay.	Modalidad virtual.	Revisión de mejores prácticas en la implementación de políticas de salud mental en la región. Intercambio de experiencias exitosas en la región.
15/06/2023	Mesa de trabajo con equipos técnicos del MSP-RPIS.	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Revisión y ajuste del documento del diagnóstico de la política y árbol de problemas.
18/08/2023	Taller de validación externa del Diagnóstico de la PNSM, con delegados de 31 instituciones públicas y privadas y organizaciones de la sociedad civil.	Centro de Prevención Integral de Adicciones DMQ.	Análisis del documento del diagnóstico de la PNSM y árbol de problemas. Priorización de problemas Recopilación adicional de datos sobre problemática de salud mental.
12, 26/ 09/2024	Mesas de trabajo sobre indicadores de la PNSM con delegados de la RPIS.	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Revisión y ajuste de indicadores de la política. Acuerdo de fuentes de datos para el reporte de indicadores.
13/09/2024	Mesa de trabajo sobre indicadores de la PNSM con delegados de las carteras de Estado de: Educación, Cultura, Desarrollo Social, Trabajo, Vivienda, Justicia, Consejos de Discapacidades y Educación Superior.	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Formulación e inclusión de indicadores de otros sectores del Estado, en la política. Inclusión de actividades por cada sector en el plan de implementación.
30/12/2024 17/01/2025	Reuniones de validación interna de la PNSM y del plan de implementación con el equipo técnico del MSP.	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Revisión de los segmentos del documento de la política. Análisis de los indicadores y metas de la política. Ajuste de actividades al plan. Aprobación de los documentos de política y el plan.
04-24/ 01/2025	Pedidos formales de revisión y aportes a la PNSM y al plan de	Correo institucional de la ASN.	Llenado de matriz de aportes a los documentos de la PNSM. Análisis e incorporación de aportes a la política y al plan.

	implementación, a los actores externos del SNS.		
16/01/2025	Mesa de trabajo sobre la propuesta de PNSM y del plan de implementación con grupos, asociaciones de personas con problemas de salud mental y neuro divergentes.	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Revisión y aportes a la propuesta de la política. Revisión de los indicadores y metas de la política. Análisis e incorporación de actividades al plan de implementación. Recopilación de aportes a los documentos.
16/01/2025	Mesa de trabajo sobre la propuesta de PNSM y del plan de implementación con gremios de profesionales de salud mental.	Plataforma Desarrollo Social Sur.	Ánalisis de la propuesta de la política e indicadores. Incorporación de actividades al plan de implementación. Recopilación de aportes a los documentos.
31/01/2025	Taller de validación externa de la PNSM y del Plan de Implementación, con los actores internos y externos del SNS.	Auditorio del Instituto Nacional de Patrimonio Cultural.	Revisión conjunta de la incorporación de aportes a la política y al plan de implementación. Aprobación de la política y el plan.

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025

3.4 Hoja de ruta

El proceso de formulación de la Política Nacional de Salud Mental consta de etapas, durante las cuales, se realizaron varias actividades que se detallan en la siguiente hoja de ruta.

Tabla 4 Hoja de ruta de la política

	Actividad	Período		Responsable	Producto
		Inicio	Fin		
Etapa 1: Preparación	Conformación de equipos político, técnico y académico.	29/3/2023	17/4/2023	VGS-MSP	Equipos oficializados
	Identificación de actores e instancias de coordinación.	1/11/2022	31/05/2023	SVPSCS DNEPCENTSM FSD- MSP	Mapeo de actores en salud mental
	Generación de espacios de participación ciudadana.	1/3/2023	30/4/2024	SVPSCS DNEPCENTSM FSD- MSP	Insumos para la formulación de la PNSM

	Actividad	Período		Responsable	Producto
		Inicio	Fin		
	Recopilación de información en técnicos de los sectores de salud, social; académicos; expertos de vida.	1/3/2023	30/6/2024	SVPSCS DNEPCENTSM FSD- MSP	Insumos para la formulación de la PNSM
Etapa 2: Diagnóstico	Elaboración del diagnóstico situacional de salud mental y árbol de problemas.	14/4/2023	30/11/2023	SVPSCS DNEPCENTSM FSD- MSP Actores involucrados y partes interesadas	Diagnóstico de la PNSM
	Identificación y análisis de los determinantes de la problemática de salud mental.				
	Priorización de los determinantes del problema público de salud mental.				
	Validación del diagnóstico, árbol de problemas y líneas de intervención.				
Etapa 3: Propuesta	Recopilación de evidencia y buenas prácticas en políticas de salud mental.	1/12/2023	30/11/2024	SVPSCS DNEPCENTSM FSD DNPNMS- MSP Actores involucrados y partes interesadas	Propuesta de la PNSM
	Formulación de alternativas de solución a los determinantes del problema.				
	Realización de mesas de trabajo para la priorización de las alternativas de solución identificadas.				
	Definición de objetivos y líneas estratégicas y de acción.				
	Realización de mesas de trabajo para la formulación de fichas de indicadores y metas para la política.				
	Formulación del presupuesto referencial.				

	Actividad	Período		Responsable	Producto
		Inicio	Fin		
Etapa 4. Validación y Aprobación	Entrega de documento para revisión y aprobación de la DNPNMS del MSP.				
	Taller de validación de la política con instancias y equipo técnico del MSP.	1/12/2024	17/12/2024	DNEPCENTSM FSD-MSP	Actas de reunión y acuerdos
	Adopción de observaciones a la propuesta de política.	18/12/2024	31/12/2024	DNEPCENTSM FSD-MSP	Documento de aportes de la PNSM
	Mesas de trabajo para la revisión del documento de la política con actores externos del SNS.	4/1/2025	16/1/2025	DNEPCENTSM FSD-MSP	Actas de reunión y acuerdos
	Convocatoria formal para revisión y validación de la política con actores externos del SNS.	21/1/2025	21/1/2025	SVPCS-MSP	Oficio
	Taller de validación con actores externos del SNS.	31/1/2025	31/1/2025	SVPCS DNEPCENTSM FSD DNPNMS- MSP Actores involucrados y partes interesadas	Actas de reunión y acuerdos
	Consolidación de aportes y observaciones de los actores externos del SNS.	1/2/2025	1/3/2025	DNEPCENTSM FSD-MSP	Documento de aportes de la PNSM
	Presentación de la propuesta de la política, al equipo político MSP.	12/3/2025	12/3/2025	SVPCS DNEPCENTSM FSD-MSP	Documento de la PNSM

	Actividad	Período		Responsable	Producto
		Inicio	Fin		
	Corrección del documento e incorporación de fichas metodológicas de indicadores y metas adicionales a la política.	01/04/2025	30/09/2025	SVPCS DNEPCENTSM FSD DNPNMS- MSP Vicepresidencia de la República del Ecuador Actores involucrados y partes interesadas	Documento de aportes a la PNSM Fichas de indicadores
	Revisión y aprobación de la política por parte de la DNPNMS del MSP.	01/10/2025	10/10/2025	DNEPCENTSM FSD-MSP	Documento de la PNSM
	Envío del documento de la política para la validación de la SNP.	10/11/2025	03/12/2025	VGS SVPCS	Oficio
	Pronunciamiento oficial de la SNP de la validación de la Política.	04/12/2025	08/12/2025	Secretaría General de la Administración, Planificación y Gabinete	Oficio
	Elaboración del informe técnico para la emisión del Acuerdo ministerial.	08/12/2025	08/12/2025	DNEPCENTSM FSD-MSP	Informe técnico
	Elaboración de Acuerdo ministerial para la emisión de la Política.	09/12/2025	09/12/2025	DNPNMS- MSP	Proyecto de acuerdo ministerial
	Firma del Acuerdo ministerial y publicación en el Registro Oficial.	09/12/2025	10/12/2025	Despacho Ministerial MSP	Acuerdo ministerial
	Socialización de la Política Nacional de Salud Mental.	10/12/2025	10/12/2025	Ministro de Salud VGS SVPCS	Registro de asistencia

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025

4. Diagnóstico

Este segmento de la política se divide en cuatro partes: a) diagnóstico de contexto general, b) identificación de los determinantes del problema principal, y c) priorización de los determinantes, y d) identificación de la población objetivo.

4.1 Diagnóstico del contexto general.

En este acápite se describe las características sociodemográficas, del sistema de salud, y los factores relacionados a la salud mental en el país.

4.1.1 Características sociodemográficas.

El Ecuador es un Estado Constitucional de Derechos y Justicia Social. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada; su organización territorial (División Política Administrativa) consiste en 24 provincias, 221 cantones y 1046 parroquias (222 cabeceras cantonales y 824 rurales).(11)

Tiene una extensión de 256.370 km², que comprende tres regiones con sus particulares características climáticas: costa, sierra y amazonia. Las principales ciudades en el país, centros del desarrollo económico y político son: Guayaquil, Quito y Cuenca, ubicadas administrativamente en las zonas ocho, nueve y seis respectivamente.

El país tiene una población de 18.113.365 habitantes, la mayor parte concentrada en las provincias de la costa: Guayas con el 20,4% y Manabí con el 7,7%; y de la Sierra, Pichincha, con el 14,4%. (50) La proporción de la población en áreas urbanas ha experimentado un aumento leve y constante durante los años 2015 al 2024, que se ha mantenido en un rango cercano al 65.5%, frente al 34.5% en áreas rurales.

La población ecuatoriana es joven, con un promedio de edad de 28.8 años. Por rangos de edad, se observan cambios en la proporción de diferentes grupos de edad durante los últimos diez años; mientras que la proporción de niños, niñas y adolescentes ha disminuido, la de adultos mayores ha aumentado, pasando de 9.8% en el año 2015, a 11.8% en el 2024. La esperanza de vida de la población al año 2024, se ubica en 77.6 años, siendo mayor en las mujeres con 80.1, que en los hombres con 74.6. (INEC, 2024)

Por otra parte, el país, se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población mestiza, indígena, afro-descendiente, mulata y blanca. Al año 2022, la identificación étnica de la población, se distribuye en: mestiza con el 81.8%, indígena con el 11.0%, montuvia con el 4%, afroecuatoriana/negra con el 1.8%, mulata con 0.7% y blanca con el 0.7%.

En el país habitan 14 nacionalidades indígenas: Tsáchila, Chachi, Epera, Awa, Kichwas, Shuar, Achuar, Shiwiar, Cofán, Siona, Secoya, Zápara, Andoa y Waorani, que suman algo más de un millón de personas y la mayoría están aglutinadas en un conjunto de organizaciones a nivel nacional, regional y local. Por región, la mayor parte habita en la sierra con 68.20%, seguido de la Amazonía 24.06%, y con el 7.56% en la costa.(51)

La pobreza por ingresos y la pobreza extrema a nivel nacional, según datos del INEC, presentan un aumento durante el período 2015-2024, siendo mayor en las áreas rurales con el 43.2% y el 25.1% respectivamente, frente al 17.2% y 6.0% en áreas

urbanas. La tasa de pobreza multidimensional alcanzó el 40.8% a nivel nacional, con una marcada diferencia entre áreas urbanas (26.6%) y rurales (71.2%).(52)

El empleo adecuado en la población económicamente activa durante ese mismo período, tuvo el valor más bajo en el año 2020 con el 29.1%, debido a la pandemia Covid-19, para luego estabilizarse, aunque muy por debajo de los años anteriores, y ubicarse en el 34.1% en el año 2024. Por otra parte, el desempleo en este mismo año se ubica en el 3.4%, siendo más frecuente en mujeres, con el 4.3%, respecto del 2.7% en hombres.(51) No obstante, el subempleo durante los últimos diez años ha tenido un aumento considerable, del 14.0% en el año 2015, hasta el 23.2% en el año 2024, siendo este, mayor en hombres (25.8%) que en mujeres (19.5%). (INEC, 2024).

La tasa nacional de abandono escolar en el período 2023-2024 fue del 1.75%, lo que equivale a 72.644 estudiantes que dejaron el sistema educativo. Es mayor en las provincias de la Amazonía, como Morona Santiago (5.16%), Pastaza (3.19%), Orellana (2.90%), y en la provincia costera de Esmeraldas (3.11%); así como en la población indígena (3.49%) seguido de la afroecuatoriana (2.82%). Las principales causas están relacionadas con la falta de acceso a recursos educativos y las dificultades económicas, que en muchos casos obligan a los jóvenes a trabajar para apoyar a sus familias. Este fenómeno es más frecuente entre estudiantes de 16 y 17 años. (MINEDUC, 2024).

En materia de migración, según el Ministerio del Interior, en 2024 el saldo migratorio fue de -137.265 personas que salieron del país y no regresaron, de las cuales 94.687 eran ecuatorianas. Además, en los últimos tres años se han observado movimientos internos significativos, impulsados por el aumento de la violencia, la inseguridad y el deterioro socioeconómico. Esto se refleja en que, en el año 2022, Ecuador registró una tasa de 25,9 homicidios intencionales por cada 100.000 habitantes y, para 2024, de acuerdo con proyecciones del Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado (OECO, 2023), esta cifra alcanzaría 39.14, ubicando al Ecuador entre los tres países con las tasas de violencia más altas de América Latina.

En cuanto a datos de salud, la tasa general de mortalidad, ha aumentado desde el año 2015 en que se ubica en 4.87 por 1.000 habitantes, y para el año 2024 asciende a 5.8; siendo mayor en hombres (6.8) que en mujeres (5.0). Entre las principales causas de muerte, se menciona las enfermedades isquémicas del corazón (15.2%), homicidios (8.3%) enfermedades cerebrovasculares (5.3%), diabetes mellitus (5.1%), accidentes de tránsito (4.5%).(53) Respecto de las muertes violentas el 74.7% fueron asesinatos, 19% homicidios, 5.5% femicidios y 0.8% sicariato.(54)

- Sistema de Salud

El Sistema Nacional de Salud está conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye al Seguro General de Salud Individual y Familiar, y al Seguro Social Campesino, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional (PN), ministerios que participan en el campo de la salud, facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y

escuelas políticas, entidades de salud privadas con y sin fines de lucro, organismos seccionales, organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud, organizaciones comunitarias, entre otras.(13)

Este sistema está regido por el Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional, encargado de la rectoría, la organización, planificación, evaluación y control de servicios de salud, cuyas acciones están orientadas a la cobertura universal y la gratuidad de la atención.(55)

El sistema se caracteriza por ser fragmentado y segmentado, lo que genera dificultades en la coordinación entre prestadores de los diferentes subsistemas de salud, así como entre los niveles de atención, respectivamente. El sistema de financiamiento de la salud es mixto:, el público (MSP), de fuente fiscal; la seguridad social, financiada por contribuciones de afiliados, y el privado con seguros privados y gasto de bolsillo.(56)

La red de servicios públicos está conformada por establecimientos y servicios de salud, en tres niveles de atención, con una mayor cantidad, los que corresponden al primer nivel, seguidos de hospitales generales, de especialidad y especialidades,(57) como se observa en la tabla 5 en la que, al menos en el sector público, el MSP es el mayor proveedor con 2.078, seguido del IESS con 777 establecimientos. No obstante, la mayor cantidad se concentra en el sector privado, con 20.379 unidades, que corresponde a 84.5% del total de la oferta de servicios de la red de salud.

Tabla 5. Red de establecimientos de salud en Ecuador.

INSTITUCIÓN	1er Nivel	2o Nivel	3er Nivel	Total
MSP	1.926	119	33	2.078
IESS	715	58	4	777
FUERZAS ARMADAS	90	19	2	111
POLICIA NACIONAL	36	1	2	39
SNAI*	41	0	0	41
Total. Red Pública Integral de Salud	2.808	197	41	3.046
GAD**	223	32	10	265
JUNTA DE BENEFICENCIA	0	4	4	8
Organizaciones No Gubernamentales	174	182	22	378
PRIVADO	10.955	9.046	397	20.379
SOLCA	5	3	9	17
Total Red Complementaria	11.357	9.267	442	21.066

Fuente: Base de establecimientos de salud Geosalud 2025 (MSP); Base de permiso de funcionamiento 2024 (ACESS).

* Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores.

** Gobiernos Autónomos Descentralizados.

4.1.2 Determinantes de la salud mental.

Para el desarrollo de este segmento de la política se exponen los principales factores y/o problemas que inciden en la salud mental de la población, considerando determinantes medio ambientales, estilos de vida y sanitarios.

Factores de riesgo en salud mental.

- Violencia basada en género

La violencia basada en género y de manera particular hacia la mujer es un problema de salud pública, tanto es así, que 65 de cada 100 mujeres han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida en Ecuador.(58)

Según las notificaciones por presunta violencia de género remitidas por el Ministerio de Salud Pública a la autoridad competente, entre los años 2022 y 2024, el 81.7% corresponden a mujeres. Por grupos etarios, las personas con edades entre los 20 a 39 años, con el 40.7% en el año 2024, seguido del grupo de edad de 10 a 19 años con el 38.6%. Respecto de los tipos de violencia en el mismo año, la violencia física alcanza el 50.8%, y la sexual con el 29%, y la psicológica con el 20.3%. (MSP, 2025).

Por condición étnica, las mujeres indígenas presentan mayor incidencia de violencia con el 59.3%, le siguen las mujeres afroecuatorianas (55.3%), montubias (48%), mestizas (47.5%) y blancas 43.2%. Por nivel de instrucción, la violencia se presenta en todos los niveles, aunque, es más frecuente en las mujeres que tienen menos nivel de instrucción, en el que llega al 70%.(58)

En el caso de las mujeres en situación de movilidad humana, provenientes principalmente de países de la región como Venezuela y Colombia, un estudio realizado por ACNUR (2022) identificó altos niveles de violencia. El 42% de las mujeres encuestadas reportó haber experimentado algún incidente de violencia sexual, como acoso o insinuaciones sexuales no deseadas. Asimismo, el 30% sufrió violencia psicológica y el 8% fue sobreviviente de violencia física perpetrada por su pareja o expareja. En igual proporción (8%) se registraron casos de trata, incluyendo explotación sexual, trabajo forzado y mendicidad forzada. Además, el 5% enfrentó violencia económica o violencia patrimonial, expresada en la retención de documentos de identidad, pertenencias personales o bienes del hogar.

Cabe destacar que la prevalencia de violencia sexual en esta población supera ampliamente la media nacional: mientras que en Ecuador el 25,7% de las mujeres ha vivido violencia sexual a lo largo de su vida, entre las mujeres refugiadas esta cifra asciende al 42%.(59)

En cuanto a las víctimas de femicidio y otras muertes violentas de mujeres en los últimos diez años, un informe del Consejo de la Judicatura (2024) evidencia un incremento sostenido, con un total acumulado de 2.756 casos. Por rangos de edad, la mayoría de víctimas de femicidio se concentra entre los 15 y 44 años. Las provincias con mayor proporción de casos son: Guayas (19,2%), Pichincha (16,1%), Manabí

(9,6%), Imbabura (6,8%), Azuay (5,4%), El Oro (5,1%), Los Ríos (4,9%) y Santo Domingo de los Tsáchilas (3,7%).

Tabla 6. Femicidios y otras muertes violentas en mujeres en Ecuador. Período 2015-2024.

Tipo penal	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Asesinato	89	85	76	49	57	63	115	296	446	371	1647
Femicidio	56	70	100	67	64	71	69	88	112	83	780
Homicidio	14	13	10	8	13	17	27	27	25	33	187
Robo con muerte	7	9	9	11	9	8	8	2	13	12	88
Violación muerte	5	-	1	2	8	4	1	3	-	-	24
Sicariato	1	-	-	2	-	-	4	7	6	2	22
Secuestro muerte	-	-	-	1	-	-	2	-	1	4	8
Total	172	177	196	140	151	165	226	424	603	508	2756

Fuente: Sistema Automático de Trámite Judicial Ecuatoriano SATJE y Grupo de fortalecimiento de indicadores de seguridad y justicia de la Comisión Especial de Estadística de Seguridad, Justicia, Crimen y Transparencia. Ecuador 2015-2024.

En este contexto, la violencia basada en género y su expresión más extrema, los femicidios y otras muertes violentas, tienen devastadoras consecuencias en la salud mental de la población, en la desintegración del entorno social y de las redes sociales de apoyo. Al respecto, existe evidencia sobre la relación entre la violencia y la presencia de trastornos mentales, como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, relacionados al consumo de sustancias, intentos de suicidio y suicidios consumados, que afectan de manera particular a mujeres entre 19 y 64 años;(60) sin considerar los daños psicológicos y emocionales, niños que quedaron en la orfandad, producto de la muerte de sus madres.

- Violencia en el ámbito laboral

En cuanto a la violencia en el ámbito laboral, según datos del Ministerio de Trabajo, durante el período 2021-2023, esta instancia receptó 992 denuncias por acoso laboral y discriminación en el sector público; de las cuales, el 68% corresponden a mujeres y el 32% a hombres; y aproximadamente el 7% declara tener algún tipo de discapacidad. Del total de denuncias, el 3.3% accede a etapa de sumario administrativo, con sanciones administrativas a cuatro personas. En el ámbito privado, por el contrario, se evidencia una mayor cantidad de casos de denuncias de acoso laboral en hombres, puesto que, de 828 denuncias en el mismo período, les corresponde el 50.2%, frente al 49.8% en mujeres. Cabe aclarar, que las razones por las cuales no se llega a término los procesos de sanción, son en muchos de los casos, que no se ha logrado comprobar el cometimiento de la conducta de acoso y/o discriminación, la no presentación de alguna de las partes a las audiencias, la falta de delegación de la autoridad solicitante o la presentación de la documentación fuera del tiempo reglamentario para la resolución del proceso.(61)

- Violencia en el ámbito educativo

Desde el ámbito educativo, según datos del Ministerio de Educación, en el año 2023, se registraron más de 12.000 denuncias de violencia sexual en este sistema;(62) a ello se suma el reclutamiento forzado de adolescentes por parte de grupos delictivos, prácticas que limitan su acceso a la educación y los expone a entornos de violencia permanente.(63) Adicional, el acoso escolar, constituye una problemática que impacta directamente en la salud mental de niñas, niños y adolescentes; uno de cada cinco estudiantes entre 11 y 18 años ha sido víctima de acoso escolar en el país. Este fenómeno, caracterizado por insultos, rumores, ciberacoso y agresiones físicas, puede generar consecuencias como desadaptación escolar, abandono, cuadros ansiosos y depresivos, así como trastornos alimenticios, lo que afecta el desarrollo integral de quienes lo padecen.

- **Embarazo en niñas y adolescentes asociado a violencia**

El embarazo en la niñez y adolescencia y la maternidad temprana es un problema social y de salud pública que tiene relación con varios factores, uno de ellos, la violencia sexual.(64) El embarazo en esta etapa de vida, generalmente no es intencionado, es decir, no deseado y no planificado, lo que implica importantes cargas a nivel biológico, como psicológico y social afectando la salud, tanto en la madre como en su hijo.(65) Al respecto, según datos del INEC (2021) hubo 1.843 nacidos vivos a nivel nacional de adolescentes de 10 a 14 años, lo que representa una tasa específica de 2.2 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes de este rango etario.

Las provincias con tasas altas de madres adolescentes de 10 a 14 años, son Morona Santiago, que tiene una cifra de 6.7, Pastaza con 4.9, Los Ríos con 4.8 y Napo con una cifra de 4.5. En cuanto a este indicador en adolescentes de 15 a 19 años, las provincias con mayores tasas son Morona Santiago con 89.1, Napo con 80.8, Los Ríos con 79.3, Orellana con 73.5 y Esmeraldas con 68.4 por cada 1.000 adolescentes.

Estos datos reflejan que cada día en el Ecuador, 114 adolescentes se convierten en madres, de las cuales 5 están en la edad de 10 a 14 años; lo que pone en evidencia uno de los puntos cruciales de la relación con esta problemática, que es la violencia sexual, pues en nuestro país se considera legalmente que todo embarazo en menores de 14 años es producto de violación sexual. A manera de conclusión, en promedio, 5 adolescentes al día se convierten en madres, como fruto del ejercicio de la violencia sexual sobre sus cuerpos.(66)

Por otra parte, en la esfera social, esta problemática guarda estrechos vínculos con la unión temprana o forzada, puesto que aproximadamente una de cada cuatro madres menores de 18 años vive esta situación, sobre todo en provincias como Manabí, Esmeraldas y Guayas, en que, el 25% y el 37% de madres jóvenes declaran estar casadas o unidas antes de los 18 años. Estas uniones infantiles, tempranas y forzadas, a su vez, están asociadas con mayor riesgo de abandono escolar, violencia sexual.(66) En la esfera mental, esta situación, así como el embarazo no deseado, afectan la salud psicosocial de la adolescente, a tal punto que, de acuerdo a estudios realizados en el grupo de embarazadas en Colombia, el 32.8% presentaron depresión, el 68% ansiedad y 76.3% estrés (92.93). En el grupo de madres adolescentes, el 39.4% tiene riesgo de presentar problemas de salud mental, hecho que puede

repercutir en el desarrollo de sus hijos, como las alteraciones en el lenguaje y en la esfera socioemocional.(69)

- Consumo de sustancias.

