

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador 2024

Un análisis crítico desde la determinación social de la salud

Lenin Francisco Cepeda Fernández

Tutora: María de Lourdes Larrea Castelo

Quito, 2026

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional		
	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	
Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia		

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Lenin Francisco Cepeda Fernández, autor del trabajo intitulado “Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador 2024: Un análisis crítico desde la Determinación Social de la Salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

23 de mayo de 2026

Firma: _____

Resumen

La presente investigación analizó de manera crítica la Ley Orgánica de Salud Mental en Ecuador, promulgada en 2023, desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud en el marco de los derechos humanos y las políticas públicas de salud. La ley establece un enfoque basado en la atención comunitaria, la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y la prevención del estigma social.

El estudio examinó los principales avances y desafíos de la legislación, considerando su impacto en el acceso a servicios de salud mental, la formación de profesionales y la coordinación entre instituciones del Estado. El análisis se guió por la matriz de procesos críticos de la determinación social de la salud. A través de un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas a profesionales expertos en salud colectiva de la región, entrevista a expertos en salud mental para evaluar y analizar la implementación y, las posibles limitaciones de la normativa.

Los hallazgos indican que, si bien la ley representa un avance significativo en la garantía del derecho a la salud mental, existen obstáculos como la falta de presupuesto adecuado, la atención de personal especializado y la resistencia de cambiar el modelo tradicional de atención psiquiátrica reproduciendo los dispositivos manicomiales. Se concluye que es necesario fortalecer la articulación interinstitucional y desarrollar estrategias de sensibilización para garantizar el cumplimiento efectivo de la ley.

Palabras clave: salud mental, salud colectiva, epidemiología crítica, políticas públicas, Ley Orgánica de Salud Mental

A mis padres, Carmen y Pablo, por ser el pilar fundamental sobre el que he construido mis sueños. Gracias por su apoyo incondicional, su esfuerzo incansable, ese impulso para conseguir cada logro y sus palabras que siempre fueron un aliento para continuar adelante.

A Paola, Christian, Saraí, Mateo y Dania, por ser mi refugio, mi motivación y parte esencial de este camino. Cada uno, desde su lugar, me regaló compañía, sonrisas y razones para no rendirme, sus consejos siempre estuvieron presentes en este largo camino.

A Katty, mi compañera de vida, por su paciencia, su apoyo constante y su fe en mí, incluso en los momentos más difíciles. Tu amor me sostiene y me inspira.

Y a mí niña Vecky, por sus silencios llenos de ternura, su alegría diaria, esas noches que se acostaba a mi lado hasta que terminara de trabajar y ese cariño que solo una perrita fiel me pudo dar.

Este logro es de ustedes tanto como mío.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a la profesora María de Lourdes Larrea, más que una tutora, fue mi mentora, una amiga que, me guio de manera generosa, por su paciencia y su compromiso durante todo este camino. Su orientación no solo enriqueció este trabajo con rigurosidad académica, sino que también me brindó confianza, motivación y una mirada crítica que me acompañó en cada etapa del camino. Gracias por creer en mí, por sus valiosas observaciones, por compartir su conocimiento con tanta dedicación y por haber realizado un proceso de construcción de saberes crítico no solo en mi tesis sino en los proyectos que nos fuimos vinculando en la Universidad. Agradecimiento total a la gran investigadora que tuve como tutora.

Tabla de contenidos

Figuras y tablas.....	15
Introducción.....	17
Capítulo primero: Enfoque teórico-epistemológico de la salud mental: Categorías Conceptuales para su análisis crítico	21
1. Salud Mental.....	21
2. Antipsiquiatría.....	22
3. Fueros Históricos y evolución institucional de la Salud Mental en Ecuador..	24
4. Antecedentes Normativos y Sociales para la construcción de la Ley Orgánica de la Salud Mental en el Ecuador	25
5. Modelo Biopsicosocial de la Salud Mental	25
6. Epidemiología Crítica.....	26
6.1 Determinación Social de la Salud.....	27
6.2 Reproducción Social.....	30
6.3 Dimensión General / Contexto Sociohistórico	30
6.4 Dimensión Particular / Modos de Vida.....	31
6.5 Dimensión Singular / Estilos de Vida.....	32
7. Metabolismo Sociedad-Naturaleza.....	33
8. Subsunción y Autonomía Relativa.....	35
9. Procesos Críticos de la Salud.....	36
10. Políticas Públicas en Salud Mental.....	37
Capítulo segundo: Diseño metodológico.....	39
1. Contexto Histórico y fases de construcción de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador.....	41
2. Definición y Caracterización de la población y muestra.....	46
2.1 Perfil desagregado de entrevistados.....	46
2.2 Criterios de Inclusión.....	49
2.3 Criterios de Exclusión.....	50
3. Recolección de datos.....	50
3.1 Técnicas e instrumentos.....	50
3.2 Diseño por componentes.....	51
4. Análisis de procesos críticos a través de la entrevista semiestructurada.....	52
5. Consideraciones éticas.....	53

Capítulo tercero: La Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador y su análisis crítico desde la Determinación Social de la Salud.....	57
1. Modelo Biomédico vs Determinación Social de la Salud en el abordaje de la Salud Mental.....	57
2. Capítulo I. Normas generales.....	59
3. Capítulo II. Derechos de las personas con relación a la salud mental y deberes del Estado.....	65
3.1 Sección I. Derechos de las personas con relación a la salud mental.....	65
3.2 Sección II. Deberes del Estado.....	74
4. Capítulo III. Del marco institucional para la atención en Salud Mental.....	78
5. Capítulo IV. De la atención integral y procedimientos en Salud Mental.....	85
5.1 Sección I. De la Atención integral.....	85
5.2 Sección II. De los procedimientos para la Atención en Salud Mental.....	91
6. Capítulo V. De los profesionales en salud mental.....	97
7. Capítulo VI. De los establecimientos y servicios de salud mental.....	103
8. Capítulo VII. De la protección especial para las personas que sufran trastornos mentales.....	108
9. Capítulo VIII. De la vigilancia, control, competencia y régimen sancionatorio.....	112
10. De la medicalización hacia el enfoque de la Determinación Social de la Salud.....	121
11. Dimensión general/contexto histórico.....	125
12. Modelos económicos neoliberales.....	126
13. Dimensión particular/modos de vida.....	127
14. Medicalización del sufrimiento.....	127
15. Dimensión singular/estilos de vida.....	128
16. Autonomía del tratamiento.....	128
17. Concepciones de la salud mental.....	129
18. Crítica al modelo biomédico subyacente.....	132
19. Proceso histórico social de la salud mental.....	133
20. Lucha contrahegemónica de la Salud Mental. Medicalizar la Vida.....	139
Conclusiones y recomendaciones desde la Determinación Social de la Salud	142
Obras citadas.....	148
Anexos.....	154

Anexo 1: Consentimiento informado	154
Anexo 2: Guía de entrevista	156
Anexo 3: Registro Oficial de Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador	157

Figuras y tablas

Figura 1. Modos de vida, propuestos desde la epidemiología crítica	29
Figura 2. La Reproducción social y el metabolismo “S-N”	34
Figura 3. La salud un objeto multidimensional.....	37
Tabla 1. Matriz de procesos críticos de la Ley Orgánica de Salud Mental (Ecuador).....	40
Tabla 2. Proyectos de Ley vinculados a la Salud Mental Calificados en el Ecuador.....	43
Tabla 3. Perfil desagregado de entrevistados.....	47
Tabla 4. Técnicas empleadas según los objetivos y niveles de análisis.....	51
Tabla 5. Manifestaciones estructurales de la Ley Orgánica de Salud Mental en los dominios de la salud colectiva.....	53
Tabla 6. Cuadro comparativo entre el modelo biomédico y la Determinación Social de la Salud en el abordaje de la Salud Mental.....	58
Tabla 7. Capítulo I. Normas Generales.....	60
Tabla 8. Capítulo II. Sección I. Derechos de las personas con relación a la salud mental.....	66
Tabla 9. Capítulo II. Sección II. Deberes del estado.....	75
Tabla 10. Capítulo III. Del marco institucional para la atención en salud mental.....	79
Tabla 11. Capítulo IV. Sección I. De la atención integral.....	86
Tabla 12. Capítulo IV. Sección II. De los procedimientos para la atención en salud mental.....	92
Tabla 13. Capítulo V. De los profesionales en salud mental.....	98
Tabla 14. Capítulo VI. De los establecimientos y servicios de salud mental.....	104
Tabla 15. Capítulo VII. De la protección especial para las personas que sufran trastornos mentales.....	109
Tabla 16. Capítulo VIII. De la vigilancia, control, competencia y régimen sancionatorio.....	113
Tabla 17. Cuadro comparativo-analítico de las Leyes Orgánica de Salud Mental de los principales países de América Latina.....	136

Introducción

El impacto post-COVID-19 sobre la salud mental ha sido ampliamente documentado a nivel mundial y regional. La Organización Mundial de la Salud reportó que la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión aumentó en un 25 % durante el primer año de la pandemia, consolidándose como una de las principales causas de discapacidad global (World Health Organization 2022). Asimismo, se estimó que aproximadamente 727 000 personas murieron por suicidio en 2021, reflejando una elevada carga de enfermedad mental y profundas desigualdades sociales que condicionan el sufrimiento psíquico (World Health Organization 2025). En la Región de las Américas, la OPS evidenció incrementos del 35 % en depresión y 32 % en ansiedad, junto con una brecha de atención superior al 70 %, particularmente en países de ingresos medios como Ecuador (Tausch et al. 2022).

En Ecuador, aunque persisten limitaciones en los sistemas de información post-pandemia, estudios recientes evidencian un incremento de síntomas de ansiedad y depresión, especialmente en jóvenes y mujeres, asociado a precariedad económica, duelos y exclusión social (Gallardo-Rumbea et al. 2024). De forma concordante, los registros oficiales señalan que la tasa de suicidio alcanzó alrededor de 6,22 por cada 100 000 habitantes en 2020, manteniéndose como un problema prioritario de salud pública (Ministerio de Salud Pública 2023). Frente a este escenario, la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador (Ley Orgánica de Salud Mental 2024) reconoce la salud mental como derecho humano y establece principios de equidad, atención integral, enfoque comunitario e intersectorialidad (arts. 1, 3, 4 y 5), orientados a responder a los impactos post-COVID desde la determinación social de la salud.

La salud mental es un componente fundamental del bienestar individual y colectivo, y su abordaje desde una perspectiva de salud pública resulta esencial para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos. En Ecuador, la promulgación de la Ley Orgánica de Salud Mental (2024) con N° de registro 471 en la sesión 878 de fecha 14 de diciembre de 2023 y fecha de aprobación, 5 de enero de 2024, representa un avance significativo en la construcción de un sistema de atención integral y comunitario. Sin embargo, los servicios de salud mental en el Ecuador han sido precarizados y privatizados por diversos sectores gubernamentales. A esta situación se añade la falta de acceso a los servicios básicos, el desempleo y la pobreza que son factores desencadenantes para que la salud mental se vea afectada. No obstante, la implementación de la ley orgánica plantea

desafíos estructurales, económicos y culturales que requieren un análisis crítico desde el enfoque de la salud colectiva.

La salud colectiva, entendida como una disciplina que estudia los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria y social, permite cuestionar las políticas públicas en función de sus alcances, limitaciones y efectos en la población. En este sentido, la presente investigación examina como la Ley Orgánica de Salud Mental redefine la atención y prevención de los trastornos mentales en Ecuador, evaluando su alineación con principios como la equidad, la accesibilidad y la participación social.

A través de un enfoque cualitativo, se analizan las percepciones de actores clave, incluyendo profesionales de la salud mental, profesionales de la salud con un enfoque desde la salud colectiva, de igual forma, se analiza desde un estudio bibliográfico-documental y una comparación entre distintas leyes en salud mental de América Latina. Asimismo, se revisan las condiciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano para determinar si la ley responde a las necesidades reales de la población o si reproduce modelos biomédicos centrados en la medicalización y la institucionalización.

Las precariedades en los servicios estatales generan diversos procesos malsanos y recaen en profundas alteraciones al metabolismo sociedad-naturaleza teniendo en cuenta que, el daño al tejido social se impone cuando no se realizan las adecuaciones pertinentes en el cambio de políticas en salud mental, una ley sin una política estable y establecida solo sería un documento de los muchos que ya existen entorno a estos procesos en salud mental.

La economía mundial se ve afectada en su productividad a causa de la depresión y la ansiedad, debido a este panorama tan desalentador en números, los países y algunas organizaciones de salud han encendido alarmas para realizar planes y proyectos de promoción y prevención que se enfoquen en la atención a esta realidad a través de políticas públicas que beneficien el financiamiento, investigación y legislación en salud mental sin precarizar ni privatizar el acceso a los diferentes servicios (Calvo Soto 2020, 1). Esta realidad no es esquivada en el país, por lo cual, a lo largo de su historia, Ecuador ha desarrollado diversos instrumentos normativos y políticas públicas en salud mental que han sentado las bases para la actual Ley Orgánica de Salud Mental (2024).

El presente estudio busca visualizar la realidad de la construcción del instrumento de política pública en salud mental en el Ecuador reflejado en sus procesos críticos y contribuir al debate sobre la construcción de políticas públicas inclusivas y eficientes en salud mental, enfatizando la necesidad de enfoques comunitarios y participativos dentro

de un contexto histórico, político y social. En última instancia, se espera que este análisis crítico proporcione insumos para el fortalecimiento de la ley y la consolidación de un modelo de salud mental basado en la justicia social y el bienestar colectivo.

El estudio cuenta con tres capítulos. El primero aborda las categorías pertinentes de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud edificándose desde una investigación bibliográfica documental.

El segundo se refiere a la metodología utilizada para abordar las diferentes categorías de análisis que permitan construir los procesos adecuados para analizar de manera crítica la ley orgánica de salud mental en el Ecuador.

El tercero analiza cada artículo de la Ley Orgánica de Salud Mental identificando los dos modelos a los que puede responder, por un lado, el modelo biomédico hegemónico que ha estado presente a lo largo de la historia en los tratamientos en salud, por otro lado, el modelo comunitario que busca ser instaurado con la ley en los diferentes tratamientos y rehabilitación en Salud Mental. Además presenta los principales resultados del análisis crítico hecho con la información recolectada desde un cuadro comparativo-analítico de las leyes de salud mental en América Latina, haciendo ver los vacíos políticos existentes en la ley orgánica y como nuestra ley en salud mental sigue visibilizando el enfoque biomédico hegemónico, obteniendo conclusiones que, nos ayuden a reflexionar sobre la posibilidad de instaurar correctas políticas de estado en todos los niveles particular, singular y general, con recomendaciones para continuar con la lucha en beneficio de una mejora en salud mental.

Los procesos críticos que determinan la Ley Orgánica de Salud Mental son complejos y demasiado diversos, quiero hacer énfasis y una mención especial a la III marcha por la salud mental en donde participé, en esta tercera edición son cada vez más personas que salen a las calles a protestar por sus derechos, y hago mención especial porque en el 2024 a inicios de año la ley orgánica fue oficializada y al final del mismo año se continúa exigiendo salud mental de calidad, esto nos hace pensar que, la ley en este primer año no tuvo efecto, es cierto, ya es oficial pero, de ahí a que se cumpla como tal, todavía es un largo camino por trazar.

¿De qué manera, el contenido de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, está determinada socialmente?

Capítulo primero

Enfoque teórico-epistemológico de la salud mental: Categorías conceptuales para su análisis crítico

En el presente capítulo se realiza una síntesis general de cómo ha sido la salud mental global, regional y a nivel país antes y después de la Covid 19, sus consideraciones más específicas y sus procesos evolutivos con un antes y después tomando como punto de partida la pandemia, después se introducen las principales categorías del enfoque de la determinación social de la salud, para identificar como estos procesos pueden contribuir a la salud mental del Ecuador y la forma en que se reflejan en el instrumento de política pública que es la ley orgánica para direccionar la salud mental en un viraje desde el campo biomédico, hegemónico y asistencialista hacia una salud mental comunitaria contra hegemónica.

Se realiza una análisis desde los tres dominios de la determinación social de la salud, general, en un contexto socio-histórico, particular, modos de vida y singular, estilos de vida, buscando conocer procesos críticos históricos, sociales, políticos y subjetivos determinado por múltiples procesos que trascienden el plano clínico e individual, permitiendo comprender el sufrimiento mental desde su complejidad, orientando la construcción de políticas públicas emancipadoras actuando sobre sus raíces estructurales.

1. Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (Organización Panamericana de la Salud 2013, 2)

En este sentido podemos determinar que la salud mental puede comprenderse como un estado de bienestar integral en el que el individuo mantiene un adecuado y permanente equilibrio emocional, cognitivo y social, permitiéndole desplegar de manera efectiva sus capacidades personales y funcionales, este estado supone que la persona posee un conocimiento consciente y reflexivo de sus propias competencias, habilidades y recursos internos, lo que puede hacer mucho más fácil afrontar de manera adaptativa las tensiones, exigencias y conflictos inherentes a la vida cotidiana.

Por ello, este equilibrio psicológico posibilita al individuo a desempeñarse de forma productiva, eficiente y satisfactoria en los diferentes ámbitos de su vida laboral, académica, familiar y comunitaria, promoviendo su sentido de utilidad, autonomía y autorrealización, desde este punto de vista, la salud mental se expresa no solo en la capacidad de funcionar adecuadamente, sino también en la habilidad de establecer relaciones interpersonales saludables, de participar activamente en la sociedad y de contribuir de manera significativa al bienestar colectivo.

Desde una perspectiva contemporánea, este concepto trasciende la mera ausencia de trastornos mentales o disfunciones psicológicas, para concebirse como una condición dinámica y multidimensional que integra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En consecuencia, la salud mental implica un proceso continuo de adaptación, desarrollo y equilibrio, en el cual el sujeto logra armonizar sus necesidades individuales con las demandas del entorno, orientando su acción hacia la construcción de una vida plena, significativa y socialmente comprometida. En el informe de la secretaria del consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (2000) nos menciona que, una mente sana permite hacer frente a los desafíos de la vida, trabajar productivamente y aportar una contribución productiva a la propia comunidad, teniendo en cuenta lo mencionado debemos centrarnos lo que ha significado salud mental en los últimos años.

2. Antipsiquiatría

Es un término contrahegemónico que tiene una postura adversa a la Psiquiatría Clásica en todo su desarrollo histórico desde los años 60, no se denomina de una manera negativa a pesar del prefijo *anti*, sino en su posición definitoria que ha ido posibilitándose y legitimándose en la realidad social, no solo como denuncia y oposición, sino también como un espacio de creación, construcción y liberación teniendo lugar a alternativas de tratamiento y resistencia ante los tratamientos hegemónicos (Cea-Madrid y Castillo-Parada 2016, 171).

La antipsiquiatría surge en la década de 1960 como un movimiento crítico frente a las prácticas tradicionales de la psiquiatría, cuestionando tanto los fundamentos teóricos como las intervenciones clínicas que se centraban en la medicalización y la institucionalización de las personas con sufrimiento psíquico. Autores como Thomas Szasz (1961) y Franco Basaglia (1968) denunciaron que muchos diagnósticos psiquiátricos eran construcciones sociales utilizadas para controlar comportamientos que

no se ajustaban a las normas culturales o políticas, más que verdaderas enfermedades médicas. Este enfoque contrahegemónico propuso reconsiderar la noción de enfermedad mental y cuestionó los hospitales psiquiátricos como instrumentos de exclusión y segregación social, defendiendo la dignidad, autonomía y derechos de las personas afectadas.

El movimiento de antipsiquiatría promovió la desinstitutionalización, planteando que la recuperación del bienestar mental debía ocurrir en contextos comunitarios y no en confinamientos hospitalarios prolongados. Basaglia y su equipo en Italia impulsaron reformas legislativas y prácticas comunitarias que sirvieron de modelo para otros países, enfocándose en la integración social, la participación de familiares y la creación de dispositivos de apoyo comunitario. Según Roteili, De Leonardis y Mauri (1987), la desinstitutionalización no solo busca la curación individual, sino la reinención social del paciente, transformando la relación entre individuo, comunidad y servicios de salud.

Además, la antipsiquiatría promovió un enfoque crítico frente a la medicalización de la vida, denunciando la tendencia a convertir conflictos sociales, familiares o laborales en problemas clínicos que requieren intervención profesional. La medicalización, entendida como un proceso de control social a través de la medicina, impide abordar las causas estructurales de la angustia y genera estigmatización, pérdida de autonomía y dependencia del sistema de salud (La Valle, 2014; Foucault, 1977). En este sentido, la antipsiquiatría propone alternativas basadas en la educación, la participación social y el fortalecimiento de redes de apoyo, priorizando la prevención y la intervención comunitaria sobre la coerción y el aislamiento.

Finalmente, la antipsiquiatría constituye una herramienta epistemológica y política para repensar la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos y determinación social. Cea-Madrid y Castillo-Parada (2016) señalan que este movimiento no solo se limita a la denuncia de las prácticas hegemónicas, sino que genera espacios de creación, resistencia y construcción de alternativas terapéuticas centradas en la vida, la equidad y la participación ciudadana. Su legado es fundamental para la elaboración de políticas públicas inclusivas y leyes de salud mental que prioricen la atención comunitaria, la justicia social y la equidad territorial, desplazando enfoques puramente biomédicos o asistencialistas.

3. Fueros Históricos y evolución institucional de la Salud Mental en Ecuador

La atención de la salud mental en Ecuador tiene raíces históricas que reflejan paradigmas de segregación y control social. Durante la época colonial, los individuos con sufrimiento psíquico eran excluidos de la sociedad, reclusos en hospicios o instituciones religiosas bajo la premisa de que representaban un peligro o desorden social. Este enfoque se centraba en la contención física y moral más que en la rehabilitación, replicando patrones europeos de segregación y control de cuerpos considerados “anormales” (Zúñiga Carrasco y Riera Recalde 2018). La concepción de la enfermedad mental estaba imbricada con factores religiosos y culturales, donde lo patológico se entendía como un riesgo colectivo, más que un fenómeno individual, y el tratamiento se reducía a la reclusión y al aislamiento social.

Durante los siglos XIX y XX, con la consolidación de la República, se comenzaron a desarrollar instituciones psiquiátricas con un modelo biomédico centrado en el hospital psiquiátrico. Si bien estas instituciones representaron un avance técnico en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, su enfoque seguía siendo hospitalocéntrico, con poca integración comunitaria y escasa prevención estructural. La atención se fragmentaba entre el individuo y la enfermedad, dejando de lado los determinantes sociales y económicos que contribuían al sufrimiento psíquico (Pazmiño Márquez et al. 2022). Esta etapa histórica evidencia cómo el modelo asistencialista reforzó inequidades en el acceso a la salud mental, particularmente en poblaciones rurales e indígenas.

Hacia finales del siglo XX y en el siglo XXI, Ecuador inició un proceso de transformación hacia un modelo más integral. La implementación de planes nacionales de salud mental y estrategias de atención comunitaria marcó el reconocimiento de la salud mental como un derecho y un componente esencial de la salud pública. La desinstitucionalización, la integración de servicios comunitarios y la promoción de redes de apoyo social se convirtieron en prioridades, sentando las bases para la construcción de un marco normativo más inclusivo. Estos cambios reflejan la transición desde un enfoque centrado en la enfermedad hacia uno que reconoce la interacción de factores sociales, económicos y culturales en la salud mental (Silva Villavicencio 2020).