El consumo de alcohol, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), se evidencia una prevalencia mensual del consumo de alcohol en el grupo de 10 a 17 años, alcanzando el 7.6%. Por otra parte, el 2.5% de la población entre 12 y 18 años declaró consumir algún tipo de bebida alcohólica; adicionalmente, el 26.3% de la población de 20 a 59 años inició el consumo de alcohol antes de los 16 años y la exposición al mismo a los 13.8 años. El consumo en hombres es superior al de mujeres con una prevalencia mensual de 56.5% y 25.4%, respectivamente. La prevalencia mensual del consumo de alcohol por distribución geográfica en este grupo de la población se encuentra con mayor presencia en las provincias de Zamora Chinchipe con el 45.8%, Manabí con el 44.9% y Santo Domingo de los Tsáchilas con el 44.0%.

Respecto de las atenciones brindadas desde el Ministerio de Salud Pública, desde el 2022 hasta el 2024 se han registrado al menos 224.402 atenciones relacionadas con el consumo problemático de drogas.

Durante el año 2024 las atenciones de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, la mayor proporción correspondió por consumo múltiple y otras sustancias psicoactivas, que alcanzaron 23.142 atenciones (35.6%), seguido de trastornos por consumo de alcohol, con 18.452 atenciones, lo que representa el 28.4% del total. En tercer lugar, se ubicaron los trastornos por consumo de opioides con 9.287 atenciones (14.3%) y los trastornos por consumo de cannabinoides con 7.189 atenciones (11.1%), seguido por el consumo de cocaína y por sedantes o hipnóticos con 3.998 (6.1%) y 1.261 (1.9%) respectivamente. (MSP, 2024)

En conjunto, estos datos evidencian una alta demanda de servicios de salud por problemas asociados al consumo de alcohol y múltiples drogas, cannabis, opioides y cocaína.

De manera adicional, el Instituto Geográfico Militar elaboró el Modelo geográfico para la determinación de zonas vulnerables al fenómeno social de las drogas, mismo que busca priorizar las intervenciones a nivel nacional. Este modelo contempla en su análisis 4 componentes: a) actividades ilícitas, b) condiciones socio económicas, c) condiciones biogeográficas y d) presencia del Estado); en este sentido se reporta la existencia de 256 parroquias que se encuentran en estado de vulnerabilidad “crítica” ante este fenómeno, que corresponde a la prioridad número uno de atención, en la que se registra un total de 11'550.290 de habitantes lo que representa el 66% de la población a nivel nacional, la tabla siguiente, resume lo indicado.

Tabla 7 Categorías de parroquias de Ecuador según estado de vulnerabilidad al fenómeno social de las drogas.

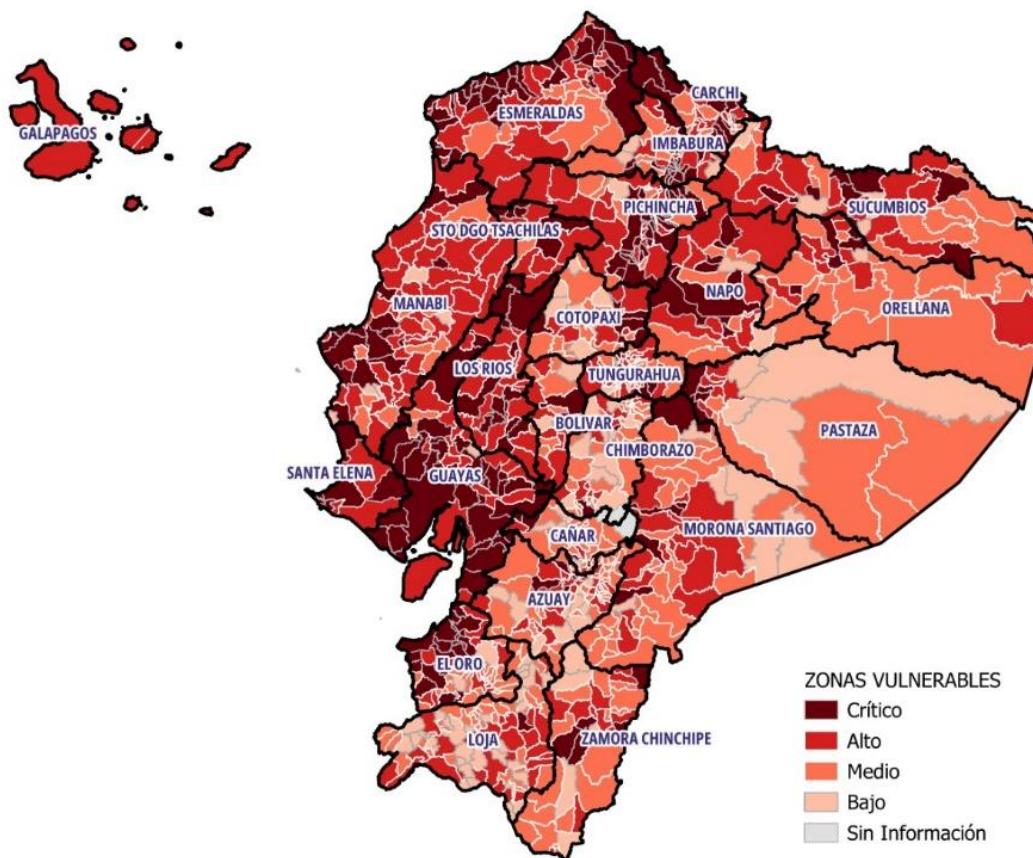
Categoría	Parroquias	Población
Crítico	256	11.550.290
Alto	335	4.362.040
Medio	246	1.133.782
Bajo	105	464.531
TOTAL	942	17.510.643

Fuente: Instituto Geográfico Militar – IGM. Ecuador. 2024

Elaborado por: DNEPCENTSMFSD. MSP. 2025

Las zonas “críticas” se concentran principalmente alrededor de los centros poblados. Así, en la región costa, provincias como Esmeraldas, Manabí, Santa Elena y El Oro presentan estas áreas en los asentamientos ubicados sobre la franja costera, mientras que en Guayas, Los Ríos y Santo Domingo la vulnerabilidad se distribuye a lo largo de las principales vías de conexión. En la región sierra, las zonas de riesgo se alinean en el corredor interandino desde Tulcán hasta Ambato, disminuyendo significativamente en la sierra sur. En la región amazónica, ciudades como Lago Agrio, El Coca, Tena, Puyo y Macas muestran alta vulnerabilidad frente al fenómeno social de la droga, especialmente en las parroquias que rodean a estas capitales, lo que da cuenta de la necesidad de la intervención estatal en estas zonas.

Ilustración 2 Mapa de parroquias por estado de vulnerabilidad al fenómeno social de las drogas.



Fuente: Instituto Geográfico Militar – IGM. Ecuador. 2024
Elaborado por: DNEPCENTSMFSD. MSP. 2025

- Tabaquismo

En Ecuador, el tabaquismo tiene un impacto alarmante tanto en la salud pública como en la economía del país; tal es así, que este hábito nocivo contribuye a más de 50.000 nuevos casos anuales de enfermedades graves, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, enfermedades cardiovasculares y otras patologías asociadas al consumo de tabaco.(70)

En el año 2020, causó 6.807 muertes, lo que equivale al 10% de los fallecimientos entre adultos mayores de 35 años.

Tabla 8. Carga anual de mortalidad atribuible al consumo de tabaco.

Causa de mortalidad	Muertes
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.010 (29.5%)
Enfermedad cerebrovascular	1.451 (21.3%)
Otros tipos de cáncer	898 (13.2%)

Humo de segunda mano	783 (11.5%)
Cáncer de pulmón	680 (10.0%)
Neumonía	514 (7.6%)
Accidente cerebro vascular	471 (6.9%)
Total	6.807 (100%)

Fuente: Pichon-Riviere, A., et al. Health, economic and social burden of tobacco in Latin America and the expected gains of fully implementing taxes, plain packaging, advertising bans and smoke-free environments control measures: a modelling study. Argentina 2024.

En población adolescente, conforme a datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (OMS, 2016), en el Ecuador, el 13% de los estudiantes de entre 13 y 15 años ha consumido algún producto de tabaco, siendo particularmente preocupante el incremento en el uso de cigarrillos electrónicos.(71) Estos dispositivos, presentados con sabores artificiales, empaques llamativos y promocionados a través de redes sociales, resultan altamente atractivos para adolescentes y jóvenes, generando adicción temprana a la nicotina. La evidencia internacional confirma que los cigarrillos electrónicos representan un riesgo para la salud. La OMS advierte que estos dispositivos liberan sustancias tóxicas, incluidas algunas cancerígenas, y que su uso incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Además, el aerosol que producen puede causar irritación de las vías respiratorias y efectos adversos agudos, mientras que en adolescentes aumenta significativamente la probabilidad de iniciar posteriormente el consumo de cigarrillos convencionales.(72)

Desde el punto de vista económico, el país enfrenta pérdidas significativas: 313 millones de USD anuales debido a enfermedades y muertes prematuras de personas en edad laboral, lo que afecta directamente la productividad nacional. Además, el sistema de salud gasta aproximadamente 658 millones USD al año en la atención médica de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, representando el 7.9% del gasto total en salud. Estos gastos incluyen costos directos, como hospitalizaciones y tratamientos, y costos indirectos derivados de la pérdida de calidad de vida y productividad.

Más allá de los costos económicos, el tabaquismo también genera desigualdades en la salud, ya que afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, que tienen menos acceso a servicios de prevención y tratamiento. Este panorama evidencia la necesidad de implementar medidas más estrictas de control del tabaco, como políticas de impuestos elevados, restricciones de comercialización y promoción, y programas educativos para prevenir el inicio del consumo, proteger la salud pública y reducir los costos económicos a largo plazo.(73)

Provisión de servicios de salud mental.

Se refiere a la situación del Sistema Nacional de Salud para prevenir, tratar y rehabilitar a la población afectada por problemas en su salud mental.

- Financiamiento en salud mental

El financiamiento de las instituciones públicas de salud destinado al componente de salud mental resulta difícil determinarlo con exactitud. A pesar de ello, el MSP cuenta

con dos informes técnicos referentes a los años 2016 y 2020 sobre estimaciones del presupuesto, realizado por la Coordinación Nacional Estratégica de la Salud, en los que, por rubro de gasto, en el año 2020, el 30.6% corresponde a la atención en hospitales especializados y de especialidades, aunque a este porcentaje habría que añadir el 8.6% empleado en compra de servicios, que por lo general fueron establecimientos de especialidad psiquiátrica frente al 20.2% de prestaciones en el primer nivel de atención.

Adicional, tanto el gasto en medicamentos y la compra de servicios registran un aumento significativo, en 2.9 y 5.5 puntos porcentuales respectivamente, respecto del año 2016. Por último, el MSP habría destinado en el año 2020, el 2.3% del presupuesto total devengado para atender patologías relacionadas con salud mental.(74,75)

Tabla 9. Estimación de presupuesto de gasto corriente en salud mental. Años 2016, 2020.

Resumen	Año 2016		Año 2020	
	Nº Personas estimadas.	Costo estimado	Nº Personas estimadas.	Costo estimado
Ambulatorio básico	45678	14037306.1	65602	20160069.6
Ambulatorio intensivo	5287	3076463	7594	4418607.6
Egresos hospitalarios	1917	3298209.6	4015	5014848.8
Tratamiento hospital de especialidades	NR	NR	944	1619725.5
Pacientes crónicos institucionalizados	353	11662633.8	363	11959981.5
Compra de servicios de salud mental	-	955371.4*	-	5273307.2
Gasto en medicamentos	-	4217401.5*	-	12332996.4
Estimación de presupuesto/ base estimado prestaciones sanitarias	-	36345649.9	-	60779536.9
% Presupuesto salud mental/ total salud	-	1.5%	-	2.3%

Fuente: MSP- DNES. Estimación del presupuesto de salud mental. Ecuador 2016, 2020: Quito, 2022.

NR. No registra

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

Acerca del financiamiento de atenciones de salud mental en los subsistemas de la RPIS, en el año 2022, el IESS asignó el 2.92% del total de salud, que equivale a USD 26.836.019,16, y que corresponde a 63.040 afiliados derivados a proveedores externos. En el caso de las Fuerzas Armadas, en el año 2022 asignaron el 3% de su presupuesto, que equivale a USD 1.918.506,26, correspondiente a 1989 asegurados derivados a proveedores externos. En la Policía Nacional, el porcentaje designado para salud mental depende de los procesos de adquisición, por lo que no hay monto fijo.

- Disponibilidad de psicofármacos

Sobre el acceso a psicofármacos, la mayor parte de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos se encuentran en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (MSP,

2019),(76) y en lineamientos para la favorecer su disponibilidad en los tres niveles de atención.(77) No obstante, según datos de la Dirección Nacional de Hospitales del MSP, en el caso del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, la disponibilidad de este tipo de medicamentos en el año 2020, fue del 55%; incluso, según datos obtenidos de los grupos focales con usuarios y familias de personas con trastorno mental, de aquellos que no los reciben de manera gratuita (parcial o total) en establecimientos de salud públicos, el gasto de bolsillo se encuentra en rangos de 40 a 120 dólares, con una mediana de 75 dólares al mes; siendo, la mayor parte de los medicamentos utilizados, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina, haloperidol, aripiprazol, levomepromazina, fluoxetina, amitriptilina, carbamazepina, carbonato de litio, diazepam y alprazolam.

En el caso del IEES, según datos del 2023, mediana de disponibilidad de medicamentos es del 68%, excepto en aquellos específicos como el diazepam que disponen únicamente en forma de líquido parenteral (84%), y el carbonato de litio en sólido oral (25% disponibilidad).

Lo que respecta a la Policía Nacional, en el mismo año, sus establecimientos cuentan con una limitada disponibilidad de psicofármacos; y entre los que, si cuenta, se menciona: sertralina (31%), lamotrigina (79.1%), risperidona en tabletas (100%), alprazolam (90%). En los establecimientos que dependen directamente de las Fuerzas Armadas, no se pudo contar con el porcentaje de disponibilidad de psicofármacos, aunque, según datos del año 2023, se evidencia desabastecimiento total en lamotrigina, litio, biperideno, naloxona, metadona, alprazolam, buprenorfina.

- Integración organizacional de los servicios

La autoridad sanitaria nacional no dispone de una instancia administrativa exclusiva de salud mental. Pese a ello, desde el año 2022, se la incluye en un componente de gestión de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas del MSP. Adicional, en el año 2023, se crea el Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental; ambas forman parte de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud. De igual manera, la Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad, cuenta con la Dirección Nacional de Promoción de la Salud en la que también está presente el componente de salud mental.

Los otros subsistemas de la RPIS, como las FFAA y la PN, no disponen de instancias administrativas exclusivas de salud mental, pero está incluido en otras direcciones relacionadas a la provisión de servicios de salud.

- Establecimientos de salud mental

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 1.360 servicios de salud mental distribuidos en los tres niveles de atención del sector público y privado. Estos servicios pueden formar parte de las prestaciones en un establecimiento de salud general o específico

de salud mental. Entre estos se incluyen servicios de psicología, terapia ocupacional, psiquiatría y trabajo social, así como establecimientos dedicados exclusivamente a la salud mental, como los Centros Especializados para el Tratamiento de Adicciones (CETAD) y los hospitales psiquiátricos del MSP y de la red privada.

En términos generales, dentro del sector público, la mayor proporción de establecimientos y servicios de salud mental corresponde al MSP (47.4%), seguido del IEES (7.4%), las Fuerzas Armadas (4.0%) y la Policía Nacional (2.9%). No obstante, el segundo mayor prestador es el sector privado, que representa el 38.2% del total.

Tabla 10. Servicios de Salud Mental en la Red Pública Integral y Complementaria.

Nivel de Atención	Tipo de establecimiento	Red Pública Integral de Salud				Red Comp.	Totales
		MSP	IESS	FFAA	PN		
Pre hospitalario	Unidades Móviles	15	0	0	0	0	15
Primer nivel	Puesto de Salud	0	1	13	2	0	16
	Consultorio general	0	0	15	0	385	400
	Centro de salud A	179	18	3	9	0	209
	Centro de salud B	198	24	4	25	0	251
	Centro de Salud C	131	4	0	0	0	135
	C. Privación Libertad	21	0	0	0	0	21
Segundo Nivel	Consultorio de especialidad	0	0	0	0	87	87
	Centro de especialidades	0	13	5	1	0	19
	Hospital del día	0	17	0	0	0	17
	Centro Amb. Salud Mental	0	0	0	0	3	3
	Hospital básico	51	6	9	0	0	66
	Hospital general	30	15	5	0	0	50
Tercer Nivel	Centro especializado	10	0	0	0	37	47
	Hospital especializado	9	0	0	0	8	17
	Hospital de especialidades	1	3	1	2	0	7
Total		645	101	55	39	520	1360

Fuentes: MSP; IESS, FFAA, PN. Datos de instituciones de la Red Pública Integral de Salud. Ecuador. 2024; ACESS. Datos establecimientos privados. Ecuador 2025.

Nota: La tipología de servicios de salud se basa en el acuerdo 030-2020. MSP. 2020.

Por niveles de atención, sin bien la cantidad de establecimientos de salud del primer nivel es muy superior a los del segundo y tercer nivel, la oferta de servicios en este nivel sigue siendo insuficiente, como se observa en la tabla 11. Esto resulta especialmente crítico, dado que el primer nivel debería funcionar como la puerta de

entrada al sistema y resolver la mayor parte de los problemas de salud mental, evitando que estos escalen a niveles de atención más complejos, menos accesibles y más costosos.

En tal sentido, la proporción de establecimientos que cuentan con servicios de salud mental respecto del total de establecimientos de la RPIS, que se muestra en la tabla, por niveles de atención, apenas el 23.92% cuentan con estos servicios, seguido del 77.16% en el segundo nivel, y el 63.41% en el tercero.

Tabla 11. Comparativo de servicios de salud mental por niveles de atención en la Red Pública Integral Salud.

Nivel	MSP			IESS			FFAA			PN			Totales		
	TE	ESM	%	TE	ESM	%	TE	ESM	%	TE	ESM	%	TE	ESM	%
1º	1926	544	28,2	715	47	46,5	90	35	63,6	36	36	92,3	2767	662	23,92
2º	119	81	68,1	58	51	50,5	19	19	34,5	1	1	2,6	197	152	77,16
3º	33	20	60,6	4	3	3	2	1	1,8	2	2	5,1	41	26	63,41

Elaborado por: Equipo Técnico DNEPCENTSMFSD. MSP: 2025.

Nota: Total de establecimientos (TE); Establecimientos con servicios de salud mental (ESM).

– Servicios de salud mental ambulatorios

Estos servicios en su mayoría se componen de prestaciones de psicología, ubicados en establecimientos del primer nivel de atención y en Centros de Privación de la Libertad (CPL). Sus principales actividades incluyen atención clínica, promoción de la salud, prevención de problemas de salud mental e itinerancia en comunidades alejadas. No obstante, este nivel enfrenta carencias relevantes aparte del recurso humano, la disponibilidad de psicofármacos y la escasez de personal autorizado para prescribirlos.

Dentro de esta misma categoría se incluyen 71 Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI), destinados a la atención de personas con trastornos mentales graves y consumo problemático de drogas, siendo esta última la principal causa de consulta. Los SAI reciben referencias de establecimientos de todos los niveles de atención. Estos servicios funcionan en espacios adecuados dentro de establecimientos tipo A, B y C, y, en algunos casos, comparten profesionales de psicología, terapia ocupacional y psiquiatría que trabajan en modalidad itinerante.

En cuanto a otras instituciones del sector público, el porcentaje de estos servicios respecto del MSP, es menor, y en las que cuentan con ellos, son servicios de psicología.

– Unidades de salud mental hospitalarias

El MSP re registra un total de 81 unidades denominadas de *Salud Mental Hospitalarias* (USMH), sobre un total de 152 establecimientos de segundo y tercer nivel. Según información de la Dirección Nacional de Hospitales, estos servicios se organizan mediante camas de hospitalización polivalentes, sin destinar camas

específicas para pacientes con problemas de salud mental. En la práctica, funcionan como servicios de apoyo a hospitalización, emergencias y consulta externa, lo que limita su capacidad para el ingreso y la permanencia de pacientes.

En los demás subsistemas también se cuenta con servicios de salud mental, principalmente de psicología, psiquiatría y terapia ocupacional.

– Establecimientos de tratamiento diurno

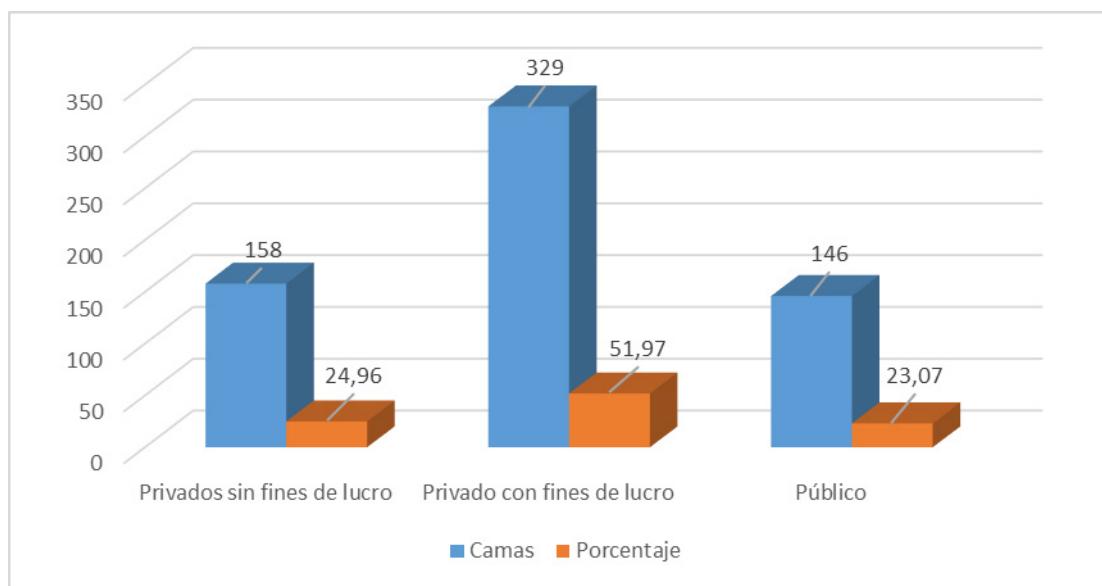
En el MSP, el Centro Especializado Ambulatorio San Lázaro, ubicado en Quito, es el único establecimiento que cumple con los requisitos para ser considerado un servicio de tratamiento diurno. Estos requisitos incluyen: a) disponibilidad para atender simultáneamente a diferentes grupos de usuarios; b) permanencia de los usuarios en el establecimiento después del contacto directo con el personal; y c) participación durante medio día o jornada completa. Sin embargo, pese a cumplir estas características, este servicio no figura como tal en la tipología vigente.

– Hospitales psiquiátricos

El MSP cuenta con el Hospital de Especialidad Julio Endara, que dispone de 146 camas distribuidas de la siguiente manera: 70 para internación de pacientes agudos y 76 para pacientes crónicos (62 crónicos y 14 judicializados), la tasa de ocupación es del 64.2%, con un promedio de estancia de 189,5 días (6,3 meses). En el caso de los pacientes crónicos, la permanencia oscila entre 5 y 10 años. Durante los últimos cinco años, la disponibilidad de camas no ha registrado variaciones.

La disponibilidad de psicofármacos alcanza el 55%, e incluye antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos y antiepilepticos. El tiempo de espera para una consulta psiquiátrica puede ser de hasta dos meses, mientras que para las referencias el tiempo es menor a 15 días.

En cuanto a la disponibilidad de camas psiquiátricas en el país, los datos del INEC (2024) registran un total de 784, considerando tanto los sectores públicos (MSP, IESS) como los privados (con y sin fines de lucro). Sin embargo, esta cifra representa una disminución del 28.1% en comparación con el año 2014, cuando se contaba con 1.091 camas. (52) La mayor proporción de estas camas —el 76.9%— se concentra en el sector privado.

Ilustración 3. Número de camas salud mental.

Fuente: INEC. Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios. Ecuador 2024.

En cuanto a los egresos hospitalarios de personas atendidas por trastornos mentales, según datos del INEC (2024), la mayor cantidad corresponde a trastornos del humor (2979), seguido de ansiedad (2249), de los relacionados al consumo de drogas (2109), y de trastornos psicóticos (1436). En cuanto a los días de permanencia por trastorno mental, se registraron las siguientes estancias máximas: 13.615 días en casos de retraso mental; 5.013 días para trastornos psicóticos; 4.358 días para trastornos por consumo de drogas; 3.284 días para demencias; 2.607 días para trastornos de ansiedad; y 1.127 días para trastorno bipolar. El resto de los trastornos mentales acumula un total de 911 días de estancia.

Por rangos de edad, el mayor porcentaje de egresos corresponde al grupo de 20 a 39 años, con el 43.6%, seguido por el grupo de 40 a 64 años (22.4%); a continuación, se ubican los adolescentes de 15 a 19 años (14.3%); adultos mayores (9.3%); adolescentes de 10 a 14 años (6.3%); y, finalmente, los niños menores de 10 años representan el 2.2% de los egresos.

Tabla 12. Egresos hospitalarios por atención de trastornos mentales.

Código CIE 10	Detalle	Total de egresos	Promedio días de estada
F00-F09	Trastornos mentales causados orgánicos incluidos los trastornos sintomáticos	886	701
F10 a F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas	2.109	733
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1.436	2.366
F30 a F39	Trastornos del humor	2.979	1.867

F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	2.249	612
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones físicas y a factores somáticos	161	75
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	328	252
F70-F79	Retraso mental	99	1.481
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	72	59
F90-F99	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	231	132
Total		10.550	828

Fuente: INEC. Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios. Ecuador 2024.

En el sector privado, según datos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepaga (ACESS, 2021), el país cuenta con 8 hospitales especializados de salud mental, en las ciudades de Guayaquil (1), Quito (5), Cuenca (1) y Santo Domingo de los Tsáchilas (1).

El Instituto Neurociencias de Guayaquil cuenta con 120 pacientes residentes, aunque, para el año 2026 proyectan abrir centros ambulatorios como alternativa a la institucionalización con el fin de reducir por lo menos un 30% la residencia.

Por otra parte, los subsistemas que prestan de manera directa servicios de salud no cuentan con establecimientos exclusivos para la atención en salud mental. Sin embargo, disponen de especialidades como psiquiatría, psicología clínica, psicología infantil y psico-rehabilitación, integradas en la cartera de servicios de las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención. Durante la pandemia, una parte importante de estas prestaciones, sobre todo en el primer nivel, se brindó de forma telemática.

En cuanto a las camas destinadas a hospitalización psiquiátrica (tanto en hospitales generales como de especialidades), el IEES disponía de 37 camas, con estancias que oscilaban entre 13 y 51 días. No se cuenta con información respecto a los ingresos involuntarios de pacientes con trastornos mentales. Los psicofármacos están disponibles en todos los subsistemas que poseen establecimientos de salud.

Para el año 2022, los tiempos de espera en el IEES fueron de 48,3 días para psiquiatría y 22,5 días para psicología. En el caso de la Policía Nacional, el tiempo de espera fue de 4 días para ambas especialidades, con tiempos de atención por paciente de entre 30 y 35 minutos. En las Fuerzas Armadas, los establecimientos de salud, dependientes del Ejército, la Fuerza Aérea Ecuatoriana, la Armada y el Hospital de Especialidades 1, presentaron tiempos de espera para psiquiatría y psicología que variaron desde un día hasta cinco meses en el hospital de especialidades.

– Otros establecimientos y/o servicios de salud mental.

Ecuador cuenta con 51 Centros Especializados de Tratamiento de Adicciones con modalidad residencial; de los cuales 10 son públicos y pertenecen al MSP, registrando

un total de 393 camas. De éstos, 6 son para la atención de adultos varones de 18 años en adelante; 2 para adolescentes varones, 1 para adolescentes y adultos varones, y 1 para mujeres de 12 a 17 años. No existe un centro de tratamiento de adicciones público para mujeres adultas.

- Internación involuntaria y sometimiento de personas a tratos crueles y degradantes en servicios formales y clandestinos de salud mental.

En el país persisten ingresos involuntarios en centros formales y clandestinos por motivos relacionados con la salud mental, la discapacidad e incluso la orientación sexual. Según Goetschel, Herrera y Prieto (2020), en 2012 funcionaban más de 200 centros registrados y cerca de 100 clandestinos, muchos con graves vulneraciones a derechos, como las prácticas de “deshomosexualización”, pese a los operativos realizados entre 2013 y 2015.(78) A ello se suma un caso emblemático en el único hospital psiquiátrico, que derivó en una sanción internacional al Estado ecuatoriano por desaparición de una persona internada.(27)

Las causas de estos ingresos suelen surgir en el entorno familiar, motivadas por dificultades de cuidado, falta de acceso a servicios y persistentes estigmas sobre los trastornos mentales. Situaciones similares se observan en albergues y casas de acogida, donde la Defensoría del Pueblo (2017) documentó tratos crueles y violencia sexual, incluida esterilización forzada.(79)

Aunque el COIP sanciona la privación ilegal de libertad (Arts. 10 y 161),(80) el país aún carece de un mecanismo institucional que vigile el respeto de los derechos humanos de personas con discapacidad psicosocial, intelectual y con problemas de salud mental, lo que evidencia un desafío urgente para la acción estatal

- Salud mental en la Atención Primaria de Salud.

La atención primaria de salud en el ámbito de la salud mental implica, entre otras acciones, fortalecer la capacidad del personal sanitario para detectar problemas, intervenir de manera temprana, realizar interconsultas con especialistas y gestionar adecuadamente las referencias o derivaciones al nivel de atención correspondiente para las personas con trastornos de salud mental.

En este contexto, durante el año 2020, y como respuesta a la pandemia, se implementaron cursos virtuales sobre prevención y manejo del suicidio, violencia de género, salud mental en situaciones de crisis y primeros auxilios psicológicos. Estas capacitaciones estuvieron dirigidas al personal de enfermería, medicina, técnicos de atención primaria de salud (TAPS) y psicología de los establecimientos del MSP, así como a profesionales de otras instituciones que conforman la RPIS y al personal del Cuerpo de Bomberos.

Cabe destacar que, desde 2016, el MSP ha registrado procesos formativos dirigidos a personal especializado y no especializado en salud mental, en los tres niveles de atención, incluyendo TAPS, médicos generales y personal de enfermería. Estas capacitaciones se han centrado en la detección, manejo y referencia de personas con trastornos mentales, a través del programa MhGAP, así como en temas relacionados

con el consumo de sustancias mediante el paquete de formación TREATNET, basado en evidencia científica. Dichas acciones forman parte del “Plan de Fortalecimiento de la Capacidad de Respuesta de la Red de Servicios para la Atención Integral de la Salud Mental y Drogas” del MSP, desarrolladas tanto de manera presencial como virtual. Además, se han incluido cursos sobre prevención y manejo del suicidio, con la participación total de 44795 profesionales de salud. (MSP, 2025)

*Tabla 13. Cantidad de personal de salud capacitado en temas de salud mental.
Período 2016-2025.*

Tema	Tipo de profesional	Cantidad
TREATNET*	Modulo A. Técnicos de Atención Primaria, trabajadoras sociales Módulo B. Psicólogos Módulo C. Médicos	3251
TREATNET	Modulo A. Técnicos de Atención Primaria, trabajadoras sociales Módulo B. Psicólogos Módulo C. Médicos	627
MhGAP**	Psicólogos, psiquiatras, médicos internistas, familiares, enfermeros	1092
Prevención de suicidio	Profesionales de salud mental, personal sanitario, Técnicos de Atención Primaria en Salud, Comités locales de salud, funcionarios de instituciones públicas, comunidad educativa, comunidad en general	22240
Manejo de suicidio	Médicos generales, familiares, internistas, psiquiatras, rurales, posgradistas de psiquiatría; psicólogos, internos rotativos de medicina.	14580
Gestión de procesos de atención y tratamiento en los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)	Psicólogos, Terapistas ocupacionales, Trabajadores sociales, Psiquiatras	217
Gestión de procesos de atención y tratamiento en Centros Especializados de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y drogas (CETAD)	Psicólogos, Terapistas ocupacionales, Trabajadores sociales, Psiquiatras, enfermeras, auxiliares de enfermería	133
Consentimiento Informado y Norma de referencia, contrarreferencia, derivación e interconsulta	Médicos generales, familiares y Psicólogos	562
Guía de Práctica Clínica de Depresión	Médicos generales, familiares y psicólogos	625
Protocolo y Manejo de la Agitación Psicomotriz	Médicos generales, familiares y psicólogos	688
Emergencias y Desastres	Psicólogos y psiquiatras	780
Total		44.795

Fuente: MSP. Registro documental de capacitaciones a personal sanitario. Ecuador 2016-2025.

*UNODC. Programa de Tratamiento para la dependencia a las drogas y sus consecuencias en la salud, desarrollado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. EUA 2005

** OPS. Manual operativo del MhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental. EUA 2020.

Durante la pandemia de la Covid-19, cada subsistema desarrolló de manera independiente sus propias capacitaciones, abordando temas como el manejo del miedo en contextos de emergencia y las masculinidades para prevenir, mitigar y erradicar la violencia de género, en el caso de la Policía Nacional; así como primeros auxilios psicológicos (PAP) post Covid-19 en adultos mayores y autocuidado del personal de salud, en el IESS y el MSP. No se encontró evidencia de que estas actividades incorporaran un enfoque de interculturalidad.

Asimismo, se otorgó especial importancia al intento suicida, mediante capacitaciones sobre intervención en crisis y estrategias de prevención del suicidio dirigidas a voluntarios de líneas telefónicas, Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS), líderes comunitarios y funcionarios de la RPIS, alcanzando un total de 3.369 participantes. Adicionalmente, se implementaron cursos virtuales sobre derechos humanos de las personas de la comunidad GLBTTI+, dirigidos al personal de la RPIS.

En el ámbito laboral, de acuerdo con datos del Ministerio de Trabajo (2023), entre 2017 y 2023 se ejecutaron 2.761 programas de prevención de riesgos psicosociales en instituciones y empresas de los sectores público y privado, con un total de 65.669 actividades registradas. De estas, el 96% corresponde al sector privado y el 4% al sector público.

En cuanto a la formación en salud mental en programas de pregrado de enfermería, la mediana registrada entre 20 universidades del país fue de 3 horas dedicadas a salud mental dentro de una asignatura de 132 horas. No se pudo obtener información sobre la formación en salud mental en la carrera de medicina. Del mismo modo, no fue posible identificar interacciones entre los centros de atención primaria y los servicios de salud mental de los hospitales; sin embargo, el IESS reportó que el 3% de sus referencias fueron derivadas a servicios de psiquiatría en el tercer nivel de atención.

- Recursos humanos de salud mental.

En el país, según datos proporcionados por la ACESS (2024), a nivel nacional están registrados profesionales de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, otros trabajadores de la salud mental (neuropsicólogos, psiquiatras infantiles y psico rehabilitadores), de enfermería (aunque se desconoce la cantidad de este recurso que trabaja exclusivamente en salud mental), obteniendo las siguientes tasas de profesionales por cada 100.000 habitantes.

Tabla 14. Número de profesionales de la salud mental registrados en Ecuador.

Profesionales	Cantidad	Tasa
PSICOLOGÍA	19.761	110,0
PSIQUIATRÍA	500	2,8
TERAPIA OCUPACIONAL	1.075	6,0

Fuente: ACESS. Número y tipo de profesionales de la salud registrado. Ecuador 2025.

En cuanto a la disponibilidad de profesionales de salud mental a nivel nacional en la RPIS, varía de acuerdo a cada subsistema; la mayor cantidad de profesionales se

encuentran en el MSP, con una tasa de 4.2 psicólogos, 0.4 psiquiatras y 0.3 terapistas ocupacionales por cada 100.000 habitantes, con un total de 1.243 funcionarios distribuidos en los tres niveles de atención y en tareas operativas y de gestión.

Tabla 15. Tipo de profesionales por subsistema de salud.

Subsistema	Psicología	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Psiquiatría	Totales
MSP	1011	82	45	105	1243
IESS	172	8	45	55	280
FFAA	75	16	11	15	117
PN	42	1	3	3	49
Totales	1300	107	104	178	1689

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Policía Nacional del Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas del Ecuador. Datos sobre recursos humanos de salud mental. Ecuador 2024.

- Sistema de información e investigación en salud mental.

Actualmente, no existe un sistema unificado para la gestión de información en salud mental dentro de los subsistemas de salud. Sin embargo, se manejan indicadores básicos en hospitalización y de consulta externa en cada institución, calculados con datos extraídos de sus propios sistemas, como el Sistema de Información Médica MIS-AS400 en el caso del IESS, de la Policía Nacional, y el Registro Diario de Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) del MSP. No obstante, los indicadores de salud mental no se reportan de manera rutinaria a la ASN, tanto por parte de instituciones públicas como del sector privado, lo que limita la disponibilidad de datos actualizados sobre atenciones y acciones preventivas en este ámbito.

En cuanto a investigaciones en el campo de la salud mental, según un informe de la OPS (2021) se menciona que, en el periodo comprendido entre 2014 y 2018, fueron aprobados 133 protocolos de investigación relacionados a salud mental por parte de los Comités de Ética e Investigación en Seres Humanos (CEISH); y la Dirección de Inteligencia de la Salud del MSP autorizó la realización de 12 investigaciones,(81) ocho aprobadas por un CEISH, con líneas de investigación en: discapacidad (2), organización de servicios (3), sistema de información (1) y prevalencia de trastornos mentales (6).(82) Al respecto, a inicio del siglo actual en el país, la epidemiología psiquiátrica fue una línea de investigación, bajo la cual se desarrollaron varios estudios en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, (139 -142) y -en grupos específicos- de tamizaje de problemas de salud mental en situaciones antes y durante la pandemia de la COVID-19.(87,88)

- Participación social en salud mental.

La participación de los usuarios de los servicios de salud mental es muy limitada. Existen excepciones puntuales, como la intervención de dos agrupaciones vinculadas al Centro Especializado San Lázaro del MSP, del Hospital Psiquiátrico Julio Endara y,

en la Policía Nacional, de grupos de apoyo en adicciones. Sin embargo, aunque en las unidades de primer nivel del MSP se promueve la participación comunitaria mediante comités locales de salud y grupos de autoapoyo —principalmente en enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión— no existe evidencia de que la salud mental haya sido incorporada en estas estrategias.

En cuanto a organizaciones y colectivos de personas que viven con problemas de salud mental o de familiares, los informantes clave identificaron como más reconocidos a: la Fundación Ecuatoriana de Ayuda Terapéutica y Preventiva de Enfermedades Mentales (FEATPEM), Huertomanías, Fundación Lady Laura, la Asociación de Padres y Amigos para el Apoyo y la Defensa de los Derechos de las Personas con Autismo (APADA), el Grupo de Apoyo Mutuo “Bipolaridad Ecuador”, el Colectivo de Adultos Autistas Ecuatorianos y el Grupo Fénix TAB. No obstante, estas organizaciones manifiestan desconocer programas gubernamentales orientados a empleo o vivienda para personas con trastornos mentales, así como servicios de acogimiento institucional. Su interacción con instituciones de salud se limita, en la mayoría de los casos, al uso de los espacios físicos de los establecimientos.

Los datos obtenidos en entrevistas y grupos focales con usuarios y familiares en hospitales públicos durante 2023 —como parte de la formulación de esta política— evidencian que una de las principales demandas respecto a la calidad de la atención es la diversificación de las prestaciones terapéuticas, incluyendo intervenciones grupales, familiares y actividades orientadas a la recuperación, el fortalecimiento de habilidades para la vida y la reinserción familiar y comunitaria. También destacan la necesidad de mejorar la comunicación entre profesionales y usuarios en torno al diagnóstico y el tratamiento, así como de asegurar que los profesionales cuenten con una formación teórica y ética adecuada.

En relación con la prescripción de medicamentos psiquiátricos, los participantes consideran indispensable: a) recibir explicaciones claras sobre beneficios y riesgos de su consumo o suspensión; b) monitorear la eficacia y dosificación de los fármacos; c) realizar seguimiento de los posibles efectos adversos; y d) establecer la duración del tratamiento. Además, señalan problemas estructurales como el número insuficiente de psiquiatras en el sistema público, la dificultad de acceso a medicamentos, el alto costo de las consultas privadas, la sobrecarga laboral de los profesionales y las limitaciones para realizar diagnósticos y abordajes terapéuticos adecuados.

Respecto a la integración de la atención, se evidencia que las prestaciones suelen concentrarse en el ámbito clínico (psicología, psiquiatría y medicina). Frente a ello, recomiendan fortalecer el trabajo intersectorial para posibilitar una reinserción efectiva de las personas con problemas o trastornos de salud mental.

La prevención es percibida como una tarea que debe ser compartida por los sectores de salud y educación, para evitar que problemáticas subjetivas emergentes evolucionen a afecciones mentales de alta complejidad.

En cuanto a la continuidad de la atención intra e interinstitucional, la ausencia temporal o definitiva de los profesionales tratantes genera estrés e incertidumbre, con efectos

negativos sobre el proceso terapéutico. Asimismo, los usuarios enfrentan dificultades para acceder simultáneamente a servicios del IESS y del MSP.

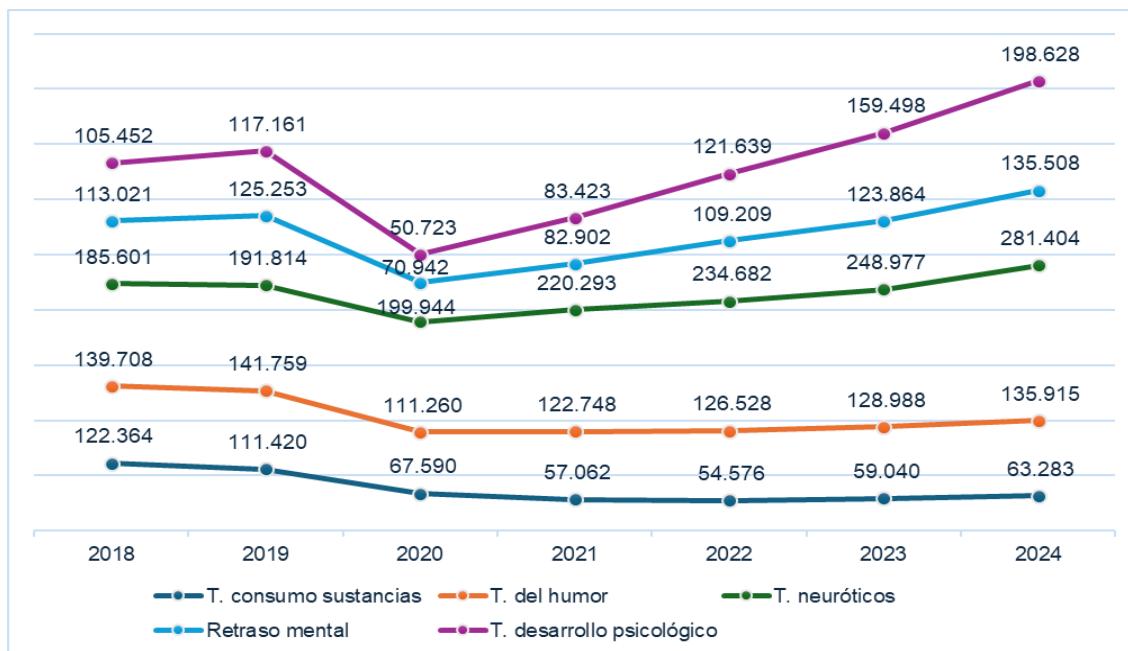
Persisten también barreras funcionales de acceso: información limitada a nivel comunitario sobre qué constituye un problema de salud mental, cuándo pedir ayuda y cómo obtener atención. Los primeros intentos de búsqueda de ayuda suelen ser dolorosos y pueden llevar al desistimiento. Los familiares, por su parte, frecuentemente se sienten aislados y sin suficiente apoyo del sistema de salud para ejercer su rol de cuidadores sin poner en riesgo su propia salud física y mental.

Finalmente, un problema transversal que afecta el acceso a servicios, los procesos de inclusión social y familiar, así como la participación comunitaria, es el estigma. Según el estudio de Mora-Barba (2021), realizado en una muestra de 360 ecuatorianos sin diagnóstico de trastorno mental, persiste una marcada discriminación: el 53% considera que las personas con enfermedad mental deben permanecer recluidas en instituciones psiquiátricas; el 56% cree que deberían tener prohibido tener hijos; el 56,4% las asocia con conductas violentas; y el 50,3% con el consumo de drogas. Esta situación se relaciona, entre otros factores, con estereotipos negativos difundidos por los medios de comunicación. Además, estudios en Brasil, Argentina, México y Chile muestran que la población percibe a los pacientes como peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de trabajar. El “miedo al diagnóstico” se convierte así en una de las principales razones por las que muchas personas evitan solicitar ayuda al sistema de salud mental.(89)

- Morbilidad, mortalidad y discapacidad en salud mental.

La morbilidad atendida más frecuente en los establecimientos de salud que conforman la Red Pública Integral de Salud durante el período 2018-2024, y que corresponden a trastornos mentales y del comportamiento según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), son los trastornos del desarrollo psicológico en niños, seguido de retraso mental y trastornos y depresión; con aumentos significativos a partir del año 2021, quizá en parte, debido a la pandemia que en el año anterior incidió en la restricción a servicios de salud.

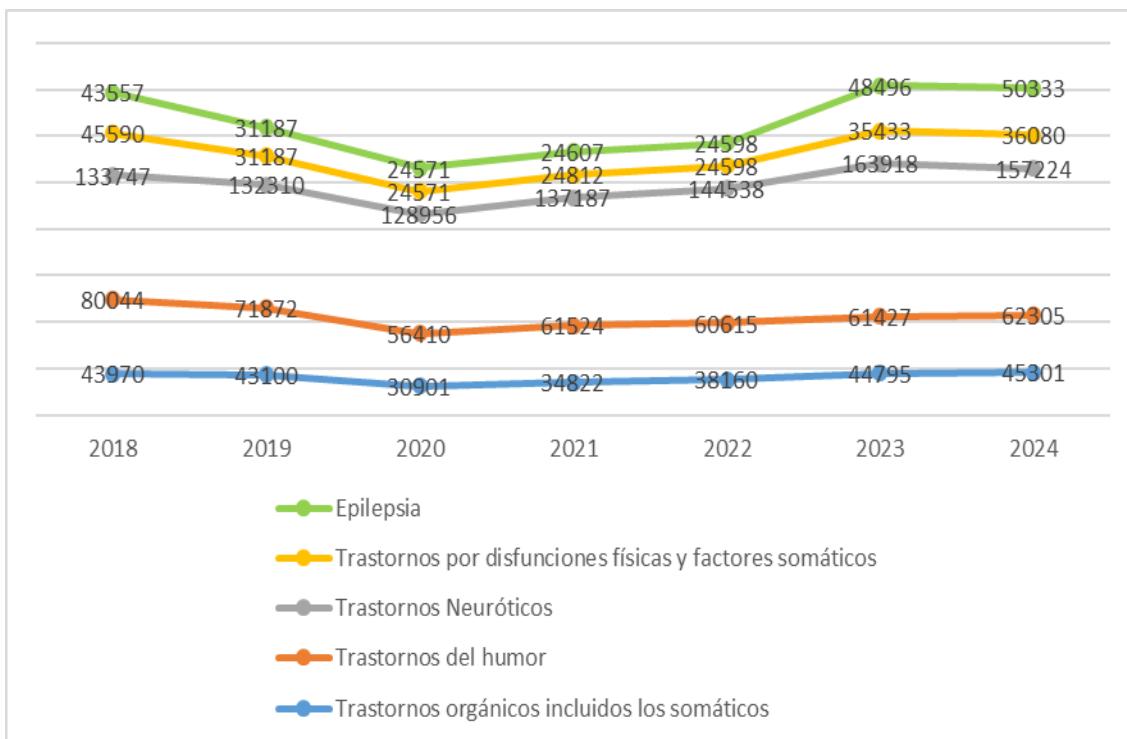
Ilustración 4. Principales morbilidades tratadas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública. Período 2018-2024



Fuente: RDACAA y PRAS- MSP- DNEAISNS. Datos de morbilidad de salud mental. Ecuador. 2025

En relación con la morbilidad atendida en establecimientos de salud de las demás instituciones que conforman la seguridad social (IESS, FFAA, PN), adicional a los trastornos de ansiedad y depresivos, se registra un aumento de casos de trastornos mentales de causa orgánica, que, eran lo que más se trataba debido en parte a la población de cobertura de la seguridad social, con un descenso en el 2020 debido a la restricción de servicios debido a la pandemia, y con un aumento durante los dos últimos años. No aparece en este grupo de patologías, los trastornos derivados del consumo de sustancias, a pesar de que el rango de edad de las personas afiliadas a la seguridad social, corresponde por lo general al que presenta mayor consumo de alcohol y otras sustancias.

Ilustración 5. Principales morbilidades tratadas en establecimientos de la seguridad social. Período 2018-2024



Fuentes: Sistemas RDACAA e Integrasalud-Policía Nacional del Ecuador; Sistema AS400 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Sistemas Espe innovativa, Sistema Integrado de información SIIS y SOFTCASE 2.0 Fuerzas Armadas del Ecuador. Datos sobre morbilidad de salud mental 2018-2024. Ecuador 2025.

En definitiva, la demanda de atención por problemas de salud mental ha aumentado en los últimos seis años, especialmente a partir de la pandemia de la Covid-19. Los trastornos de ansiedad y depresión han sido los más frecuentes en los establecimientos de la RPIS. Asimismo, se observa un incremento significativo en las atenciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes con trastornos específicos, con un marcado aumento desde 2021. Esto podría estar relacionado con el impacto de las medidas socio-sanitarias adoptadas por el gobierno durante ese periodo, como las restricciones de movilidad, la educación virtual y el confinamiento obligatorio, las cuales pudieron afectar sus procesos de aprendizaje, la regulación emocional y el desarrollo de habilidades sociales. En esta línea, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en su informe Estado Mundial 2021, señala que los principales problemas reportados en niñas, niños y adolescentes tras el inicio de la pandemia incluyen estrés y ansiedad, depresión, comportamientos suicidas, dificultades conductuales y consumo de drogas.

- Morbilidad en personas privadas de la libertad

En Ecuador, según un estudio de prevalencia psiquiátrica realizado en el mayor centro carcelario del país (Guayaquil) en el año 2017, el 50.2% presenta depresión, 41.4%

trastornos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas y el 25.9% psicosis, con una relación significativa con la edad y la ausencia de visitas familiares.(90)

Por otra parte, la morbilidad tratada en los establecimientos del MSP que funcionan en los centros de privación de la libertad,(91) durante el año 2022 se concentra en los trastornos relacionados a consumo de sustancias, de ansiedad, depresión y relacionados a disfunciones físicas y factores somáticos. No se dispone de información sobre las demás causas de morbilidad que ocupa el mayor porcentaje.