4. Antecedentes Normativos y Sociales para la construcción de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador

La Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador surge de un contexto marcado por la evidencia epidemiológica que demuestra la alta prevalencia de trastornos mentales y la persistencia de desigualdades en el acceso a servicios. Estudios nacionales muestran que la atención hospitalocéntrica y la falta de políticas intersectoriales limitaban la efectividad de la respuesta estatal ante los problemas de salud mental (García Guerra 2022). Las desigualdades territoriales, la ausencia de atención intercultural y las limitaciones en la cobertura comunitaria generaron la necesidad de un instrumento legal que garantizara no solo el tratamiento clínico, sino también la inclusión social, la prevención estructural y la protección de derechos.

Además, la construcción de esta ley se enmarca en lineamientos internacionales. La OMS y la OPS han promovido la necesidad de políticas públicas integrales de salud mental, reconociendo la importancia de abordar los determinantes sociales de la enfermedad y promover la atención comunitaria. En Ecuador, estos lineamientos se tradujeron en iniciativas que buscaban armonizar el enfoque clínico con estrategias de participación comunitaria, protección social y equidad territorial, considerando la diversidad cultural y las particularidades socioeconómicas del país (Kennedy Vaughn 2015). La ley se convierte así en un mecanismo para institucionalizar estas buenas prácticas y garantizar que la salud mental sea abordada como un derecho.

Finalmente, los antecedentes de participación ciudadana y académica fueron determinantes para la estructuración de la ley. Organizaciones de usuarios, movimientos de antipsiquiatría y colectivos sociales aportaron criterios que evidencian la necesidad de superar un modelo médico exclusivo y hospitalocéntrico. La recopilación de experiencias internacionales y la sistematización de datos nacionales permitieron consolidar un enfoque basado en la salud colectiva, integrando elementos de la epidemiología crítica, la participación comunitaria y la corresponsabilidad intersectorial. Así, la Ley Orgánica de Salud Mental no solo responde a necesidades clínicas, sino que también establece un marco para políticas públicas inclusivas, preventivas y sostenibles (Asamblea Nacional del Ecuador 2024).

5. Modelo biopsicosocial de salud mental

El modelo biopsicosocial propuesto por George Engel (1977) se erige como una propuesta integradora frente al reduccionismo del modelo biomédico. Este enfoque

sostiene que los trastornos mentales deben ser comprendidos como resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, el modelo permite una lectura más amplia de las condiciones de malestar emocional y sufrimiento psíquico, rescatando el contexto en el que se producen y sus determinantes estructurales.

Este modelo ha influido en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), especialmente en sus propuestas de atención comunitaria en salud mental. La OMS ha persistido en la urgencia de relegar la atención y el interés de los hospitales psiquiátricos hacia sistemas integrales y comunitarios de atención en salud, especialmente en salud mental, los cuales se centran en la dignidad, inclusión, derechos humanos y desinstitucionalización. En este sentido, puntualiza que la salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales. Es una condición de bienestar que permite a las personas afrontar los momentos de estrés, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad (Organización Mundial de la Salud 2022).

6. Epidemiología crítica

El médico ecuatoriano Jaime Breilh Paz y Miño en su libro *Epidemiología Crítica y la Salud de los Pueblos* menciona que la epidemiología crítica es un enfoque transformador que busca superar las limitaciones tradicionalistas, reduccionismo biomédico y causalidad lineal, que mantiene la epidemiología cartesiana, tomando relevancia una comprensión del carácter multidimensional de la salud (Breilh 2021, 216). Además, propone un análisis integral y multidimensional de la salud como proceso socialmente determinado, de esta manera, la epidemiología crítica considera procesos estructurales, históricos y sociales como una integración de los procesos en salud, la dinámica que existe en los procesos protectores y destructivos es un eje fundamental en la construcción de saberes (Breilh 2021, 132), todo lo antes mencionado toma un papel de vital importancia en el estudio de la salud mental.

Diferentes datos epidemiológicos han sido trabajos en el campo de la salud mental en el Ecuador, presentando diversos procesos de salud-enfermedad a través de la vida. Las enfermedades no transmisibles, entre ellas la salud mental, entre los 10 y 45 años de edad tienen un tercio y un cuarto de la carga total de los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud - oficina regional para las Américas 2020, 1–2).

En este sentido, es necesario dialogar con la epidemiología crítica para integrar los datos epidemiológicos en un análisis multidimensional integral y comprender que los tres trastornos principales en términos de vida ajustados por discapacidad representan del 35 al 50% de la carga total siendo diferenciado entre hombres y mujeres, los primeros son afectados más por el consumo de alcohol, autolesiones, suicidio y dolores de cabeza, mientras que las segundas por dolores de cabeza, trastornos depresivos y ansiedad.

La epidemiología crítica promueve la integración de saberes interculturales y transdisciplinarios, la participación activa de las comunidades y la movilización social, buscando transformar las condiciones de inequidad y procesos destructivos dentro de la salud colectiva organizando una nueva forma de salud pública (Breilh 2021, 151). La Epidemiología Crítica se orienta hacia el bien común, la justicia social, la equidad y la sostenibilidad, marcando como objetivo principal explicar los determinantes sociales y estructurales de los problemas de salud (Breilh 2021, 67), sin que el epistemicidio aparezca en la desaparición del conocimiento.

Es esencial entender y comprender las categorías que se trabaja desde la epidemiología crítica para llevar un proceso adecuado en la construcción de conocimiento y en la reproducción del mismo hacia la salud mental, teniendo un análisis global y minucioso de la ley orgánica realizando una reestructuración hacia los componentes inadecuados en el instrumento de política.

Por último, dicho desde la epidemiología crítica, son los procesos protectores y destructivos quienes forman parte relevante en la salud mental en el Ecuador, ya que, desde la ley orgánica se puede identificar todos los procesos para la construcción de protocolos estables que benefician a la salud mental del país, desde la epidemiología se puede intervenir de manera precisa en la identificación de los casos (diagnóstico y prevalencia), es importante para orientar las planificaciones de las acciones a seguir (Rodríguez, Kohn, y Aguilar-Gaxiola 2009, 3).

Las categorías de la Epidemiología Crítica son fundamentales para poder trabajar y comprender la salud mental de una manera más integral e integrada, estas categorías nos ayudan de distinta manera ampliando el conocimiento desde el paradigma de la Salud Colectiva, las categorías que se trabajará serán los siguientes.

6.1 Determinación social de la salud

Ha existido siempre un enfrentamiento constante entre la medicina social latinoamericana y la tradición occidental en el momento de comprender los procesos de

salud. La postura occidental, contenida por organismos internacionales, y la vieja escuela de la salud pública insiste en un enfoque de los determinantes sociales de la enfermedad que se centra en el individuo; en cambio, la corriente latinoamericana se basa en una perspectiva comunitaria y colectiva que cuestiona esos modelos individualistas arraigados durante años. Por lo tanto, Solíz (2016) menciona que hablar de determinación social de la salud no es igual que hablar de determinantes sociales de la salud, es decir, cuando trabajamos desde la determinación social de la salud, nuestro pensamiento y perspectiva va mucho más allá, abarcando sistemas sociales, económicos y políticos.

Por ello, al analizar la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador desde la categoría de la determinación social de la salud, nos alejamos de una visión individualista del proceso salud-enfermedad. Tampoco nos anclamos en la perspectiva tradicional de la salud pública ni en el modelo médico hegemónico y asistencialista. Nuestro enfoque se orienta hacia la construcción de un modelo biopsicosocial, comunitario y contra hegemónico, integrando aportes de la antipsiquiatría, entendida como una corriente crítica de la psiquiatría convencional. Esta perspectiva cuestiona profundamente las formas de intervención en salud mental, incluyendo los métodos, diagnósticos y tratamientos.

Como señala Vásquez Rocca (2011), la antipsiquiatría ha buscado reformar las instituciones manicomiales y transformar las relaciones entre el personal y los pacientes, promoviendo una apertura hacia el universo de la locura y desafiando incluso la noción misma de enfermedad mental. Para potenciar estas perspectivas colectivas, el modelo propuesto por Jaime Breilh destaca cinco componentes fundamentales que expresan su complejidad multidimensional:

- a) Multidimensionalidad: salud abarca espacio “macro” y “micro”; las dimensiones “general” (G)/ “particular” (P)/ “singular” (S)
- b) Carácter contradictorio de su movimiento: estructuras de reproducción y procesos de generación; así como oposición de procesos protectores y malsanos en todas las dimensiones.
- c) Jerarquía y conexión: “subsunción” y “autonomía relativa”.
- d) Identidad: comunidad (unidad) y diversidad.
- e) Sistema: abierto-irregular y cerrado-regular. (Breilh 2010b, 109)

Breilh (2013a) afirma que, la concepción de la determinación social de la salud, como toda propuesta transformadora, no surge de reflexiones individuales aisladas, sino que representa una manifestación del pensamiento crítico que impregnó al movimiento latinoamericano de medicina social, hoy conocido como salud colectiva. Su origen fue el resultado de la convergencia entre las demandas de colectivos sociales organizados, el

surgimiento de nuevas herramientas analíticas y la formulación de un proyecto claro orientado a sustituir el paradigma obsoleto y empirista-funcionalista de la antigua salud pública de los años setenta, todo lo anteriormente mencionado, resulta de la interacción entre las dimensiones general, particular e individual, y es por esto que, no se trata de hechos aislados.

En la figura 1 resalta cómo la mirada colectiva de la salud posibilita un análisis integral de las formas de vida, así como de las exposiciones y condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y laborales que atraviesan tanto a comunidades como a individuos. Además, permite comprender cómo se generan y desarrollan procesos críticos en espacios específicos, como son los centros de internamiento en salud mental, ampliando la comprensión tradicional del proceso salud-enfermedad. A partir de esta perspectiva, es posible diseñar estrategias más contextualizadas y efectivas que respondan a las necesidades reales de las poblaciones que requieren políticas públicas en salud mental.

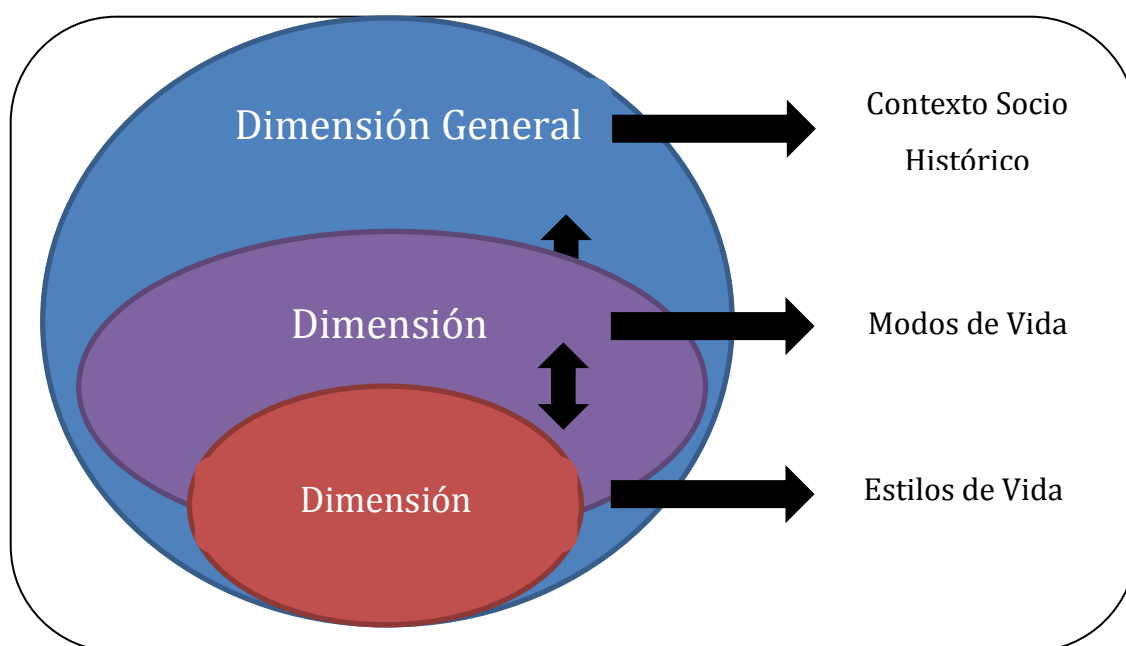


Figura 1. Modos de vida, propuestos desde la epidemiología crítica
Fuente: (Breilh 2021)

En conclusión, la determinación social de la salud se trata de una categoría que cuestiona profundamente el paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología tradicional y, al mismo tiempo, ofrece una herramienta analítica para comprender e intervenir en las conexiones entre la reproducción social, las formas de vida y los procesos de enfermar y morir.

6.2 Reproducción social

Una de las categorías fundamentales dentro de la epidemiología crítica es la reproducción social, esta categoría adquiere un papel central en el pensamiento de Jaime Breilh. Según este autor (2021), permite visibilizar las complejas interrelaciones entre diversas esferas de la vida social, tales como el Estado, la sociedad, la familia, el consumo, el mercado, la clase social, la etnia, el género, entre otros aspectos esenciales que configuran y estructuran las condiciones de existencia de las personas. No se trata únicamente de analizar la dinámica económica o los patrones de consumo, sino de comprender cómo estas relaciones expresan y reproducen estructuras culturales, políticas y ecológicas que configuran el vínculo entre la sociedad y la naturaleza.

En este sentido, la categoría de reproducción social trasciende las explicaciones reduccionistas basadas en el empirismo causal tradicional, que busca identificar relaciones lineales entre causa y efecto en los procesos de salud y enfermedad. Por el contrario, plantea que la salud es el resultado de una compleja interacción dialéctica entre las tres dimensiones de la determinación social (general, particular e individual), las cuales se entrelazan y desencadenan procesos críticos en contextos históricos específicos. Así, la reproducción social permite comprender cómo ciertas condiciones materiales, simbólicas y estructurales determinan no solo los modos de enfermar y morir, sino también las formas en que las sociedades enfrentan y responden a sus necesidades vitales y de consumo (Breilh 2022).

6.3 Dimensión general / contexto sociohistórico

La dimensión general de la determinación social aborda la superestructura y todos aquellos procesos que trabajan dentro del funcionamiento estructural de la sociedad en su conjunto, especialmente en el contexto actual dominado por la lógica del capitalismo global. En esta esfera se evidencian las tendencias macrorestructurales que moldean la vida social contemporánea: una aceleración constante del proceso de acumulación capitalista, que ha derivado en una concentración cada vez mayor de la riqueza y del poder en manos de una élite propietaria cada vez más pequeña y poderosa (Breilh 2010b, 102).

Por otro lado, este proceso no solo intensifica la explotación de los recursos naturales, llevando a una degradación ecológica sistemática, sino que también implica una creciente expropiación de derechos sociales, económicos y políticos. Se imponen nuevas formas de dominación que van más allá de los mecanismos tradicionales, entre

ellas la denominada subsunción cibernética, entendida como la integración de las tecnologías digitales y los sistemas de control informático en todos los ámbitos de la vida, con el fin de intensificar la vigilancia, el control del trabajo y el consumo, y generar nuevas dependencias dentro del sistema capitalista (Breilh 2013, 19).

Esta dimensión general, por tanto, no solo actúa como contexto, sino como motor estructurante de las desigualdades sociales y las condiciones que afectan directamente los procesos de salud y enfermedad, al imponer lógicas de acumulación, exclusión y dominación que penetran en las demás dimensiones de la vida social.

6.4 Dimensión particular / modos de vida

Para comprender en profundidad los procesos críticos que conforman la dimensión particular, referida a los modos de vida, dentro de la determinación social, resulta imprescindible analizar el proceso salud-enfermedad en estrecha relación con las formas de vida de las personas a quienes afecta directamente la Ley Orgánica de Salud Mental (2024), eje central de nuestro estudio. Solo al considerar estas condiciones cotidianas, culturales, económicas y sociales es posible realizar una lectura crítica y contextualizada del impacto real de dicha legislación.

La acelerada acumulación de capital, como modelo dominante que se ha arraigado en las ciudades y en los barrios donde transcurre la vida cotidiana, genera fisuras profundas en el tejido social. Estas fracturas propician la consolidación de estructuras de poder que se manifiestan de manera evidente en los procesos tanto protectores como destructivos, así como en las marcadas desigualdades de clase social, en las relaciones étnicas y en las dinámicas de poder basadas en el género (Breilh 2010b, 103). En este sentido, Breilh (2010b) enfatiza sobre los modos de vida:

Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder (Breilh 2010b, 103).

De la manera más precisa y directa, se apertura las particularidades de los diferentes modos de vida en la colectividad y este modo de vivir según Breilh (2010b) consiste en:

- a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.

- b) Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistemas de acceso; patrones de consumo.
- c) Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad (clase para sí).
- d) Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.
- e) Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza. (Breilh 2010b, 103)

6.5 Dimensión Singular / Estilo de Vida

El espacio vital del individuo y su familia constituye una manifestación concreta de los procesos históricos, sociales y culturales que configuran la vida cotidiana de las personas. Este entorno íntimo no debe ser entendido únicamente como un lugar físico, sino como un escenario en el que se expresan, reproducen y transforman prácticas, valores, creencias y modos de organización que inciden directamente en la forma en que las personas enfrentan situaciones de salud o enfermedad.

De acuerdo con Breilh (2010b), los estilos de vida no son simples elecciones individuales, sino que están profundamente condicionados por las determinaciones sociales y estructurales que actúan sobre los cuerpos y subjetividades. En este sentido, es en el ámbito singular donde pueden observarse de forma más clara los procesos protectores o destructivos para la salud, los cuales emergen de las formas en que las personas asumen, enfrentan o negocian sus condiciones de existencia. Breilh (Breilh 2010b) señala que aquellos estilos de vida marcados por dinámicas destructivas inciden en el desarrollo de los fenotipos y genotipos, generando tanto procesos favorables como respuestas fisiológicas adaptativas o mecanismos de defensa psicológica, alteraciones y trastornos, vulnerabilidades fisiopatológicas, limitaciones físicas o debilidades emocionales (Breilh 2010b, 92).

Por ello, para comprender en profundidad los modos de vida de las personas en estudio, es necesario identificar una serie de características que permitan mapear cómo se construyen sus prácticas cotidianas en torno a la salud mental y cómo estas influyen en los individuos. Algunos de los aspectos clave a observar son:

- a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.
- b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación.
- c) Concepciones y valores personales.
- d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- e) Itinerario ecológico personal. (Breilh 2010b, 104)

Este enfoque permitirá visibilizar los factores que favorecen la salud y aquellos que la ponen en riesgo, desde una perspectiva situada y coherente con los principios de la salud colectiva, donde el análisis del sujeto concreto, en su entorno vital, es esencial para una comprensión integral del proceso salud-enfermedad.

7. Metabolismo sociedad-naturaleza

El metabolismo sociedad-naturaleza puede entenderse como el conjunto dinámico de interacciones entre los sistemas sociales y los ecosistemas, configurado a través de los procesos de producción, circulación, distribución y consumo que tienen lugar en las distintas dimensiones de la reproducción social: la individual, particular y la general. Estas relaciones no son neutras, sino que están atravesadas por relaciones de poder y por el modelo socioeconómico dominante, el cual determina en gran medida el tipo de intercambio que se establece entre la sociedad y la naturaleza.

En este contexto, el metabolismo sociedad-naturaleza se convierte en un campo de tensiones y contradicciones, donde se expresan tanto procesos protectores como destructivos. Por un lado, pueden desarrollarse formas de relación sustentables que preservan los bienes naturales y promueven el bienestar social. Por otro lado, en contextos donde prevalece un modelo económico extractivista y orientado a la acumulación, se generan dinámicas que degradan los ecosistemas y vulneran la salud de las poblaciones. Estas dinámicas están condicionadas por múltiples factores: relaciones sociales desiguales, decisiones políticas, intereses económicos, prácticas culturales y marcos institucionales que favorecen determinadas formas de apropiación de la naturaleza.

La figura 2 “permite identificar los principales procesos críticos resultantes del metabolismo y la reproducción social y natural: utilización, transformación, distribución, consumo y excreción” (Allan Künzle 2021, 10).



Figura 2. La Reproducción Social y el Metabolismo "S-N"

Fuente: (Breilh 2019, 14).

Desde esta perspectiva, la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador, puede ser analizada no solo como un instrumento normativo en el campo sanitario, sino también como una expresión y una respuesta parcial a las tensiones que emergen del metabolismo sociedad-naturaleza en el contexto ecuatoriano. Este análisis permite identificar cómo la ley visibiliza o, en otros casos, invisibiliza las determinaciones ambientales, sociales y estructurales que inciden en los procesos de salud mental.

Uno de los principales límites de la Ley orgánica es que, no desarrolla de forma suficiente la relación entre la degradación ecológica, los modelos de desarrollo extractivistas y las afectaciones psíquicas y emocionales de las poblaciones, y todo lo que esto conlleva. En un país marcado por procesos de acumulación por desposesión como el extractivismo minero, petrolero, agrícola e inmobiliario, las comunidades experimentan desplazamientos forzados, pérdida de territorios ancestrales, contaminación de fuentes de agua, pérdida de soberanía alimentaria y ruptura de vínculos comunitarios. Todos estos procesos tienen impactos profundos en la salud mental colectiva, expresándose en angustias existenciales, duelos no resueltos, estrés crónico, desesperanza y sufrimiento psíquico.

El metabolismo sociedad-naturaleza también permite comprender que la salud mental no se distribuye de manera equitativa en el territorio. Existen territorios que, por estar sometidos a procesos de sobreexplotación de la naturaleza, alta conflictividad social o marginación institucional, presentan mayores niveles de afectación psíquica. Por

ejemplo, zonas rurales impactadas por agroindustrias o minería ilegal enfrentan simultáneamente contaminación ambiental, pérdida de medios de vida y violencia, condiciones que inciden directamente en la salud mental de sus habitantes.

Sin embargo, la Ley Orgánica carece de un enfoque territorial diferenciado que reconozca estas desigualdades socio ecológicas. No existen disposiciones específicas para responder a contextos de crisis ecológica, violencia extractiva o desastres ambientales. Esto limita su capacidad de actuar en los espacios donde el metabolismo sociedad-naturaleza se manifiesta de forma más destructiva y donde el sufrimiento psíquico no es simplemente individual, sino particular y general.

Una ley verdaderamente transformadora debe reconocer que no puede haber salud mental sin justicia social, ni justicia social sin justicia ambiental. En un país como Ecuador, con una riqueza natural tan grande como su desigualdad social y ecológica, pensar el metabolismo sociedad-naturaleza es clave para construir un marco normativo que no solo repare el daño, sino que transforme las condiciones que lo producen.