Tabla 16. Morbilidad de salud mental en Centros de Privación de la Libertad.

Código	Descripción	%
F10 a F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas	32.5
F30 a F39	Trastornos del humor	9.9
F40 a F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	10.3
F50 a F59	Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones físicas y a factores somáticos	6.4
Otras causas		40.9

Fuente: Sistemas RDACAA y PRAS, Ministerio de Salud Pública. Datos de morbilidad en centros de privación de la libertad. Ecuador 2022.

Es importante también considerar que las familias y los hijos de las personas privadas de la libertad, pueden experimentar múltiples dificultades después del encarcelamiento de los padres, incluida la separación traumática, la soledad, el estigma, las explicaciones confusas a los niños, los arreglos inestables para el cuidado de los niños, la crianza tensa, la reducción de ingresos y los cambios de casa, escuela y vecindario, por lo que es importante considerar acciones interinstitucionales que puedan ayudar a intervenir en estos casos.

– Suicidio

En cuanto a datos de mortalidad por suicidio en Ecuador, según datos del INEC, durante el año 2024 se registraron 1.143 muertes por suicidio en el país, lo que corresponde a una tasa nacional de 6.36 por cada 100.000 habitantes.

El 76.71% de las personas que murieron por suicidio fueron hombres, mientras que el 23.29% correspondió a mujeres, estableciendo una razón de 3:1. Las edades con mayor concentración de casos (412) se ubican entre los 17 y 28 años, siendo la edad más temprana registrada de 8 años.

En cuanto al estado civil, el 64.16% de las personas fallecidas eran solteras, y el 20.05% se encontraban casadas. Respecto al nivel de instrucción, el 28.41% contaba con educación media o bachillerato, y el 26.62% educación básica.

En cuanto a la distribución geográfica del suicidio en Ecuador, se observó que 15 de las 24 provincias en las que residían las personas fallecidas por esta causa presentan tasas superiores a la nacional. Las más elevadas se concentran principalmente en las provincias de la Sierra, como el Carchi (13.50%), Cotopaxi (11.86%), Loja (11.26%)

seguidas por aquellas ubicadas en la zona norte de la Amazonía como Sucumbíos (13.15%), Orellana (10.37%).

En cuanto al cantón de ocurrencia de suicidio, se identificó que los cantones Quito (251 casos), Guayaquil (113), Cuenca (63), Ambato (47) y Santo Domingo (37) concentraron en conjunto el 43,6% de los suicidios consumados a nivel nacional. Esta alta concentración en las principales ciudades del país sugiere una mayor incidencia en zonas urbanas densamente pobladas, donde confluyen factores como el estrés social, la presión económica y la fragmentación de redes de apoyo familiar.

En cuanto al método de suicidio empleado, de manera general, los métodos más utilizados en hombres fueron el ahorcamiento, la intoxicación con sustancias químicas y el uso de armas de fuego, manteniendo un patrón similar tanto en áreas urbanas como rurales. En el caso de las mujeres, los métodos predominantes fueron el ahorcamiento y la intoxicación con sustancias químicas, alucinógenos u otras drogas.

– **Trastornos neurológicos**

Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS), según la OMS (2018) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), y el 36% de todos los años vividos con discapacidad (AVD). En el caso de los trastornos neurológicos, hasta los 5 años de vida de la persona, la carga se debe principalmente a la epilepsia (57%) y al autismo (37%). Entre los 5 y 15 años, la carga de los trastornos de conducta (18%), trastornos de ansiedad (16%), y dolores de cabeza (15%) incluyendo migraña y tipo tensional, ganan importancia. Alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión), además de autolesiones y trastorno somatomorfo, representan el 42% de la carga, los dolores de cabeza el 19%, los trastornos por consumo de sustancias el 17%, y los trastornos mentales severos, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, alrededor del 8%.

Los adultos mayores sufren principalmente trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer, que supera el 50% de la carga hacia los 80 años y se sitúa por encima del 70% después de los 90 años.(92)

En Ecuador, existen varios estudios sobre prevalencia de sintomatología de deterioro cognitivo y posible demencia en población adulta mayor de 65 años cuyos resultados estiman presencia de esta sintomatología en población con rangos de edad de 18-21% en los 65 años y 54-60% a los 85 años; e identifica factores de riesgo en común, como la edad avanzada, nivel educativo; además, en uno de ellos, tener antecedentes de accidente cerebrovascular, diabetes mellitus y desnutrición; y como factor protector, el ejercicio físico.(93,94) En la misma línea, un estudio realizado en la provincia de Manabí con 116.983 habitantes, puerta a puerta, se identificó que el 0.24% (285 personas) resultaron positivos para enfermedad de Parkinson, predominando en mayores de 61 años (33.33%), y con una prevalencia levemente mayor entre sexo masculino (56.14%) que en el femenino (43.86%).(95)

En relación con la comorbilidad de los trastornos neurológicos y sus repercusiones en la salud mental, algunos estudios identifican relaciones entre la depresión y la

enfermedad de Parkinson, hasta en el 95% de pacientes con Parkinson, independientemente del tratamiento o estadio de la enfermedad y puede precederla hasta en un 40% de casos;(96) y, que la patología neurológica más frecuente observada en centros de primer nivel de atención fue el espectro de cefaleas incluyendo migraña, cefalea tensional y cefalea; y la psiquiátrica, de trastorno mental y del comportamiento. Además, que las mujeres con mayor edad están más predispuestas a padecer estas enfermedades.(97)

Por otra parte, de un estudio realizado en Ecuador, en el que se analiza la asociación entre determinantes sociales de la salud y el desempeño cognitivo en adultos mayores de comunidades rurales, los autores concluyen que las intervenciones destinadas a reducir las disparidades en el riesgo social de los adultos mayores que viven en poblaciones rurales pueden mejorar el rendimiento cognitivo de estos individuos.(98)

– Trastornos del neurodesarrollo

El neurodesarrollo es un proceso que empieza en la gestación y termina en la edad adulta, donde el sistema nervioso y particularmente el cerebro crece, madura y adquiere sus funciones.(99) Situaciones adversas ocurridas en los dos primeros años de vida se asocian con una mayor morbi mortalidad, menor nivel educativo, conflictos sociales y problemas de salud en la edad adulta. A nivel mundial, la mediana de la prevalencia de los trastornos del neurodesarrollo es de 62 por cada 100.000 niños, lo que significa que un niño de cada 160 padecerá algún tipo de trastorno y la discapacidad consiguiente.

En el país, según registros de personas con discapacidad del MSP durante el período 2017-2023, en el país existen 6620 niños de cero a seis años con discapacidad, de los cuales 5.738 (86.7%) con diagnósticos dentro del espectro autista.

Tabla 17. Problemas del neurodesarrollo en Ecuador.

Diagnóstico	N. casos identificados
F84.0 Autismo en la niñez	3697
F84.1 Autismo atípico	574
F84.2 Síndrome de Rett	14
F85.5 Síndrome de Asperger	1280
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo	74
F84.9 Trastornos generalizados del desarrollo no especificado	99
Total	5738

Fuente: MSP- Sistema Informático en Línea- SIL, DNDRCP. Datos sobre personas con discapacidad. Ecuador 2023.

Nota: El diagnóstico diferencial del TEA, se respalda en los criterios del DSMV, siendo únicamente con fines de registro estadístico nacional la codificación de autismo contemplada en el CIE-10 que se citan en la tabla.

Por otra parte, de las 37.373 atenciones por autismo en los establecimientos de salud del MSP en el año 2023, el 81% corresponde a hombres, convirtiéndose de esta manera en la única causa de consulta en salud mental, en la que los hombres presentan una mayor prevalencia que las mujeres.

En el ámbito educativo, en el periodo 2023-2024, el MINEDUC reporta un total de 3.778 estudiantes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el sistema educativo nacional, lo que evidencia la necesidad de fortalecer protocolos institucionales, implementar adaptaciones curriculares, capacitación docente, apoyo psicoeducativo y servicios psicosociales para atender las necesidades específicas de estos estudiantes.(100)

De igual manera, es importante considerar la estrecha relación del neurodesarrollo exitoso no solo con la genética, sino también con el entorno de estimulación y afectividad que rodea al niño/a,(101) e incluso, con la exposición a agentes tóxicos, como se señala en el estudio de Harari et al. (2010) que investiga los déficits neuroconductuales de niños escolares relacionados a la exposición prenatal a pesticidas. Esta investigación se llevó a cabo en el norte de Ecuador, donde la floricultura es intensiva y depende del empleo femenino. Los niños con exposición prenatal a pesticidas mostraron déficits relacionados con la velocidad motriz, la coordinación motora, el rendimiento visuoespacial y la memoria visual. Estas asociaciones correspondieron a un retraso en el desarrollo de 1.5 a 2 años. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la exposición prenatal a pesticidas (a niveles que no producen resultados adversos para la salud de la madre) puede causar neurotoxicidad y efectos adversos duraderos en el desarrollo del cerebro de los niños.(102)

– Discapacidad intelectual y psicosocial

La cantidad de personas con discapacidad en Ecuador al año 2022, es de 602.051, en su mayor parte de tipo física con el 50.2%, seguido del tipo intelectual con 19.8%, visual y auditivo con 11.8% y 11.5%, y psicosocial con el 5.7%.

Por rangos de edad, el 47.2% corresponde a adultos entre 19 a 59 años, adultos mayores de 60 años con 42.3%, adolescentes con 6.5% y menores de 11 años con 4.1%; con una predominancia de hombres (55.9%) sobre mujeres (44.1%).

Tabla 18. Personas con discapacidad en Ecuador.

Tipo de Discapacidad	Cantidad	%
Física	302152	50,2
Auditiva	70956	11,8
Intelectual	119236	19,8
Lenguaje	6096	1,0
Psicosocial	34325	5,7
Visual	69283	11,5
Sin tipo	3	0,0
Total	602051	100

Fuente: MSP- Sistema Informático en Línea- SIL, DNDRCP. Datos sobre personas con discapacidad. Ecuador 2022.

El número de personas con discapacidad intelectual y psicosocial es de 153.561, que corresponde al 25.5% del total, la primera representa el 77.6% y la segunda el 22.4%.

Por grado de discapacidad, como se muestra en la tabla 11, el mayor porcentaje corresponde a grave, tanto en intelectual como psicosocial.

Tabla 19. Personas por grados de discapacidad intelectual y psicosocial.

Grado	Intelectual	Psicosocial	Total
Leve	3.272	423	3695
Moderado	42.845	10.783	53.628
Grave	47.402	14.531	61.933
Muy grave	25.713	8.584	34.297
Severo	4	4	8
Total	119.236	34.325	153.561

Fuente: MSP- Sistema Informático en Línea- SIL, DNDRCP. Datos sobre personas con discapacidad. Ecuador 2022.

En cuanto a las personas con discapacidad intelectual, estos tienen un mayor nivel de riesgo de desarrollar trastornos mentales debido a la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares. Según estudios de prevalencia han mostrado que entre el 20 y 40% de las personas con discapacidad intelectual también tienen alguna forma de trastorno mental, como la depresión, ansiedad, obsesivo compulsivo. No obstante, si bien es cierto, los adultos con discapacidad intelectual, pueden presentar los mismos tipos de trastorno mental que aquellas personas sin déficit intelectual, estos parecen diferir según el grado de discapacidad intelectual; es decir, que a menor grado de discapacidad, mayor presencia de un trastorno mental.(103,104)

Respecto de personas con discapacidad psicosocial, se la relacionada generalmente con diagnóstico como la esquizofrenia, trastorno bipolar, autismo, entre otras. Se manifiesta a través de deficiencias o trastornos de la conciencia, comportamiento, razonamiento, estados de ánimo, afectividad, y/o comprensión de la realidad (irritabilidad, depresión, inestabilidad emocional crónica), las cuales variarán según el grado de deficiencias: en los casos leves o moderados, la persona con la debida medicación, psicoterapia, y recursos sociales podrá realizar sus actividades diarias con autonomía e independencia. Sin embargo, una de las mayores preocupaciones es el tratamiento de personas con discapacidad psicosocial grave o muy grave/severa, pues la tendencia es el internamiento en instituciones psiquiátricas, muchas veces de manera forzosa.(105)

Inclusión social en salud mental.

En el país, los programas, servicios y beneficios en el ámbito de la inclusión social se dirigen en su mayoría a las personas con discapacidad (PcD), y dentro de este grupo, existe una mayor focalización en aquellas con discapacidad física.

- Programas y prestaciones de salud

En virtud de sus competencias y atribuciones, el MSP ejecuta la calificación de discapacidades, proporciona medicamento, prestaciones de salud, y entrega ayudas técnicas a las personas con discapacidad (PcD). La proporción de atenciones y prestaciones de salud se ejecuta por medio de los establecimientos que pertenecen a la RPIS. Para que estas personas puedan acceder a la calificación, recalificación y/o

ser acreedores de ayudas técnicas, deben pedir atención a través del número telefónico 171 opción 4 y agendar una cita ser evaluado en un centro de salud del MSP y recibir su carnet de discapacidad. Al respecto, hasta noviembre de 2025 un total de 500.169 han sido registradas por el MSP, de los cuales 166.335 con discapacidad intelectual y 38.516 psicosocial, que representan 33.25% y 7.70% respectivamente.

La atención especializada dirigida a PCD psicosocial e intelectual se ejecuta en el MSP a través de los servicios de salud mental de modalidad ambulatoria y residencial disponibles a nivel nacional: Servicios de salud mental ambulatorios, modalidad de atención ambulatoria intensiva, Unidades de Salud Mental Hospitalaria, Centros Especializados; Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro y Hospital Especializado Julio Endara, el cual cuenta con la única residencia protegida para personas con trastorno mental severo, junto al Instituto Neurociencias de Guayaquil.

- Programas y actividades inclusión económica y social.

El Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) cuenta con 3 modalidades de atención para PCD: Centros Diurnos de Desarrollo Integral, Centros de Referencia y Acogida y modalidad de atención en el hogar y la comunidad. Dichos servicios son públicos con o sin fondos del MDH, privados, y con cofinanciamiento estatal.

Los Centros de Desarrollo Integral proporcionan prestaciones que permiten mejorar la autonomía, independencia, inclusión social y económica. Dichos centros funcionan en jornadas de ocho horas diarias, y brindan atención a PCD intelectual y física moderada y grave, discapacidad sensorial moderada, grave y muy grave.

La Atención en el Hogar y la comunidad, es una modalidad de atención extramural que se ejecuta a través de visitas periódicas, ejecutadas por personal especializado, a los hogares con domicilio en zonas rurales o urbanas marginales.

Según el MDH, en el año 2024, fueron atendidas 34.765 PCD en servicios y modalidades de atención. De ellas, 2.386 contaban con discapacidad psicosocial y 16.954 a discapacidad intelectual, lo que equivale al 6,86% y 48,76% del total.(106)

- Transferencias económicas condicionadas.

El MDH cuenta con tres programas de transferencias económicas condicionadas que pueden beneficiar a PCD. De acuerdo al decreto ejecutivo 804 de 20 de junio de 2019 dichas prestaciones se caracterizan por:

Bono Joaquín Gallegos Lara: prestación económica de USD240 dirigida a personas con discapacidad grave, muy grave y completa, con gran dependencia o enfermedades catastróficas, raras o huérfanas y todos los menores de 18 años que viven con VIH-SIDA en situación crítica.

Pensión Toda Una Vida: transferencia mensual de USD100 que pretende cubrir las carencias económicas y gastos que demanda la condición de discapacidad. Se

entrega a PCD superior al 40% menores a 65 años que no cuentan con seguridad social y se encuentran en situación de pobreza extrema.

Pensión mis mejores años: transferencia de USD100 que beneficia a adultos mayores en pobreza o pobreza extrema, con el fin de cubrir carencias económicas y gastos que demandan las vulnerabilidades.

Bono mil días: transferencia mensual de USD 60 que beneficia a mujeres embarazadas y niños hasta 2 años en situación de pobreza. De estos USD 50 se entregan cada mes y USD 10 de manera acumulada según el cumplimiento de 3 hitos de manera obligatoria para recibir los pagos.

Bono de desarrollo humano: transferencia mensual de USD 55 a familias en situación de pobreza y pobreza extrema, especialmente a jefas de hogar, para ayudarlas con sus necesidades económicas. Este bono tiene un componente variable que va de USD 55 hasta USD 150 dependiendo del tamaño del grupo familiar que disminuye según el número de hijos y su edad.(107)

Tabla 20 Monto devengado en bonos y pensiones que benefician a personas con discapacidad psicosocial e intelectual.

Bono	Monto total asignado (en USD)	Monto aproximado ejecutado en personas con discapacidad psicosocial e intelectual (en USD)	Porcentaje
Bono Joaquín Gallegos Lara	121.500.000	3.417.600	2,81%
Pensión Toda una Vida	92.880.00	2.420.700	2,61%
Pensión mis mejores años	345.860.000	2.360.000	0,07%
Bono 1000 días	9.270.000	2.160	0,02%
Bono de desarrollo humano	705.160.000	46.925	0,01%
Total	1.274.670.000	6'123.385	5,52%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Estadísticas del Ministerio de Desarrollo Humano. Ecuador.2024.

Como muestra la tabla, en 2024 se devengó un total de \$1.274'160.000 dólares en bonos que benefician a personas con discapacidad, de dicho monto \$6'123.385 corresponde a bonos entregados a personas con discapacidad psicosocial e intelectual, es decir que únicamente el 5,52% del total devengado en los bonos y pensiones de la proforma de ese año.(106)

- Programas y actividades de inclusión habitacional.

El Ecuador cuenta con programas para el acceso a vivienda dirigido a personas con discapacidad. Los criterios de clasificación para acceder al Plan Nacional de Vivienda de acuerdo a indicadores de vulnerabilidad son: 1) existencia de miembros con discapacidad; 2) jefe de hogar mujer; y 3) hogares con tres o más menores de edad a su cargo.

Según datos del MDH (2025), se entregaron 1.375 viviendas de interés social a PCD. De estas, por el tipo de discapacidad: 761 física, 212 visual, 203 intelectual, 149 auditiva y solo 50 psicosocial; ello implica que el 3.64% de las viviendas de interés social fueron entregadas a PCD psicosocial y el 14.76% a PCD intelectual.

- **Programas de inclusión social.**

Para fomentar la inserción laboral de PCD, en el periodo 2013-2021, el Ministerio de Relaciones Laborales, la Dirección de Atención a Grupos Prioritarios y el CONADIS, elaboraron dos documentos que fomentaban la inclusión de PCD: el *Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de PCD*, publicado en 2013 y la guía de derechos humanos, inclusión laboral y buenas prácticas para las PCD, publicada en 2020.

Como producto de la política de cuotas de contratación obligatoria de PCD dispuesta en la LOD, hasta 2021 Ecuador registró 62.968 personas laboralmente activas en Ecuador. De estas, el 54.25% tienen discapacidad física, y están en un rango de edad de 19 a 64 años, siendo el rango entre 36 a 64 años el de mayor proporción, seguida de la auditiva con un 15.95% y la visual con 13.43%. La intelectual y psicosocial suman un 16.38%.

De acuerdo a CONADIS, en el año 2021 existían 2.232 PCD psicosocial insertadas laboralmente. Por niveles de discapacidad, 1622 fueron leves, 1174 moderadas, 421 graves, y 119 con discapacidad completa. Lo que equivale al 48.62%, 35.19%, 12.62% y 3.57%, respectivamente.

Por ocupaciones que desempeñaban, la mayoría fueron de operativos, bodegueros y logística (78%), analistas técnicos y tecnólogos (24%), trabajo doméstico (5%), médicos o profesionales (3%), agricultores (2%), docentes (2%), choferes profesionales (2%), servicios generales (2%), personal militar (1%) y en otras profesiones (3%).

- **Programas y actividades para la inclusión educativa.**

El Ministerio de Educación ha implementado numerosos documentos operativos que permiten a los docentes garantizar la inclusión y permanencia de persona con discapacidad en el ámbito educativo, por medio de la ejecución de adaptaciones curriculares y metodológicas pertinentes. No obstante, no se han podido identificar programas específicos dedicados a la inclusión de PCD en la educación superior, más allá de la política de cuotas a favor del ingreso de grupos históricamente excluidos o discriminados dispuestas en el artículo 74 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Hasta 2018 existían 5917 PCD inscritas en universidades y escuelas polítécnicas, de las que, 3149 personas contaban con discapacidad física, 1188 con discapacidad visual, 947 con discapacidad auditiva, 346 con discapacidad intelectual y 287 con discapacidad psicosocial. Lo que indica que, del total de personas matriculadas en instituciones de educación superior el 4,85% corresponde a psicosocial.

- Otros Programas

El Ministerio del Interior, a través de la Dirección de Prevención de Trata de Personas y Tráfico de Migrantes, registra a las personas internadas en casas de acogida, albergues y hospitales psiquiátricos en condición de abandono, con el fin de que sus familiares puedan identificarlos. Las fotografías y datos conocidos se encuentran publicados en la pestaña “Busco a mis familiares”, de la página web de la institución.(108)

4.2 Identificación de los determinantes del problema público

Para esta etapa de la política, se convocó a los actores identificados en el mapeo, incluyendo técnicos de la RPIS (MSP, IESS, FFAA y PN), representantes de otros sectores del Estado, así como docentes e investigadores especializados en salud mental. Con ellos se desarrollaron entrevistas y mesas de trabajo. Asimismo, se realizaron grupos focales y entrevistas con personas con experiencias de vida, familiares y usuarios de los servicios.

Con este conjunto de participantes se profundizó en el análisis del incremento de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo asociados a la salud mental en el Ecuador, definido como problema público de la política. Paralelamente, se recabaron sus aportes sobre los posibles determinantes del problema desde sus distintos ámbitos de acción, así como sobre la disponibilidad de información y sus fuentes. Este proceso también incorporó los hallazgos del diagnóstico de la política como insumo técnico. Como producto de estas actividades, se identificaron 49 problemas o determinantes del problema público, presentados en la siguiente tabla.

Tabla 21 Listado de determinantes del problema público identificados.

Nº	Determinantes del problema público
1	Ausencia de contenidos de salud mental en mallas curriculares en los ámbitos de formación básica, intermedia, superior para el cuidado de la salud mental.
2	Limitado desarrollo de habilidades y capacidades socio emocionales en la población, por ciclos de vida, de manera especial en niños, niñas y adolescentes.
3	La difusión de contenidos negativos en los medios masivos de comunicación, fomenta la estigmatización, los prejuicios y la discriminación, dificultando su acceso a recursos adecuados y su plena participación en la sociedad.
4	Presencia de denuncias por internaciones involuntarias y exposición de personas a tratos crueles y degradantes en servicios formales y clandestinos de salud mental.
5	Inadecuado abordaje y tratamiento sin evidencia científica que afectan la estabilidad física, emocional, psicológica y social de personas trastornos mentales.
6	Normativa desactualizada, limitado conocimiento y aplicación de la normativa de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud.
7	Ausencia de direcciones o instancias administrativas exclusivas de Salud Mental en la Red Pública Integral de Salud.
8	Ausencia de instancia u organismo de supervisión y control que garantice los DDHH de personas con trastorno mental en servicios de salud mental.

9	Escasa asignación presupuestaria al componente de salud mental en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.
10	Dificultades en el acceso a psicofármacos en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.
11	Limitada oferta de servicios y programas de detección temprana en salud mental en el primer nivel de atención en la Red Pública Integral de Salud.
12	Los servicios y recursos en salud mental, en su mayoría se encuentran concentrados en el segundo y tercer nivel de atención en establecimientos públicos y privados, lo que limita la capacidad del sistema para la intervención temprana y preventiva.
13	Débil articulación de establecimientos y/o servicios de Salud Mental en la Red Pública Integral de Salud.
14	Aumento de trastornos de depresión, ansiedad y consumo de drogas en población general y de casos de suicidio en adultos jóvenes.
15	Limitada disponibilidad de servicios de salud mental, en el primer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud.
16	No se cuenta con establecimientos, servicios o programas de Salud Mental con pertinencia intercultural y enfoque de género en el sector público.
17	Limitadas habilidades de abordaje y capacidad diagnóstica de problemas y trastornos de salud mental por parte del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud.
18	Limitada inclusión del componente de salud mental en las carreras del campo de la salud y bienestar en pre y posgrado de las Instituciones de Educación Superior.
19	Escasas acciones para el cuidado de la salud mental, en el ámbito laboral.
20	Insuficientes intervenciones de promoción y prevención en salud mental, con metodología poco efectivas, escasa participación social y débil articulación interinstitucional e intersectorial.
21	Limitada disponibilidad de recursos (infraestructura, RRHH, insumos) para la atención de urgencias, emergencias y hospitalización de personas con intentos suicidas en el Sistema Nacional de Salud.
22	Limitada coordinación interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral de la problemática del suicidio en el país.
23	Escasos mecanismos para la regulación del acceso a los medios más utilizados para el suicidio.
24	Dificultades en el registro de intentos y suicidio consumado en las instituciones obligadas al reporte de estos casos.
25	Limitada información e investigación cuantitativa y cualitativa basada en la evidencia sobre riesgo suicida y la eficacia de intervenciones preventivas en el Ecuador.
26	Limitada planificación y brecha del recurso humano en los establecimientos y servicios de salud mental en el Sistema Nacional de Salud, y de manera particular en la Red Pública Integral de Salud.
27	Priorización en la contratación de otro tipo de perfiles de profesionales por sobre los de salud mental en los establecimientos y servicios de salud en general de la Red Pública Integral de Salud
28	Limitados beneficios e incentivos para profesionales de salud mental en el sector público.
29	Limitada capacidad de los profesionales de salud para la identificación temprana y el abordaje integral de los problemas de salud mental.
30	Desconocimiento de mecanismos de participación social de usuarios y familias en la organización de servicios de salud mental, en acciones de promoción, prevención, tratamiento y reinserción social.
31	Existe una percepción negativa y resistencia a la participación social por parte de usuarios, familiares con experiencia vivida en salud mental, debido al desconocimiento y resistencia de las autoridades en diferentes sectores del Estado para promover su participación en temas de salud mental

32	Ausencia de programas continuos de participación social no institucionalizadas, en las carteras de salud, inclusión social, educación, cultura, trabajo.
33	Limitado abordaje integral de los factores de riesgo asociados a problemas de salud mental.
34	Limitada disponibilidad de información de salud mental de calidad y oportuna para la organización y gestión de los servicios.
35	Dificultades en el registro y codificación de problemas y trastornos mentales, neurológicos en los establecimientos de salud públicos y privados por parte de personal sanitario general y especializado.
36	No se dispone de estudios epidemiológicos de trastornos mentales en población general, así como de otros sobre organización de los servicios de salud mental públicos y privados en el país.
37	Ausencia de instancia y/o espacio de recopilación, discusión y difusión de resultados de estudios de salud mental, que apoyen a la Autoridad Sanitaria Nacional.
38	La atención se enfoca en los aspectos clínicos del sujeto, en menor medida en los familiares de este, en aspectos culturales y de reinserción social.
39	Percepción negativa por parte del profesional, la familia y el mismo sujeto, acerca de su capacidad para decidir sobre opciones de tratamiento y derechos humanos en la atención que recibe.
40	Se enfatiza en el tratamiento con medicamentos y en el internamiento como opción prioritaria en el padecimiento de trastornos mentales, por parte del profesional y la familia del usuario.
41	Escasa cantidad de equipos de salud para el abordaje interdisciplinario en los establecimientos de salud públicos.
42	Desarticulación de las acciones entre instituciones, sectores del Estado y sociedad civil para la inclusión de personas con problemas de salud mental.
43	Escasa oferta de acciones para la recuperación, cuidado a largo plazo e inclusión social de personas con problemas de salud mental.
44	Tiempos de espera prolongados para el acceso a los servicios con especialistas (psiquiatría, psicología, neurología).
45	Presencia de barreras de acceso funcional, económico, geográfico y sociocultural a los servicios de salud mental.
46	Escasa articulación entre los proveedores de servicios de salud mental en el Sistema Nacional de Salud.
47	Diversidad de mesas que priorizan temas de salud mental de acuerdo a coyuntura, con escasa continuidad y seguimiento de la situación de las personas en el Sistema Nacional de Salud.
48	Escasos espacios de análisis y discusión de la problemática de salud mental en el país.
49	Dificultad y/o desconocimiento en el rol de las instituciones e instancias de Estado respecto de temas de salud mental.

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025

4.3 Priorización de los determinantes del problema público

Para priorizar los determinantes del problema público, se elabora una matriz de criterios de evaluación que permitió analizar el peso de cada uno, como se muestra en la tabla 23. Para ello, en los criterios de gravedad, factibilidad y resultado, se estableció una puntuación de 1 el más bajo y 5 el más alto. La puntuación de priorización es la suma de los tres criterios, y varía en rangos de 11 a 15 para los problemas urgentes y de 6 a 10 para los necesarios. Un puntaje igual o menor a 5 es

considerado como un problema no urgente, y, por lo tanto, no se consideró como prioritario.

Este proceso facilitó la categorización de los determinantes considerados más urgentes y necesarios de intervenir.

Tabla 22 Criterios de priorización de los determinantes del problema público

Criterios	Definición	Puntuación
Gravedad	Es el grado en que la situación afecta negativamente a la población, considerando su magnitud y consecuencias sociales, económicas o de salud.	De 1 a 5
Factibilidad	Es la posibilidad real de llevar a cabo la acción, política, considerando los recursos disponibles, las condiciones técnicas, legales, económicas, sociales y políticas.	De 1 a 5
Resultados	Se refiere a los cambios o efectos a largo plazo que la política o intervención produce en la población.	De 1 a 5
Priorización	Es la suma de los criterios anteriores mediante el cual se identifican y ordenan los problemas, necesidades o acciones en función de los criterios analizados.	Urgente: 11 a 15 Necesario: 6 a 10 Menor o igual a 5: No urgentes

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025

Posteriormente, se convocó a los actores que participaron en la etapa preliminar de identificación de los determinantes para integrar mesas técnicas, en las cuales se evaluó y calificó cada determinante según los criterios establecidos.

Durante este proceso, los problemas se agruparon por similitud de acuerdo con su naturaleza y se organizaron en tres componentes: a) promoción y prevención en salud mental, b) provisión de servicios de salud mental y c) recuperación e inclusión social.

Asimismo, se definió una causa inmediata para cada componente, integrando los determinantes correspondientes, tal como se presenta la ilustración 7 del árbol de problemas. Esta diferenciación permitió formular el objetivo principal de la política e identificar las líneas estratégicas y los objetivos específicos que posteriormente fueron incorporados en la propuesta.

Tabla 23 Priorización de los determinantes del problema público

Componente	Determinante	Gravedad	Factibilidad	Resultados	Puntaje	Priorización
Promoción y prevención en salud mental.	1. Insuficientes intervenciones de promoción y prevención en salud mental, con metodologías poco efectivas, escasa participación social y débil articulación interinstitucional e intersectorial.	4	3	4	11	Urgente
	2. Limitado abordaje integral de los factores de	5	3	4	12	Urgente

	riesgo asociados a problemas de salud mental.					
	3. Escasas acciones para el cuidado de la salud mental, en el ámbito laboral.	4	3	4	11	Urgente
Provisión de servicios de salud mental.	4. Limitada disponibilidad de servicios de salud mental en el primer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud.	5	3	5	13	Urgente
	5. Dificultades en el acceso a psicofármacos en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.	4	3	3	10	Necesario
	6. Limitada capacidad de los profesionales de salud para la identificación temprana y el abordaje integral de los problemas de salud mental.	4	3	4	11	Urgente
	7. Presencia de denuncias sobre internaciones involuntarias y exposición de personas a tratos crueles y degradantes en servicios formales y clandestinos de salud mental.	4	3	3	10	Necesario
	8. Limitada disponibilidad de información de salud mental de calidad y oportuna para la organización y gestión de los servicios.	4	2	4	10	Necesario
Recuperación e inclusión social.	9. Escasa oferta de acciones para la recuperación, cuidado a largo plazo e inclusión social de personas con problemas de salud mental.	4	3	4	11	Urgente
	10. Desarticulación de las acciones entre instituciones, sectores del Estado y sociedad civil para la inclusión de personas con problemas de salud mental.	3	3	4	10	Necesario

Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025

Es importante destacar que los determinantes priorizados como urgentes se relacionan principalmente con la provisión de servicios, el fortalecimiento de factores protectores, la prevención de problemas psicosociales y los procesos de recuperación e inclusión social de las personas con problemas de salud mental, especialmente en lo referente al acceso a educación, vivienda y empleo. Otro conjunto de determinantes corresponde a aquellos considerados necesarios de intervenir, debido a que su desatención podría agravar la problemática. Estos se vinculan con la disponibilidad y el uso racional de medicamentos en los establecimientos de salud públicos, la mejora del sistema de información, el control y regulación de los servicios de salud mental, y la conformación de redes de apoyo intersectorial para las personas con problemas de salud mental.

Árbol de problemas

Ilustración 6 Árbol de problemas



Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2024

4.4 Población objetivo de la política

Los principales beneficiarios de esta política son las personas con diagnóstico de trastorno mental, en condición de discapacidad intelectual y psicosocial, y con problemas de salud mental permanentes o transitorios a quienes se orientarán las acciones sobre todo en la provisión de servicios de salud mental y de programas de inclusión social.

Por otra parte, esta política enfatiza en las acciones intersectoriales e interinstitucionales de promoción de factores y entornos protectores y de prevención de factores de riesgo de problemas de salud mental, por lo que se considera beneficiaria a toda la población, con énfasis en los grupos de niños, niñas y adolescentes.

5. Propuesta

La presente Política Nacional de Salud Mental se fundamenta en la mejor evidencia disponible, así como en prácticas y experiencias recogidas en planes y políticas de salud mental a nivel mundial, con especial énfasis en los países de América del Sur. Este apartado comprende la identificación y priorización de las alternativas de solución a los determinantes del problema público, así como la identificación de los objetivos, líneas estratégicas y de acción, metas e indicadores de la política, además del plan de implementación, seguimiento y evaluación.

5.1 Identificación de alternativas de solución al problema público

Este acápite de la política comprende tres momentos: a) la recopilación y el análisis de experiencias relevantes a nivel internacional sobre políticas públicas de salud mental, b) la evaluación y síntesis de la evidencia de intervenciones en salud mental, conforme a los determinantes del problema público, y c) listado de alternativas producto de las actividades anteriores.

En un primer momento se realizaron entrevistas con funcionarios responsables de la gestión de salud mental en los sistemas de salud de Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay, a quienes se consultó sobre prácticas exitosas, objetivos, indicadores, metas, costos y resultados obtenidos en la implementación de sus planes y/o políticas.

El segundo momento consistió en recopilar y analizar la mejor evidencia científica disponible sobre intervenciones en salud mental que respondan a los determinantes del problema público, evaluada según el Sistema GRADE para determinar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.(109)

En el tercer momento y como resultado de los pasos anteriores se elaboró una matriz con la recopilación de las mejores alternativas de solución, varias por cada determinante del problema público, destinado a servir como insumo para el paso siguiente: la priorización de las opciones más pertinentes y viables.

5.2 Priorización de alternativas de solución al problema público

Para priorizar las alternativas de solución, se convocó a académicos, técnicos de la RPIS, usuarios y familiares a mesas de trabajo, en las cuales se analizaron las opciones más adecuadas para abordar los determinantes del problema público, previamente se envió una matriz de alternativas de solución para su análisis.

Como segundo paso se inició el proceso de generación de alternativas aplicando la técnica de lluvia de ideas, lo que permitió generar diversas alternativas de solución para cada determinante priorizado. Estas se encuentran registradas en la columna correspondiente de la tabla 23.

Posteriormente, cada alternativa fue contrastada en las mesas técnicas con la evidencia GRADE previamente enviada, para que las instancias e instituciones seleccionen la alternativa que conforme a los siguientes criterios puedan ser priorizadas:

- Pertinencia técnica (acción o propuesta compatible al contexto en el que se aplica)
- Viabilidad en función de los recursos económicos, técnicos, sociales y ambientales.
- Probabilidad de implementación satisfactoria dentro del plazo establecido en el marco normativo

Luego de dicho análisis se procedió a registrarlas como las alternativas priorizadas en la columna respectiva de la tabla. (anexo 2).

Tábla 24 Alternativas de solución priorizadas

Componente	Determinante	Alternativas de solución propuestas	Alternativas priorizadas
Promoción y prevención en salud mental.	Insuficientes intervenciones de promoción y prevención en salud mental, con metodologías poco efectivas, escasa participación social y débil articulación interinstitucional e intersectorial.	<p>1. Red de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otras personas asociadas a salud mental, reconocida y vinculada a la gestión de políticas públicas en salud mental.</p> <p>2. Plan de Difusión y Comunicación en Salud Mental, construido con usuarios/as, familiares y comunidad en general.</p> <p>3. Espacios de encuentro y coordinación entre la red de salud – a nivel barrial, distrital, regional y central – y usuarios, familiares, comunidad y sociedad civil en general.</p> <p>4. Mecanismos formalizados de toma de decisiones de usuarios/as sobre sus procesos de tratamiento y recuperación.</p>	<p>Las intervenciones comunitarias que incluyen a personas con experiencia de vida contribuyen significativamente al fortalecimiento de los vínculos comunitarios y de las redes de apoyo social.</p> <p>Por lo que se recomienda la incorporación de estos actores en las intervenciones colectivas que se generen en los ámbitos de salud, educación, trabajo, así como en los procesos de recuperación.(110)</p> <p>Existe evidencia sobre la efectividad de los programas, especialmente cuando su duración supera las diez semanas y cuando incluyen componentes de entrenamiento en habilidades para niños y adolescentes, de crianza, apoyo familiar, y desarrollo de habilidades socioemocionales. Estos deberían incluir además la aplicación de test antes y después de la intervención con la finalidad de medir cambios en los beneficiarios y/o interventores.(111)</p>

<p>1. Capacitación y/o sensibilización en prevención del riesgo suicida a profesionales, educadores, agentes comunitarios.</p> <p>2. Cobertura mediática no estigmatizante sobre suicidio en medios de comunicación privados, públicos, comunitarios y redes sociales.</p> <p>3. Mecanismos de regulación y control de sustancias químicas utilizadas para el suicido.</p> <p>Limitado abordaje integral de los factores de riesgo asociados a problemas de salud mental, como el suicidio, el consumo de tabaco y otras sustancias.</p>	<p>En el caso del suicidio, existe suficiente evidencia que recomienda implementar intervenciones de carácter multínivel. Estas incluyen políticas públicas orientadas a aumentar las barreras de acceso a sustancias peligrosas (como pesticidas), armas de fuego y estructuras de riesgo asociadas a intentos por arrojamientos. Asimismo, se plantea fortalecer la organización de los servicios en los ámbitos sanitario, educativo y laboral.</p> <p>Se propone además promover cambios en los enfoques comunicacionales y en los contenidos dirigidos al abordaje del fenómeno en la familia y en los distintos entornos mencionados. Finalmente, se recomienda capacitar a personal no especializado para la detección y el abordaje temprano de señales de riesgo.(112)</p>	<p>En cuanto a la prevención del uso de tabaco, las intervenciones deben considerar varios niveles de gobernanza: impuestos al consumo de tabaco y derivados, barreras de acceso para niños, niñas y adolescentes; espacios libres de humo de tabaco; mayor regulación de los derivados del tabaco (vapers); y acceso y atención oportuna a tratamientos de cesación tabáquica. Se deben priorizar los programas dirigidos a los padres para prevenir, modificar o reducir el uso de sustancias en niños y adolescentes entre 10 y 18 años.(113,114)</p>
	<p>1. Advertencias sanitarias para empaques de productos de tabaco acerca de los efectos nocivos del consumo.</p> <p>2. Espacios 100% libres de humo de tabaco en instituciones privadas.</p> <p>3. Aumento de impuestos a los productos derivados del tabaco, incluye vapers, cigarrillos, masticable.</p> <p>4. Vigilancia y control sanitario de productos de tabaco de acuerdo a la Ley en cada país.</p>	<p>En cuanto al abordaje del estigma en salud mental, se recomienda implementar intervenciones dirigidas a profesionales de la salud mediante diversas modalidades que integren el desarrollo de habilidades</p>

	<p>de salud, con la participación de usuarios.</p> <p>3. Intervenciones sobre estigma con grupos específicos: NNA y familiares de personas con problemas de salud mental.</p>	<p>conductuales, la adquisición de conocimientos y la aplicación de estrategias educativas. Estas intervenciones pueden tener una duración variable, que va desde uno hasta seis meses, o abarcar hasta diez sesiones, generalmente acompañadas de una evaluación previa y posterior.</p> <p>Asimismo, la evidencia indica que este tipo de intervenciones resulta más efectiva cuando se aplica en adolescentes escolarizados.(115,116)</p>	<p>En el ámbito laboral, se recomienda implementar procesos de capacitación y sensibilización sobre el estigma dirigidos a gestores y trabajadores. Asimismo, se promueven intervenciones individuales orientadas a la detección e intervención temprana y, cuando sea necesario, a la derivación a un especialista. También se sugiere establecer mecanismos de apoyo para el retorno al trabajo tras ausencias relacionadas con problemas de salud mental, así como acciones que faciliten el acceso y la permanencia en el empleo de las personas que viven con estas condiciones.(117)</p> <p>El tratamiento ambulatorio y servicios basados en la comunidad ofrecen ventajas significativas en la reducción de la gravedad de los síntomas en personas con trastornos mentales severos. Las políticas de salud mental de la región, así como en recomendaciones de la OPS, plantean la reorientación de los recursos hacia la APS, y el incremento de camas psiquiátricas en los hospitales generales.(118)</p>
	<p>Escasas acciones para el cuidado de la salud mental, en el ámbito laboral.</p>	<p>1. Mecanismos para una adecuada cobertura mediática sobre problemas de salud mental en medios de comunicación privados, públicos, comunitarios y redes sociales.</p> <p>2. Acciones de prevención de riesgos psicosociales en trabajadores de empresas públicas y privadas.</p> <p>3. Programas orientados a fortalecer la prevención de riesgos psicosociales, con un enfoque en el cuidado de la salud mental.</p>	
Provisión de servicios de salud mental.	<p>Limitada disponibilidad de servicios de salud mental, en el primer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud.</p>	<p>1. Incorporación de profesionales de salud mental en el PNA.</p> <p>2. Entrenamiento teórico práctico general sobre abordaje de trastornos mentales a personal sanitario no especializado.</p> <p>3. Construcción y adecentamiento de infraestructura para servicios de salud mental.</p> <p>4. Reorientar los recursos de hospitales/ centros psiquiátricos hacia el PNA.</p> <p>5. Incremento de camas psiquiátricas/ polivalentes en</p>	

	hospitales generales y básicos.	Se recomienda implementar servicios de teleasistencia, sobre todo en poblaciones dispersas o de difícil acceso a servicios como la población privada de la libertad. Esta medida debe complementarse con estrategias de consultoría de enlace entre establecimientos del PNA y hospitales generales.(9)
	1. Implementar servicios de teleasistencia en crisis y riesgo suicida. 2. Integrar servicios de tele psiquiatría en atención general, en coordinación con el segundo nivel. 3. Integrar evaluaciones de satisfacción de usuario y continuidad en las líneas ya existentes.	En primera instancia, garantizar el acceso a medicamentos psiquiátricos, especialmente en el Primer Nivel de Atención (PNA), en paralelo con la generación de guías de manejo farmacológico consensuadas entre el médico de atención primaria y el especialista. Estas guías deben estar acompañadas de un monitoreo adecuado de posibles efectos secundarios y de una evaluación periódica de los objetivos del tratamiento.(119)
Dificultades en el acceso a psicofármacos en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.	1. Entrenamiento a médicos (generales y familiares) en el PNA, sobre uso racional, prescripción y manejo de psicofármacos. 2. Disponibilidad de psicofármacos en los tres niveles, con énfasis en el PNA de salud. 3. Estrategia de consultoría de enlace para el manejo de pacientes psiquiátricos en el PNA.	En el tamizaje de trastornos mentales pueden utilizarse instrumentos simples; sin embargo, es fundamental realizar una entrevista diagnóstica basada en criterios estandarizados para confirmar los hallazgos y garantizar la atención especializada. Por ello, es necesario capacitar tanto al personal especializado como no especializado en salud mental en procedimientos para la prevención, detección y manejo inicial de problemas de salud mental, en los ámbitos de salud, educación, laboral y desarrollo humano, justicia. (120)
Limitada capacidad de los profesionales de la salud para la identificación temprana y el abordaje integral de los problemas de salud mental.	1. Contratación de psicólogos y psiquiatras en el PNA. 2. Tamizaje rutinario de problemas de salud mental prevalentes en personas en riesgo en la atención primaria. 3. Inclusión de procedimientos e instrumentos de detección en el PNA.	Se recomienda contar con una instancia nacional encargada de la vigilancia de las prácticas asistenciales en establecimientos de salud mental públicos y privados, y el respeto de los DDHH, con la participación activa de los

<p>degradantes en servicios formales y clandestinos de salud mental.</p>	<p>la calidad de la atención y respeto de DDHH de pacientes.</p>	<p>Para mejorar la calidad de los tratamientos, se recomienda la participación de las familias, lo que favorece la adherencia y seguimiento, así como, en general la calidad de vida y el estado clínico de los usuarios y familiares.(121)</p>	<p>Los mejores prácticas en políticas de salud mental sugieren la incorporación de variables trazadoras para el reporte rutinario de datos que forman parte del sistema de salud general. De contar con recursos necesarios, se recomienda desarrollar una encuesta nacional cada cuatro años. (122)</p>
<p>Limitada disponibilidad de información de salud mental de calidad y oportuna para la organización y gestión de los servicios.</p>	<p>1. Desarrollo de encuestas y/o estudios nacionales de salud mental y consumo de drogas. 2. Convenios con instituciones de educación superior para el desarrollo de estudios nacionales. 3. Establecer un conjunto de variables para registro y reporte de datos rutinarios de salud mental en el sistema de información general.</p>	<p>1. Desarrollo de programas de viviendas asistidas, hogares protegidos, residencias terapéuticas. 2. Programas de capacitación laboral tanto formal como no formal, así como a estrategias de culminación educativa. 3. Entrenamiento sobre derechos humanos de personas con trastornos mentales a operadores de justicia.</p>	<p>Las intervenciones vocacionales incrementan la probabilidad de acceder a un empleo competitivo. No obstante, se requieren tratamientos integrales que aborden los déficits funcionales que dificultan la estabilidad laboral y el desempeño en el entorno de trabajo. (123)</p>
<p>Recuperación e inclusión social.</p>	<p>Escasa oferta de acciones para la recuperación, cuidado a largo plazo e inclusión social de personas con problemas de salud mental.</p>	<p>1. Red de cuidados de personas con problemas de salud mental, con asesoría en salud, educación, inclusión, justicia. 2. Estrategias para fortalecer las capacidades organizativas y administrativas de la economía en personas con problemas de salud mental. 3. Talleres de rehabilitación psicosocial, para fortalecer las capacidades y habilidades en la vida diaria, la relación interpersonal, y habilidades socio laboral.</p>	<p>La colaboración entre la comunidad (organizaciones, usuarios, diversos actores comunitarios, etc.) y los prestadores de servicios para gestar y/o implementar intervenciones comunitarias fortalecen los contextos vecinales y comunitarios que cohabitan y en donde ocurren los procesos de salud-enfermedad atención.(124)</p>
			<p>Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025</p>

5.3 Objetivos y líneas estratégicas de la política

A continuación, se presenta el objetivo general de la Política Nacional de Salud Mental, seguido de las líneas estratégicas y de acción, cada una acompañada de su respectivo objetivo específico como resultado de los procesos previamente detallados.

Objetivo General de la política

Reducir la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo relacionados con la salud mental en la población del Ecuador durante el período 2025–2030, mediante estrategias intersectoriales e interinstitucionales orientadas a la promoción y prevención, al fortalecimiento de los servicios de base comunitaria y a la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.

Objetivo específico 1

Fortalecer la promoción y prevención en salud mental a través de una coordinación interinstitucional e intersectorial efectiva y la participación activa de usuarios y familias.

Línea estratégica 1. Promoción y prevención en salud mental

Con esta línea se busca coordinar con los distintos sectores del Estado la implementación de intervenciones que promuevan ambientes saludables, desarrollen habilidades socioemocionales y fomenten el autocuidado; reduzcan los riesgos relacionados con los problemas de salud mental; y disminuyan el estigma, con la participación activa de actores sociales a nivel nacional, provincial y local.

Líneas de acción

- 1.1** Implementar intervenciones intersectoriales e interinstitucionales para promover la salud mental y fortalecer factores protectores en los ámbitos de salud, educación y comunidad.
- 1.2** Ejecutar acciones para reducir los factores de riesgo relacionados con problemas de salud mental, asegurando la participación activa de la comunidad y actores sociales.
- 1.3** Desarrollar y fortalecer programas de cuidado de la salud mental dirigidos a trabajadores en el sector público y privado.

Objetivo específico 2

Incrementar el acceso de la población a servicios de salud mental de calidad, con talento humano capacitado, estrategias de detección e intervención temprana y sistemas de información eficientes.

Línea estratégica 2. Provisión de servicios de salud mental

La línea estratégica busca ampliar la oferta y mejorar la calidad de los servicios de salud mental con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad, mediante la detección temprana, la formación continua del personal, la disponibilidad de psicofármacos, el uso de tecnologías para garantizar la cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, así como el fortalecimiento de los sistemas de información e investigación para su evaluación y mejora continua.

Líneas de acción

- 2.1** Integrar la salud mental en la gestión de los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud, priorizando el primer nivel e incorporando la telemedicina para fortalecer el acceso y la continuidad de la atención.
- 2.2** Disponer de recurso humano formado, capacitado y suficiente acorde a las necesidades en salud mental del Sistema Nacional de Salud.
- 2.3** Implementar una normativa obligatoria que establezca estándares de calidad y fortalezca la supervisión de los servicios de salud mental.
- 2.4** Contar con datos oportunos y de calidad sobre la situación de salud mental y de la respuesta del sistema nacional de salud.

Objetivo específico 3

Impulsar procesos de recuperación e inclusión socio comunitaria de las personas con problemas de salud mental, mediante la coordinación efectiva entre instituciones, sectores del Estado y la sociedad civil.

Línea estratégica 3. Recuperación e inclusión social

La línea estratégica promueve la responsabilidad de diversas carteras de Estado en los procesos de recuperación e inclusión social de personas con problemas de salud mental en los ámbitos educativo, laboral, vivienda, justicia y comunitario, e impulsa la participación de los familiares y personas con experiencia de vida.