8. Subsunción y autonomía relativa

La idea de subsunción, proveniente del pensamiento marxista, constituye un aporte clave para entender que la determinación social no puede reducirse a una influencia externa o superficial. En el contexto específico que se analiza, los procesos que generan condiciones epidemiológicamente nocivas no ocurren de manera azarosa ni son simplemente el resultado de fallos técnicos o éticos, sino que están profundamente integrados en la lógica estructural del sistema de acumulación capitalista (Breilh 2010b, 101). Esto visibiliza que, los procesos destructivos no son procesos aislados, más bien sigue la lógica de políticas malsanas que forman parte de los sistemas capitalistas, donde se incrementa la acumulación del capital y su objetivo claro y específico es eso. Según Breilh (2010b, 101), dice lo siguiente:

El hecho es que la conexión entre lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social. (Breilh 2010b, 101)

El concepto de autonomía relativa permite comprender que el proceso salud-enfermedad no es lineal ni homogéneo, sino que se caracteriza por su complejidad y contradicciones, desarrollándose en múltiples dimensiones. Este proceso presenta una estructura jerárquica que puede comportarse, según el contexto y el momento histórico, como un sistema abierto, dinámico e irregular, o como uno cerrado y más predecible. En este marco, los modos de vida de las personas están influenciados por su trayectoria histórica, las posibilidades de transformación, y los límites impuestos por el modelo de acumulación económica dominante en cada ciudad. No obstante, incluso dentro de estructuras sociales rígidas, los actores pueden generar momentos de resistencia o ruptura, aprovechando los márgenes de autonomía relativa y las fisuras que inevitablemente existen en todo sistema de poder (Breilh 2010b, 102).

9. Procesos Críticos de la Salud

Jaime Breilh (2021), menciona lo siguiente:

La categoría proceso crítico de la salud se entiende como un movimiento de transformación multidimensional, socialmente determinado, que genera encarnaciones concretas en la salud humana, colectiva e individual, y en los ecosistemas más amplios y locales, todo eso en un espacio social específico (territorio) y de acuerdo con la distribución del poder y la capacidad generativa que determinan las relaciones de clase, género y etnoculturales (Breilh 2021, 30).

En este sentido, es indispensable hablar sobre los principales procesos críticos que se determinan socialmente siendo estos procesos protectores y destructivos identificados dentro de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador. Uno de los más prominentes es la desinstitucionalización como un proceso crítico que sigue los mismos parámetros de la ley 180 o la ley Bassaglia implantada en Italia el siglo pasado y que con ella se llevó bastantes procesos de salidas del hospital psiquiátrico a personas internadas, mayoritariamente, de manera involuntaria, es un proceso en el cual se debe tomar en cuenta mucho los dispositivos sociales que sean trabajados por la comunidad y para la comunidad.

Se da autonomía en su proceso de recuperación en los diferentes malestares psíquicos por los cuales han sido internados y generando para ellos una fuente de ingresos por las actividades remuneradas que pueden realizar sin infantilizar sus obras generadas. Por ello, puede ser vista como proceso destructivo, el estigma que tenemos hacia las personas institucionalizadas de ser personas peligrosas que solo deben ser encerradas, y

como proceso protector, en donde desde diferentes tratamientos y experimentos, se ha visto que el encierro no es terapéutico y que la autonomía en su proceso de tratamiento les ayuda a superar de mejor manera su malestar psíquico.

Otro de los procesos críticos, es la inversión destinada del estado a la salud. Por otro lado, existe el recorte presupuestario que ha experimentado en los últimos años la salud en especial la salud mental, pese a la prevalencia de los trastornos mentales, un 46% de los países sudamericanos le distribuyen a la salud mental entre el 2% y 5% del presupuesto sanitario y un 30% le adjudican menos del 2% (Henao et al. 2016, 186).

Esta deficiencia presupuestaria afecta de manera exponencial a las poblaciones más vulneradas (niños, niñas, adultos mayores, víctimas de desastres, poblaciones indígenas y sectores marginados) que muy pocas veces encuentran respuestas satisfactorias y necesarias en el ámbito de la salud mental.



Figura 3: La salud un objeto multidimensional

Fuente: (Breilh 2013)

10. Políticas públicas en salud mental

Las políticas públicas en salud mental son el conjunto de decisiones, normas, planes, programas y acciones implementadas por los Estados para garantizar el derecho a la atención integral de la salud mental de la población. Estas políticas no solo buscan proveer servicios clínicos, sino también abordar los determinantes sociales, económicos y culturales que inciden en el bienestar psíquico de los individuos y comunidades.

A nivel global, el reconocimiento de la salud mental como un componente esencial de la salud integral ha sido creciente, impulsado por organismos internacionales

como la Organización Mundial de la Salud, que desde su Plan de Acción en Salud Mental 2013-2030 promueve una atención comunitaria, inclusiva, con respeto a los derechos humanos y basada en evidencia (Campodónico 2018, 6).

Por otro lado, Campodónico (2018) nos menciona que:

Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. (Campodónico 2018, 8)

Históricamente, las políticas de salud mental se han sustentado en un enfoque biomédico centrado en la medicalización y la institucionalización, lo que ha reforzado el estigma, la exclusión social y la pérdida de autonomía, además de omitir los determinantes estructurales que inciden en el sufrimiento psíquico.

A pesar de las reformas psiquiátricas en varios países, muchas políticas públicas aún reproducen lógicas asistencialistas y curativas, con escasa participación comunitaria y poca articulación intersectorial.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, como menciona Breilh (2007), se ha planteado la necesidad de políticas públicas que superen el reduccionismo clínico y que reconozcan la salud mental como un proceso complejo, histórico y social. Esto implica:

- Impulsar la desmanicomialización fortaleciendo redes comunitarias de cuidado.
- Instaurar la interculturalidad, especialmente en contextos rurales y marginales.
- Promocionar una activa participación de las personas usuarias de los diferentes servicios de salud mental en la formulación y evaluación de políticas.
- Articular acciones entre sectores como salud, educación, trabajo, justicia y protección social.
- Visualizar los efectos de la desigualdad, el extractivismo, la migración forzada, la violencia de género, entre otros procesos, dentro de la determinación de la salud mental.
- Analizar cuáles son los modos de vida y el sufrimiento social y mental como una expresión dentro de las condiciones estructurales (Breilh 2007)
- Promover las organizaciones sociales y la autonomía en la comunidad como soporte fundamental de transformación en los procesos.

Capítulo segundo

Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación busca responder la siguiente pregunta: ¿De qué manera, el contenido de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, está determinada socialmente?

Su objetivo general es analizar críticamente la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, identificando como dicha ley, está determinada socialmente en el país. Los objetivos específicos son los siguientes: 1) Indagar la situación de la salud mental, situaciones problemáticas, marco legal, el contexto político y social, y la importancia de implementar una ley desde la salud colectiva. 2) Comparar la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador, con otras leyes de América Latina para identificar las falencias teóricas y metodológicas implicadas en la ley aprobada en el país. 3) Establecer lineamientos específicos en el campo de la salud mental que incorpore el enfoque de la determinación social en sus dimensiones general, particular y singular.

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo y observacional, orientado a la identificación y comprensión del problema central de la investigación. El estudio no implicó intervención ni modificación de las condiciones iniciales, sino que se centró en la observación y descripción sistemática de los hechos, a partir de un marco teórico previamente definido que guió el análisis y la interpretación de la información.

La presente investigación trabajó técnicas cualitativas como mapas mentales, observaciones, revisión bibliográfica y documental. El estudio se realizó bajo el enfoque de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud.

Un instrumento importante para el diseño y la triangulación de técnicas fue la matriz de procesos críticos. La intención de este estudio es conocer los procesos críticos de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, desde sus tres dimensiones, general, particular e individual, para identificar que procesos deben ser cambiados y que cumpla con los lineamientos específicos dentro de la Salud Colectiva. El desarrollo de la matriz de procesos críticos se basa en la fase de comprensión del objeto de estudio y la fase del descubrimiento de los procesos en cada dominio, general, particular e individual, escenarios que fueron contruidos en base a los postulados de Breilh (2004) sobre la determinación social de la salud, operativamente resultaron del aporte del diseño

metodológico aplicado en esta investigación y que su operacionalización se muestra en la tabla 1.

Tabla 1
Matriz de procesos Críticos de la ley orgánica de salud mental (Ecuador)

Dominio	Categorías Conceptuales Claves	Procesos Protectores	Procesos Destructivos
General (estructuras sociales y políticas)	- Concepciones de la salud mental - Justicia Social - Modelo de Desarrollo	- Reconocimiento legal del sufrimiento como fenómeno social y comunitario. - Enfoque de derechos humanos y buen vivir.	- Pobreza estructural y precarización laboral. - Colonialismo Médico. - Desigualdad territorial persistente.
	- Interculturalidad - Racismo Estructural	- Declaración de enfoque intercultural y pluricultural.	- Imposición del modelo biomédico occidental. - Invisibilización de saberes ancestrales.
	- Participación Popular. - Redistribución.	- Mención de participación comunitaria en la ley.	- Concentración del poder institucional. - Inversión insuficiente en servicios en zonas rurales y periféricas.
Particular (Instituciones, Sistemas y Prácticas)	- Modelos de atención - Redes intersectoriales	- Propuesta de atención comunitaria, integral e intersectorial.	- Fragmentación del sistema de salud. - Medicalización del sufrimiento. - Falta de integración institucional.
	- Prácticas Profesionales. - Formación Crítica.	- Inclusión de la salud mental en el primer nivel. - Potencial para formación con enfoque crítico.	- Predominio de formación biomédica. - Prácticas verticales y estigmatizantes.
	- Derechos en la atención.	- Prohibición de tratos inhumanos y degradantes. - Consentimiento Informado.	- Violación de derechos en internamientos. - Diagnósticos sin enfoque contextual ni de género.
Singular (Subjetividad, experiencia y cuerpo vivido)	- Subjetividad. - Experiencia del sufrimiento.	- Reconocimiento del malestar como legítimo. - Apertura a múltiples formas de expresión y cuidado.	- Invisibilización del sufrimiento cotidiano. - Estigma y silencio cultural frente a la locura.
	- Autonomía y voz del sujeto.	- Derecho a decidir sobre tratamientos. - Inclusión de la persona en su proceso de cuidado.	- Reducción del sujeto a paciente. - Falta de escucha real en la atención.
	- Cuidado Colectivo - Vínculos	- Fomento de redes comunitarias y familiares en la ley.	- Individualización del tratamiento. - Ausencia de soporte social y comunitario efectivo.

Fuente: (Breilh 2013)
Elaboración propia

1. Contexto histórico y fases de construcción de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador

El proceso de construcción de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador tiene como base fundamental la Constitución de la República del Ecuador de 2008, la cual reconoce la salud como un derecho humano fundamental y una obligación primordial del Estado. En el artículo 32 se establece que la salud es un derecho que se garantiza mediante políticas económicas, sociales, culturales y ambientales, incorporando una visión integral que permite incluir la salud mental como parte constitutiva del bienestar. Sin embargo, pese a este reconocimiento constitucional, durante varios años la salud mental careció de un desarrollo normativo específico y autónomo, permaneciendo subsumida dentro de regulaciones generales del sistema de salud (República del Ecuador 2008).

Antes de la promulgación de la Ley Orgánica de Salud Mental, el principal cuerpo legal que abordaba esta temática fue la Ley Orgánica de Salud (2006). Esta normativa incorporó referencias generales a la atención de la salud mental como parte de los servicios integrales de salud, asignando responsabilidades al Estado para la prevención y atención de trastornos mentales. No obstante, su enfoque fue limitado, biomédico y fragmentado, sin desarrollar principios de derechos humanos, atención comunitaria o enfoques interculturales específicos para la salud mental (República del Ecuador 2006).

Paralelamente, el Ministerio de Salud Pública impulsó instrumentos técnicos como el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y planes nacionales de salud mental. Estos documentos representaron avances importantes en términos conceptuales y programáticos, pero carecieron de fuerza vinculante, lo que evidenció la necesidad de una ley orgánica específica que garantizara sostenibilidad, financiamiento y rectoría estatal (Ministerio de Salud Pública 2013).

Entre 2018 y 2021 se presentaron diversos proyectos de ley relacionados con la salud mental en la Asamblea Nacional. Estas iniciativas abordaron problemáticas específicas como la prevención del suicidio, la atención a personas con trastornos mentales y la protección de derechos en contextos institucionales. La multiplicidad de propuestas reflejó una creciente preocupación social y política por el deterioro de la salud mental, intensificado por factores estructurales como la desigualdad social y, posteriormente, por la pandemia de COVID-19 (Proyecto de Ley de Salud Mental 2021).

Entre 2022 y 2023, el proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental atravesó un proceso de debate legislativo más sistemático en la Comisión del Derecho a la Salud. En esta fase se incorporaron enfoques de derechos humanos, perspectiva comunitaria, interculturalidad y corresponsabilidad estatal. Asimismo, el impacto psicosocial de la pandemia reforzó el consenso político sobre la urgencia de contar con un marco normativo específico para la salud mental (Asamblea Nacional del Ecuador 2025).

El 14 de diciembre de 2023, el Pleno de la Asamblea Nacional aprobó por unanimidad la Ley Orgánica de Salud Mental, allanándose a las observaciones del Ejecutivo. Este hecho marcó el cierre de un proceso legislativo prolongado y la consolidación de un consenso institucional sobre la centralidad de la salud mental en la política pública (Primicias 2023).

Con base en lo expuesto, se presenta a continuación un cuadro que sistematiza los proyectos de ley vinculados a la salud mental que fueron ingresados y debatidos en la Asamblea Nacional con anterioridad a la presentación y aprobación de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador. Esta línea de tiempo permite comprender el proceso de construcción normativa, así como identificar los aportes, tensiones y elementos clave que incidieron de manera significativa en la configuración y promulgación del cuerpo legal vigente.

Tabla 2
Proyectos de Ley vinculados a la Salud Mental Calificados en el Ecuador

Proyectos	Proponente	Fecha de Presentación	Calificación del CAL	Aporte	Observación
Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Prevención del Suicidio (349026)	Asambleísta Lira Villalva	06 – 12 – 2018	05-02-2019: Resol.CAL-2017-2019-645	Trabajo relativamente técnico, con foco en prevención de suicidio, como una “puerta de entrada” a un esquema más amplio de normativa sobre salud mental.	Fue uno de los primeros intentos legislativos en incorporar la prevención del suicidio como parte de un enfoque de salud pública y establecer un marco legal específico para este problema, con clasificación (CAL) en febrero de 2019. Este proyecto buscaba crear mecanismos más sólidos de prevención y articulación comunitaria.
Proyecto de Ley para mejorar la calidad de atención integral de salud, con el fin de prevenir, tratar y reintegrar a las personas que sufren depresión a sus familias (354986)	Asambleísta Teresa Benavides	06 – 02 – 2019	03-04-2019: Resol.CAL-2017-2019-691	Incluyó criterios clínicos y comunitarios, buscando ampliar el acceso y calidad de servicios de salud mental, con enfoque en respeto a derechos humanos.	Este proyecto tenía como objetivo avanzar en medidas para prevención, tratamiento y reintegración de personas que sufren depresión y afecciones mentales, con enfoque en atención integral y derechos de las personas.
Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental (T383050)	Asambleísta Vicente Taiano	24 – 10 – 2019	17-08-2021: Resolución Nro. 2021-2023-069	Fue un primer intento de articulación sectorial más amplio, que incluyó definiciones jurídicas, obligaciones del Estado, y enfoques de atención y rehabilitación. Este proyecto fue parte del material unificado tiempo después.	Una de las propuestas más amplias hasta ese momento — buscaba estructurar un cuerpo legal general de salud mental (no solo prevención de suicidio).

Proyecto de Ley de Salud Mental (T384145)	Asambleísta Mercedes Serrano	30 – 10 – 2019	28-09-2020: Resolución No. 2019-2021-358	Con énfasis en promoción y práctica clínica, este proyecto contribuyó con insumos para un texto unificado que posteriormente se trabajó.	Fue una propuesta complementaria que también buscaba normar atención, derechos y enfoques desde un punto de vista integral.
Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador (VMLP-2020-0073-M)	Asambleísta Lira Villalva	20 – 11 – 2020	10-02-2021: Resolución No. 2019-2021-402	Este proyecto recogió aportes técnicos y condujo a debates en comisión, incluso con invitación de especialistas en salud mental comunitaria para respaldar contenidos.	Fue uno de los proyectos más importantes antes de la unificación, con una propuesta amplia que incluía promoción, prevención, atención, rehabilitación e inserción comunitaria de las personas con trastornos mentales.
Proyecto de Ley Orgánica de Atención Prioritaria a la Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes (410310)	Asambleísta Bella Jiménez	06 – 10 – 2021	08-12-2021: Resolución Nro. 2021-2023-250	Aportó enfoque intersectorial con educación y protección social, fortaleciendo la perspectiva de ciclo de vida en salud mental.	Centraba la normativa en infancia y adolescencia, reconociendo la necesidad de protección especial y atención temprana ante factores de riesgo.
Proyecto de Ley de Salud Mental (AN-GVRE-2021-0114-M) (Incluye alcance de fecha 13-12-2021)	Asambleísta Ronal González	11 – 12 – 2021	21-02-2022: Resolución Nro. 2021-2023-384	Este proyecto incluía participación de colectivos y organizaciones de salud, psiquiatras y sociedad civil desde el diseño (colaboraciones con Defensoría del Pueblo y asociaciones profesionales).	Fue otro proyecto clave que buscó ampliar la cobertura normativa con enfoque de derechos humanos y atención comunitaria.
Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental Comunitaria (As. Pierina Correa / 417778)	Asambleísta Pierina Correa	28 – 03 – 2022	07-06-2022: Res. 2021-2023-515	Contribuyó a introducir el término <i>comunitaria</i> en el articulado, enfatizando enfoque de atención integral y promoción social.	Fue incluido en el grupo de iniciativas para unificación.
				Este proyecto incorporó de manera explícita el enfoque	El énfasis exclusivo en la población infantil y adolescente

Proyecto de Ley Orgánica Reformativa a la Ley Orgánica de Salud para la Promoción, Prevención y Atención Integral en Salud Mental a Niñas, Niños y Adolescentes (As. Nelly Plúas / 422385) (Unificado en 2do debate)	Asambleísta Nelly Plúas	13 – 07 – 2022	08-11-2022: 2021-2023-719	de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes, priorizando la promoción y prevención en salud mental dentro del sistema público de salud, lo que permitió visibilizar a este grupo etario como sujeto de atención diferenciada y sentar bases para la articulación intersectorial entre salud, educación y protección social.	limitó su alcance estructural, ya que no abordó de forma integral los determinantes sociales ni la continuidad del cuidado en las distintas etapas del curso de vida, lo que evidenció la necesidad de una normativa autónoma y más amplia en materia de salud mental.
Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental (As. Daniel Onofa / 432415) (Unificado en 2do debate)	Asambleísta Daniel Onofa	08 – 02 – 2023	27-03-2023: 2021-2023-907	Este proyecto representó un avance sustantivo al proponer una ley específica de salud mental, reconociéndola como un derecho humano fundamental y planteando un marco normativo orientado a la atención integral, la desinstitucionalización progresiva y el fortalecimiento de servicios comunitarios, alineados con estándares internacionales.	Si bien el proyecto amplió el abordaje normativo, presentó debilidades en la definición operativa de mecanismos de financiamiento, rectoría y evaluación, lo que generó tensiones entre el reconocimiento formal del derecho y la viabilidad efectiva de su implementación en el sistema nacional de salud.

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2025)
Elaboración Propia

Las múltiples iniciativas listadas anteriormente no avanzaron de forma individual a trámite final, sino que la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud y Deporte decidió unificarlas en un solo proyecto consolidado en 2022. Esto se hizo mediante resoluciones de CAL para reunir los aportes técnicos y normativos de cada iniciativa y producir un texto único que se debatió en el Pleno de la Asamblea.

Marcos Molina fue clave en la consolidación del texto unificado debatido y aprobado en el Pleno, incorporando enfoques de prevención, promoción comunitaria, ciclo de vida, intersectorialidad y derechos humanos, con aportes de más de veinte actores de la sociedad civil, instituciones públicas y expertos.

2. Definición y caracterización de la población y muestra

El territorio de ámbito de incidencia de las políticas públicas y la nueva ley de salud mental es el de Ecuador y su población. El contexto en el que se situó el estudio es enfocado en los profesionales de la salud mental expertos en políticas públicas y que trabajaron en la construcción de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, así como también profesionales con experticia en el campo de salud colectiva y la epidemiología crítica a nivel nacional. Se trabajó con una muestra por conveniencia de profesionales de la salud mental que estudiaron y trabajaron el proyecto de ley, con un amplio conocimiento en políticas públicas.

Los profesionales entrevistados fueron incluidos en el estudio mediante un muestreo intencional no probabilístico (dinámica de bola de nieve), las entrevistas fueron grabadas, únicamente con fines investigativos, siendo manejado solo por la persona entrevistadora y con previo consentimiento informado, estos datos fueron procesados mediante una codificación y elaborando un libro de códigos para la mejor sistematización de la información recabada. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios para incluir a los profesionales que accedieron a participar en el estudio:

2.1. Perfil desagregado de entrevistados

En coherencia con el enfoque de la Determinación Social de la Salud y resguardando la confidencialidad, los/as entrevistados/as fueron codificados/as. El perfil busca reflejar diversidad disciplinar, experiencia profesional y sectores de incidencia en salud mental y salud colectiva en el Ecuador.

Tabla 3
Perfil desagregado de entrevistados

N°	Rol	Edad	Experiencia	Sector	Género
1	Psicólogo Comunitario	38 años	10 años de experiencia en intervención territorial en salud mental comunitaria, con énfasis en promoción de derechos, fortalecimiento de redes sociales y acompañamiento psicosocial a poblaciones en situación de vulnerabilidad.	Público (primer nivel de atención)	Masculino
2	Psicóloga Social	42 años	Experiencia en diseño, ejecución y evaluación de programas psicosociales, abordando problemáticas sociales desde un enfoque comunitario, intersectorial y de determinación social de la salud.	Público (Programas sociales intersectoriales)	Femenino
3	Psicóloga Clínica	35 años	Experiencia en atención clínica individual y familiar en salud mental, incluyendo procesos de evaluación, intervención terapéutica y articulación con dispositivos comunitarios.	Privado (consulta y derivación comunitaria).	Femenino
4	Psicólogo Clínico	47 años	Experiencia en atención hospitalaria en salud mental, docencia universitaria y supervisión clínica, con enfoque biopsicosocial y comunitario.	Público–Privado (hospital y docencia)	Masculino
5	Doctora en Psicología	50 años	Experiencia en investigación académica en salud mental y procesos sociales, formación de talento humano y producción de conocimiento crítico.	Académico (universidad/investigación)	Femenino
6	Doctora en Salud Colectiva	39 años	Experiencia en planificación, gestión y evaluación de políticas y programas de salud mental, desde el enfoque de salud colectiva y determinación social.	Público (planificación y gestión sanitaria).	Femenino

7	Experto en Políticas Públicas de Salud	40 años	Experiencia en formulación, análisis y seguimiento de políticas públicas en salud mental, con énfasis en normativa, gobernanza y articulación interinstitucional.	Consultor externo al gobierno, investigador en salud mental.	Femenino
8	Psicólogo Comunitario	33 años	Experiencia en trabajo con organizaciones sociales y comunitarias, acompañamiento psicosocial, incidencia social y fortalecimiento de capacidades locales.	ONG / Sociedad civil.	Masculino
9	Médico especialista en Salud Colectiva	79 años	Experiencia en dirección y asesoría técnica en el sistema de salud, análisis crítico de políticas sanitarias e integración de la salud mental en la planificación pública.	Público (dirección y asesoría técnica)	Masculino

Fuente y elaboración propia

La selección fue intencional y teórica, priorizando actores/as con experiencia en intervención, gestión, docencia e investigación, con el fin de contrastar la Ley Orgánica de Salud Mental desde distintos niveles de la determinación social (estructural, institucional y comunitario).