Línea de acción

- 3.1** Contar con servicios y programas de recuperación, cuidado a largo plazo e inclusión social para las personas con problemas de salud mental.
- 3.2** Coordinar y articular las acciones entre instituciones, sectores del Estado y la sociedad civil para fortalecer la inclusión de las personas con problemas de salud mental

5.4 Metas e indicadores

Los indicadores y metas de la política se formularon con base en las alternativas de solución priorizadas, así como en la disponibilidad de datos y recursos de las instancias proponentes del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones de otros sectores del Estado que participaron en el proceso de formulación. (anexo 3)

Es fundamental subrayar que la presente política se articula estratégicamente en torno a la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio. Este enfoque responde al reconocimiento de este fenómeno como un desafío urgente, prevenible y de alto impacto social; por cuanto este indicador se vincula con los resultados de los componentes de prevención, provisión e inclusión, asegurando una gestión integral de la política.

Adicionalmente, este indicador prioritario se halla en plena articulación con los objetivos estratégicos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025-2029. Dicha alineación intersectorial es crucial, pues garantiza la coherencia programática con las directrices macro del país, optimizando el apoyo institucional y la asignación de recursos para alcanzar una reducción sostenida y significativa en la mortalidad por suicidio.

Tabla 25 Cuadro de metas e indicadores de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030.

Tipo	Indicador	Meta	Responsable
Promoción y prevención en salud mental			
Impacto	Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes)	Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,36 en el año 2024 a 5,95 al 2030	MSP
Impacto	Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años que fuman cigarrillos	Reducir el porcentaje de adolescentes entre los 13 y 15 años que fuman cigarrillos de 7,85% en el 2024 al 7,69% en el 2028.	MSP
Resultado	Tasa de trabajadores con intervenciones de promoción de la salud mental.	Incrementar la tasa de trabajadores que han recibido intervenciones de promoción de la salud mental de 5,3 en el 2024 al 23,0 en el 2030.	MSP
Resultado	Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con actividades colectivas de promoción de salud mental en la Red Pública Integral de Salud.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud que realizan actividades colectivas de promoción de la salud mental de 32,14% en el 2024 al 83,33% en el 2030.	MSP
Resultado	Porcentaje de docentes de instituciones educativas fiscales priorizadas del “Plan Nacional para la erradicación de la	Incrementar los docentes capacitados en acompañamiento socioemocional de instituciones educativas priorizadas pasando del 1,95% en el año 2025 al	MINEDEC

	violencia en el contexto educativo" capacitados en acompañamiento socioemocional.	70,60% en el año 2030.	
Provisión de servicios de salud mental			
Resultado	Porcentaje de atenciones de trastornos de salud mental en establecimientos del primer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud.	Incrementar las atenciones de trastornos mentales en establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Red Pública Integral de Salud del 60,78% del 2025 al 67,01% en el 2030.	MSP IESS FFAA PN
Resultado	Porcentaje de establecimientos de salud con abastecimiento de medicamentos de la lista de medicamentos para salud mental en la Red Pública Integral de Salud.	Incrementar los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud con abastecimiento de medicamentos de la lista de salud mental del 80% en el 2025 al 90% en el 2030.	MSP
Resultado	Porcentaje de pacientes con tamizaje positivo atendidos en salud mental.	Incrementar las personas atendidas en salud mental con tamizaje positivo del 0% en el 2025 al 37,28% en el 2030.	MSP
Resultado	Porcentaje de controles sanitarios ejecutados a los establecimientos de salud mental habilitados.	Incrementar la ejecución de controles sanitarios a establecimientos de salud mental habilitados de 0% en el 2025 al 10% al 2030.	ACESS
Resultado	Porcentaje de investigaciones sobre salud mental realizadas en el Ecuador publicadas en base de datos bibliográfica de acceso libre.	Incrementar las investigaciones sobre salud mental realizadas en el Ecuador publicadas en base de datos bibliográfica de acceso libre de 1,39% en el 2024 al 2,51% en el 2030.	MSP
Resultado	Porcentaje de ejecución del plan de capacitación continua para personal especializado, no especializado en salud mental y otros actores clave del Sistema Nacional de Salud.	Incrementar el porcentaje de ejecución del plan de capacitación continua para personal especializado y no especializado en salud mental, del 0% en el 2025 al 75% en el 2030.	MSP
Resultado	Porcentaje de llamantes satisfechos del servicio de teleasistencia de salud mental.	Incrementar el porcentaje de llamantes satisfechos del servicio de teleasistencia de salud mental de 93,35% en el 2024 al 95,52% en el 2030.	MSP
Recuperación e Inclusión social			
Resultado	Porcentaje de estudiantes detectados en el Sistema Nacional de Educación con un riesgo psicosocial	Incrementar la cobertura con registro de atención psicosocial y seguimiento para los y las estudiantes detectados en el	MINEDEC

	no asociado a situaciones de violencia registrados con Plan de Atención Psicosocial y Seguimiento.	SNE con riesgos psicosociales no asociados a situaciones de violencia, pasando del 82,79% en el año lectivo 2025 al 93,67% en el año lectivo 2030.	
Resultado	Porcentaje de estudiantes detectados en el Sistema Nacional de Educación con un riesgo psicosocial asociado a situaciones de violencia registrados con un plan de acompañamiento y restitución de derechos.	Incrementar el porcentaje de estudiantes detectados con un riesgo psicosocial asociados a situaciones de violencia en el SNE que cuentan con un plan de acompañamiento y restitución de derechos pasando del 91,34% en el año 2025 al 96,00% en el año 2030.	MINEDEC
Resultado	Porcentaje de provincias que cuentan con redes de salud mental comunitarias implementadas.	Incrementar el porcentaje de provincias con redes de salud mental comunitaria implementadas, del 0% en el 2025 al 37,53% en el 2030.	MSP

Elaborado por: Equipo técnico DNEPECNTSMFSD-MSP 2025

5.5 Asignación de responsabilidades

En este acápite se identifican los actores del Sistema Nacional de Salud involucrados en la implementación de la política y se detallan sus funciones específicas en función de sus competencias institucionales. Asimismo, se establecen los roles y responsabilidades que asumirán para garantizar la ejecución efectiva de la presente política.

Rectoría. La ejerce el Ministerio de Salud Pública como (ASN), a través de las diferentes instancias nacionales, provinciales y locales.

Planificación. Este proceso está a cargo de la (ASN), durante el período de vigencia de este documento, y que se concreta mediante el plan operativo de la política, elaborado en conjunto con los demás actores de salud del SNS.

Ejecución. Se refiere al desarrollo de las diferentes actividades a nivel local, propuestas en el plan operativo, en la que intervienen todos los actores públicos y privados de salud, otros sectores del Estado, y sociedad civil involucrados, liderados por la instancia responsable de la política de la ASN.

Respecto de la ejecución, se establecen tres tipos de actores:

Entidades responsables del sector salud. Son las instituciones del ámbito público y privado quienes serán los responsables de realizar las actividades inscritas en el plan de implementación de la política, como son el MSP, IESS, FFAA, PN, y los establecimientos del sector privado.

Entidades corresponsables de otros sectores. Son los que se encargarán de realizar la implementación de las líneas de acción que no sean competencia del sector

salud, pero que se encuentran señaladas en el plan, como son las entidades de: Educación Cultura y Deporte, Desarrollo Humano, Trabajo, Vivienda, Justicia, Estadística y Censos, Seguridad y Rehabilitación en el Sistema Penitenciario; Consejos de Participación e Igualdad; Gobiernos Autónomos Descentralizados.

Entidades de apoyo. Son quienes darán soporte y asesoramiento técnico para el cumplimiento y ejecución de las líneas de acción, como los grupos y asociaciones de familiares y personas de salud mental, instituciones de educación superior, gremios de profesionales.

A continuación, se representa de manera gráfica la dinámica de coordinación señalada.

Ilustración 7 Instancias de coordinación de la política



Elaborado por: Equipo técnico de la DNEPCENTSMFSD-MSP. 2025

5.6 Presupuesto referencial

El presupuesto referencial para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, durante el periodo comprendido entre los años 2025-2030, asciende a 1.146.46 millones de dólares americanos (USD), con una tasa de crecimiento promedio del 5% anual.

Tabla 26. Presupuesto referencial de la Política Nacional de Salud Mental.

Costo Año 2025	Costo Año 2026	Costo Año 2027	Costo Año 2028	Costo Año 2029	Costo Año 2030	Total, en millones USD
170.46	178.05	186.91	197.28	209.57	224.19	1.146.46

Fuente: MSP-DNES. Presupuesto referencial de la Política Nacional de Salud Mental. Ecuador 2024.

Es importante señalar que los componentes considerados en esta estimación presupuestaria, corresponden a la provisión de servicios de salud mental en modalidades: ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospital general, hospital de especialidades; costo de cuidado de pacientes crónicos institucionalizados; y gasto en medicamentos en el Ministerio de Salud Pública, que es el mayor proveedor de este tipo de servicios en el SNS, y responsable de la cobertura de la mayor parte de la población. La estimación presupuestaria correspondiente a los componentes de promoción, prevención e inclusión, así como a los subsistemas de la Red Pública Integral de Salud, será incorporada progresivamente durante el proceso de implementación de la política.

5.7 Plan de implementación

La implementación de la política se operativizará mediante el Plan Nacional de Salud Mental, el cual desarrolla las líneas estratégicas y de acción. Este Plan detalla las actividades, los indicadores y las instituciones ejecutoras y corresponsables de su cumplimiento. (anexo 4) Su aprobación se efectuará de manera concomitante con la oficialización de la presente Política.

6. Vinculación con el Sistema Nacional de Planificación

La Política Nacional de Salud Mental, se vincula con varios instrumentos de planificación del país. A continuación, se describe la concordancia de acuerdo al nivel de planificación, la temporalidad, el instrumento con sus objetivos y el detalle de metas, lineamientos, líneas de acción con los cuales se establece dicha vinculación.

Tabla 27 Vinculación de la Política Nacional de Salud Mental con el Sistema Nacional de Planificación.

Alineación	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN				
	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5
Objetivo de la política pública	Reducir la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo relacionados con la salud mental en la población del Ecuador durante el período 2025–2030 mediante estrategias intersectoriales e interinstitucionales orientadas a la promoción y prevención, al fortalecimiento de los servicios de base comunitaria y a la inclusión social de las personas con problemas de salud mental	Objetivo específico: Fortalecer la promoción y prevención en salud mental a través de una coordinación interinstitucional e intersectorial efectiva y la participación activa de usuarios y familias.	Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con actividades colectivas de promoción de salud mental en la Red Pública Integral de Salud.	Porcentaje de docentes de instituciones educativas fiscales priorizadas del “Plan Nacional para la erradicación de la violencia en el contexto educativo” capacitados en acompañamiento socioemocional.	Porcentaje de docentes de instituciones educativas fiscales priorizadas del “Plan Nacional para la erradicación de la violencia en el contexto educativo” capacitados en acompañamiento socioemocional.
Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes)	Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años que fuman cigarrillos	Tasa de trabajadores con intervenciones de promoción de la salud mental.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud que realizan actividades colectivas de promoción de la salud mental de 32,14% en el 2024 al 83,33% en el 2030.	Incrementar los docentes capacitados en acompañamiento socioemocional de instituciones educativas priorizadas pasando del 1,95% en el año 2025 al 70,60% en el año 2030.
Nombre de la meta	Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,36 en el año 2024 a 5,95 al 2030	Reducir el porcentaje de adolescentes entre los 13 y 15 años que fuman cigarrillos de 7,85% en el 2024 al 7,69% en el 2028.	Incrementar la tasa de trabajadores que han recibido intervenciones de promoción de la salud mental de 5,3 en el 2024 al 23,0 en el 2030.		
Eje del PND	Social	Social	Social	Social	Social

Objetivo del PND	Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades	Garantizar un Estado soberano, seguro, y justo promoviendo la convivencia pacífica y el respeto a los derechos humanos.
Política del PND	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	<p>1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.</p> <p>1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.</p>
Meta del PND	Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029	<p>Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029</p> <p>Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029.</p>
Indicador del PND	Tasa de mortalidad por suicidio	<p>Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud</p> <p>Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes)</p> <p>Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes)</p> <p>Porcentaje de víctimas de violencia sexual, detectadas, cometidas y registradas en el ámbito educativo, que recibieron un plan de acompañamiento de restitución de derechos de 93,59% en 2024 a 97,30% al 2029.</p> <p>Porcentaje de víctimas de violencia sexual, detectadas, cometidas y registradas en el ámbito educativo, que recibieron un plan de acompañamiento de restitución de derechos.</p>

Objetivo del PS	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Obj3. Generar entornos educativos seguros a través de una educación de desarrollo humano integral y la prevención, atención y protección de riesgos psicosociales, que incluye todo tipo de violencia.	Incrementar progresivamente el porcentaje acumulado de instituciones educativas que realizan al menos una acción de promoción, preventión o abordaje de riesgos psicosociales, alcanzando el 44% en el año 2025, con el fin de consolidar entornos educativos seguros y protectores.	3.1. Porcentaje acumulado de instituciones educativas que realizan al menos una acción de promoción y preventión o de riesgos psicosociales.	Objetivo Estratégico 6. Promover la convivencia armónica y la promoción de salud con entornos educativos de aprendizajes seguros,
Meta del PS	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Indicador del PS	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Objetivo Estratégico del PI	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación

		prácticos, integradores, generadores, inclusivos, flexibles y abiertos en igualdad de derechos y oportunidades para todos.	Incrementar el porcentaje de instituciones que realizaron al menos una acción sobre educación integral en sexualidad (incluida prevención del embarazo adolescente, seguridad alimentaria y nutricional) hasta alcanzar el 44% al 2025.	Porcentaje de instituciones que realizaron al menos una acción sobre educación integral de la sexualidad (incluida prevención del embarazo adolescente, seguridad alimentaria y nutricional).	Objetivo 16: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas.
Meta del PI	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Indicador del PI	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Objetivo Agenda 2030	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.	3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el	3.4 Para 2030, reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el	3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles no transmisibles mediante la prevención y el	Meta 16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.

	bienestar		tratamiento y promover la salud mental y el bienestar				
Objetivo del Plan Decenal de Salud	Objetivo 3: Medicina preventiva. Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.	Objetivo 2: Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros	N/A				
Meta del Plan Decenal de Salud	Reducir la tasa de muerte por suicidio de 6,1 a 4,6 por cada 100.000 habitantes.	Reducir el porcentaje de adolescentes entre los 13 y 15 años que consumen tabaco de 0,52% al 0,12%.	Implementar una estrategia integral e inclusiva de promoción de la salud que integre a todos los actores estatales y a la sociedad en su conjunto.	N/A			
Alineación	Indicador 6	Indicador 7	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12
Objetivo de la política pública	Reducir la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo relacionados con la salud mental en la población del Ecuador durante el período 2025–2030 mediante estrategias intersectoriales e interinstitucionales orientadas a la promoción y prevención, al fortalecimiento de los servicios de base comunitaria y a la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.	Objetivo específico: Incrementar el acceso de la población a servicios de salud mental de calidad, con talento humano capacitado, estrategias de detección e intervención temprana y sistemas de información eficientes.	Porcentaje de establecimientos de salud con abastecimiento de medicamentos de la lista de medicamentos para salud mental	Porcentaje de pacientes con tamizaje positivo atendidos en salud	Porcentaje de investigaciones sobre salud mental realizadas en el Ecuador publicadas en base de datos	Porcentaje de ejecución del plan de capacitación continua para personal especializado, no especializado en	Porcentaje de llamantes satisfechos del servicio de teleasistencia de salud mental
Nombre del Indicador	Porcentaje de atenciones de trastornos de salud mental en establecimientos del primer nivel de atención de la Red Pública Integral de	Porcentaje de controles sanitarios ejecutados a los establecimientos de salud mental habilitados.					

	Salud.	en la Red Pública Integral de salud.	mental.	bibliográfica de acceso libre	salud mental y otros actores clave del Sistema Nacional de Salud.	Incrementar el porcentaje de ejecución del plan de capacitación continua para personal especializado y no especializado en salud mental del 0% en el 2025 al 10% al 2030.	Incrementar el porcentaje de ejecución y satisfacción del servicio de teleasistencia de salud mental del 93,35% en el 2024 al 95,52% en el 2030.
Nombre de la meta	Incrementar las atenciones de trastornos mentales en establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Red Pública Integral de Salud con abastecimiento de medicamentos de la lista de salud mental del 60,78% en el 2025 al 67,01% en el 2030.	Incrementar los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud con abastecimiento de medicamentos de la lista de salud mental del 80% en el 2025 al 90% en el 2030.	Incrementar las personas atendidas en salud mental con tamizaje positivo del 0% en el 2025 al 37,28% en el 2030.	Incrementar las investigaciones sobre salud mental realizadas en el Ecuador publicadas en base de datos bibliográfica de acceso libre de 1,39% en el 2024 al 2,51% en el 2030.	Incrementar el porcentaje de ejecución del plan de capacitación continua para personal especializado y no especializado en salud mental del 0% en el 2025 al 75% en el 2030.	Incrementar el porcentaje de ejecución y satisfacción del servicio de teleasistencia de salud mental del 93,35% en el 2024 al 95,52% en el 2030.	
Eje del PND	Social	Social	Social	Social	Social	Social	Social
Objetivo del PND	Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.					

1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.

Política del PND	Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029.	Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029
Indicador del PND	Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100,000 habitantes)

Objetivo del PS	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Meta del PS	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Indicador del PDS	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Objetivo Estratégico del PI	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Meta del PI	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Indicador del PI	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación	Se espera aprobación
Objetivo Agenda 2030	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.					
Meta Agenda 2030	<p>3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos</p> <p>3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.</p>					
Objetivo del Plan Decenal de Salud	Objetivo 5: Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud	Objetivo 4: Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, modelos de gestión eficientes y las preventibles y las	Objetivo 3: Medicina preventiva. Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades	Objetivo 5: Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud	Objetivo 3: Medicina preventiva. Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades	Objetivo 4: Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, modelos de gestión

Alineación	Indicador 13	Indicador 14	INCLUSIÓN		Indicador 15
			Realizar periódicamente un análisis de la situación nacional de la salud y estudios de carga de enfermedad.	Reducir la tasa de muerte por suicidio de 6,1 a 4,6 por cada 100.000 habitantes.	
Meta del Plan Decenal de Salud	Reducir por debajo del 30% el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.	Incrementar al 20% de establecimientos del primer nivel de atención que realizan detección oportuna del uso y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.	Reducir por debajo del 30% el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.	Realizar periódicamente un análisis de la situación nacional de la salud y estudios de carga de enfermedad.	Implementar el marco normativo de las estrategias de salud digital y telemedicina.
Objetivo de la política pública	Reducir la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo relacionados con la salud mental en la población del Ecuador durante el período 2025–2030 mediante estrategias intersectoriales e interinstitucionales orientadas a la promoción y prevención, al fortalecimiento de los servicios de base comunitaria y a la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.	Objetivo específico: Impulsar procesos de recuperación e inclusión socio comunitaria de las personas con problemas de salud mental mediante la coordinación efectiva entre instituciones, sectores del Estado y la sociedad civil.	Porcentaje de estudiantes detectados en el Sistema Nacional de Educación con un riesgo psicosocial asociado a situaciones de violencia registrados con un plan de acompañamiento y Seguimiento.	Porcentaje de provincias que cuentan con redes de salud mental comunitarias implementadas	

<p>Nombre de la meta</p> <p>Incrementar la cobertura con registro de atención psicosocial y seguimiento para los y las estudiantes detectados en el SNE con riesgos psicosociales no asociados a situaciones de violencia, pasando del 82,79% en el año 2025 al 93,67% en el año 2030.</p>	<p>Eje del PND</p> <p>Objetivo 2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.</p>	<p>Objetivo 3. “Garantizar un Estado soberano, seguro, y justo promoviendo la convivencia pacífica y el respeto a los derechos humanos”.</p>	<p>Incrementar el porcentaje de estudiantes detectados con un riesgo psicosocial asociado a situaciones de violencia en el SNE que cuentan con un plan de acompañamiento y restitución de derechos pasando del 91,34% en el año 2025 al 96,00% en el año 2030.</p>
<p>Objetivo del PND</p> <p>Política del PND</p>	<p>2.1 Garantizar el acceso universal a una educación inclusiva, equitativa e intercultural para todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, asegurando su permanencia y la culminación de los estudios en todos los niveles del Sistema Nacional de Educación.</p>	<p>3.6 Prevenir y erradicar la violencia en todas sus formas, con énfasis en aquellas por razones de género, con acciones integrales de prevención, atención y reparación, y enfoque diferencial, inclusivo y libre de discriminación.</p>	<p>1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.</p>
<p>Meta del PND</p> <p>Incrementar la Tasa Bruta de Matrícula en el Sistema Nacional de Educación de 88,09% en el año lectivo 2024-2025 a 90,46% al 2029-2030.</p>	<p>Tasa Bruta de Matrícula en el Sistema Nacional de Educación</p>	<p>Incrementar el porcentaje de víctimas de violencia sexual, detectadas, cometidas y registradas en el ámbito educativo, que recibieron un plan de acompañamiento de restitución de derechos de 93,59% en 2024 a 97,30% al 2029.</p>	<p>Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029</p>
<p>Indicador del PND</p>		<p>Porcentaje de víctimas de violencia sexual, detectadas, cometidas y registradas en el ámbito educativo, que recibieron un plan de</p>	<p>Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes)</p>

		acompañamiento de restitución de derechos	
Objetivo del PS	Objetivo3. Generar entornos educativos seguros a través de una educación de desarrollo humano integral y la prevención, atención y protección de riesgos psicosociales, que incluye todo tipo de violencia.	Se espera aprobación	
Meta del PS	Incrementar progresivamente el porcentaje acumulado de instituciones educativas que realizan al menos una acción de promoción, prevención o abordaje de riesgos psicosociales, alcanzando el 44% en el año 2025, con el fin de consolidar entornos educativos seguros y protectores.	Se espera aprobación	
Indicador del PDS	3.1. Porcentaje acumulado de instituciones educativas que realizan al menos una acción de promoción y prevención o de riesgos psicosociales.	Se espera aprobación	
Objetivo Estratégico del PI	Objetivo Estratégico 6. Promover la convivencia armónica y la promoción de salud con entornos educativos de aprendizajes seguros, prácticos, integradores, inclusivos, flexibles y abiertos en igualdad de derechos y oportunidades para todos.	Se espera aprobación	
Meta del PI	Incrementar progresivamente el porcentaje de instituciones educativas que implementan al menos una acción de educación integral de la sexualidad, pasando del 0% en 2021 al 44% en 2025, mediante acciones focalizadas y de implementación progresiva a nivel nacional.	Se espera aprobación	
Indicador del PI	Porcentaje de instituciones que realizaron al menos una acción sobre educación integral de la sexualidad (incluida prevención del embarazo adolescente, seguridad alimentaria y nutricional).	Se espera aprobación	
Objetivo Agenda 2030	Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.	Objetivo 16: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas.	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

<p>Meta Agenda 2030</p> <p>4.5. De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad.</p>	<p>Meta 16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>	<p>3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.</p>
<p>Objetivo del Plan Decenal de Salud</p>	<p>N/A</p>	<p>Objetivo 5: Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud</p>
<p>Meta del Plan Decenal de Salud</p>	<p>N/A</p>	<p>Fortalecer los espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las políticas del SNS.</p>

Elaborado por: Equipo técnico DNEPECNTSMFSD-MSP 2025

6.1 Seguimiento y evaluación

El cumplimiento de los objetivos, lineamientos, metas e indicadores planteados en la presente política, requiere de un proceso que facilite su implementación, seguimiento y evaluación. Al respecto, el seguimiento se lo realizará durante el primer semestre de cada año, a partir del 2026, con base en la recopilación y procesamiento de los datos de los indicadores que cada dirección del MSP reporte a la instancia responsable de la política.

En el caso de las entidades del sector social (MDH, MEDC, MDT, MIT) y de otras involucradas en las líneas estratégicas, cuyas competencias se encuentren fuera del ámbito de la salud, se solicitará el reporte de los datos con la misma periodicidad a la instancia del MSP, mediante la herramienta servicio web DINARDAP.

La evaluación de la Política para el período 2025-2030 tomará como referencia cuatro indicadores estratégicos orientados a medir la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo asociados a la salud mental, en correspondencia con el problema principal. Los resultados obtenidos cumplirán, además, una función política al permitir comunicar a la población los avances alcanzados en su implementación.

Tabla 28 Principales Indicadores para el monitoreo y evaluación de la política.

Indicador	Variable	Nombre de indicador	Justificación Técnica
Impacto	Mortalidad	Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes)	La mortalidad por suicidio es un desenlace prevenible y un indicador sensible del estado de la salud mental poblacional; su reducción permite evaluar el impacto de las intervenciones y la capacidad del sistema para prevenir muertes evitables.
Resultado	Morbilidad	Porcentaje de pacientes con tamizaje positivo atendidos en salud mental.	Este indicador permite monitorear la capacidad del sistema para identificar y abordar oportunamente problemas de salud mental. Su seguimiento refleja la respuesta efectiva ante la morbilidad detectada y contribuye a reducir la progresión y severidad de los trastornos.
Resultado	Morbilidad	Porcentaje de atenciones de trastornos de salud mental en establecimientos del primer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud.	Permite evaluar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y su rol en la detección temprana, el manejo oportuno y la reducción de la morbilidad asociada a estos trastornos
Impacto	Factores de riesgo	Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años que fuman cigarrillos	Es un indicador clave de exposición a factores de riesgo asociados a trastornos de salud mental y al consumo de sustancias. Su monitoreo permite identificar tendencias tempranas de inicio en conductas adictivas y orientar intervenciones preventivas dirigidas a

		reducir la vulnerabilidad en esta población.
--	--	--

Elaborado por: Equipo técnico DNEPECNTSMFSD-MSP 2025

Los once indicadores de resultado restantes, correspondientes a los componentes de promoción y prevención (3), provisión de servicios (5) e inclusión (3), son indicadores técnicos, pues constituyen herramientas fundamentales para medir, monitorear y mejorar la gestión de la salud pública en el marco de la política. Estos indicadores permitirán tomar decisiones informadas y garantizar que las acciones del Estado generen un impacto real en la salud de la población.

Con base en este antecedente y en lo establecido por la Secretaría Nacional de Planificación, para el proceso de evaluación se aplicarán los siguientes criterios:

Temporalidad.

- **Evaluación intermedia.** Consistirá en realizar un análisis crítico sobre el proceso de implementación de la política durante su ejecución, desde el uso de recursos financieros, humanos y organizacionales, hasta la consecución de las metas. Esta evaluación, siguiendo las recomendaciones de la OPS (2006) se llevará a cabo en el tercer año de implementada.

Para ello se conformará un equipo mixto de trabajo, compuesto por los actores externos del SNS, el equipo técnico del MSP y liderado por la instancia responsable de la política.

- **Evaluación final.** Esta evaluación analizará el desempeño de la política, con la finalidad de obtener enseñanzas, mejorar la planificación, contribuir a reforzar la toma de decisiones. Se la realizará de manera inmediata al término de la presente política.
De igual manera, se conformará un equipo mixto de trabajo liderado por la instancia responsable de la política, e integrado por el equipo técnico y político del MSP, junto con los actores externos del SNS que participaron en su formulación.

Durante los *momentos* en que se lleven a cabo estas evaluaciones, se incorporarán los siguientes contenidos a ser analizados:

Contenido.

- **De proceso.** Este tipo de evaluación tiene como finalidad comprobar que los recursos empleados en la implementación de la política se utilicen y aprovechen de manera adecuada, conforme a lo planificado. Los resultados permitirán realizar ajustes durante la implementación de la política pública. Los contenidos a emplear formarán parte de la evaluación intermedia de la política.
- **De resultado.** Esta evaluación compara los resultados finales con los planificados con el fin de determinar si se han alcanzado las metas propuestas. Adicionalmente, permite analizar el grado de participación de los actores clave involucrados en la política que incluirá a la población destinataria, y

determinará en qué medida la política ha mejorado la situación inicial de la población.

A continuación, se describe la periodicidad y de los tipos de evaluaciones a emplear:

Tabla 29. Metodología de seguimiento y evaluación de la política.

Tipo	Temporalidad	Contenido	Responsables
Seguimiento	Al primer trimestre de cada año	Reporte de datos	- Instancias del MSP - Otros actores del SNS
Evaluación Intermedia	Al tercer año del período de vigencia de la política	De proceso	Equipo mixto: - Equipo técnico MSP - Otros actores del SNS
Evaluación final	Al término del período de vigencia de la política	De resultado	Equipo mixto: - Equipo técnico y político MSP - Otros actores del SNS

Elaborado por: Equipo técnico DNEPECNTSMFSD-MSP 2025

Glosario

Acompañamiento psicosocial. Es un proceso que ayuda a las personas a superar situaciones que amenazan sus derechos o generan vulnerabilidad, facilitando la transición hacia procesos de integración social. (125)

Advertencias sanitarias. Son mensajes que informan sobre los efectos adversos del consumo de tabaco para la salud. Se encuentran en los empaques de los productos de tabaco y se utilizan para concientizar a la población sobre los riesgos de fumar.(126)

Ambiente psicosocial saludable. Se refiere a aquellos ambientes que favorecen el bienestar de las personas, reduciendo los riesgos para la salud física y mental.(127)

Atención Primaria de Salud. Enfoque integral que provee servicios esenciales de salud, desde la promoción y prevención hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con el objetivo de garantizar el más alto nivel de bienestar para toda la población a lo largo de su vida. (39)

Bioética. Disciplina que surge para responder a la necesidad de encontrar solución a una serie de problemas éticos derivados del avance tecnológico, en el ámbito de la salud y de la investigación en seres humanos.(128)

Brecha de recurso humano en salud. Es la diferencia entre la necesidad y la disponibilidad de profesionales de la salud en un área determinada.(43)

Cartera de servicios. Conjunto de servicios y prestaciones que se ofertan en un establecimiento de salud, con lo cual se reconoce la tipología del mismo. Puede incluir acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.(43)

Consultoría en salud mental. Proceso en el cual un profesional de la salud mental brinda asesoramiento, consulta y orientación a otros profesionales de la salud, por lo general del primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar la atención integral de los usuarios con trastorno mental.(129)

Detección temprana. Se refiere al proceso de identificar un problema de salud mental, o trastorno mental en sus etapas iniciales, antes de que se presenten síntomas graves o complicaciones para intervenir de manera oportuna.(14)

Determinantes del problema público. Son los factores o condiciones que explican el origen, la persistencia o la magnitud de un problema que afecta a la sociedad y que requiere intervención del Estado.(40)

Determinantes sociales de la salud. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera significativa en su salud y calidad de vida. Estas condiciones incluyen factores como el nivel de educación, ingresos, empleo, acceso a servicios de salud, vivienda, entorno social y políticas públicas.(130)

Diversidad sexual. Es la pluralidad de opciones sexuales y manifestaciones de la identidad de género, que no se limitan a la heterosexualidad como norma ni se circunscriben a lo masculino y femenino como exclusivo de hombres y mujeres, respectivamente. (131)

Diversidad de género. Amplia gama de identidades, expresiones y experiencias de género que existen más allá del binarismo tradicional hombre-mujer. Incluye a personas transgénero, transexuales, no binarias, género fluido, intersexuales y otras identidades diversas.

Emergencia de salud mental. Es una situación que requiere atención inmediata porque puede ser peligrosa o potencialmente mortal.(132)

Estigma en salud mental. Conjunto de actitudes, creencias y estereotipos negativos que se tienen hacia las personas con problemas de salud mental.(133)

Instrumento de tamizaje. Conjunto estándar de preguntas que una persona responde para ayudar a un profesional de la salud con la finalidad de detectar signos de un trastorno mental.(134)

Neurodiversidad. Es un concepto que describe la variedad de diferencias cerebrales y de comportamiento que existen entre las personas. Se considera que estas diferencias son parte de la normalidad y no hay una forma correcta de funcionar el cerebro. Algunos ejemplos de estas condiciones son: dislexia, disgraxia, déficit atencional con hiperactividad, espectro autista.(135)

Personas con experiencia de vida. Son personas o familiares que experimentan o experimentaron en primera persona, problemas de salud mental.(136)

Prestaciones de salud mental. Conjunto de acciones que se realizan para prevenir, tratar o restablecer problemas de salud en una persona o comunidad.(137)

Primer nivel de atención en salud. Es el primer contacto que tiene una persona con el sistema de salud. Se caracteriza por ser ambulatorio y brindar atención básica e integral, y corresponden a puestos y centros de salud.(138)

Provisión de servicios de salud. Se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.(43)

Problemas de salud mental. Término amplio que abarca los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales. También cubre otros estados mentales asociados con malestar psicológico significativo, deterioro del funcionamiento o riesgo de autolesión.(139)

Psicofármacos. Son sustancias químicas que se usan para tratar trastornos de salud mental. Son recetados por profesionales de la salud mental y deben ser tomados bajo supervisión.(140)

Red de salud mental: Conjunto integrado de servicios coordinados que garantizan atención continua e inclusiva, promoviendo la participación social de las personas con trastornos mentales.(141)

Reducción de la demanda de drogas. Conjunto de acciones orientadas a desalentar y prevenir el consumo inicial de drogas, intervenir tempranamente en quienes consumen drogas ocasionalmente o no son dependientes.(142)

Salud mental en el trabajo. Es un estado de bienestar que permite al trabajador ser consciente de sus propias aptitudes, manejar el estrés inherente de su puesto o sitio de trabajo para mantener su productividad y así contribuir a la empresa, sin descuidar su propio desarrollo.(143)

Segundo nivel de atención en salud. Es el que se brinda en hospitales y establecimientos que ofrecen servicios de hospitalización, emergencias, y atención ambulatoria especializada.(57)

Tamizaje de salud mental. Acción preventiva en la cual una prueba o examen sistematizado es usado por personal no especializado para identificar a las personas que requieren una intervención especializada en salud mental.(49)

Teleasistencia. Prestación de servicios psicológicos, psiquiátricos de contención, empleando tecnologías de la información, telecomunicación para asistencia digital.(144)

Telemedicina. Es una prestación de servicio a través de las tecnologías de la información y comunicación con el objetivo de cuidar la salud de la población y de la comunidad.(145)

Trastorno mental. Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.(146)

Trastorno mental común: Se refieren principalmente a la depresión y la ansiedad, que afectan a un gran número de personas a nivel mundial.(147)

Unidad de salud mental hospitalaria. Se refiere al conjunto de prestaciones de salud mental en consulta externa, emergencias y hospitalización, y que forman parte de la atención integral que se oferta en los hospitales básicos y generales del Ministerio de Salud Pública.(132)

Urgencias de salud mental. Es una situación aguda e intensa que requiere atención inmediata porque una persona puede poner en riesgo su integridad o la de otros.(132)

Siglas

ACESS	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
ACHPE	Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador
APADA	Asociación de Padres y Amigos para el Apoyo y la Defensa de los Derechos de las Personas con Autismo
APH	Atención Prehospitalaria
APS	Atención Primaria de Salud
ARCSA	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
CES	Consejo de Educación Superior
CEISH	Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos
CETAD	Centro de Tratamiento de Alcohol y Drogas
CGPPDH	Coordinación General de Prevención y Promoción de Derechos Humanos
CGSSR	Coordinación General de Sostenibilidad del Sistema y Recursos
CJ	Consejo de la Judicatura
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
CNIPPS	Coordinación Nacional Institucional de Promoción y Prevención de Salud
CNT	Corporación Nacional de Telecomunicaciones
CPL	Centro de Privación de Libertad
CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CPCCS	Consejo de Participación Ciudadana y Control Social
DAC	Dirección de Articulación Comercial
DAGP	Dirección de Atención a Grupos Prioritarios
DEP	Dirección de Educación Penitenciaria
DGAP	Dirección de Atención a Grupos Prioritarios
DGIESS	Dirección General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
DGSM	Dirección de Gobernanza de Salud y Sanidad Militar
DIN	Dirección de Inteligencia de Negocios
DMCPPL	Dirección de Medidas Cautelares y Penas Privativas de la Libertad
DMSEAI	Dirección de Medidas Socioeducativas para Adolescentes Infractores
DNAIS	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud
DNASJ	Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Justicia
DNCSPCS	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario
DNDHGI	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
DNEDBV	Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir

DNEEI	Dirección Nacional de Educación Especializada e Inclusiva
DNEPCENTSMFSD	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas
DNEPEI	Dirección Nacional de Educación para Personas con Escolaridad Inconclusa.
DNESSS	Dirección Nacional de Economía de la Salud y Sostenibilidad del Sistema
DNFPCS	Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria
DNGRD	Dirección Nacional de Gestión de Riesgos y Daños
DNH	Dirección Nacional de Hospitales
DNIVS	Dirección Nacional de Investigación en Salud
DPPS	Departamento de Promoción y Prevención en Salud
DNPNMS	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud.
DNPPS	Dirección Nacional de Participación Social en Salud
DNPS	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
DNRMDM	Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos
DNSASM	Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil
DNSAT	Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo
DNSIE	Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad
DNVE	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
DP	Defensoría del Pueblo
DPAM	Dirección de la Población Adulta Mayor
DPANTTN	Dirección de Planificación Académica de Nivel Técnico Tecnológico y Tercer Nivel
DPC	Dirección de Productividad y Calidad
DPESEN	Dirección de Planificación Estadística del Sistema Estadístico Nacional
DRT	Direcciones Regionales de Trabajo
DSGRT	Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo
DSGSIF	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
DSPE	Dirección del Servicio Público de Empleo
DSTPRL	Dirección de Seguridad en el Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
FFAA	Fuerzas Armadas
FEATPEM	Fundación de Ayuda Terapéutica y Preventiva de Enfermedades Mentales
FEDEPSE	Frente para el Desarrollo de la Psicología
FEPSCLI	Federación de Psicólogos Clínicos del Ecuador
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado

GAFPPSMN	Grupos y Asociaciones de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental, y de Neuro diversidades.
GGSM	Gestión de Gobernanza de Salud y Sanidad Militar
GGTRVCS	Gestión General Técnica de Regulación para la Vigilancia y Control Sanitario
GITP	Gestión Interna de Transversalización y Participación
GPSM	Gremios de Profesionales de Salud Mental
GPSSN	Gestión de Prestaciones de Servicios de Salud por Niveles
GTP	Gestión de Transversalización y Participación
IES	Instituciones de Educación Superior
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INSPI	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
IPRa-SIS-ECU	Instituciones de Primera Respuesta Articuladas al Servicio Integrado de Seguridad ECU-911
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Policía Nacional
LOSM	Ley Orgánica de Salud Mental
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural
MDT	Ministerio de Trabajo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MhGAP	Mental Health GAP
MIT	Ministerio de Infraestructura y Transporte
MDH	Ministerio de Desarrollo Humano
MINEDEC	Ministerio de Educación, Deporte y Cultura
MSP	Ministerio de Salud Pública
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
PN	Policía Nacional
PPL	Persona Privada de la Libertad
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud
PSM	Problemas de salud mental
RDACAA	Registro Diario de Atenciones Ambulatorias
RPC	Red Privada Complementaria
RPIS	Red Pública Integral de Salud
SADS	Subsecretaría de Apoyo al Desarrollo Sector Defensa
SASMHCE	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
SECOM	Secretaría de Comunicación
SEEI	Subsecretaría de Educación Especializada e Inclusiva
SENESCYT	Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación

SES	Subsecretaría de Empleo y Salarios
SGI	Subsecretaría de Gestión Intergeneracional
SIEBV	Subsecretaría para la Innovación Educativa y el Buen Vivir
SIS-ECU911	Sistema Integrado de Seguridad-ECU 911
SNAI	Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores
SNE	Sistema Nacional de Educación
SNCS	Subcoordinación Nacional de Control Social
SNGR	Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos
SNPSII	Subsecretaría Nacional de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNVPCS	Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud
SPREA	Subsecretaría de Preparación y Respuesta ante Eventos Adversos
SRAIPN	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel
SRSNS	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud
ST	Subsecretaría de Trabajo
STPCS	Secretaría Técnica de Participación y Control Social
TAPS	Técnico de Atención Primaria en Salud
TEA	Trastorno de Espectro Autista
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VGS	Viceministerio de Gobernanza de la Salud

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Comité contra la Tortura. CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES [Internet]. Vol. 40265. EEUU; 2008. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8782.pdf?view>
2. Organización de Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales [Internet]. OEA. 1988. Available from: http://www.hcg.udg.mx/PAGs/Sec_Transparencia/PDFs_Transparencia/Protocolo_SanSalvador_DerechosHumanos_materia_derechos_economicos_sociales_culturales.pdf
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Declaracion de Caracas. Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. [Internet]. Estados Unidos; 1990. p. 2. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
4. Organización de Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [Internet]. Vol. 8, Organización de Naciones Unidas. EEUU; 1991. Available from: <https://www.ppn.gov.ar/pdf/legislacion/Principios para la protección de los enfermos mentales.pdf>
5. Organización de Naciones Unidas. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad [Internet]. Vol. 1, Organización de Naciones Unidas. 1993. Available from: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/tratados_internacionales/es_tratados/adjuntos/10_4_Normas_igualdad_personas_discapacidad.pdf
6. UNICEF. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. EEUU; 2019. Available from: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
7. Organización de Naciones Unidas. Convencion Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. España; 2013. 72 p. Available from: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/convencion_onu_if.pdf
8. Organizacio. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Vol. 45, Salud Publica de Mexico. EEUU; 2003. 153–154 p. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/262a8c9b-9c00-4b2b-8a33-a56537b95dbd/content>
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 [Internet]. EEUU; 2013. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
10. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito UNANUE. Plan Andino de Salud Mental 2022-2026 [Internet]. ORAS-CONHU, editor. Perú; 2022. 36 p. Available from: <https://orasconhu.org/es/node/2152>
11. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitucion Republica del Ecuador 2008 [Internet]. Primera. Ecuador: Presidencia de la República; 2008. 57 p. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
12. Congreso Nacional Ecuador. Ley Órganica de Salud del Ecuador [Internet]. Plataforma Profesional de Investigacion Jurídica Ecuador; 2015 p. 13. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA->

- DE-SALUD4.pdf
13. Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 670 Ecuador; 2002 p. 9. Available from: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021-08/Documento_Ley_Organica_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf
 14. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud Mental [Internet]. Ecuador; 2024 p. 73. Available from: <https://newsite.cite.com.ec/ley-organica-de-salud-mental/#:~:text=Artículo 1.,de atención integral y comunitario>.
 15. Presidencia de la República del Ecuador. Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental [Internet]. Presidencia de la República del Ecuador Ecuador; 2024 p. 1–36. Available from: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsicurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTE_M_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
 16. Asamblea Nacional Ecuador. Ley organica de discapacidades [Internet]. 796 Ecuador; 2012 p. 47. Available from: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
 17. Ministerio del trabajo. Normativa Erradicación de la Discriminación en el Ámbito Laboral [Internet]. Registro Oficial 16 (16 de junio del 2017) Ecuador; 2017 p. 6. Available from: <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/AM-82-NORMATIVA-ERRADICACION-DE-LA-DISCRIMINACION-EN-EL-AMBITO-LABORAL.pdf?x42051>
 18. Asamblea Nacional Ecuador. Ley Orgánica para la regulación y control del tabaco [Internet]. 497 Ecuador; 2011 p. 11. Available from: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/L-R.O.-497-Ley-Orgánica-para-la-regulación-y-control-del-tabaco.pdf>
 19. Asamblea Nacional del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia [Internet]. Código de la Niñez y Adolescencia Ecuador; 2014 p. 1–45. Available from: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezadolescencia.pdf
 20. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley de Educacion Intercultural Ecuador [Internet]. Registro oficial N° 417 Ecuador; 2011 p. 46. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2011_leyeducacionintercultural_ecu.pdf
 21. Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL [Internet]. Publicación de las Naciones Unidas. EEUU; 2015. 37–38 p. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
 22. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2021-2025 [Internet]. Agenda NAcional para la Igualdad de Discapacidades 2022 p. 1–288. Available from: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/promotion/banner-4/>
 23. Nacionalidades CN para la I de P y. AGENDA NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE DERECHOS DE LOS PUEBLOS Y NACIONALIDADES INDÍGENAS, PUEBLO AFROECUATORIANO, PUEBLO MONTUBIO 2021 - 2025. Ecuador; 2023. p. 132.
 24. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Norma técnica: Servicio de atención

- en centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad. [Internet]. Ecuador; 2018. 35 p. Available from: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/NORMA_TECNICA_CENTROS_DIURNOS_DE_ATENCION_INTEGRAL.pdf
25. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Norma técnica de los centros de referencia y acogida inclusivos [Internet]. 06/2021 Ecuador; 2021 p. 61. Available from: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/06/1_norma_tecnica_crai_05052021-signed0542075001624404436.pdf
26. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. INFORME TÉCNICO DE EVALUACIÓN PLAN NACIONAL ESTRÁTÉGICO DE SALUD MENTAL 2014-2017 [Internet]. Ministerio de Salud Pública. Ecuador; 2022. Available from: <https://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-provision-de-servicios-de-salud/>
27. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS CASO GUACHALÁ CHIMBO Y OTROS VS. ECUADOR SENTENCIA DE 26 DE MARZO DE 2021 (Fondo, Reparaciones y Costas) [Internet]. 2021. Available from: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_423_esp.pdf
28. Bertolote J. Raíces del concepto de salud mental. 116 World Psychiatry. 1946;(4):113–6.
29. Desviat M. Evolución histórica de la atención a la salud mental : hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. 2020;17–45. Available from: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=%22una+reuni%F3n+sobre+administraci%F3n+de+servicios+de+salud+mental+en+chile+En+1969%2C+la+OPS+>
30. Organización Mundial de la Salud. Promoting mental health [Internet]. The Handbook of Community Mental Health Nursing. EEUU; 2005. 149–163 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>
31. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. Cad Saúde Coletiva. 2012;20(4):440–7.
32. Dimenstein M, Neves R, Paulon S, Nardi H, Bravo OA. La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil. Psicol desde el Caribe [Internet]. 2010; Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n26/n26a10.pdf>
33. Agrest M, Mascayano F, Teodoro de Assis R, Molina-Bulla C, Ardila-Gómez S. Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. Vertex [Internet]. 2018;XXIX(141):334–45. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30785976>
34. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. IMPLEMENTACIÓN, RESULTADOS INICIALES Y SOSTENIBILIDAD DE LA REFORMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ, 2013-2018. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019;36(2):2013–8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2019.v36n2/326-333/es>
35. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of services for Mental Health [Internet]. Mental Health Policy and Service Guidance Package. EEUU; 2003. 1–76 p. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation

- services_WEB_07.pdf
36. Thornicroft G, Tansella M. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios [Internet]. Reino Unido; 2005. 352 p. Available from: <https://www.amazon.es/matriz-mental-servicios-Psiquiatría-general/dp/8495840197>
37. Giraldo-Piedrahita F. Expresión de tres perspectivas de la justicia social en la organización de los sistemas de salud. Rev Gerenc y Polit Salud [Internet]. 2015;14(29):26–40. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolosal/article/view/15140/12294>
38. Heller A, Petrella A, Vilarnovo A. La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción. Salud Ment y Comunidad [Internet]. 2013;(3):51–9. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://revistas.unla.edu.ar/saludmentalycomunidad/article/download/4994/2319/17620&ved=2ahUKEwjwoKP0n7OQAxWeQzABHVw9HQoQFnoECB8QAQ&usg=AOvVaw2VfEmChVi1F8ZicQxXG5bp>
39. Organizacion Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Vol. 7. EEUU; 2008.
40. Secretaría Nacional de Planificación. Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 [Internet]. Ecuador; 2025. 58 p. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2025/03/guiaFormulacionPoliticaPublica.pdf>
41. Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública [Internet]. Organizacion Panamericana de la Salud. Washington D. C.; 2021. 186 p. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53368/9789275323021_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
42. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Cuadernillo de jurisprudencia de la corte interamericana de derechos humanos nº 19. Derechos Personas LGTBI [Internet]. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Costa Rica; 2018. 6–21 p. Available from: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo19.pdf>
43. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). [Internet]. Primera. Ministerio de Salud Pública Ecuador, editor. Ecuador, Ecuador: MSP; 2012. 210 p. Available from: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
44. Secretaría Técnica Planifica Ecuador. Los enfoques de igualdad en la planificación local [Internet]. Vol. 1, Planifica Ecuador. Ecuador; 2019. 1–42 p. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/08/Documento-Enfoques-de-Igualdad-final.pdf>
45. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional Estratégico De Salud Mental 2014-2017 [Internet]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Ecuador; 2014 p. 206. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-Pública.pdf>
46. Leiva- Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países

- latinoamericanos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2021;45:1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8678097/pdf/rpsp-45-e158.pdf>
47. Vargas A, Gallegos C, Moreno-Montenegro K. Caught in the crossfire: Ecuador's safety crisis impact on teen and young adult mental health. Metro Cienc [Internet]. 2022;32:8–14. Available from: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/694/712>
48. Mora-Barba I. EL ESTIGMA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN UNA MUESTRA DE CIUDADANOS ECUATORIANOS. Univ Complut Madrid [Internet]. 2021;3(1):10–27. Available from: <https://docta.ucm.es/entities/publication/72327fb5-56ac-4210-8185-709aa7437daf>
49. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Salud Mental en la Comunidad [Internet]. EEUU; 2009. 391 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463>
50. INEC. Indicadores Población y Vivienda 2022 [Internet]. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. 2022. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
51. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Boletín técnico N15 ENEMDU Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. 2022 [Internet]. Ecuador; 2022. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Educacion_COVID.pdf
52. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Boletín Técnico N° 02-2025-ENEMDU: Pobreza y desigualdad [Internet]. Inec. Ecuador; 2025. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2024/Diciembre/202412_Boletin_pobreza.pdf
53. INEC. Estadísticas Vitales. Registro estadístico de Defunciones Generales [Internet]. Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales. Ecuador: INEC; 2021. p. 1–13. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400819&lng=es&nrm=iso&tlang=es%0Ahttp://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312021000400819&lng=es&nrm=iso&tlang=es
54. Ministerio de Gobierno del Ecuador. Indicadores de seguridad ciudadana_Homicidios intencionales [Internet]. 2022. Available from: <http://cifras.ministeriodegobierno.gob.ec/comisioncifras/inicio.php>
55. Gomes J, Faría M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: Una oportunidad para UNASUR. 2014;31(4):740–6. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n4/740-746/es>
56. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador [Internet]. Washington D. C.; 2015. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1
57. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Acuerdo 00030-2020. Tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud Ecuador [Internet]. Ecuador; 2020 p. 54. Available from: <http://www.calidadesalud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/ACUERDO-MINISTERIAL-30-2020-REGLAMENTO-PARA-ESTABLECER-LA-TIPOLOGIA-DE-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE->