2.2. Criterios de inclusión

● **Revisión Documental**

- ✓ Documentación histórica y normativa que incluya leyes, decretos, planes nacionales de salud mental y resoluciones oficiales que aborden la regulación de la salud mental en Ecuador.
- ✓ Publicaciones científicas y académicas donde aparezcan artículos de revistas indexadas, libros y tesis relacionados con la evolución de la salud mental, antipsiquiatría, y políticas públicas en Ecuador.
- ✓ Incluir únicamente documentos de acceso público y verificable, provenientes de bases de datos académicas o repositorios oficiales (Scielo, Redalyc, PubMed, Google Académico, MSP, Asamblea Nacional, etc.).
- ✓ Los Datos epidemiológicos y estadísticos deben Información que describa la prevalencia, incidencia y distribución de trastornos mentales en la población ecuatoriana.
- ✓ Incluir documentos en español e inglés que aborden el contexto ecuatoriano o latinoamericano.
- ✓ Seleccionar textos que dialoguen con el enfoque de la determinación social de la salud, la salud colectiva, o los modelos críticos de salud mental, excluyendo aquellos de perspectiva exclusivamente biomédica o asistencialista sin análisis estructural.

● **Profesionales Entrevistados**

- ✓ Ser profesionales titulados en áreas relacionadas con la salud mental o la salud colectiva (psicología, psiquiatría, medicina general o salud pública).
- ✓ Contar con al menos dos años de experiencia en atención, gestión o investigación en el campo de la Salud Mental, Salud Colectiva o Políticas Públicas.
- ✓ Trabajar o haber trabajado en instituciones públicas, privadas o comunitarias relacionadas con la atención en salud mental o con programas de promoción y prevención en salud.
- ✓ Haber leído, analizado o participado en procesos de implementación o discusión de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador.

- ✓ Aceptar voluntariamente participar en la entrevista, firmando el consentimiento informado correspondiente.
- ✓ Desempeñar o haber desempeñado sus funciones dentro del territorio ecuatoriano, para asegurar pertinencia contextual en el análisis.

2.3. Criterios de exclusión

- Documentos que no estén relacionados con la salud mental o la legislación en Ecuador.
- Estudios que carezcan de respaldo académico o científico, como artículos de opinión sin referencias.
- Publicaciones fuera del período temporal de interés o que no aporten información histórica, normativa o epidemiológica relevante.
- Información centrada exclusivamente en patologías individuales sin vinculación con determinantes sociales, políticas públicas o contexto comunitario.
- Materiales que presenten duplicación de información previamente incluida en otras fuentes verificadas.

3. Recolección de datos

3.1 Técnicas e instrumentos

El trabajo de investigación se desarrolla mediante la combinación de técnicas documentales y de entrevistas a expertos.

La revisión documental abordó aspectos socio históricos, políticos entre otros del contexto nacional sobre la salud mental en el Ecuador y su importancia en la creación de una ley para dar cumplimiento a los lineamientos específicos y como desde la perspectiva de salud colectiva ayudará en los diferentes procesos. El alcance temporal y temático será longitudinal retrospectivo registrando los datos ocurridos en el pasado, después de que sucedieron los hechos, asociándolos a la situación actual de la salud mental en el Ecuador.

Parte del marco teórico sobre la salud mental en el Ecuador, el recorrido socio-histórico, se realizó desde los aportes del estudio de la Antipsiquiatría que evidencia la necesidad de tener un cambio de paradigma urgente en salud mental, dejando el modelo hegemónico tradicional redimensionando hacia una crítica contra hegemónica.

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron de tipo cualitativo, se utilizó diferentes bases de datos para recopilar información relevante para el estudio, se utilizó matrices de elaboración propia para la sistematización de la información, libro de códigos y análisis a partir de la información obtenida, y cuadros analizando todos los artículos de la ley para nutrir al estudio. El consentimiento informado formó parte esencial y como requisito fundamental previo a las entrevistas.

3.2 Diseño por objetivos

En la tabla 5 se ilustra cómo cada técnica se vincula con los objetivos propuestos, considerando las tres dimensiones de intervención: general, particular e individual.

Tabla 4
Técnicas empleadas según los objetivos y niveles de análisis

Objetivos	General	Particular	Individual
Analizar críticamente la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, identificando como dicha ley, está determinada socialmente en el país.	-Revisión Histórico bibliográfica y Documental Análisis crítico de la ley	- Observación Participante - Mapas Mentales	- Entrevista semiestructurada
Indagar la situación de la salud mental, situaciones problemáticas, segregación socio-espacial, marco legal, el contexto político y social, y la importancia de implementar una ley desde la salud colectiva.		- Mapas Mentales - Cuadros Comparativos	
Comparar la ley orgánica de salud mental del Ecuador con otras leyes de América Latina para identificar las falencias teóricas y metodológicas implicadas en la ley aprobada en el país.	-Análisis de las leyes de salud Mental de la región. -Cuadros comparativos analíticos		
Establecer lineamientos específicos que englobe la determinación social de la salud con sus dimensiones general, particular y singular.			

Fuente y elaboración propia

A lo largo del estudio se aplicaron distintas técnicas cualitativas, trianguladas de forma transversal para enriquecer la comprensión del fenómeno investigado. Estas técnicas incluyeron revisión histórica, bibliográfica y documental, Análisis de las leyes de salud mental de la región, observación participante y entrevistas semiestructuradas, seleccionadas por su pertinencia en distintos momentos del proceso. Su implementación no respondió a una secuencia rígida, sino que fue determinada por las necesidades emergentes de la investigación.

Por ejemplo, la revisión histórica, bibliográfica y documental facilitó la comprensión de diferentes categorías en torno a la salud mental y la construcción de la

ley. El análisis de las leyes nos ayudó a comparar de manera crítica los elementos que cada ley contiene y como se han implementado, de manera correcta o incorrecta, en las políticas de salud de un país. La observación participante permitió registrar comportamientos y dinámicas en el contexto natural de los participantes. Las entrevistas semiestructuradas facilitaron la profundización en percepciones y experiencias individuales. Esta combinación flexible y estratégica de técnicas contribuyó a la riqueza y validez del análisis cualitativo.

4. Análisis de procesos críticos a través de la entrevista semiestructurada

El estudio de los procesos críticos en los dominios general, particular y singular se realizó a través de la experticia de los profesionales de la salud mental y/o salud colectiva del Ecuador, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada y la información sistematizada por medio de un análisis de contenido, se planteó que, el sufrimiento mental aún se sigue patologizando y medicalizando, lo que implica que el modelo biomédico sigue dominando el campo de salud mental, en este sentido, el modelo biomédico se plantea como uno de los *embodiment* principales de la ley orgánica de salud mental. A continuación, en la tabla 3 se realizó un análisis crítico de los principales *embodiment* presentes en la ley.

Las entrevistas tuvieron dos modalidades, presencial y virtual, se aprovechó las facilidades que tenemos hoy en día, la virtualidad, con la plataforma zoom, se realizaron algunas entrevistas a actores clave en el proceso, por supuesto que, la presencialidad también es una parte fundamental para que existe la empatía necesaria y poder profundizar temas alrededor de la ley, las entrevistas fueron registradas mediante grabación en audio, video y notas en el diario de campo para documentar los aportes de cada profesional con el consentimiento para poder realizarlo.

La información relevante para el estudio fue categorizada de acuerdo a su contenido, el proceso referido fue elaborado en cada transcripción, los contenidos expresados fueron codificados y complementados con la base teórica de los elementos que fueron propuestos en la matriz de procesos críticos. Toda esta información se procesó manualmente realizando categorizaciones de palabras y relaciones entre las categorías propuestas para el análisis del estudio. Las entrevistas tuvieron una duración máxima de dos horas, los archivos de grabación fueron trasladados a la única computadora que se utilizó para el estudio, estos archivos no fueron manipulados por ningún sujeto que no sea el

investigador principal, estos archivos de audio y video fueron transcritas por el investigador.

Tabla 5
Manifestaciones estructurales de la Ley Orgánica de Salud Mental en los dominios de la Salud Colectiva

Dominio	Positivo Potencial	Contradictorio o Ausente (Realidad Actual)
General	Identificación del sufrimiento mental como un fenómeno en la parte estructural, económica y social.	Dominio del modelo biomédico, se sigue medicalizando la vida.
	Anhelos en la construcción de un sistema de salud pública, social y comunitaria.	La desigualdad estructural se sigue presentando en sujetos marginados socialmente.
Particular	Buscar una articulación intersectorial tanto públicos como privados presentando una propuesta que maneje enfoques integrales e inter y transdisciplinarios.	Fragmentación institucional. La atención en salud mental sigue siendo desarticulada, por momentos e industrializada.
	Derecho a recibir atención gratuita y de calidad sin tener miedo estigma social sobre el sufrimiento mental. Cambiar la atención vertical por la horizontal.	Sus hábitos son estigmatizados, el trato vertical y por momentos coercitivos en el ámbito de la salud mental.
Singular	Autonomía en el proceso de rehabilitación tomando participación activa.	Los individuos conservan sus derechos como no comprendidos, experimentan sus malestares desde la culpabilización a terceros y en hacinamiento.
	Mantener la probabilidad de que la salud mental se la experimente y se la viva desde el ámbito colectivo.	Lo que sigue marcando cuerpos y subjetividades es la soledad, la violencia, la pobreza y la exclusión.

Fuente y elaboración propia

5. Consideraciones éticas

Dado que la investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo y desde el paradigma crítico, la información recolectada fue procesada mediante un proceso sistemático de codificación, resguardando en todo momento los principios éticos que orientan la investigación social en salud. Los profesionales participantes y los contenidos emergentes del estudio estuvieron delimitados por las categorías analíticas construidas a partir de las entrevistas semiestructuradas, las cuales permitieron comprender los sentidos, tensiones y posicionamientos en torno a la construcción de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, y en concordancia con lo planteado por Breilh (2013), la relación objeto-sujeto no se concibe como neutral ni lineal, sino como una praxis social atravesada por determinaciones históricas, políticas e institucionales. En este sentido, el abordaje ético del estudio reconoció a los participantes no solo como

informantes, sino como sujetos sociales portadores de saberes situados, cuya participación implicaba una corresponsabilidad en la producción del conocimiento, lo cual exigió un especial cuidado en el tratamiento de la información y en la devolución crítica de los resultados.

En relación con los *riesgos*, la investigación fue clasificada como de riesgo mínimo, dado que no implicó intervenciones clínicas ni manipulación de variables, ni abordó experiencias traumáticas personales. No obstante, se reconoció la posibilidad de riesgos psicosociales indirectos, tales como incomodidad al emitir juicios críticos sobre procesos institucionales o normativos, o eventuales repercusiones profesionales derivadas de sus opiniones. Para mitigar estos riesgos, se garantizó el anonimato, se evitó la identificación de cargos específicos o instituciones, y se permitió a los participantes abstenerse de responder cualquier pregunta que consideraran sensible.

Respecto al *consentimiento informado*, todos los participantes tuvieron pleno conocimiento del propósito de la investigación, de los objetivos del estudio, de los procedimientos metodológicos, del uso académico de la información recolectada y de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna. El consentimiento informado fue socializado y firmado previamente a la realización de las entrevistas, asegurando que la participación fuera voluntaria, libre y consciente, conforme a los principios de autonomía y respeto a las personas.

Asimismo, se estableció un proceso de codificación de las entrevistas mediante la identificación contextual de cada participante a través de su profesión, la ciudad y el año en que fue realizada la entrevista, por ejemplo: (médico especialista en Salud Colectiva, Quito, 2024). Esta forma de referencia permite organizar, analizar e interpretar la información preservando el anonimato de los participantes, sin recurrir a la mención de sus nombres propios. En coherencia con los principios éticos de confidencialidad y protección de datos, no constan los nombres de los profesionales entrevistados en el documento, garantizando así la reserva de la información y la privacidad de quienes colaboraron en el estudio.

En cuanto a la *confidencialidad*, se establecieron límites claros, los cuales fueron previamente explicados a los participantes. La información obtenida fue utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, y los datos fueron procesados mediante códigos alfanuméricos para evitar cualquier forma de identificación directa o indirecta. Los registros de audio, transcripciones y matrices de análisis fueron resguardados de manera segura y solo accesibles para la persona investigadora. Se aclaró

que la confidencialidad podría verse limitada únicamente en casos excepcionales en los que se identificaran situaciones que vulneren derechos fundamentales o impliquen riesgos graves, aspecto que fue explicitado en el consentimiento informado.

De este modo, el desarrollo de la investigación garantizó el cumplimiento de los principios éticos de *respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia*, asegurando que la producción de conocimiento contribuya críticamente al análisis de la Ley Orgánica de Salud Mental desde una perspectiva de salud colectiva, sin comprometer la integridad, seguridad ni dignidad de los participantes.

Capítulo tercero

La Ley Orgánica de la Salud Mental en el Ecuador. Análisis crítico desde la Determinación Social de la Salud

En el presente capítulo, analizaremos parte por parte, artículo por artículo y sección por sección la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, este análisis tendrá algunos componentes esenciales para desglosar de una manera adecuada los artículos correspondientes, así se realizará una mirada crítica a la ley, separando y reconociendo los componentes en el modelo biomédico o el modelo comunitario, es decir, se identificará artículo por artículo si sigue siendo parte del modelo biomédico hegemónico asistencialista o si por otro lado, ese modelo es reestructurado para que sea un modelo contrahegemónico comunitario, por ellos los cuadros que se presentarán a continuación, responden a esta lógica que nos ayude para analizar críticamente la ley orgánica de salud mental.

1. Modelo Biomédico vs Determinación Social de la Salud en el abordaje de la Salud Mental

Previo a desarrollar el análisis crítico capítulo por capítulo y artículo por artículo de la Ley Orgánica de Salud Mental, resulta metodológicamente indispensable realizar una problematización teórico-epistemológica con una mirada crítica de los enfoques que históricamente han orientado la comprensión de la salud mental. En este sentido, el siguiente cuadro presenta una comparación estructurada entre el modelo biomédico y la Determinación Social de la Salud, tomando como referencia categorías analíticas como la concepción de la salud mental, la unidad de análisis, la causalidad, el rol del contexto social, la respuesta institucional y el papel del Estado, entre otras.

Esta contrastación no tiene un carácter meramente descriptivo, sino que constituye un encuadre conceptual obligatorio para comprender las tensiones paradigmáticas que atraviesan el campo sanitario. Asimismo, permite fundamentar la necesidad de una visión integradora y crítica que supere reduccionismos biologicistas, incorpore la complejidad sociohistórica de los procesos salud-enfermedad-atención y oriente una lectura integral de la normativa desde los principios de la salud colectiva, la equidad y la garantía de derechos.

Tabla 6

Cuadro Comparativo entre el modelo Biomédico y la Determinación Social de la Salud en el abordaje de la Salud Mental

Fuente y elaboración propia

Modelo Biomédico vs Determinación Social de la Salud en el abordaje de la Salud Mental		
Criterio	Modelo Biomédico	Determinación Social de la Salud
Concepción de la Salud Mental	Entiende a la salud mental como ausencia de trastorno o enfermedad diagnosticable, centrada en síntomas individuales.	La salud mental es un proceso histórico, social y colectivo, vinculado a condiciones de vida, trabajo, poder y desigualdad.
Unidad de análisis	El individuo y su biología (cerebro, neurotransmisores, genética).	El sujeto en relación con su contexto social, comunidad, territorio y estructura social.
Causalidad	Lineal y multicausal, con énfasis en factores biológicos y psicológicos.	Histórica, estructural y compleja; responde a procesos sociales, económicos, políticos y culturales.
Rol del contexto Social	Secundario o como factor de riesgo externo.	Central y constitutivo del proceso salud-enfermedad-atención.
Respuesta Institucional	Atención clínica individual, medicalización y tratamiento farmacológico.	Intervenciones intersectoriales, promoción de derechos, prevención estructural y participación comunitaria.
Rol del Estado	Regulador y prestador de servicios sanitarios especializados.	Garantizador de derechos, responsable de transformar condiciones estructurales que generan desigualdad.
Enfoque de intervención	Curativo y rehabilitador.	Preventivo, promocional y transformador.
Relación profesional-usuario	Vertical, centrada en el saber experto.	Horizontal, participativa y basada en el diálogo de saberes.
Concepto de Riesgo	Factores individuales o predisposiciones biológicas.	Procesos de vulnerabilidad social y desigualdad estructural.
Participación Comunitaria	Limitada o inexistente en la toma de decisiones.	Fundamental en la construcción de políticas y estrategias de intervención.
Políticas Públicas	Focalizadas en servicios especializados y hospitales.	Orientadas a políticas sociales amplias (educación, trabajo, vivienda, protección social).
Visión del sufrimiento psíquico	Patología individual que requiere diagnóstico y tratamiento.	Expresión de conflictos y tensiones sociales, económicas y culturales.
Interdisciplinariedad	Predominio del saber médico-psiquiátrico.	Enfoque interdisciplinario y transdisciplinario.
Indicadores de evaluación	Tasas de diagnóstico, número de consultas, prescripción farmacológica.	Indicadores de calidad de vida, equidad, acceso a derechos y bienestar colectivo.

El cuadro comparativo presentado permite evidenciar que el modelo biomédico y la Determinación Social de la Salud no solo difieren en sus estrategias de intervención, sino que responden a paradigmas epistemológicos y políticos profundamente distintos. Mientras el modelo biomédico se sustenta en una racionalidad positivista que concibe la salud mental como enfermedad individual susceptible de diagnóstico y tratamiento clínico, la perspectiva de la Determinación Social de la Salud la comprende como un proceso histórico y socialmente producido. En el primero, la causalidad se fragmenta en factores de riesgo predominantemente biológicos o psicológicos, lo que conduce a respuestas institucionales centradas en la medicalización y la especialización hospitalaria. En contraste, la Determinación Social propone una causalidad estructural y compleja, donde las condiciones de vida, las relaciones de poder y las desigualdades sociales constituyen elementos centrales del proceso salud-enfermedad-atención (J. Breilh 2013; Laurell 1982). El cuadro busca, por tanto, hacer visible que no se trata únicamente de modelos técnicos distintos, sino de concepciones antagónicas sobre el sujeto, la sociedad y el papel del Estado.

Asimismo, la comparación permite comprender que optar por uno u otro enfoque implica asumir posiciones éticas y políticas diferenciadas en la formulación de políticas públicas en salud mental. El modelo biomédico tiende a ubicar la responsabilidad en el individuo y en el sistema sanitario, reduciendo la intervención al ámbito clínico; en cambio, la Determinación Social de la Salud amplía la mirada hacia la garantía de derechos, la transformación de las condiciones estructurales y la acción intersectorial como responsabilidad indelegable del Estado. De esta manera, el cuadro no solo cumple una función descriptiva, sino que orienta la lectura crítica de las normativas y políticas vigentes, evidenciando la necesidad de transitar hacia enfoques que integren la equidad, la participación social y la justicia sanitaria como ejes centrales de la salud mental (J. Breilh 2013; Organización Mundial de la Salud 2014).

2. Capítulo I. Normas generales

En este capítulo de la Ley orgánica de Salud Mental en el Ecuador, se ven aspectos generales que demanda la ley, por lo tanto, en la tabla 7, se presentan los componentes desglosados de tal manera que, podamos identificar que artículo sigue la lógica asistencialista y cuál realiza la reestructuración comunitaria.

Tabla 7
Capítulo I. Normas Generales

SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
NORMAS GENERALES	Art. 1. Objeto.- La presente ley 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 comunitaria.	El Art. 1 de la Ley Orgánica de Salud Mental establece un enfoque garantista y comunitario, reconociendo la salud mental como un derecho humano. Aunque desde 2023–2024 se han logrado avances normativos y expansión de servicios, persisten brechas en capacidad resolutive, abordaje de determinantes estructurales, financiamiento e intersectorialidad. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, la ley es insuficiente para enfrentar las causas estructurales del sufrimiento psíquico; un enfoque integral y comunitario requiere transformar condiciones de vida, fomentar la participación ciudadana y promover la justicia social.
	Art. 2. Ámbito.- La presente ley es de aplicación obligatoria en el territorio nacional, para todas las personas, instituciones y establecimientos públicos y privados que efectúen actividades relacionadas con la salud mental.	El Art. 2 de la Ley Orgánica de Salud Mental establece su aplicación obligatoria en todo el territorio y sectores, pero su efectividad depende de la capacidad del Estado para transformar condiciones estructurales. Sin redistribución de recursos, equidad territorial e intersectorialidad, la ley mantiene desigualdades; su verdadera universalidad requiere una política de salud mental territorializada, intersectorial y participativa, orientada a la justicia social y emancipación colectiva. La determinación social de la salud muestra que la aplicación obligatoria solo produce justicia social efectiva si se vincula a: redistribución territorial de recursos, regulación del sector privado, gobernanza intersectorial y vigilancia que mida determinantes y desigualdades.
	Art. 3. Fines.- La presente ley tiene como finalidad: a) Reconocer a la salud mental como parte de la atención integral de salud e impulsar la consolidación de una política nacional en salud mental, a fin de que el estado priorice las acciones en esta materia. b) Establecer la prevención integral como eje de la política de salud mental con participación intersectorial, de las personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, la familia y la comunidad. c) Fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención integral, promover la recuperación y garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos.	El artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador constituye un avance discursivo al integrar derechos humanos, prevención, inclusión y bienestar integral. Sin embargo, su enfoque sigue siendo sanitarista e individualizante, sin articular mecanismos concretos para actuar sobre las determinaciones estructurales del sufrimiento mental. Desde la Determinación Social de la Salud, se requiere que los fines de la ley se traduzcan en políticas públicas que redistribuyan poder, recursos y oportunidades, y que la salud mental sea abordada como un fenómeno socialmente producido y no solo clínicamente tratado. La salud mental, en este sentido, debe ser entendida como un campo de disputa social por la equidad, la dignidad y la justicia colectiva.

	d) Promover la salud integral y el bienestar físico, psicológico, cognitivo, emocional y relacional de todas las personas, en todo el curso de vida, considerando su ámbito individual, familiar, social y comunitario. e) Fomentar el desarrollo de planes y programas de promoción de la salud mental y de prácticas de vida saludables en todo el ciclo de vida, a fin de prevenir trastornos mentales. f) Prevenir la mortalidad, morbilidad, discriminación discapacidad, a través de la atención oportuna, que incluya la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, basados en la mejor evidencia científica disponible. g) Eliminar los internamientos a largo plazo de las personas con trastornos mentales sin finalidad terapéutica. h) Promover la inclusión social, familiar, educativa, laboral, económica y comunitaria de las personas con trastornos mentales, con el fin de amparar el desarrollo de sus derechos humanos. i) Garantizar el acceso a servicios de salud mental de calidad, calidez, en ambientes seguros y la disponibilidad de los mismos para la atención integral, a través del Sistema Nacional de Salud.	
	Art. 4. Principios.- La presente ley se regirá por los principios de universalidad, inclusión, precaución, sostenibilidad, bioética, gradualidad, suficiencia, equidad, calidad, eficacia, eficiencia, transparencia, oportunidad, calidez, corresponsabilidad, accesibilidad, no discriminación, no revictimización, imparcialidad, participación, autonomía de la persona, interdisciplinariedad, intersectorialidad, dignidad y confidencialidad.	El Artículo 4 de la ley orgánica de salud mental representa un avance normativo importante al enunciar principios de equidad, inclusión y dignidad. Sin embargo, desde la determinación social de la salud, su aplicación requiere trascender el plano declarativo hacia políticas estructurales que reconozcan la dimensión social, económica y política del sufrimiento psíquico. Solo una praxis intersectorial crítica, anclada en la participación social y la justicia estructural, podrá convertir estos principios en instrumentos de transformación colectiva y no en meras consignas normativas. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica y la salud colectiva latinoamericana, la Determinación Social de la Salud sostiene que la salud mental no puede entenderse ni abordarse solo como un fenómeno individual, psicológico o clínico, sino como una construcción social e histórica, determinada por las condiciones materiales de existencia (J. Breilh 2013)
	Art. 5. Enfoques.- Para la aplicación de la presente ley se considerará el abordaje de la salud mental desde un modelo comunitario, a fin de promover la creación de planes, acciones y estrategias que permitan atenderla de manera integral, para lo cual, se aplicarán los siguientes enfoques:	El Artículo 5 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador constituye un avance al reconocer la salud mental como un derecho humano fundamental. Sin embargo, desde la determinación social de la salud, su potencial transformador se ve limitado por un enfoque predominantemente

	<i>biopsicosocial, equidad, inclusión, multisectorialidad, derechos humanos, movilidad humana, discapacidad, intergeneracionalidad, e interculturalidad.</i>	biomédico y asistencial, que deja en segundo plano las raíces estructurales del sufrimiento psíquico. Garantizar realmente el derecho a la salud mental implica ir más allá del acceso a servicios, incorporando políticas públicas intersectoriales, participación comunitaria real y redistribución social del bienestar. En palabras de Jaime Breilh (2013), no puede haber salud mental sin justicia social, ni justicia social sin democratización de la vida. El reto es transitar hacia una praxis donde el derecho a la salud mental sea inseparable del derecho a la vida digna, al trabajo justo, a la educación inclusiva y a la no violencia estructural. Solo así este artículo podrá cumplir un papel emancipador y no meramente declarativo dentro de la política pública ecuatoriana.
	Art. 6. Salud Mental.- <i>La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico. Se entenderá como el estado de bienestar mental que permite a las personas un equilibrio emocional interno y un equilibrio emocional externo del medio ambiente en que se desenvuelve, para hacer frente a los momentos adversos de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en que vivimos.</i>	El Artículo 6 define la salud mental como un derecho humano fundamental y un componente esencial del desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico. Plantea un concepto amplio de salud mental, entendida como bienestar mental, equilibrio emocional y capacidad para enfrentar adversidades, desarrollar habilidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad. Además, enfatiza que la salud mental sustenta las capacidades individuales y colectivas para la toma de decisiones y la construcción social. Además, formula un concepto amplio de salud mental como derecho humano y como elemento del desarrollo personal y colectivo. Sin embargo, desde la Determinación Social de la Salud, esta definición es insuficiente si no se integra la transformación de las condiciones estructurales que generan malestar psicosocial. Para garantizar el derecho efectivo a la salud mental, es necesario reconocer los determinantes sociales de la salud como eje central de las políticas públicas, asegurar equidad territorial, económica y cultural en el acceso a servicios y recursos, fomentar la participación activa de las comunidades en la definición de estrategias de bienestar, y desvincular la salud mental de su utilidad productiva, reconociéndola como un derecho humano inherente; de este modo, la salud mental trasciende lo conceptual para convertirse en un instrumento de justicia social y bienestar colectivo (Almeida Filho y Silva Paim 1999).