- SALUD-DEL-SISTEMA.pdf
- 58. INEC. Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres [Internet]. Ecuador; 2019. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/presentacion.pdf
 - 59. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR. Nuestro derecho a la Seguridad. Capítulo Ecuador [Internet]. 2022. Available from: <https://www.r4v.info/es/document/acnur-hias-nuestro-derecho-la-seguridad-capitulo-ecuador>
 - 60. Cobo J, Muñoz R, Carmona M, Pérez M, Cirici R, García G. La violencia de genero en la atencion psiquiatrica y psicologica especializada : ¿es relevante la violencia de genero para nuestros profesionales?. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2010;3(2):61–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989110000054>
 - 61. Peña-Paz C. Aportes al diagnóstico situacional de salud mental. Ministerio de Trabajo del Ecuador. Ecuador; 2023. p. 31–41.
 - 62. MINEDUC. Casos de violencia sexual detectada o cometida en el Sistema Nacional de Educación [Internet]. Ecuador; 2023. Available from: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/05/Infografia-Casos-de-Violencia-Sexual.pdf>
 - 63. UNICEF. Aproximación al reclutamiento de niños, niñas y adolescentes en Ecuador [Internet]. Ecuador; 2025. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/media/16576/file/Aproximación al reclutamiento de niños, niñas y adolescentes en Ecuador.pdf>
 - 64. Salinas Mulder S, Castro Mantilla D, Fernandez Ovando C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes [Internet]. Unicef. 2014. Available from: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf
 - 65. INEC. Estadísticas Vitales Reporte 2022 [Internet]. Inec. 2022. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2021/Principales_resultados_ENV_EDF_2021.pdf
 - 66. PLAN INTERNACIONAL, UNICEF, UNFPA. Estudio sobre Matrimonio y uniones infantiles, tempranas y forzadas en niñas y adolescentes mujeres, en cinco cantones del Ecuador [Internet]. Ecuador; 2023. Available from: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/public/unionestempranas_re_final.pdf.pdf
 - 67. Bonilla-Sepúlveda ÓA. Estrés, ansiedad y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia). Med UPB [Internet]. 2021;40(1):2–9. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/7013/6547>
 - 68. Bonilla-Sepúlveda OA. Depression and associated factors in pregnant and non-pregnant adolescent women in Medellín, Colombia, 2009. Cross sectional study. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2010;61(3):207–13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a04.pdf>
 - 69. Alamo N, Krause M, Pérez JC, Aracena M. Impacto de la salud psicosocial de la madre adolescente en la relación con el niño/a y su desarrollo. Rev Argentina Clin Psicol [Internet]. 2017;26(3):332–46. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281953368010.pdf>
 - 70. Pichon-Riviere, A., Bardach, A., Rodríguez Cairoli, F., Casarini, A., Espinola, N.,

- Perelli, L., Reynales-Shigematsu, L. M., Llorente, B., Pinto, M., Saenz De Miera Juárez, B., Villacres, T., Peña Torres, E., Amador, N., Loza, C., Castillo-Riquelme, M., R A. Health, economic and social burden of tobacco in Latin America and the expected gains of fully implementing taxes, plain packaging, advertising bans and smoke-free environments control measures: a modelling study. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37142423/>
71. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Día Mundial Sin Tabaco: MSP refuerza medidas para proteger la salud frente al consumo de productos de tabaco y nicotina [Internet]. 2025. Available from: <https://www.salud.gob.ec/dia-mundial-sin-tabaco-msp-refuerza-medidas-para-proteger-la-salud-frente-al-consumo-de-productos-de-tabaco-y-nicotina/>
72. Organización Mundial de la salud (OMS). Tabaco: cigarrillos electrónicos [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>
73. Villacres T, Noboa H, Dorado D, Palacios A, Llorente Carreño B, Reynales Shigematsu L, Bardach A, Perelli L, Comolli M, Augustovski F, Alcaraz A P-RA. ¿Por qué aumentar los impuestos al tabaco? Inst Ef Clínica y Sanit [Internet]. 2021; Available from: www.iecs.org.ar/tabaco
74. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Actualización de la estimación del presupuesto de salud mental 2020 Informe Técnico Nro. DES – GYF – 2022 – 005 [Internet]. Ecuador; 2022. p. 4. Available from: file:///D:/MSP 2021/Plan Salud Mental 2021/Sistematización datos/Presupuesto MSP/informe_des_gyf-2022-005_salud_mental.pdf
75. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estimación de presupuesto destinado a salud mental Año 2017. Quito-Ecuador; 2017.
76. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuadro Básico de Medicamentos 10a revisión [Internet]. Registro Oficial Año 1 N° 138 Ecuador; 2019 p. 1–18. Available from:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/medicamentos/Edicion_especial_R.O.A.M_138_EE138_2019.11.25_CNMB_10ma.rev.pdf
77. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Operativos para la disponibilidad de medicamentos y adquisición del recetario especial, para la atención integral a personas con trastornos mentales y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en los establecimientos del Minister. Ecuador; 2015. p. 10–27.
78. Goetschel A, Herrera G, Prieto M. Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes [Internet]. Ecuador; 2020. Available from: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/59074.pdf>
79. Defensoría del Pueblo de Ecuador. El derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad. [Internet]. Ecuador; 2017. Available from: www.dpe.gob.ec
80. Asamblea Nacional. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Editorial Nacional 2014 p. 144. Available from:
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared/Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
81. Organización Panamericana de la salud. INFORME TÉCNICO. APORTES A LA EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL. Ecuador; 2021. p. 31.
82. Proyecto de creación e implementación de servicios de la red de salud mental

- comunitaria y centros estatales de recuperación de adicciones - Ministerio de Salud Pública Ecuador. Informe técnico # 040. Quito Ecuador; 2022.
83. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media en el Ecuador [Internet]. Quito Ecuador; 2008. Available from: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/ecuador_2018_annex-4_national_survey_on_drug_consumption_in_middle_school_students_2008.pdf
84. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años [Internet]. Quito Ecuador; 2012. Available from: http://www.consep.gob.ec/descargas/Resumen_Ejecutivo_4ta_ENCUESTA_A_ESTUDIANTES_2012_2.pdf
85. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Segunda encuesta nacional a estudiantes de educación media sobre consumo de drogas [Internet]. Quito Ecuador; 2005. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-02/sda-encuesta-nacional-estudiantes-ensenianza-media-2005.pdf>
86. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años [Internet]. Dirección Nacional Del Observatorio De Drogas. Quito Ecuador; 2014. Available from: <https://cupdf.com/document/4-estudio-nacional-poblacion-de-12-a-65-anos-ecuador-ond.html>
87. Cárdenas-Ortega E, Vicente-Parada B. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2021;23(2):53–65. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000200053
88. Cárdenas-Ortega E. Epidemiology of psychiatric morbidity during the Covid-19 pandemic in Ecuador. Int J Med Sociol Anthropol [Internet]. 2021;12(2756–3820):20–3. Available from: <https://www.internationalscholarsjournals.com/articles/epidemiology-of-psychiatric-morbidity-during-the-covid19-pandemic-in-ecuador.pdf>
89. Tapia FM, Castro WL, Poblete CM, Soza CM. Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. Salud Ment [Internet]. 2015;38(1). Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n2/v22n2a05.pdf>
90. Benavides A, Chuchuca J, Klaic D, Waters W, Martín M, Romero-Sandoval N. Depression and psychosis related to the absence of visitors and consumption of drugs in male prisoners in Ecuador: A cross sectional study. BMC Psychiatry. 2019;19(1):1–7.
91. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Gestión Operativo Atención de salud en Contextos de Privación de la Libertad [Internet]. Registro oficial 596 Ecuador; 2018 p. 122. Available from: <https://es.scribd.com/document/556080841/Registro-Oficial-596-de-25-10-2018-Modelo-de-atencion-de-salud-en-contextos-de-privacion-de-libertad>
92. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, Año 2018. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. Washington D. C.; 2018.
93. Espinosa del Pozo PH, Espinosa PS, Donadi EA, Martinez EZ, SALAZAR-URIBE JC, Guerrero MA, et al. Cognitive Decline in Adults Aged 65 and Older in Cumbayá, Quito, Ecuador: Prevalence and Risk Factors. Cureus [Internet].

- 2018;10(9). Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221535/pdf/cureus-0010-00000003269.pdf>
94. Pozo PE del, Espinosa P, Donadi E, Rogel L, Naranjo R, Haro G, et al. Detenting cognitive decline and dementia in Santa Cruz, Galápagos Islands, Ecuador. *Cureus* [Internet]. 2020; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33173633/>
95. Montalvo-Herdoiza JP, Montalvo-Perero PS, Albear-Toala LE, Intriago-Mercado ER, Moreira-Vera DV. Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson : Estudio Puerta-Puerta en la Provincia de Manabí-Ecuador. 2017;26(1). Available from: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000300023
96. M S-D. Parkinson's disease, side affected and depression. *Rev Neurol* [Internet]. 2000;31:119. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11205540/>
97. Cañizares-Villalba MJ, Vásquez-Cedeño D. Enfermedades Neuro-Psiquiátricas en Atención Primaria en una Zona Rural de la Sierra Ecuatoriana en el 2018. 2019;28(3):15–8. Available from: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000300015
98. OH DB, RM M, DA R, BY R, MJ S. Social determinants of health and cognitive performance of older adults living in rural communities: The Three Villages Study. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2022;Jan(37). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35015319/>
99. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención integral a la Niñez [Internet]. Dirección Nacional de Normatización, MSP. 2018. 13–23 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Traustornos_del_espectro_autista_en_ninos_y_a_dolescentes-1.pdf
100. Ministerio de Educación. Instructivo para la Atención Educativa a Estudiantes dentro del Espectro Autista en el Sistema Nacional de Educación [Internet]. Vol. 17. Ecuador; 1385. 302 p. Available from: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/12/instructivo-atencion-educativa-TEA.pdf>
101. Díaz F, García C, Romera A. Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Rev Psiquiatr y Psicol del Niño y del Adolesc* [Internet]. 2004;4(2):127–44. Available from: file:///C:/Users/D E L L/Desktop/PSICOPATOLOGÍA II/Artículos/autismo no especificadoo.pdf
102. Harari R, Julvez J, Murata K, Barr D, Bellinger DC, Debes F, et al. Neurobehavioral deficits and increased blood pressure in school age children prenatally exposed to pesticides. *Child Heal* [Internet]. 2010;118(6):890–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20185383/>
103. Ibáñez JG, Feliu T, Usón M, Ródenas A, Ramo R. Trastornos invisibles. las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Rev Española sobre Discapac Intelect* [Internet]. 2009;40(2)(2030):38–60. Available from: https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13167/garcia_ibanez.pdf
104. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. Trastornos de la salud mental en las personas con Discapacidad Intelectual [Internet]. 2007. Available from: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20440/trastorno_salud_mental.pdf
105. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Manual de atención de

- derechos de personas con discapacidad en la función judicial [Internet]. 2016. 1–23 p. Available from: <https://www.funcionjudicial.gob.ec/www/pdf/Manual-atencion-discapacidades.pdf>
106. Ministerio de Desarrollo Humano. Información estadística de personas con discapacidad. [Internet]. Info Dh. 2025 [cited 2025 Dec 2]. Available from: <https://info.desarrollohumano.gob.ec/index.php/bases-pcd-externo/2024-base-pcd-menu>
107. Ministerio de Economía y Finanzas. Subsidios, Proforma Presupuesto General del Estado 2024 [Internet]. Ecuador; 2024. Available from: <https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/02/Anexo-6.-Subsidios.pdf>
108. Dirección de Prevención de Trata de Personas y Tráfico de Migrantes. Desaparecidos Ecuador: Ayúdanos a encontrarlos. [Internet]. Ministerio del Interior. 2025. Available from: <http://www.desaparecidosecuador.gob.ec/personasnn>
109. Aguayo-Albasini L, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE : clasificación de la fuerza de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española [Internet]. 2013;2. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistemagrade-clasificacion-calidad-evidencia-S0009739X13003394>
110. Li J, Li J, Thornicroft G, Yang H, Chen W HY. Training community mental health staff in Guangzhou, China: evaluation of the effect of a new training model. BMC Psychiatry [Internet]. 2015;Oct 26:15:263. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26503370/>
111. Kuntsche S KE. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. Clin Psychol Rev [Internet]. 2016;Apr;45:89–101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111301/>
112. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen K van, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry [Internet]. Volume 3(7):646–59. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30030-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30030-X/abstract)
113. Francis DB, Mason N, Ross JC NS. Impact of tobacco-pack pictorial warnings on youth and young adults: A systematic review of experimental studies. Tob Induc Dis [Internet]. 2019;17:41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31516484/>
114. Pang B, Saleme P, Seydel T, Kim J, Knox K, Rundle-thiele S. The effectiveness of graphic health warnings on tobacco products : a systematic review on perceived harm and quit intentions. BMC Public Health [Internet]. 2021;21(884):1–24. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-021-10810-z>
115. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Tha Lancet [Internet]. 2016;387(10023). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00298-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00298-6/abstract)
116. Sin J, Jordan CD, Barley EA, Henderson C NI. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev.

- 5(CD010540):24.
117. World Health Organization. Mental Health Policies and Programmes in the workplace [Internet]. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2005. 1–80 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241546468>
118. Craig C, William B. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007;164(3):7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17329462/>
119. Gallo JJ, Hwang S, Joo JH, Bogner HR, Morales KH, Bruce ML RC. Multimorbidity, Depression, and Mortality in Primary Care: Randomized Clinical Trial of an Evidence-Based Depression Care Management Program on Mortality Risk. *Gen Intern Med* [Internet]. 2016; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26432693/>
120. Ned Calonge, Diana B Petitti, Thomas G DeWitt, Allen J Dietrich, Leon Gordis, Kimberly D Gregory, Russell Harris, George Isham, Michael L LeFevre, Rosanne M Leipzig, Carol Loveland-Cherry, Lucy Marion, Virginia Moyer, Judith Ockene, George Sawaya BY. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009;1;151(11): Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19949144/#full-view-affiliation-1>
121. Pollio DE, North CS OV. Family-responsive psychoeducation groups for families with an adult member with mental illness: pilot results. *Community Ment Heal J* [Internet]. 2002;38(5):413–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12236411/>
122. Organizacion Mundial de la salud (OMS). Sistemas de información en salud mental [Internet]. EEUU; 2010. 116 p. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud>
123. Carmona VR, Gómez-Benito J, Huedo-Medina TB RJ. Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Occup Med Env Heal* [Internet]. 2017;Vol 8;30:345–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28481370/>
124. Rogers ES, Teague GB, Lichenstein C, Campbell J, Lyass A, Chen R BS. Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *J Rehabil Res Dev* [Internet]. 2007;44(6):785–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18075937/>
125. Fundación SES. Acompañamiento Psicosocial Individual , Familiar y Comunitario. 2016; Available from: <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1417>
126. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Aplicación de la Quinta Ronda de Advertencias Sanitarias en Envases de Productos de Tabaco [Internet]. Quito Ecuador; 2022. 42 p. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/04/V-ronda-2016.pdf>
127. Organización Mundial de la Salud. Entornos Laborales Saludables : Fundamentos y Modelo de la Organización Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la salud (OMS), editor. EEUU; 2010. 144 p.
128. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Diccionario Latinoamericano de Bioética [Internet]. Red Latinoamericana y del

- Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, editor. Colombia: UNESCO; 2008. 688 p. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bioética-UNESCO.pdf>
129. Sepúlveda R, Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Alvarado R. Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: A countrywide study in Chile. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2020;42:1–9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6386200/>
130. Peña VL-, Rubí-gonzález P, Vicente-parada B. Determinantes sociales de la salud mental : políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. 2021;1–7. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55365/v45e1582021.pdf?sequence=1>
131. Escritos F, Caso SEL, Mídico DEL, Ohann A, Einroth H. ¿ ES PSICOSOMÁTICO LO MÍO , DOCTOR ? *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012;23(5):601–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70354-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70354-1)
132. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos operativos para la Atención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias [Internet]. 2016. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-unidades-de-salud-mental-hospitalaria.pdf>
133. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. Organ Panam la Salud, Organ Mund la Salud [Internet]. 2005;Julio:1–15. Available from: <https://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
134. Organizacion Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Primera. Organización Panamericana de la salud, editor. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2009. 343 p. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
135. Cruz-Puerto M, Sandín-Vásquez M. Neurodiversidad , discapacidad y enfoque social : una reflexión teórica y crítica Neurodiversity and disability : a theoretical and critical reflection. *Rev Española Discapac* [Internet]. 2024;12:213–22. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9691501.pdf&ved=2ahUKEwiy4NTsg-SLAxU4SDABHTg3FLgQFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw2j-JDJFFcSce-6jRILwgzO>
136. Sunkel C, Sartor C. Perspectives: involving persons with lived experience of mental health conditions in service delivery, development and leadership. *BJPsych Bull* [Internet]. 2022;46(3):160–4. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9346508/>
137. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención de Salud Mental con enfoque Familiar , Comunitario e Intercultural [Internet]. Primera. Publica M de S, editor. Quito Ecuador; 2014. 108 p. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwikvqPzn4j6AhWeomoFHdghC98QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2F>

- www.salud.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F09%2FModelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf&usg=AOvVaw1vTbx7V5Py2LE_
138. Mercenier P, Van-Valen H. Bases de la organización de los servicios de salud. In: Curso Internacional para la Promoción de la Salud Unidad de Enseñanza e Investigación en Salud Pública Instituto de Medicina de Amberes - Belgica [Internet]. Belgica; 1995. p. 1–73. Available from: <https://es.scribd.com/document/521830570/Bases-de-Organizacion-de-los-servicios-de-salud-Mercenier>
139. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Salud Mental [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
140. Organizacion Mundial de la salud (OMS). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. EEUU; 2010. 1–67 p. Available from: https://salud.gob.ar/dels/entradas/uso-racional-de-medicamentos%0Afile:///C:/Users/Usuario/Downloads/Tratamiento_farmacologico_de_los_trastornos_mentales.pdf
141. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integrales de servicios de salud mental [Internet]. EEUU; 2022. 98 p. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/redes-integrales-servicios-salud-mental-promover-enfoques-centrados-personas-basados>
142. Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas. Problemática de las drogas. Orientaciones Generales: Prevención del uso indebido de drogas. [Internet]. Problematicas de las Drogas. 2015. 1–115 p. Available from: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
143. Organización Mundial de la salud. Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo [Internet]. Vol. 4, Organización Mundial de la Salud. 2022. Available from: https://books.googleusercontent.com/books/content?req=AKW5QadYC4MrCNR9zMtjwCyODKPIN0KRW7Yh5ZleRlpI9fQ_hMLBFEH8ffZODII0SsqfrP7xTrClKostaE7g0B3ahU9NdIS55LX7PIJrGvbExQTahLP9_xqNc2d39FR3QFCwZrNnAjyKIwODAemoQwA91QUuHu-MS5BPYRHUE9z3oN4K-xkDKyqk95T3X4a35p4CuDf-v
144. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Protocolo para atención teleasistida de salud mental en Covid-19 [Internet]. Ecuador; 2020. 1–13 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/MTT2-PRT-005-Protocolo-de-salud-mental_2020.pdf
145. Fonseca A, Osma J. Using information and communication technologies (Ict) for mental health prevention and treatment. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(2):1–6. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7827882/>
146. American Psychiatric Association. Manual Estadístico Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta Edición [Internet]. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. EEUU; 2018. 1000 p. Available from: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelos-trastornosmentales-161006005112.pdf>
147. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos [Internet]. Oms Departamento De Salud Mental Y Dependencia De Sustancias. 2022. Available from:

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>

Anexos

Anexo 1. Listado de actores identificados en el mapeo.

Anexo 2. Matriz resumen de componentes de la política (determinantes del problema, priorización de problemas y de alternativas; consolidado de evidencia de intervenciones de salud mental por líneas estratégicas).

Anexo 3. Fichas metodológicas de indicadores y metas de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030.

Anexo 4. Plan Nacional de Salud Mental 2025-2030 (Plan de implementación).

Los archivos de los anexos referidos, se encuentran disponibles en el siguiente link:

https://drive.google.com/drive/folders/1_ztMxCE8_ns1wD-2FNdwuvqzitBFGL8Z?usp=sharing



Ministerio de Salud Pública

Razón: Certifico que, el presente instrumento es fiel copia del documento original que corresponde al Acuerdo No. 00001-2025 de 10 de diciembre de 2025, generado para realizar el procedimiento de oficialización que consiste en: numerar, fechar y sellar, el cual es firmado de manera manuscrita, el 10 de diciembre de 2025 por parte y en calidad de encargada de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública a la Vicepresidenta de la República, María José Pinto González Artigas, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 222 de 18 de noviembre de 2025.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00001-2025 de 10 de diciembre de 2025.

El Acuerdo en formato físico y digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Nota: El Acuerdo Nro. 00001-2025 de 10 de diciembre de 2025, con el objeto de “*Aprobar y expedir la “Política Nacional de Salud Mental 2025-2030”*”, documento que consta como anexo al presente instrumento, se compone de: fojas 1 a la 5 Acuerdo; y, fojas 6 a la 131 Anexo de la Política en ciernes.

Quito, D.M., a 11 de diciembre de 2025



Dr. Omar Santiago Cabezas Ocaña
DIRECTOR DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

RESOLUCIÓN No. SB-DTL-2025-2940

ESTEBAN ANDRÉS FUERTES TERÁN
DIRECTOR DE TRÁMITES LEGALES

CONSIDERANDO:

QUE el numeral 24 del artículo 62 del Código Orgánico Monetario y Financiero, establece que, entre las funciones de la Superintendencia de Bancos, está la calificación de los auditores internos;

QUE el artículo 258 del Código Orgánico Monetario y Financiero, determina los impedimentos para las personas que conforman los consejos de vigilancia de las entidades financieras públicas y privadas;

QUE el artículo 4 del capítulo II “Norma de control para la selección calificación y funciones de los auditores internos de las entidades del sistema de Seguridad Social, del título VIII “Del control Interno”, del libro II “Normas de control para las entidades del Sistema del Seguridad Social”, de la Codificación de las Normas de la Superintendencia de Bancos, establece los requisitos que deben cumplir para obtener la calificación como auditor interno;

QUE el inciso quinto del artículo 5 del capítulo II antes citado, establece que la calificación como auditor interno tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados desde la fecha de emisión de la resolución de calificación;

QUE mediante el ingreso de documentación física a la Superintendencia de Bancos, el Ingeniero en Contabilidad y Auditoría Byron Rolando Guamanzara Orozco, con cédula de ciudadanía No. 1719184713, solicita la calificación como auditor interno para las entidades del Sistema de Seguridad Social al control de la Superintendencia de Bancos, entendiéndose que la documentación ingresada a este organismo de control es de responsabilidad exclusiva de la parte interesada, que es auténtica y no carece de alteración o invalidez alguna;

QUE el Ingeniero en Contabilidad y Auditoría Byron Rolando Guamanzara Orozco, con cédula de ciudadanía No. 1719184713, reúne los requisitos exigidos en la norma reglamentaria pertinente; y, no registra hechos negativos en el Registro de Datos Crediticio (RDC);

QUE mediante memorando No. SB-DTL-2025-1311-M de 08 de diciembre del 2025, se ha emitido informe legal favorable para la calificación solicitada;

QUE, el “Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Superintendencia de Bancos”, expedido con resolución No. SB-2017-893 de 16 de octubre de 2017, dispone como atribución y responsabilidad de la Dirección de Trámites Legales “e) Calificar a las personas naturales y jurídicas que requieran acreditación de la Superintendencia de Bancos”; y,

QUE, mediante acción de personal Nro. 0184 de 04 de abril de 2025, fui nombrado Director de Trámites Legales, lo cual me faculta para la suscripción del presente documento,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- CALIFICAR al Ingeniero en Contabilidad y Auditoría Byron Rolando Guamanzara Orozco, con cédula de ciudadanía No. 1719184713, como auditor interno en las entidades del sistema de seguridad social sujetas al control de la Superintendencia de Bancos.

ARTÍCULO 2.- VIGENCIA la presente resolución tendrá vigencia de cuatro (4) años, contados desde la fecha de emisión.

ARTÍCULO 3.- DISPONER se comunique del particular a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

ARTÍCULO 4.- NOTIFICACION se notificará la presente resolución al correo electrónico bguamanzara@gmail.com, señalado para el efecto.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN EL REGISTRO OFICIAL. - Dada en la Superintendencia de Bancos, en Quito, Distrito Metropolitano, el ocho de diciembre del dos mil veinticinco.



Mgt. Esteban Andrés Fuertes Terán
DIRECTOR DE TRÁMITES LEGALES

LO CERTIFICO. - Quito, Distrito Metropolitano, el ocho de diciembre del dos mil veinticinco.



Mgt. Delia María Peñafiel Guzmán
SECRETARIO GENERAL

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS CERTIFICO QUE ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL	
	
Firmado electrónicamente por: DELIA MARIA PEÑAFIEL GUZMAN	
Validar únicamente con Firmarc	
Mgt. Delia María Peñafiel Guzmán SECRETARIO GENERAL 10-12-2025	



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www регистрация официальный. gob. ec

NGA/AM

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.