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

En definitiva, en este primer capítulo, la ley orgánica de salud mental en el Ecuador mantiene el discurso de que debe responder al modelo comunitario poniendo en relieve la palabra ‘comunitario’, sin embargo, existe cierta contradicción en estos primeros artículos al incluir la palabra ‘trastorno’ para referirse al sufrimiento mental, dicha categoría pertenece al modelo biomédico hegemónico entendido como distintos patrones de experiencia, desarrollo y/o comportamiento que afectan negativamente el bienestar psicológico y desenvolvimiento de las personas (Cova 2021), es decir, la categoría ‘trastorno mental’ se utiliza para dar un trato más individual a la persona sin que entre en el análisis su aspecto colectivo y comunitario que en la salud colectiva vemos dentro de las categorías de la determinación social de la salud, en este sentido, como resultado, existe un abanico amplísimo y heterogéneo de ‘problemas de la vida’ que se consideró susceptibles de ser diferenciados para poder ser rubricados como ‘trastornos mentales’ (Cova 2021), por último, debemos considerar que, la salud mental debe considerarse desde los tres dominios de la salud colectiva tomando mayor puntualización al individuo, su entorno y la manera de enfermar entre ambas partes para tener mayor amplitud de tratamiento.

Los Artículos 1 a 6 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador representan avances normativos importantes al reconocer la salud mental como un derecho humano, promover un enfoque comunitario, garantizar equidad, inclusión y dignidad, y establecer la universalidad de la ley en todo el territorio nacional. Sin embargo, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, estos artículos presentan limitaciones estructurales significativas. El Art. 1 establece un enfoque garantista y comunitario, pero persisten brechas en capacidad resolutive, financiamiento, intersectorialidad y abordaje de determinantes sociales del sufrimiento psíquico, lo que evidencia que la normativa, aunque progresista, no transforma las condiciones materiales de vida que producen malestar mental (J. Breilh 2013; OPS 2025).

El Art. 2, al ser de aplicación obligatoria en todo el territorio y sectores, muestra el potencial de universalidad, pero su eficacia depende de la redistribución equitativa de recursos, gobernanza intersectorial y políticas territoriales que reconozcan inequidades estructurales, sin lo cual se reproducen desigualdades históricas en acceso a servicios. El Art. 3, que integra derechos humanos, prevención, inclusión y bienestar integral, sigue siendo en gran medida sanitarista e individualizante, limitando la capacidad de las políticas para abordar las causas estructurales del sufrimiento psíquico, como pobreza, exclusión educativa, violencia y discriminación (Leiva- Peña et al. 2021).

Desde la categoría de reproducción social, los fines del artículo 3 (prevención integral, inclusión social y desinstitucionalización) se alinean discursivamente con la tradición de la salud colectiva latinoamericana. Sin embargo, la prevención puede adquirir un carácter funcional si no interviene sobre los procesos estructurales que deterioran la vida (J. Breilh 2013). La Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador enfatiza la promoción del bienestar y la recuperación, pero no define mecanismos concretos para incidir sobre determinantes como el desempleo, la violencia estructural o la desigualdad de género. Menéndez (2003) ha señalado que los modelos de atención tienden a individualizar el padecimiento, desplazando la responsabilidad hacia el sujeto y despolitizando su origen social. En este marco, la prevención podría convertirse en una estrategia de adaptación al orden existente más que en una política transformadora.

Los Artículos 4 y 5 destacan principios de equidad, inclusión y dignidad, y reconocen la salud mental como derecho humano fundamental, lo cual constituye un avance conceptual. Garantizar efectivamente el derecho a la salud mental implica articular estrategias de participación comunitaria, redistribución de recursos y democratización de la vida social, elementos esenciales para una práctica de salud mental emancipadora (J. Breilh 2013; Almeida Filho y Silva Paim 1999).

En relación con el metabolismo sociedad–naturaleza, la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador incorpora enfoques de interculturalidad y comunidad (art. 5), pero no vincula explícitamente la salud mental con los impactos psicosociales del modelo extractivista. Desde la epidemiología crítica, el modelo de desarrollo condiciona tanto la salud física como la salud mental colectiva (J. Breilh 2013). Gudynas (2015) ha subrayado que el extractivismo genera fracturas sociales y conflictos territoriales que inciden directamente en la subjetividad y el tejido comunitario. Sin embargo, la definición de salud mental como “equilibrio” (art. 6) puede interpretarse en clave adaptativa, sin cuestionar si el entorno social y ecológico es estructuralmente injusto. Esta noción corre el riesgo de naturalizar contextos de violencia estructural en lugar de problematizarlos políticamente.

El Art. 6 amplía el concepto de salud mental, incorporando bienestar emocional, desarrollo de capacidades y contribución comunitaria. Aun así, desde la DSS, esta definición es insuficiente si no considera los determinantes sociales, económicos y culturales que afectan la salud mental. Para que el derecho a la salud mental sea efectivo, es imprescindible que las políticas públicas integren participación comunitaria, equidad territorial y cultural, y estrategias orientadas a transformar las condiciones estructurales

que generan sufrimiento psicosocial (J. Breilh 2013; OPS 2025). En suma, aunque los primeros seis artículos de la ley establecen una base jurídica progresista, su impacto real depende de la implementación de políticas públicas intersectoriales, participativas y orientadas a la justicia social, siguiendo el paradigma de salud colectiva latinoamericana.

Finalmente, desde la categoría de procesos críticos de la salud, la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador identifica objetivos protectores (promoción, prevención, inclusión y desinstitutionalización) pero no sistematiza con claridad los procesos destructores que generan sufrimiento psíquico en el contexto neoliberal contemporáneo. Breilh (2007) sostiene que la salud colectiva exige identificar simultáneamente procesos protectores y destructores para intervenir estratégicamente en ellos. Si la política pública derivada de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador se limita a ampliar servicios clínicos sin intervenir en la reproducción social ni en el metabolismo sociedad–naturaleza, la salud mental conservará una autonomía meramente relativa frente a las dinámicas económicas dominantes. En consecuencia, aunque los artículos 1 al 6 constituyen un marco normativo progresista, su potencial emancipador dependerá de la articulación efectiva entre garantía de derechos y transformación estructural.

3. Capítulo II. Derechos de las personas con relación a la salud mental y deberes del Estado

En este capítulo de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, se ven los derechos que tienen los usuarios de los diferentes servicios de salud mental así como también los deberes que debe cumplir el estado ecuatoriano para garantizar el acceso a todos estos servicios, en la tabla 5 y 6, se presentan los componentes desglosados, de tal manera que, podamos identificar que artículo sigue la lógica asistencialista biomédica y cuál realiza la reestructuración comunitaria, al igual que se realizará observaciones y detalles para cada artículo en específico.

3.1 Sección I. Derechos de las personas con relación a la salud mental

Este es el primer apartado del segundo capítulo de la ley en donde veremos y analizaremos todos los derechos que tienen los usuarios de Salud Mental en Ecuador, o están detallados en la ley orgánica, en la tabla 8 se encuentran desglosados los artículos pertenecientes a esta sección, donde podremos analizar de manera crítica los componentes.

Tabla 8
Capítulo II. Sección I. Derechos de las personas con relación a la salud mental

CAPÍTULO II		
DERECHOS DE LAS PERSONAS CON RELACIÓN A LA SALUD MENTAL Y DEBERES DEL ESTADO		
SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
SECCIÓN I. DERECHOS DE LAS PERSONAS CON RELACIÓN A LA SALUD MENTAL	Art. 7. Grupos de Atención Prioritaria.- Se consideran sujetos de atención y cuidado prioritario en el ámbito de la salud mental a los grupos de atención prioritaria y grupos en situación de vulnerabilidad, de conformidad con la constitución de la república, los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el estado y demás fuentes del derecho. Ante la existencia de vulneración por motivo de violencia física, psíquica, sexual, de género, económica, vulnerabilidad por condición migratoria u otra a estos grupos de atención prioritaria, las autoridades competentes, públicas, privadas y comunitarias deberán brindar la atención prioritaria y preferente, y tendrán la obligación de ponerlo en conocimiento de las instituciones competentes, para la detección y aplicación oportuna de medida y mecanismos que permitan salvaguardar a la persona de injerencia que afecten su salud física y mental.	El Artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud Mental representa un avance normativo al reconocer la atención prioritaria de grupos vulnerables y al vincular esta obligación a la responsabilidad de autoridades públicas, privadas y comunitarias. Sin embargo, como menciona Jaime Breilh (2022) desde la Determinación Social de la Salud, su implementación puede quedar limitada por un enfoque asistencial y reactivo, centrado en el individuo y en la atención de consecuencias, sin abordar las causas estructurales de la vulnerabilidad. La protección efectiva de la salud mental de los grupos vulnerables exige políticas intersectoriales que transformen las condiciones sociales y económicas, la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones, y la prevención del malestar psicosocial mediante la redistribución de recursos y la promoción de la justicia social; únicamente así el derecho a la salud mental puede ser realmente efectivo y equitativo (J. Breilh 2022).
	Art. 8. Atención a niñas, niños y adolescentes.- Las niñas, niños y adolescentes recibirán atención integral e integrada en salud mental. Los servicios de salud del primer nivel de atención deberán tener la capacidad resolutive para la detección temprana de trastornos mentales y su atención oportuna. Las instituciones del sistema nacional de salud deberán implementar servicios especializados de salud mental para niñas, niños y adolescentes, bajo la rectoría y de conformidad con la normativa que expida la autoridad sanitaria nacional. La autoridad educativa nacional deberá establecer los programas de prevención de trastornos mentales en el entorno educativo, y en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, establecer los programas para el abordaje temprano de casos de niñas, niños y adolescentes que requieran atención multidisciplinaria, la misma que se brindará en la red de servicios de salud mental.	El Artículo 8 de la Ley Orgánica de Salud Mental reconoce la necesidad de atención integral en salud mental para niñas, niños y adolescentes, la coordinación intersectorial y el respeto al interés superior del niño. No obstante, desde la Determinación Social de la Salud, su implementación puede quedar limitada si se enfoca únicamente en detección clínica y servicios especializados, sin intervenir en los determinantes sociales que condicionan el bienestar psicosocial. Un enfoque transformador de la salud mental infantil requiere estrategias comunitarias y familiares de prevención y promoción, garantizar equidad territorial, acceso a educación de calidad y entornos libres de violencia, articular políticas sociales y educativas que enfrenten pobreza, exclusión y discriminación, y fomentar la participación activa de la comunidad y de los NNA en la construcción de políticas y programas, de modo que la ley asegure un derecho efectivo a la salud mental más allá de la atención clínica individual.

	<i>En todos los procesos de atención en salud mental se respetará el interés superior del niño.</i>	
	Art. 9. Derechos en Salud Mental.- En materia de salud mental, toda persona tendrá derecho a: a) Recibir programas de promoción de la salud mental, que incluya el conocimiento de los factores de riesgo que puedan producir trastornos mentales; b) Recibir acciones de prevención de los problemas de salud mental; c) Recibir en todos los prestadores de servicios de salud públicos, privados y comunitarios atención de salud con enfoque de derechos humanos, especializada, integral e integrada; d) Recibir atención gratuita, multidisciplinaria, especializada y de calidad en los establecimientos de salud de la red pública integral de salud; y, en los prestadores de servicios privados a los que dichas instituciones deriven a sus pacientes; e) Recibir el tratamiento terapéutico de acuerdo con sus necesidades, basados en la mejor evidencia científica acorde a guías de práctica clínica y protocolos de atención, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; f) Acompañamiento antes, durante y después del tratamiento por parte de sus familiares u otras personas, que en lo posible sean designadas por el usuario y que contribuyan a su bienestar; g) No recibir tratamientos deshumanizantes, crueles, violentos o tortura dentro de los establecimientos de salud en los que se autorice el internamiento; h) La supervisión médica periódica, en caso de internamiento voluntario o involuntario durante el proceso terapéutico establecido; i) Recibir medicamentos seguros, de calidad y eficaces, cuando así lo requiera su tratamiento. En la red pública Integral de Salud se entregarán de forma gratuita. j) Expresar su consentimiento voluntario, previo, libre e informado y a la confidencialidad del diagnóstico, en la forma prevista en esta Ley; k) No ser discriminado a nivel social, familiar y laboral por un trastorno de salud mental actual o pasado, y a ser considerada como una persona	El Artículo 9 establece un conjunto amplio de derechos en salud mental para todas las personas, incluyendo: promoción y prevención, atención integral y especializada, acceso a tratamientos basados en evidencia, acompañamiento familiar, protección frente a tratamientos deshumanizantes, consentimiento informado, confidencialidad, no discriminación e inclusión social, laboral y educativa. Consolida derechos importantes en salud mental, especialmente en lo referente a atención integral, protección frente a abusos, consentimiento informado y no discriminación. Desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud, los derechos en salud mental tienen un alcance limitado si no se articulan con intervenciones que aborden los determinantes sociales, como la pobreza, la violencia y la exclusión educativa y laboral, así como con estrategias de participación comunitaria y política que vayan más allá de la evaluación pasiva de los servicios. Asimismo, es fundamental implementar políticas intersectoriales que integren salud, educación, trabajo, vivienda y protección social, ya que solo un enfoque que combine protección individual y transformación estructural puede garantizar el pleno ejercicio de los derechos en salud mental y contribuir a la reducción de la vulnerabilidad social.

	en goce y ejercicio pleno de sus derechos, acorde a sus capacidades y limitaciones funcionales; l) Decidir recibir o no el tratamiento que se le proponga o a interrumpirlo, con pleno conocimiento de las consecuencias de su decisión, con las excepciones previstas en la ley; m) Que se garantice la inclusión familiar, social, laboral y educativa sin discriminación alguna; n) No ser sujeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado, conforme lo dispuesto en esta ley; o) Calificar el servicio recibido en los servicios salud mental mismos que servirán para los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad; p) No ser objetos de pruebas, ensayos clínicos de laboratorio o investigaciones sin su consentimiento expresado por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes de diagnóstico, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida; q) Los demás derechos establecidos en la constitución de la república, y en los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Ecuador.	
	Art. 10. Derecho a la información suficiente.- Toda persona tiene derecho a recibir personalmente o a través de sus familiares y de la persona que ejerza su representación legal, antes y en las diversas etapas de atención, asesoría e información clara, oportuna, suficiente, veraz y completa de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y alternativas terapéuticas o cualquier procedimiento relacionado a su salud mental y los riesgos que estos impliquen, las alternativas para el cuidado y tratamiento existentes, en términos comprensibles, de acuerdo a su edad y condiciones para elegir libremente; así como a negarse a recibir dicha información.	El Artículo 10 reconoce el derecho a la información suficiente para todas las personas, asegurando que puedan recibir asesoría clara, completa y veraz sobre su estado de salud mental, diagnóstico, tratamiento y alternativas terapéuticas. Este derecho incluye la posibilidad de decidir libremente sobre la recepción de información y de que la información sea comprensible según edad y capacidad. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud (DSS), este artículo representa un avance importante en términos de autonomía individual y respeto a los derechos humanos, pero presenta limitaciones significativas si se lo analiza desde el enfoque estructural y social.
	Art. 11. Autonomía de la voluntad.- Toda persona tiene el derecho a que se respete su autonomía de la voluntad para elegir libre y voluntariamente, sin coerción ni presiones entre las opciones que le presente el profesional de la salud para tratar su caso. Esta elección personal incluye aceptar o rechazar total o parcialmente la atención,	El Artículo 11 reconoce el derecho a la autonomía de la voluntad, garantizando que toda persona pueda tomar decisiones libres, voluntarias y sin coerción sobre su atención en salud mental, incluyendo aceptación o rechazo de diagnósticos, tratamientos, procedimientos y presentaciones de su caso fuera del ámbito clínico.

	<i>procedimiento, conocimiento del diagnóstico, la presentación de su caso fuera del ámbito clínico, tratamiento, intervención o cualquier procedimiento alternativo relacionado con la atención de su salud mental.</i>	Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este artículo representa un avance en derechos individuales y autonomía, pero requiere un análisis crítico que considere los determinantes sociales y estructurales que pueden condicionar la toma de decisiones
	Art. 12. Consentimiento Libre e Informado.- <i>Toda persona tiene derecho a otorgar, negar o revocar su consentimiento libre y voluntario en cada procedimiento o intervención relacionada con su salud mental, y expresarlo verbalmente o por escrito, después de haber sido informado de manera clara, oportuna, suficiente, y completa sobre su condición de salud.</i> <i>La recepción de dicho consentimiento se realizará por parte de los prestadores de servicios de salud, conforme la normativa que la autoridad sanitaria nacional emita para el efecto.</i> <i>En caso de que el consentimiento informado se exprese por escrito, el documento para su constancia deberá ser entregado únicamente por profesionales de la salud. En caso de que se haga de manera verbal, el mismo deberá ser registrado por el profesional de la salud. En ambos casos formará parte del expediente único de la historia clínica del paciente. Para el efecto, la autoridad sanitaria nacional, emitirá los instrumentos y protocolos correspondientes.</i> <i>Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir toda la información inherente a su diagnóstico y tratamiento, usando medios y tecnologías apropiadas para su comprensión, para lo cual se articularán asistencias o apoyos funcionales, tecnológicos o humanos, orientados a que la persona desarrolle su propio proceso de toma de decisión; así como la designación de acompañantes que asistan a la persona cuando sea necesario.</i> <i>Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a expresar su opinión sobre las intervenciones de salud mental a fin de que se la considere dentro de dichas decisiones. Al igual que los padres, madres o tutores, legales, tienen derecho a recibir información clara, completa y suficiente, de acuerdo a su ciclo evolutivo sobre las intervenciones en ellos realizadas.</i>	El Artículo 12 establece el derecho al Consentimiento Libre e Informado en salud mental, reconociendo que toda persona puede otorgar, negar o revocar su consentimiento sobre cualquier intervención o procedimiento relacionado con su salud mental. Además, se detallan disposiciones para asegurar su registro, atención a personas con discapacidad y consideración de la opinión de niñas, niños y adolescentes. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, el artículo representa un avance en términos de autonomía, derechos humanos y protección frente a prácticas coercitivas, pero su efectividad depende de factores sociales, culturales y estructurales. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, la efectividad del consentimiento informado depende del acceso equitativo a servicios de calidad, la reducción de barreras estructurales y sociales, la adaptación de la información a contextos culturales y educativos diversos con apoyo comunitario y familiar, y la ampliación de opciones terapéuticas que garanticen decisiones voluntarias y fundamentadas. En consecuencia, el consentimiento informado solo se convierte en un derecho efectivo cuando se integra en políticas integrales que aborden los determinantes sociales de la salud mental.
	Art. 13. Capacidad de Otorgamiento del consentimiento informado en atenciones de salud mental.- <i>El consentimiento informado de adultos o adolescentes emancipados que no estén en capacidad de otorgarlo para</i>	El Artículo 13 regula la capacidad de otorgamiento del consentimiento informado en atenciones de salud mental para personas que no pueden otorgarlo directamente, estableciendo un orden de representantes legales o

	atenciones de salud mental, podrá hacerse a través de su representante legal o curador. En caso de no existir representación legal o curaduría podrán otorgar el consentimiento en este orden: a) El cónyuge o conviviente en unión de hecho; b) Los hijos mayores de edad; c) Los padres; e) Los hermanos mayores de edad. Ante la existencia de antecedentes de violencia física, psíquica, sexual, de género, económica, migratoria u otra por parte de alguna de las personas antes descritas, no podrá otorgar este consentimiento en estos casos. De no existir ninguno de ellos, o, en caso de disputa de la representación legal, para tomar la definición respecto de la atención en materia de salud mental, el profesional de la salud actuará sobre la base de su valoración clínica, tomando en consideración la mejor alternativa para la salud y beneficio del paciente. Este tipo de consentimiento es transitorio hasta que la persona recupere su capacidad para otorgarlo de manera voluntaria.	familiares y excepciones en casos de antecedentes de violencia. El consentimiento es transitorio hasta que la persona recupere su capacidad. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este artículo tiene implicaciones importantes, pero también presenta limitaciones en términos de justicia social y estructural. Este artículo tiene la visión de proteger formalmente la toma de decisiones en salud mental para personas sin capacidad de otorgar consentimiento, considerando violencia familiar y otorgando un rol transitorio al profesional de salud. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, la efectividad del consentimiento en contextos de incapacidad requiere abordar desigualdades familiares y sociales, integrar estrategias comunitarias e intersectoriales para decisiones contextualizadas y equitativas, implementar programas de recuperación de autonomía con educación, soporte comunitario y rehabilitación integral, y atender la violencia estructural y la exclusión social, superando la visión limitada a la violencia directa; en suma, se necesita una aproximación estructural y comunitaria, más allá de la regulación formal (J. Breilh 2022).
	Art. 14. Consentimiento en caso de niña, niños y adolescentes que sufran trastornos mentales.- Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a recibir información sobre su trastorno o enfermedad mental y sus opciones terapéuticas, adaptada a su edad, desarrollo mental y psicológico, y a ser escuchado en todas las etapas de la atención integral. En el caso de niñas, niños y adolescentes el consentimiento informado deberá ser otorgado por sus padres, y a falta de ellos por quien ejerza su representación legal o tenencia. En caso de hijos de padres adolescentes no emancipados, el consentimiento podrá ser otorgado por su tutor o quien ejerza la patria potestad. En caso de disputa entre los padres respecto de una intervención en materia de salud mental, de que no exista persona capaz para emitir el consentimiento informado o la existencia de antecedentes de violencia física, psíquica, sexual, de género, económica, migratoria u otra por parte de alguno de los progenitores, éste no podrá otorgar el	El Artículo 14 regula el consentimiento informado y participación de niñas, niños y adolescentes (NNA) en salud mental, garantizando que reciban información adaptada a su edad, desarrollo psicológico y mental, y que sean escuchados durante todas las etapas de atención. Se establecen reglas para el otorgamiento del consentimiento por padres, tutores o representantes legales, con excepciones en casos de violencia o disputas. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este artículo protege formalmente derechos fundamentales de NNA, pero su efectividad depende de factores sociales, estructurales y comunitarios. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, garantizar los derechos de NNA requiere entornos familiares, educativos y comunitarios seguros, la reducción de barreras estructurales que limiten su comprensión y participación, la integración de redes de apoyo comunitarias y educativas en la toma de decisiones, y la articulación de políticas sociales y educativas que complementen las decisiones clínicas, de modo que se adopte una visión integral que conecte lo clínico con lo social y estructural, más allá del cumplimiento formal de protocolos.

	consentimiento, y el profesional de la salud actuará tomando en consideración la mejor alternativa para la salud y beneficio del paciente. En todos los casos, se respetará el interés superior del niño.	
	Art. 15. Excepción a la necesidad de consentimiento previo.- No se requerirá el otorgamiento de consentimiento informado cuando la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o pueda causar una secuela funcional grave, si no recibe atención médica de forma inmediata e impostergable. Tampoco se requerirá el consentimiento informado cuando la intervención sea necesaria para salvaguardar la vida o integridad física de la persona o de terceros. Para cualquier intervención, luego de superada la emergencia, cuando la persona haya recuperado su autonomía se requerirá el consentimiento informado en la forma prescrita en esta ley.	El Artículo 15 establece excepciones al consentimiento informado en situaciones de emergencia clínica, riesgo vital o peligro de secuelas graves, así como para proteger la vida o integridad de la persona o de terceros. Posteriormente, se requiere obtener el consentimiento una vez que la persona recupere su autonomía. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este artículo reconoce la necesidad de intervenciones urgentes, pero plantea desafíos importantes para garantizar derechos y equidad en salud mental. El Art. 15 permite intervenciones en salud mental sin consentimiento previo en situaciones de emergencia, garantizando posteriormente el consentimiento informado cuando la persona recupere autonomía. Desde la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende del acceso universal y equitativo a servicios de emergencia, la reducción de desigualdades estructurales que limiten la autonomía post-crisis, la integración de estrategias comunitarias, educativas y familiares para acompañar la recuperación de derechos, y el monitoreo sociocultural de la intervención para prevenir discriminación o inequidades. En síntesis, la excepción al consentimiento es necesaria, pero requiere políticas integrales que articulen lo clínico con lo social y estructural para garantizar derechos efectivos en salud mental.

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

La Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador constituye un avance al reconocer la salud mental como un derecho humano y priorizar la equidad y la atención a grupos vulnerables; sin embargo, desde la Determinación Social de la Salud, su enfoque sigue siendo principalmente clínico y asistencial. Al centrarse en la garantía formal de derechos sin abordar las causas estructurales del sufrimiento psíquico, como la pobreza, la exclusión o la violencia, la ley corre el riesgo de reproducir desigualdades si no se complementa con políticas intersectoriales, redistribución de recursos y participación comunitaria efectiva.

Los artículos 7 al 15 de la Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador pueden analizarse desde la determinación social de la salud entendida como un proceso histórico-estructural que articula dimensiones generales, particulares y singulares (J. Breilh 2013); (Laurell 1982). El artículo 7, al reconocer grupos de atención prioritaria conforme a la Constitución de la República del Ecuador y a los tratados internacionales de derechos humanos, sitúa la salud mental en la dimensión general de la reproducción social, donde operan relaciones estructurales de clase, género, etnia y condición migratoria. La obligación de activar mecanismos de protección frente a violencias múltiples reconoce que los procesos críticos de la salud mental no son meramente clínicos, sino que emergen de patrones de dominación y exclusión que deterioran las condiciones de vida (J. Breilh 2013). Así, la ley incorpora, al menos normativamente, la comprensión de que la vulnerabilidad es socialmente producida y exige respuestas intersectoriales.

En los artículos 8 y 14, relativos a niñas, niños y adolescentes, se evidencia la articulación entre la dimensión particular (familia, escuela, servicios de salud) y la dimensión singular (experiencia subjetiva del sufrimiento psíquico). La exigencia de detección temprana en el primer nivel de atención y la coordinación con la autoridad educativa apuntan a intervenir en los espacios de socialización donde se configura la reproducción cotidiana de la vida (Laurell 1982). Desde el metabolismo sociedad-naturaleza, la infancia es un momento crítico de conformación biopsicosocial en el que los entornos materiales (violencia, pobreza, precariedad ambiental) interactúan con procesos neuropsicológicos. La centralidad del interés superior del niño y el derecho a ser escuchado refuerzan la autonomía progresiva, tensionando la tradicional subsunción de la niñez a la autoridad familiar y médica, y acercándose a estándares de la Organización Mundial de la Salud y del enfoque de derechos en salud mental (2022).

Los artículos 9 y 10, al enumerar derechos en salud mental y el derecho a la información suficiente, consolidan un marco garantista que redefine la relación

terapéutica. El reconocimiento de la gratuidad, la atención basada en evidencia, la prohibición de tratos crueles y la no discriminación dialogan con la Organización Panamericana de la Salud y su llamado a superar el modelo manicomial hacia uno comunitario (2018). Desde la categoría de subsunción y autonomía relativa, estos artículos buscan limitar la subsunción del sujeto al poder psiquiátrico y al mercado sanitario, fortaleciendo su capacidad de decisión informada. Sin embargo, como advierte Foucault (2005), la medicalización puede reproducir formas sutiles de control si no se transforman las condiciones estructurales que producen el sufrimiento, lo que remite nuevamente a la dimensión general de la determinación social.

Los artículos 11, 12 y 13 desarrollan la autonomía de la voluntad y el consentimiento libre e informado, incluyendo apoyos para personas con discapacidad y reglas de representación. Aquí se expresa con claridad la tensión entre autonomía y tutela, especialmente cuando el profesional de la salud puede decidir en ausencia o disputa de representación. Desde la perspectiva crítica latinoamericana, la autonomía no es un atributo abstracto, sino una capacidad históricamente condicionada por desigualdades materiales y simbólicas (J. Breilh 2013). La previsión de apoyos tecnológicos o humanos para la toma de decisiones se alinea con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que promueve la sustitución de modelos de sustitución de voluntad por esquemas de apoyos, fortaleciendo la autonomía relativa frente a la hegemonía biomédica.

El artículo 15 establece excepciones al consentimiento en situaciones de riesgo vital o peligro para terceros, lo que evidencia la persistencia de la dimensión general del orden jurídico y la protección social sobre la singularidad del sujeto. Desde los procesos críticos de la salud, esta excepción puede interpretarse como una respuesta necesaria ante crisis agudas, pero también como un espacio de potencial abuso si no existen mecanismos de supervisión adecuados. En términos de reproducción social, la intervención sin consentimiento refleja la función del Estado de garantizar la continuidad de la vida y el orden social, aunque debe equilibrarse con el respeto a la dignidad humana. En conjunto, los artículos 7 al 15 configuran un marco que, al menos en el plano normativo, incorpora la determinación social de la salud mental, al articular derechos individuales con obligaciones estructurales del Estado, aunque su efectividad dependerá de la transformación real de las condiciones materiales y simbólicas que producen sufrimiento psíquico.

Asimismo, los artículos que reconocen derechos a la información, al consentimiento informado y a la autonomía constituyen un avance en términos de

dignidad y derechos humanos, pero su eficacia depende de las condiciones materiales y sociales que permitan ejercerlos realmente. Tal como señala Breilh (2013, 2022), la autonomía y la libertad individual en salud solo pueden realizarse plenamente si existen entornos sociales justos, acceso equitativo a servicios y comprensión culturalmente adaptada. Por tanto, el derecho al consentimiento o a la información carece de sentido si las personas viven en contextos de pobreza, desigualdad educativa o violencia estructural que condicionan sus decisiones y limitan su capacidad de participación.

Desde la Determinación Social de la Salud, garantizar la salud mental como derecho exige superar el modelo biomédico y adoptar un enfoque social y comunitario que integre políticas de salud, educación, trabajo, vivienda y justicia social, fortaleciendo la gobernanza intersectorial, la equidad territorial y la participación ciudadana en la gestión y control de los servicios. Como plantean Almeida Filho y Paim (1999) y la OPS (2025), la salud mental solo puede entenderse como una construcción social, determinada por las condiciones materiales de vida y las relaciones de poder. En este sentido, la ley será verdaderamente emancipadora solo si logra actuar sobre las raíces estructurales del malestar psicosocial, convirtiendo los principios normativos en transformaciones reales de vida y dignidad colectiva.

3.2 Sección II. Deberes del Estado

Este es el primer apartado del segundo capítulo de la ley en donde veremos y analizaremos todos los derechos que tienen los usuarios de Salud Mental en Ecuador, o están detallados en la ley orgánica, en la tabla 9 se encuentran desglosados los artículos pertenecientes a esta sección, donde podremos analizar de manera crítica los componentes.

Tabla 9
Capítulo II. Sección II. Deberes del Estado

CAPÍTULO II		
DERECHOS DE LAS PERSONAS CON RELACIÓN A LA SALUD MENTAL Y DEBERES DEL ESTADO		
SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
SECCIÓN II. DEBERES DEL ESTADO	Art. 16. Deberes del estado.- Para la aplicación de la presente ley, son deberes del estado: 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; b) Garantizar a las personas. que requieran atención en salud mental, los servicios, tratamientos y medicamentos, basados en la mejor evidencia científica para prevenir, promover, conservar o recuperar su salud mental. El financiamiento de estos servicios se realizará en la red pública integral de salud, conforme lo dispuesto en la constitución de la república; c) Desarrollar la articulación intersectorial, a fin de que el abordaje de la salud mental se brinde de manera coordinada entre todos los miembros del sistema nacional de salud y de otras entidades competentes en inclusión social, laboral, gobiernos autónomos descentralizados, entre otros; d) Incluir en la política pública la garantía de inclusión, soporte y protección para personas que requieran atención de salud mental y se encuentren en estado de abandono, mediante la implementación de acciones de fortalecimiento de redes de apoyo y vinculación familia; y, comunitaria; e) Promover la participación social de usuarios y familiares en la política nacional de salud mental; y, la creación de grupos de apoyo, para fortalecer el acompañamiento por parte de familiares y amigos del entorno de las personas que requieran atención de salud mental; f) Prevenir y erradicar todo tipo de estigmatización, discriminación, violencia y revictimización a las personas sujetas a atención en salud mental, por tener o padecer, de manera permanente o transitoria un trastorno mental; g) Realizar de forma periódica programas de capacitación en materia de salud mental, particularmente en temas de prevención, atención, protección y reparación; h) Garantizar los servicios y el apoyo de salud mental basados en la comunidad en situaciones de emergencia y contextos humanitarios; i) Fortalecer la profesionalización y capacitación permanente de los profesionales de la salud mental y agentes comunitarios;	El Artículo 16 define los deberes del Estado en la implementación de la Ley, estableciendo responsabilidades para garantizar la atención integral de salud mental, inclusión, financiamiento, articulación intersectorial, participación social, prevención de discriminación, capacitación, y control de servicios. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este artículo representa un avance significativo al reconocer que la salud mental depende de factores estructurales, sociales, comunitarios y políticos, pero su éxito depende de la real implementación efectiva y equitativa. Este artículo establece un marco integral de responsabilidades estatales en salud mental, reconociendo la necesidad de políticas públicas, financiamiento, intersectorialidad, inclusión y capacitación profesional. Desde la Determinación Social de la Salud, su efectividad requiere implementación equitativa de políticas y servicios considerando diferencias geográficas y socioeconómicas, integración de redes comunitarias y familiares, acciones estructurales contra estigmatización y discriminación, capacitación profesional con enfoque DSS y monitoreo de impactos sociales y comunitarios. En síntesis, aunque el artículo ofrece un marco normativo robusto, la salud mental integral solo se garantiza abordando los determinantes sociales y estructurales que condicionan el bienestar de la población.

	<i>j) Respetar, promover y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas que padezcan trastornos mentales; o, que estén siendo atendidas por esta causa;</i> <i>k) Adoptar políticas en los ámbitos determinantes de la salud mental;</i> <i>l) Controlar el funcionamiento de establecimientos de salud mental;</i> <i>m) Otros que se estipulen en la constitución, esta ley y la normativa que se emita para su aplicación.</i>	
--	---	--

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

En el artículo 16 sobre los deberes del estado, es necesario remarcar que, el estado tendrá varias funciones para impulsar una política nacional de salud mental, así como menciona la ley, el estado será el ente rector para promover una atención integral en salud teniendo en cuenta la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión de los usuarios de los diferentes servicios de salud mental. De la misma manera, garantizará a los usuarios que requieran cualquier atención en salud mental, proveer tratamientos eficaces y medicamentos adecuados (Asamblea Nacional del Ecuador 2024).

El Artículo 16 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador constituye un avance normativo al establecer las responsabilidades del Estado en la garantía del derecho a la salud mental, integrando dimensiones como la inclusión, el financiamiento, la articulación intersectorial, la participación social y la capacitación profesional. Desde la Determinación Social de la Salud, este artículo reconoce que el bienestar psíquico no depende únicamente de la atención clínica, sino de factores estructurales como las condiciones económicas, laborales, educativas y territoriales que configuran la vida social (World Health Organization 2010; J. Breilh 2013). Sin embargo, su efectividad está condicionada a la implementación equitativa de las políticas públicas, la territorialización del financiamiento y la creación de redes comunitarias que garanticen una atención integral y continua.

En un análisis crítico, aunque el artículo propone una visión intersectorial y de derechos, persiste una brecha entre el marco legal y la realidad institucional del país. La ausencia de mecanismos de evaluación de los determinantes sociales y la débil participación comunitaria limitan el alcance transformador de la ley. Para lograr un verdadero impacto en la salud mental colectiva, se requiere fortalecer la gobernanza intersectorial, promover la justicia social y erradicar la estigmatización que reproduce desigualdades estructurales en el acceso a los servicios (J. Breilh 2022; OPS 2025). En este sentido, la aplicación efectiva del Art. 16 debe trascender el enfoque asistencialista hacia una praxis emancipadora que vincule salud, educación, trabajo y equidad social.

Por otro lado, uno de los deberes que el estado ecuatoriano deberá cumplir para que la salud mental no sea precarizada es la articulación intersectorial entre diversos actores que intervengan en los tratamientos, rehabilitación y seguimiento en salud mental buscando alianzas que promuevan una salud mental de calidad. También es necesario identificar redes y vínculos de apoyo que puedan servir como parte del plan terapéutico trazado al inicio de la intervención. Todos esos componentes serán dados por el estado buscando estrategias que establezcan este trabajo interdisciplinario.

La estigmatización es una categoría que siempre estará presente al momento de hablar de salud mental, es una forma de discriminación que impuso el modelo biomédico para denigrar a las personas que padecen cualquier sufrimiento mental, el estado está en la obligación de implementar planes y programas para erradicar el estigma social alrededor de la salud mental.

Por último, se debe mencionar que, el estado deberá controlar todos los establecimientos de salud mental para erradicar, mitigar y eliminar todos los tratamientos clandestinos, así como internamientos riesgosos e involuntarios en clínicas que no tengan permisos de funcionamiento, regular todos estos centros será deber y obligación permanente a corto, mediano y largo plazo para que la salud mental sea de calidad no precarizada ni privatizada.

4. Capítulo III. Del marco institucional para la atención en Salud Mental

En este capítulo de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, analizamos todo el organismo competente en el ámbito de las políticas institucionales en el campo de la salud mental para identificar como son los componentes que serán los sectores reguladores del estado en los diferentes servicios de salud. La tabla 10 muestra un análisis experimental.

Tabla 10
Capítulo III. Del marco Institucional para la atención en Salud Mental

CAPÍTULO III		
DEL MARCO INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL		
SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
I. DEL MARCO INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	Art. 17. Rectoría.- La autoridad sanitaria nacional en su calidad de rector del sistema nacional de salud tendrá la competencia para la formulación, emisión, evaluación y control de la política pública de salud mental, que será de aplicación obligatoria para todas las entidades públicas y privadas que brinden servicios en esta materia y para las entidades competentes que ejerzan actividades determinantes para la salud mental. Las normas que se emita en materia de salud mental serán de obligatorio cumplimiento en el sistema nacional de salud y para todas las entidades públicas y privadas que brinden servicios en esta materia y para las entidades competentes que ejerzan actividades determinantes para la salud mental. La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la entidad adscrita correspondiente ejecutará la vigilancia, control y sanción de los establecimientos y servicios en donde se brinde atención de salud mental a fin de que se garanticen los derechos de los usuarios.	El Artículo 17 establece la rectoría de la autoridad sanitaria nacional sobre el Sistema Nacional de Salud en materia de salud mental, definiendo competencias de formulación, emisión, evaluación, control y sanción. Se enfatiza la obligatoriedad de las normas para entidades públicas, privadas y aquellas que incidan en determinantes de la salud mental. Además, fortalece la rectoría del Estado en salud mental mediante competencias normativas, control y sanción, reconociendo la influencia de los determinantes sociales. Desde la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende de la articulación intersectorial, la supervisión y evaluación con enfoque comunitario, la participación activa de usuarios, familias y comunidades, y la disponibilidad de recursos técnicos y humanos capacitados en determinantes sociales. En síntesis, la rectoría representa un avance normativo, pero solo se traduce en salud mental integral si se implementan acciones concretas que aborden las desigualdades estructurales.
	Art. 18. Plan Nacional de Salud Mental.- 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. El plan nacional de salud mental deberá contener los objetivos, líneas estratégicas, acciones e indicadores de impacto para impulsar la promoción y protección de salud mental, prevención, identificación de factores de riesgo, fortalecimiento del talento humano, servicios y atención en salud mental, desarrollo de acciones de inserción familiar, educativa, social, laboral, fomento a la investigación de problemas de salud mental e impulso a la participación social, para analizar los problemas de salud mental, así mismo para establecer soluciones para los problemas de salud pública a las enfermedades de salud mental reconocidas en esta ley. Estos	El Art. 18 establece la creación del Plan Nacional de Salud Mental, elaborado por la autoridad sanitaria con participación intersectorial en áreas como educación, vivienda, empleo, cultura, deporte y rehabilitación social, incluyendo objetivos, líneas estratégicas, acciones e indicadores en promoción, prevención, atención, investigación y participación social, con énfasis en derechos, igualdad y protección de niñas, niños y adolescentes. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende de la coordinación intersectorial real, la adaptación cultural y territorial de estrategias, el uso de indicadores que midan bienestar comunitario y equidad, la participación activa de usuarios, familias y comunidades, y la integración de investigación con enfoque social y comunitario. En síntesis, aunque representa un avance normativo significativo, el éxito del plan depende de su capacidad para abordar los determinantes sociales y estructurales que condicionan la salud mental de la población.

	objetivos deberán considerar la especialización para los casos de niñas, niños y adolescentes. De la misma manera, se impulsarán la implementación y aplicación de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas con problemas de salud mental, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación.	
	Art. 19. Órgano administrativo de salud mental.- La Autoridad Sanitaria Nacional, dentro de su estructura contará con un órgano administrativo encargado de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley, la política nacional de salud mental y de las normas que se expidan para su aplicación. La dirección de este organismo, así como las competencias y funciones del mismo serán determinadas en la normativa que regule el estatuto orgánico funcional de la Autoridad Sanitaria Nacional.	El Art. 19 establece un órgano administrativo de salud mental dentro de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de la aplicación, control y vigilancia de la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental y normas relacionadas, con dirección, competencias y funciones definidas por normativa específica. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su eficacia depende de la evaluación de impacto social, la participación activa de comunidades y usuarios, la coordinación intersectorial que aborde determinantes sociales, y la definición de competencias orientadas a equidad, inclusión y diversidad cultural. En síntesis, aunque representa un avance normativo en la institucionalización de la rectoría en salud mental, solo logrará resultados efectivos si integra acciones concretas que enfrenten desigualdades, vulnerabilidades y factores estructurales que condicionan la salud mental.
	Art. 20. Red de servicios de salud mental.- Créase la red de servicios de salud mental, que estará integrada por los miembros de la red pública integral de salud y por otros organismos públicos, privados o comunitarios que brinden servicios de salud mental o de apoyo para los mismos. Esta ley se organizará bajo la rectoría y liderazgo de la autoridad sanitaria Nacional, a fin de permitir el acceso a los servicios de salud mental a la población en todos los niveles de atención. La Autoridad Sanitaria Nacional planificará la oferta de servicios de salud mental dentro del sistema nacional de salud. Los servicios de salud privados deberán cumplir con dicha planificación, sin que puedan establecerse centros de atención de salud mental por fuera de la misma.	El Art. 20 establece la creación de la Red de Servicios de Salud Mental, integrada por entidades públicas, privadas y comunitarias, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional y con planificación obligatoria de la oferta de servicios. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su éxito depende de la articulación intersectorial que aborde determinantes sociales, la cobertura equitativa incluyendo comunidades vulnerables, la participación activa de usuarios y familias, la supervisión del impacto social y la capacitación de recursos humanos en enfoques comunitarios e interculturales. En síntesis, la red constituye un avance estructural, pero solo tendrá impacto real en la salud mental si se implementan políticas concretas centradas en los determinantes sociales y la equidad territorial.
	Art. 21. De las competencias de los gobiernos Autónomos Descentralizados.- Los gobiernos autónomos descentralizados en cumplimiento de la política y normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional, en el ámbito de sus competencias implementarán planes, programas y proyectos de promoción de la salud mental, prevención de los factores de riesgo que puedan afectar la salud mental de la población.	El Art. 21 establece las competencias de los Gobiernos Autónomos Descentralizados para implementar planes y proyectos de salud mental bajo la normativa de la autoridad sanitaria, enfatizando promoción, prevención, inclusión socio-comunitaria, rehabilitación y creación de centros de acogimiento transitorio, con responsabilidad en el cumplimiento conforme a recursos públicos. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende de la capacidad de los GADs para implementar programas

	<i>Los gobiernos autónomos descentralizados podrán implementar programas de inclusión socio comunitaria, para personas que hayan recibido tratamiento en salud mental y hayan sido rehabilitadas, así como centros de acogimiento transitorio para personas que sufran trastornos mentales, a fin de promover la recuperación de autonomía e inclusión social.</i> <i>Los distintos niveles de gobierno garantizarán, en el ámbito de sus competencias y acorde a las reglas de las finanzas públicas, la garantía y aplicación de la presente ley.</i>	adaptados al contexto social y cultural, la integración intersectorial con políticas de vivienda, educación, empleo y protección social, la participación activa de comunidades, usuarios y familias, la asignación adecuada de recursos financieros y la evaluación basada en determinantes sociales y bienestar comunitario. En síntesis, representa un avance normativo en salud mental comunitaria, pero requiere implementación contextualizada, equitativa y participativa para generar un impacto real en la salud mental de la población.
	Art. 22. De las competencias en materia de educación y educación superior. - <i>La autoridad nacional de educación y la autoridad rectora de la política pública de educación superior, ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional, emitirán la normativa a fin de implementar para los estudiantes programas de prevención y promoción de salud mental que incluyan la reducción de factores de riesgo que puedan afectar a la salud mental de los estudiantes. Los establecimientos de educación inicial, básica, bachillerato y de educación superior, públicos y privados deberán incluir el servicio de salud mental según corresponda a la necesidad de la población estudiantil; tendrán además la obligación de desarrollar programas que permitan la detección oportuna de posibles casos de trastornos mentales que requieran atención de salud y de articular y ejecutar las acciones que permitan la atención de los mismos en los prestadores de servicios de salud del sistema Nacional de Salud.</i>	El Art. 22 establece que las autoridades educativas, en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional, deben implementar programas de prevención y promoción de la salud mental en estudiantes, incluyendo servicios educativos para la detección temprana de trastornos y la articulación con la red del Sistema Nacional de Salud. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende de la integración de determinantes sociales en los programas, la disponibilidad de servicios accesibles y culturalmente pertinentes, la coordinación intersectorial entre educación, salud y comunidad, la capacitación continua de docentes y la evaluación basada en bienestar estudiantil. En síntesis, aunque representa un avance normativo relevante en salud mental educativa, requiere implementación contextualizada, equitativa y participativa para impactar efectivamente en la población estudiantil.
	Art. 23. Inclusión Social. - <i>Las autoridades competentes en materia de inclusión social, educativa, laboral y vivienda deberán desarrollar planes, programas y proyectos específicos para personas que sufran trastornos mentales y que se encuentren en situación de abandono o que no cuenten con el apoyo de su núcleo familiar, a fin de que puedan “ser incluidos” en la sociedad y ejercer plenamente su autonomía.</i> <i>“La autoridad en materia de inclusión social deberá implementar centros de acogimiento permanentes y transitorios, en concordancia con el modelo comunitario de salud mental”.</i>	El Art. 23 promueve la inclusión social de personas con trastornos mentales, especialmente aquellas en situación de abandono o sin apoyo familiar, mediante planes, programas y centros de acogimiento permanentes y transitorios bajo un modelo comunitario de salud mental. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende de la articulación intersectorial (educación, empleo, vivienda, salud), programas centrados en derechos y autonomía, participación activa de las personas usuarias, atención a determinantes estructurales de exclusión y evaluación basada en impacto social y cohesión comunitaria. En síntesis, constituye un avance normativo clave, pero requiere implementación integral, participativa y comunitaria para generar cambios significativos en la vida de las personas afectadas.

	Art. 24. De la coordinación con el sistema nacional de rehabilitación social.- La entidad encargada del sistema nacional de rehabilitación social, coordinará con la autoridad sanitaria nacional, la prestación de servicios especializados de salud mental dentro de los centros de privación de la libertad. Así mismo, la mencionada entidad coordinará con las autoridades competentes en materia de educación, deporte, cultura, inclusión social, entre otras, la implementación de programas de promoción de la salud mental y prevención de los factores de riesgo.	El Art. 24 establece la coordinación entre el sistema nacional de rehabilitación social y la Autoridad Sanitaria Nacional para garantizar servicios especializados de salud mental en centros de privación de libertad, articulándose además con educación, deporte, cultura e inclusión social para promover la salud mental y prevenir factores de riesgo. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, su efectividad depende de la provisión de servicios integrales que aborden determinantes sociales y estructurales propios del encierro, la coordinación intersectorial sostenida, la participación activa de las personas privadas de libertad, programas orientados a rehabilitación social y reinserción comunitaria, y evaluaciones centradas en bienestar, reducción de riesgos y cohesión social. En síntesis, constituye un avance normativo hacia un modelo comunitario y de derechos humanos en contextos penitenciarios, pero requiere implementación integral y participativa para impactar efectivamente la salud mental de esta población vulnerable.
	Art. 25. De la competencia en materia atención en salud mental para adolescentes infractores.- Los centros de privación de la libertad para adolescentes infractores deberán implementar planes, programas y proyectos de promoción de la salud mental y prevención de factores de riesgo que puedan afectar la misma. Así mismo, en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional deberán implementar servicios especializados de atención integral para la salud mental, diseñados específicamente para este grupo de atención prioritaria. La autoridad encargada de estos centros de privación de la libertad coordinará con las autoridades competentes en materia de educación, deporte, cultura, inclusión social, entre otras, la implementación de programas de promoción de la salud mental y prevención de los factores de riesgo.	El Artículo 25 reconoce a los adolescentes infractores como un grupo vulnerable que requiere atención prioritaria en salud mental, estableciendo la obligación de los centros de privación de libertad de implementar planes, programas y servicios especializados de manera coordinada con la Autoridad Sanitaria Nacional y otras instancias estatales. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, aunque representa un avance normativo y promueve la coordinación intersectorial, su efectividad enfrenta desafíos estructurales: no aborda determinantes sociales como pobreza, violencia o exclusión educativa; la implementación se ve limitada por barreras institucionales, financieras y de capacitación; se enfoca más en prevención y atención clínica que en transformación social; y carece de mecanismos claros de seguimiento y participación de los adolescentes en el diseño de los programas. Para garantizar resultados efectivos, se recomienda integrar enfoques de justicia social y equidad, actuando sobre los determinantes sociales que generan vulnerabilidad y no solo sobre los síntomas individuales.
	Art. 26. De la Competencia en Materia de Justicia.- El consejo de la judicatura deberá capacitar permanentemente a los jueces de familia, mujer, niñez y adolescencia, sobre el contenido de esta ley, asimismo, deberá impulsar la formación de peritos expertos en las áreas requeridas relacionadas con la salud mental, a fin de que puedan emitir los dictámenes necesarios para determinar las condiciones de las personas que sufran trastornos mentales.	El Artículo 26 busca profesionalizar la respuesta judicial en casos de salud mental, estableciendo que jueces sean capacitados y que los dictámenes forenses solo sean emitidos por peritos calificados, garantizando decisiones basadas en información especializada y confiable. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, aunque fortalece la rigurosidad técnica y la profesionalización, presenta limitaciones: enfatiza un enfoque biomédico sin considerar determinantes sociales y estructurales; omite la participación de la

	<i>El sistema especializado integral de investigación, medicina legal y ciencias forenses, deberá incorporar dentro de sus servicios, al servicio forense de salud mental, a fin de contar con los dictámenes, sobre la materia, requerimiento de los jueces competentes.</i> <i>Los jueces competentes que requieren de la determinación de la salud mental de una persona no podrán solicitar informes médicos a profesionales de la salud que no hayan sido calificados como peritos en materia de salud mental, por el consejo de judicatura. El incumplimiento de esta obligación se sancionará, conforme lo dispuesto en el código orgánico de la función judicial.</i>	persona afectada y su contexto comunitario; y puede perpetuar desigualdades al no articularse con servicios sociales ni incorporar criterios de equidad. Para una implementación más efectiva, se recomienda complementar la pericia técnica con un análisis integral de determinantes sociales, promoviendo justicia social, equidad y decisiones judiciales contextualizadas en salud mental.
--	---	--

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

Desde una mirada crítica podemos darnos cuenta que, por un lado hablan acerca de factores de riesgo de la salud mental, esto quiere decir que, le ven aún a la salud mental desde un plano individualista y biologicista, desde la vieja salud pública, desde los determinantes sociales de la salud, se debería hablar desde la determinación social de la salud cambiando los factores por los procesos (protectores y destructivos) englobando y articulando todos los componentes con las diferentes categorías enmarcadas en la epidemiología crítica.

En el campo de la salud mental se puede plantear si en verdad se podrá implementar los planes que mencionan o solo es un intento burdo por manejar categorías desconocidas para hacer creer a la población ecuatoriana que por el hecho de mencionar que es una ley comunitaria es así, pero es todo lo contrario. Es necesario tener en cuenta que, a lo largo de la ley orgánica de salud mental se sigue hablando de factores de riesgo que puedan afectar la salud mental, dejando una brecha desde los determinantes sociales de la salud, por ello, es necesario que, la salud mental no solo sea vista desde los factores sino desde los procesos como nos menciona la determinación social de la salud.

Abarcando esta perspectiva, la salud mental no puede ser abordada únicamente desde criterios clínicos y diagnósticos, sino que debe considerar los efectos de la pobreza, la exclusión, la violencia estructural, el género, la etnicidad y otros factores sociales. La atención en salud mental, por tanto, se entiende como parte de un proceso colectivo de cuidado que interpela a múltiples actores y saberes, y no solo al especialista médico. Por lo tanto, Breilh (2013) plantea lo siguiente:

La salud colectiva, a diferencia de la salud pública clásica, no solo incorpora lo político y lo ético como dimensiones analíticas, sino que lo hace de manera constitutiva del objeto de estudio (Breilh 2013, 64)

El conjunto de los artículos 17 al 26 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador representa un bloque normativo fundamental que busca consolidar la rectoría estatal, la planificación intersectorial, la creación de redes de atención y la inclusión social de personas con problemas de salud mental. Desde la Determinación Social de la Salud, estos artículos constituyen avances en la construcción de una política pública más integral y articulada. No obstante, su aplicación práctica evidencia un riesgo de mantener una visión predominantemente tecnocrática y biomédica, que prioriza la regulación, el control y la sanción sobre la transformación estructural de las condiciones sociales que determinan la salud mental (World Health Organization 2010; J. Breilh 2013). Para que

la rectoría estatal sea efectiva, es indispensable fortalecer la participación social, territorializar la gestión y garantizar que las políticas no se limiten al cumplimiento normativo, sino que respondan a los contextos culturales, económicos y comunitarios del país.

Asimismo, los artículos que regulan la planificación nacional y local (Arts. 18, 20 y 21) evidencian una comprensión más amplia de la salud mental, al incluir determinantes como educación, vivienda, empleo, cultura y deporte. Sin embargo, la eficacia de estos mecanismos depende de la coordinación intersectorial real y del financiamiento sostenido. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, el desafío principal radica en la capacidad institucional de los Gobiernos Autónomos Descentralizados para adaptar los programas a las realidades territoriales, incorporar indicadores de bienestar social y garantizar una participación comunitaria activa. Las políticas deben superar el modelo asistencialista, fortaleciendo estrategias de empoderamiento social y reducción de inequidades estructurales que inciden en el sufrimiento psíquico (J. Breilh 2022, 2023).

Finalmente, los artículos referidos a la inclusión social y al ámbito judicial (Arts. 23-26) abordan sectores históricamente marginados, como personas en situación de abandono, privadas de libertad o adolescentes infractores. Desde la Determinación Social de la Salud, estos dispositivos normativos solo serán efectivos si integran la justicia social, la equidad y la transformación de las condiciones que producen vulnerabilidad. Aunque promueven derechos y atención prioritaria, se mantiene un sesgo institucional centrado en la atención clínica y el control, más que en la transformación de los determinantes sociales como la pobreza, la exclusión educativa o la violencia estructural. Para que el marco legal sea realmente emancipador, debe vincularse con políticas de inclusión laboral, acceso a vivienda, participación comunitaria y formación en salud mental con enfoque intercultural y de derechos humanos (J. Breilh 2007, 2022).

5. Capítulo IV. De la atención integral y procedimientos en salud mental

En este capítulo de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, se analiza la prevención y promoción en salud enmarcando la salud mental.

5.1 Sección I. De la Atención integral

Analizar esta sección nos ayudará a identificar algunos componentes clave para poder precisar si la ley cuenta con herramientas para poder ser considerado dentro de la perspectiva de salud colectiva.

Tabla 11
Capítulo IV. Sección I. De la Atención Integral

CAPÍTULO IV		
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y PROCEDIMIENTOS EN SALUD MENTAL		
SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
SECCIÓN I. DE LA ATENCIÓN INTEGRAL	Art. 27. Declaratoria como problema de salud pública.- Se reconocen como problemas de salud pública a los trastornos del estado de ánimo o afectivos, la violencia en todas sus formas, ideación suicida, suicidio, e intento suicida, trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, la lesión, disfunción cerebral o enfermedad física; y, otras enfermedades que la autoridad sanitaria nacional reconozca como tal, según el perfil epidemiológico y la incidencia y prevalencia de las enfermedades de salud mental en la población. Estos problemas se atenderán mediante la acción coordinada de todos los integrantes del sistema nacional de salud y de la participación de familiares, usuarios y la población en su conjunto; y, requerirán un abordaje interdisciplinario, integral e intersectorial, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, de vivienda, laboral y social. Los integrantes del sistema nacional de salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas de atención y medicamentos e inclusión para las personas que sufren trastornos mentales, especialmente para los grupos de atención prioritaria.	El Artículo 27 reconoce ciertos trastornos mentales y situaciones de riesgo, como suicidio, violencia, uso de sustancias, trastornos afectivos y enfermedades físicas asociadas, como problemas de salud pública, estableciendo que la atención debe ser integral, interdisciplinaria e intersectorial, con participación comunitaria y familiar, y garantizando disponibilidad de programas y medicamentos. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, aunque representa un avance normativo al visibilizar la salud mental como problema público y promover enfoques coordinados, presenta limitaciones: no aborda de manera explícita los determinantes sociales que generan o agravan estos trastornos, carece de mecanismos claros para implementar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria, y omite estrategias para reducir inequidades socioeconómicas y culturales. Para fortalecer su efectividad, sería recomendable incorporar políticas que actúen sobre determinantes estructurales como pobreza, exclusión educativa, violencia, discriminación y acceso a vivienda y empleo digno.
	Art. 28. Promoción de la Salud Mental.- La autoridad sanitaria nacional desarrollará programas de promoción de la salud que incluirán acciones de promoción por ciclo de vida en salud mental, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y adultos mayores; y, dictará la normativa a fin de que los integrantes del sistema nacional de salud desarrollen dichas actividades en el ámbito de sus competencias. Dicha normativa incluirá las estrategias globales para la promoción de la salud mental. Las entidades competentes en materia de salud, educación, inclusión social, trabajo, vivienda, deporte, justicia, los gobiernos autónomos descentralizados y otras entidades competentes, deberán implementar planes, programas y proyectos, a fin de incidir en los determinantes de la	El Artículo 28 de la LOSME establece la promoción de la salud mental a lo largo del ciclo vital, asignando al Estado, mediante la Autoridad Sanitaria Nacional, la responsabilidad de desarrollar programas dirigidos especialmente a niñez, adolescencia y personas adultas mayores, con articulación intersectorial en educación, inclusión social, trabajo, vivienda, deporte, justicia y gobiernos locales. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, constituye un avance conceptual al reconocer que la salud mental depende de condiciones sociales, económicas y culturales, no solo del individuo. No obstante, su enfoque permanece normativo y tecnocrático, sin detallar mecanismos para transformar las desigualdades estructurales que generan sufrimiento psíquico. Por ello, su

	<i>salud mental que afecten la calidad de vida de todas las personas para promover, mantener, mejorar y recuperar la salud mental a nivel individual y colectivo.</i> <i>Las entidades señaladas, en el ámbito de su competencia deberán desarrollar acciones orientadas a que la población conozca y se sensibilice sobre los trastornos mentales, el suicidio, intento suicida, el consumo problemático de alcohol, tabaco u otras drogas y la violencia en todas sus formas; a fin de eliminar la estigmatización y discriminación de las personas que sufran trastornos, enfermedades o discapacidades mentales.</i>	implementación requiere orientar acciones hacia la transformación social, procesos comunitarios, redistributivos y participativos, en coherencia con los principios de salud colectiva, justicia social y dignidad humana.
	Art. 29. Prevención en Salud Mental.- <i>La prevención integral de salud mental es el conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el estado, las entidades públicas, de la seguridad social, privadas y por las familias o las personas involucradas, encaminado a intervenir con participación intersectorial sobre las diferentes situaciones de riesgo para la salud mental, bajo un enfoque de derechos humanos, priorizando el desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano, su familia y su entorno, el mejoramiento de la calidad de vida, el tejido de lazos afectivos y soportes sociales, en el marco del buen vivir.</i> <i>Para precaver el desarrollo de problemas o trastornos mentales, será obligación primordial del estado dictar políticas y ejecutar acciones inmediatas encaminadas a la reducción de los riesgos psicosociales, el consumo problemático de drogas, violencia, violencia de género, el suicidio e intento suicida, entre otros factores que puedan incidir de manera negativa en la salud mental de las personas, incluyendo el de otras enfermedades que puedan incidir o devenir en problemas de salud mental.</i>	El Artículo 29 constituye un avance al reconocer la prevención como una tarea estatal, social y comunitaria. Sin embargo, su formulación se mantiene en el plano declarativo si no se asume desde una perspectiva crítica de la determinación social de la salud. Prevenir los trastornos mentales implica transformar las condiciones de vida, la estructura social y las relaciones de poder que producen sufrimiento psíquico. Solo un Estado que articule políticas estructurales de equidad, en educación, trabajo, vivienda y cultura, podrá garantizar una verdadera salud mental colectiva.
	Art. 30. Atención Integral.- <i>La atención integral de la salud mental comprenderá la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y cuidados paliativos de las problemáticas de salud mental, con enfoque prioritario a la continuidad de los cuidados en la comunidad y el territorio de residencia de los usuarios. Este proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e intercultural, basado en los principios de la atención primaria de la salud.</i> <i>De manera excepcional, se autoriza la atención a través de la hospitalización e internamiento de personas que sufran trastornos mentales, siempre y cuando se cumplan las condiciones establecidas para ello en esta ley, demás</i>	El Artículo 30 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador se inscribe dentro de una lógica progresista que busca territorializar la atención, priorizar la comunidad y reconocer la integralidad del proceso salud-enfermedad. No obstante, su potencial emancipador solo se concretará si el Estado asume la salud mental como un fenómeno determinado socialmente y no meramente individual o clínico. La integralidad real implica transformar las condiciones estructurales de vida, garantizar justicia social y fortalecer las redes comunitarias como espacios de cuidado colectivo y dignidad humana.

	<i>normativa aplicable y los protocolos y guías clínicas nacionales e internacionales.</i>	
	Art. 31. Tratamiento ambulatorio y hospitalario.- <i>La atención en salud mental debe ser provista, preferentemente, en el primer nivel de atención, en las unidades de salud más cercanas al lugar de residencia de la persona. A fin de atender las necesidades de internamiento hospitalario, la autoridad sanitaria nacional incorporará en la regulación sobre la tipología de establecimientos de salud, la capacidad para que los establecimientos de segundo nivel incluyan servicios de base comunitaria y de hospitalización de especialidad para salud mental.</i>	El Artículo 31 constituye un punto de inflexión en la política de salud mental ecuatoriana al priorizar la atención ambulatoria, comunitaria y territorializada. No obstante, su aplicación efectiva depende de la voluntad política y de la capacidad del Estado para fortalecer el primer nivel de atención con recursos, formación interdisciplinaria y participación social. Desde la determinación social de la salud, este artículo representa un avance normativo, pero su potencial emancipador solo se concretará cuando la atención comunitaria se articule con políticas que transformen las condiciones estructurales que producen sufrimiento psicosocial, garantizando así el derecho colectivo a la salud mental como parte del buen vivir.
	Art. 32. Equipos interdisciplinarios para la atención en Salud Mental.- <i>La atención en salud mental se brindará en todos los establecimientos de la red pública integral de salud autorizados para el efecto, según la capacidad que corresponda a su nivel de atención y cartera de servicios. En estos casos la atención de salud deberá brindarse mediante la conformación de equipos interdisciplinarios, según el modelo de atención y considerando los factores sociodemográficos y de morbilidad con un enfoque de atención comunitaria, el equipo interdisciplinario estará liderado por el profesional tratante.</i>	El trabajo interdisciplinario en salud mental representa un avance hacia un modelo integral y colaborativo que integra múltiples saberes y dimensiones del sufrimiento psíquico. No obstante, la designación del médico tratante como líder del equipo puede generar jerarquías y conflictos que perpetúan el modelo biomédico tradicional, limitando la horizontalidad, la corresponsabilidad y la auténtica integración de disciplinas y saberes comunitarios necesarios para una atención realmente integral y centrada en la persona.
	Art. 33. De la conformación de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental.- <i>Los equipos interdisciplinarios de los establecimientos del sistema nacional de Salud estarán integrados por los profesionales que determine la autoridad sanitaria nacional, de conformidad con el nivel de atención y complejidad de cada establecimiento de salud, los profesionales y el número de los mismos, que conformarán estos equipos será determinados en la normativa que emita la Autoridad Sanitaria Nacional para el efecto. El equipo interdisciplinario priorizará el abordaje de forma ambulatoria en el primer y segundo nivel, a fin de evitar internamientos innecesarios fuera del ámbito comunitario.</i>	El Artículo 33 representa un avance al reconocer la relevancia de la interdisciplinariedad en la atención en salud mental; sin embargo, mantiene un esquema de control centralizado que limita la autonomía territorial y comunitaria, contradiciendo los principios de la determinación social de la salud. La definición técnica de los equipos por parte de la autoridad sanitaria refuerza un modelo verticalista y biomédico, restringiendo la incorporación de saberes populares, ancestrales y comunitarios. Aunque el énfasis en la atención ambulatoria constituye un progreso conceptual, su implementación efectiva requiere transformaciones estructurales en el sistema de salud e inversión sostenida en recursos humanos y redes comunitarias. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, los equipos interdisciplinarios deben concebirse como espacios de articulación social y política orientados a abordar las causas estructurales del sufrimiento psíquico y promover una salud mental verdaderamente colectiva e inclusiva.

	Art. 34. Recuperación.- <i>La recuperación es el proceso de inclusión social y laboral de la persona con problemas de salud mental, orientándose al reforzamiento y restitución de los lazos sociales y se centra en la atención como un apoyo a la posibilidad de elección y autodeterminación de cada persona. Debe ser parte transversal en todo plan terapéutico desde el inicio de la atención, fomentando la autonomía y la vida en comunidad. La Autoridad Sanitaria Nacional coordinará con los entes rectores de educación, inclusión social, trabajo y las demás que considere necesarias, a fin de asegurar acciones de recuperación e inclusión social.</i>	La jerarquización estará presente en todos los procesos de recuperación. Este proceso de inclusión social y laboral de las personas con "problema de salud mental" se orienta al reforzamiento y restitución de los lazos sociales centrándose en la atención como un apoyo a la posibilidad de elección y autodeterminación de cada persona, este proceso será transversalizado a todo plan terapéutico. Es un artículo que, como se está viendo y se va a trabajar puede ser de gran aporte dentro de la salud mental, la recuperación o rehabilitación de los usuarios, institucionalizados o no, de la salud mental va ayudar a la restauración social y a no estigmatizar a los usuarios que tengan algún sufrimiento mental.
	Art. 35. Prohibición de tratos crueles.- <i>Se prohíbe cualquier tratamiento que atente contra la integridad física y psicológica de los usuarios, incluidos los tratamientos para modificación de la identidad de género, o uso de violencia física o psicológica en el contexto terapéutico, así como toda vulneración a los derechos humanos. El cometimiento de esta falta se sancionará conforme lo dispuesto en esta ley, sin perjuicio de las acciones penales a las que hubiere lugar.</i>	El Artículo 35 constituye un avance al prohibir tratos crueles y reconocer la identidad de género en salud mental; no obstante, su aplicación enfrenta obstáculos estructurales y culturales. Desde la determinación social de la salud, estas prácticas reflejan relaciones históricas de dominación que requieren transformaciones profundas mediante políticas de justicia social, educación inclusiva y redistribución del poder institucional. Garantizar una atención digna implica incorporar mecanismos efectivos de control y formación, así como abordar los determinantes sociales —pobreza, discriminación y exclusión— que perpetúan la violencia institucional y el sufrimiento psíquico.

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

Es necesario mencionar sobre estrategias globales para la promoción de la salud mental, donde se deberá desarrollar programas de promoción de la salud mental desde los diferentes sectores. Por otro lado, puntualiza que, se deberá promover, mantener, mejorar y recuperar la salud mental a nivel individual y colectivo, lo que supone que, es un trabajo interdisciplinario e intersectorial, es un trabajo en conjunto para la promoción adecuada de la salud mental, nos remarca que con estos planes, programas y proyectos lo que se busca es eliminar la discriminación y estigmatización, lo que no se reconoce es que con las categorías utilizadas como "trastorno, enfermedad o discapacidad" ya se está discriminando a las personas que padecen algún sufrimiento mental.

El Artículo 27 visibiliza trastornos del estado de ánimo, violencia, ideación suicida y otros como problemas de salud pública, promoviendo atención integral, interdisciplinaria e intersectorial. Sin embargo, desde la Determinación Social de la Salud, carece de estrategias explícitas para abordar los determinantes sociales que generan o agravan estos problemas. Se requiere un enfoque que actúe sobre pobreza, exclusión educativa, violencia y discriminación. En el fragmento de una entrevista, el profesional de la salud nos menciona lo siguiente:

“En nuestra experiencia clínica, vemos que muchos pacientes con depresión o ansiedad presentan problemas de vivienda o precariedad laboral que no se abordan en los protocolos. La ley reconoce la necesidad de atención integral, pero en la práctica, la intervención sigue siendo mayormente médica, y eso limita la efectividad real de las políticas de salud mental” (Psicólogo Clínico del Ministerio de Salud Pública, Quito, 2025).

Desde la determinación social de la salud, los artículos analizados de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador reflejan avances normativos importantes al reconocer la salud mental como un problema público, promover la prevención, la atención integral y la interdisciplinariedad. Sin embargo, su aplicación continúa anclada en una lógica biomédica y tecnocrática que limita su alcance transformador. Aunque se plantea la participación comunitaria, la territorialización de los servicios y la atención ambulatoria, la ley no aborda con suficiente profundidad los determinantes estructurales del sufrimiento psíquico, como la pobreza, la exclusión educativa, la desigualdad laboral, la violencia de género y la falta de vivienda digna, que condicionan el bienestar mental colectivo (Filho et al. 2009; J. Breilh 2013).

En el artículo 28 reconoce que la salud mental depende de condiciones sociales, económicas y culturales, pero permanece tecnocrático y sin mecanismos para transformar desigualdades estructurales.

“Se promueve la salud mental en niñez y adultez mayor, pero sin recursos para fortalecer educación o acceso a servicios básicos, muchas iniciativas no llegan a quienes más lo necesitan” (Psicóloga Social, Quito, 2025).

De la misma manera, en el artículo 29 el Estado asume la prevención como tarea social y comunitaria, pero sin estrategias concretas para transformar condiciones de vida y relaciones de poder.

“Los programas preventivos existen, pero la pobreza y la violencia doméstica siguen siendo causas estructurales que no se abordan directamente en los protocolos” (Psicólogo Clínico del ministerio de Salud Pública, Quito, 2025).

Priorizar la atención ambulatoria y comunitaria es un avance, pero su implementación depende de la voluntad política, la formación interdisciplinaria y la participación social. Desde la Determinación Social de la Salud, la atención comunitaria solo será emancipadora si se articula con políticas que transformen las condiciones estructurales que producen sufrimiento psicosocial.

“Trabajar en el primer nivel de atención nos muestra que los recursos son insuficientes y los equipos interdisciplinarios están concentrados en áreas urbanas. Para que la comunidad realmente participe, necesitamos políticas claras y financiamiento que lleguen a zonas rurales y periféricas” (Psicóloga Social, Quito, 2025).

En este sentido, el marco normativo requiere una reorientación hacia una praxis emancipadora y comunitaria que articule políticas intersectoriales y redistributivas. La efectividad de los artículos dependerá de que el Estado y la sociedad civil asuman la salud mental como resultado de procesos históricos y sociales, no solo individuales o clínicos. Para ello, es fundamental fortalecer la gobernanza intersectorial, el financiamiento equitativo, la formación interdisciplinaria con enfoque social, y la incorporación de saberes populares y ancestrales, garantizando así una salud mental colectiva, inclusiva y orientada al buen vivir (Farmer y Sen 2005; J. Breilh 2013; OPS 2025)

5.2 Sección II. De los procedimientos para la atención en salud mental

Analizar esta sección nos ayudará a identificar uno de los componentes que más se debe tener cuidado que es el internamiento en todas sus formas. La tabla 9 muestra como cada artículo delega la internación a terceros dejando en segundo plano la autonomía en el tratamiento y rehabilitación.

Tabla 12
Capítulo IV. Sección II. De los procedimientos para la atención en salud mental

CAPÍTULO IV		
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y PROCEDIMIENTOS EN SALUD MENTAL		
SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
SECCIÓN II. DE LOS PROCEDIMI ENTOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	Art. 36. De los Procedimientos.- Todos los procedimientos relacionados a la atención de salud mental, se realizará en cumplimiento de las regulaciones emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y con base en las guías y protocolos clínicos nacionales o internacionales, mismos que priorizarán el modelo de atención comunitaria.	El artículo advierte que tecnocratizar la salud mental mediante protocolos clínicos descontextualizados limita su efectividad si no se incorporan los determinantes sociales y culturales del sufrimiento psíquico. Aunque la priorización del modelo comunitario representa un avance, su valor real depende de prácticas participativas, interdisciplinarias e interculturales. La dependencia de guías internacionales puede reproducir una colonización epistemológica que ignora las realidades locales y los saberes colectivos. Desde la determinación social de la salud, los procedimientos deben orientarse a transformar las condiciones estructurales que generan exclusión, promoviendo la co-construcción democrática de protocolos junto a comunidades, usuarios y profesionales para una salud mental verdaderamente emancipadora.
	Art. 37. Referencias y derivaciones.- La referencia o derivación a tratamiento ambulatorio o internación debe realizarse principalmente en el territorio de residencia de la persona, a fin de lograr la integración y apoyo familiar, garantizando la continuidad de atención integral. Estas derivaciones se realizarán en cumplimiento a la normativa que expida la Autoridad Sanitaria Nacional.	El artículo 37 representa un avance al promover la desinstitutionalización y la atención territorial, coherente con el modelo comunitario y la determinación social de la salud; sin embargo, la centralización normativa puede restringir la participación comunitaria y la adaptación local. Aunque la integración familiar y comunitaria resulta positiva, requiere respaldo institucional y recursos que eviten la sobrecarga y las inequidades. La efectividad de las derivaciones depende de una coordinación intersectorial sólida, de la participación activa de usuarios y comunidades, y de la capacidad del sistema para abordar los determinantes sociales estructurales —como pobreza, discriminación y desigualdad en el acceso a servicios— que condicionan la salud mental.
	Art. 38. Internamiento.- El internamiento es el ingreso de una persona con un trastorno mental, con un cuadro agudo, en un servicio de salud de hospitalización. El mismo deberá realizarse en establecimientos de segundo o de tercer nivel de atención. Los procedimientos de internamiento deberán ser oportunos, pertinentes y podrán realizarse, de manera excepcional, en los establecimientos de salud de	El Art. 38 incorpora un enfoque contemporáneo coherente con los principios de la salud colectiva, pero su efectividad depende del fortalecimiento de los servicios comunitarios y ambulatorios, de la capacitación de equipos interdisciplinarios con enfoque social y cultural, de la articulación con las familias y comunidades para considerar los determinantes sociales, y de una supervisión constante que garantice la

	<i>segundo y de tercer nivel, cuando el tratamiento ambulatorio no haya sido suficiente, cuando la situación del paciente lo requiera a criterio del equipo interdisciplinario de salud mental como último mecanismo. Una vez se compruebe que se hayan agotado las opciones de manera ambulatoria y con los recursos de la comunidad. Este procedimiento deberá emitirse en cumplimiento de las guías de práctica clínica nacionales o internacionales.</i> <i>Los establecimientos de salud en los que se realice la hospitalización y que estén legalmente habilitados por la autoridad competente, deberán cumplir la normativa que garantice la calidad de su atención y servicios, expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional.</i> <i>El internamiento de niñas, niños y adolescentes se podrá realizar de manera excepcional en unidades especializadas para este grupo de atención prioritaria y se deberá garantizar el acompañamiento de sus familiares, en caso de que el cuadro clínico lo permita.</i>	calidad de la atención y prevenga prácticas coercitivas o discriminatorias.
	Art. 39. Internamiento y tratamiento voluntario.- <i>La internación y el tratamiento será voluntario cuando la persona otorgue su consentimiento informado, previo al inicio del mismo, para lo cual deberá existir el criterio del equipo interdisciplinario de salud mental que lo recomiende.</i> <i>En caso de internamiento y tratamiento voluntario de niñas, niños y adolescentes y de personas que no tengan capacidad de discernir, se realizará de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 13 y 14 de esta ley.</i>	El Artículo 39 representa un avance en la garantía de derechos y autonomía, alineado con la Determinación Social de la Salud, al promover el internamiento voluntario y basado en evidencia, minimizando coerción y potenciando la inclusión social y comunitaria. No obstante, su efectividad depende de la implementación equitativa de servicios, capacitación profesional y adaptación a contextos socioculturales diversos.
	Art. 40. Internamiento Involuntario en urgencias y emergencias.- <i>La internación involuntaria será considerada como un tipo de atención excepcional, que se aplicará únicamente en casos de urgencias o emergencia cuando exista riesgo para la vida o integridad física del paciente o de terceros, luego de que se hayan agotado los medios ambulatorios para el tratamiento. Este tipo de internamiento se aplicará por el menor tiempo posible o hasta que el paciente haya superado la emergencia y cuando exista recomendación motivada del equipo interdisciplinario de salud mental tratante.</i>	"Agotado los medios ambulatorios para el tratamiento", no queda claro que quieren decir con esta puntualización en el artículo, existe ambigüedad para saber en qué sentido se realizarán los internamientos involuntarios, dice en urgencias y desastres pero, no dice que tipo de acciones serán consideradas como tal, deja abierto a una vulneración de derechos para hacinar de manera arbitraria a los usuarios de salud mental.
	Art. 41. Internamiento Involuntario fuera de casos de urgencias y emergencia.- <i>Todo procedimiento que implique el internamiento involuntario de personas fuera de los casos de urgencias o emergencia, deberá contar con una orden judicial. La sustanciación de la solicitud será conforme a las reglas del debido proceso y del procedimiento voluntario previstas en el código orgánico general de procesos, priorizando las citaciones de carácter telemático si fuere posible.</i>	En definitiva, este artículo debería desaparecer, vulnera totalmente los derechos de los usuarios de los diferentes servicios de salud mental, el internamiento no debería ser involuntario en ninguno de los casos, se le da autonomía total a los jueces para emitir la orden de ingreso, en ese caso, el modelo que prevalece es el clínico hospitalocéntrico y no el modelo comunitario.

	<i>La solicitud de internamiento a los jueces competentes será presentada por el representante legal del establecimiento de salud ante los jueces competentes del domicilio de la persona a ser internada, se acompañará a la solicitud la historia clínica y el informe emitido por el equipo interdisciplinario de salud mental, en el que se determinará el tiempo de internamiento.</i> <i>Los jueces competentes para conocer y resolver las solicitudes de internamiento y emitir las ordenes correspondientes serán los jueces de la familia, mujer, niñez y adolescencia, jueces únicos y multicompetentes de ser el caso, de acuerdo a la realidad de cada jurisdicción y emitirán la orden de internamiento por el tiempo dispuesto por el equipo interdisciplinario de salud mental.</i> <i>En este tipo de procedimientos, los jueces no podrán solicitar criterios adicionales de peritos calificados.</i>	
	Art. 42. Requerimientos para internamiento.- Para el internamiento de una persona con un diagnóstico de trastorno mental grave o un trastorno mental que pueda producir riesgo para la vida o integridad física propia o de terceros, se requerirá lo siguiente: <i>a) El consentimiento libre e informado de la persona o de su representante legal, tutor o curador, conforme a lo dispuesto en esta ley; o, la orden de juez competente, según lo dispuesto en esta ley;</i> <i>b) El diagnóstico e indicación de la necesidad de internación emitidos por parte del médico tratante;</i> <i>c) La estrategia terapéutica sugerida, sus modalidades, condiciones y temporalidad, según lo establecido en la presente ley;</i> <i>d) Otros requisitos definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional con el objeto de garantizar el respeto a los derechos humanos, la autonomía y el tratamiento integral y adecuado a la condición de salud de la persona.</i> <i>En estos casos, previamente se deberán agotar los medios ambulatorios para el tratamiento.</i> <i>En estos casos, el representante legal del establecimiento de salud, notificará a la defensoría del pueblo de su jurisdicción sobre el internamiento, la misma que, conforme sus competencias, verificará el cumplimiento de este artículo.</i>	El Artículo 42 establece un marco formal sólido para la protección de derechos y la seguridad clínica en internamientos, incluyendo consentimiento informado y control judicial. Sin embargo, desde la DSS, requiere articulación explícita con factores sociales, comunitarios y de inclusión para garantizar que la hospitalización sea realmente integral, considerando la realidad socioeconómica y cultural de la persona. La efectividad de este artículo dependerá de la implementación de políticas y protocolos que integren determinantes sociales y contextos comunitarios, no solo criterios biomédicos.
	Art. 43. Prohibición de Internamiento.- Se prohíbe el internamiento indefinido, la prolongación del internamiento sin una finalidad terapéutica; así como el internamiento en lugares que no cuenten con las habilitaciones y permisos necesarios para ofrecer el servicio de salud hospitalario o residencial en salud mental.	El Artículo 43 representa un avance significativo en la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales, al prohibir internamientos indefinidos y procedimientos irreversibles. No obstante, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, requiere un enfoque más explícito en factores sociales y comunitarios

	<i>En casos de internamiento involuntario se prohíbe la realización de procedimientos o tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona, tales como, procedimiento de esterilización, tratamientos psico quirúrgicos; o, cualquier otro procedimiento que no pueda revertirse.</i>	que impactan la necesidad de internamiento, como la pobreza, la violencia y la falta de redes de apoyo, para garantizar que las intervenciones sean realmente integrales y no solo biomédicas.
	Art. 44. Personas Inimputables con trastornos mentales.- Para el caso de las personas declaradas inimputables por padecer trastornos mentales que requieran atención en salud mental, se debe priorizar su tratamiento ambulatorio. En caso de que el internamiento haya sido impuesto por un juez, se deberá atender a la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional desarrolle para el efecto. Ningún internamiento deberá ser realizado en establecimientos de salud por falta de vivienda. Para ello la autoridad de inclusión social deberá generar las alternativas de acogimiento para estas personas. La medida de seguridad que dicten los jueces penales competentes deberá establecer específicamente el tiempo de duración de la misma, la cual no podrá superar el tiempo que el equipo interdisciplinario haya recomendado, conforme lo dispuesto en el código orgánico integral penal.	El Artículo 44 incorpora principios positivos de derechos humanos, tratamiento ambulatorio y articulación intersectorial para personas inimputables, evitando la medicalización de la pobreza y la vulnerabilidad. No obstante, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, requiere un enfoque más explícito en determinantes estructurales y comunitarios, así como mecanismos de implementación claros para garantizar que la atención ambulatoria sea efectiva y equitativa.

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

En estos artículos de la ley orgánica de salud mental aparte de decir que debe estar integrado por organismos públicos y privados también nombra a organismos comunitarios que brindan atención en salud mental o son apoyo en los diferentes servicios. Hay que tener presente que, al conformar una red de servicios de salud mental pueden estar conformados por hegemónicos y contra hegemónicos lo que puede existir una disputa de poderes, el trabajo en conjunto siempre será fructífero pero los profesionales de la línea convencional pueden resistirse al cambio de lo que propone la salud colectiva.

La normativa analiza correctamente la necesidad de desplazar la salud mental del reduccionismo clínico hacia la comunidad, la prevención y la integralidad; sin embargo, existe un riesgo real de tecnocratización: protocolos clínicos descontextualizados y guías internacionales aplicadas de forma rígida pueden reproducir una «colonización epistemológica» que invisibiliza saberes locales, condiciones socioeconómicas y prácticas comunitarias de cuidado. La priorización formal del modelo comunitario solo adquiere valor cuando se traduce en prácticas participativas, interdisciplinarias e interculturales, recursos territoriales y mecanismos de co-construcción democrática de protocolos que integren a usuarios, familias, promotores y saberes ancestrales (J. Breilh 2013; Patel et al. 2018).

Respecto a la desinstitucionalización y atención territorial, la ley propone la dirección correcta al favorecer el primer nivel ambulatorio y la atención en la comunidad, pero su efectividad depende de la voluntad política para dotar de recursos humanos, formación en DSS e interculturalidad, y redes sociales que eviten sobrecargar a familias y actores comunitarios. La centralización normativa corre el riesgo de reducir la flexibilidad local; por eso es imprescindible articular gobernanza vinculante, financiamiento territorializado y evaluación con indicadores sociales (empleo, vivienda, escolaridad, cohesión comunitaria) más allá de métricas clínicas (Marmot et al. 2013; Organización Panamericana de la Salud 2023).

En el artículo 37 realizando el análisis crítico respectivo vemos que promueve la desinstitucionalización y la integración familiar, pero la centralización normativa puede limitar la adaptación local y el acompañamiento intersectorial. Por lo tanto, el profesional entrevistado nos dice lo siguiente:

“Se busca reducir hospitalizaciones, pero sin recursos ni coordinación, los pacientes quedan vulnerables en la comunidad. La ley necesita estrategias para fortalecer redes de apoyo” (Psicólogo Clínico del ministerio de Salud Pública, Quito, 2025).

En materia de internamiento y garantía de derechos (arts. 39, 42 – 44) emerge una tensión crítica: la apuesta por el internamiento voluntario y la prohibición de prácticas irreversibles son avances en dignidad y autonomía, pero las cláusulas sobre internamientos involuntarios—especialmente cuando se invoca que se realice “agotados los medios ambulatorios”—son ambiguas y pueden abrir la puerta a vulneraciones si no se definen protocolos, salvaguardias y rutas de reparación social. Desde la DSS, cualquier medida excepcional debe estar ligada a alternativas comunitarias efectivas, control judicial especializado, recuperación de autonomía con apoyo socioeconómico y mecanismos de vigilancia sociocultural para evitar coerción y estigmatización. Las prohibiciones formales (p. ej. internamientos indefinidos, tratamientos irreversibles) requieren políticas paralelas de inclusión social, vivienda, reinserción laboral y redes de apoyo para ser efectivas y no meramente simbólicas (Farmer y Sen 2005; Patel et al. 2018).

Los artículos analizados marcan un giro normativo prometedor, pero su potencial transformador depende de medidas operativas concretas: financiamiento territorializado, gobernanza intersectorial vinculante, indicadores mixtos clínico-sociales, reconocimiento e integración formal de actores comunitarios y saberes locales, y mecanismos claros de protección de derechos en situaciones de internamiento. Sin esos elementos la ley corre el riesgo de permanecer enunciativa y de reproducir las mismas desigualdades estructurales que pretende corregir.

6. Capítulo V. De los profesionales en salud mental

En este capítulo de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador, veremos y analizaremos la competencia de cada profesional dentro del campo, y también quienes no estarán capacitados para poder ejercer la profesión.

Tabla 13
Capítulo V. De los profesionales en Salud Mental

CAPÍTULO V		
DE LOS PROFESIONALES EN SALUD MENTAL		
SECCIÓN	ARTÍCULO	COMENTARIO
DE LOS PROFESIONALES EN SALUD MENTAL	Art. 45. Profesionales de la Salud Mental.- Se consideran profesionales de la salud mental a los profesionales que cuenten con un título de tercer nivel, debidamente registrado y habilitado ante las autoridades competentes de la educación superior y sanitaria nacional. Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, se considerarán únicamente profesionales de la salud mental, a las siguientes profesiones: a) Profesionales con título de tercer nivel en medicina, con especialización en psiquiatría; b) Profesionales con título de tercer nivel en psicología, siempre que dentro de su nivel de formación realicen las correspondientes prácticas pre profesionales de atención al paciente; c) Profesionales con título de tercer nivel en psicología que no hayan realizado prácticas pre profesionales, pero que cuenten con títulos de cuarto nivel en el área de la salud, y que realicen las correspondientes prácticas pre profesionales de atención al paciente.	El Artículo 45 garantiza la competencia formal de los profesionales de salud mental en Ecuador, pero desde la perspectiva de la determinación social de la salud y estándares internacionales, presenta limitaciones al excluir agentes comunitarios, saberes locales y enfoques culturales, restringir la cobertura a profesionales universitarios y descuidar competencias en determinantes sociales, participación comunitaria y promoción de la salud. Para fortalecer su efectividad y equidad, se recomienda ampliar la definición de “profesional de salud mental” para incluir promotores comunitarios, trabajadores sociales con formación en salud mental comunitaria, integración de saberes ancestrales y capacitación en enfoques intersectoriales, comunitarios y de derechos humanos.
	Art. 46. Ámbito del ejercicio profesional en Salud Mental.- Únicamente los profesionales de la salud mental estarán autorizados para brindar atención de salud mental, que incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Se prohíbe la oferta de estos servicios, por parte de personas que no sean profesionales de la salud de conformidad con la ley. Los profesionales con título de tercer nivel de medicina, con especialización de cuarto nivel en neurología, medicina interna, medicina familiar y emergencia, serán parte de los equipos de salud mental, a fin de brindar la atención requerida por el usuario, conforme su competencia profesional. Los profesionales de la salud con títulos de tercer nivel en medicina, tendrán competencia para realizar intervenciones de salud mental como parte de la atención en el primer nivel, dentro de su nivel de formación y hasta que sus competencias profesionales y de formación se lo permitan.	El Artículo 46 garantiza la calidad técnica de los servicios de salud mental y la seguridad del paciente; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud presenta limitaciones significativas. Al privilegiar un enfoque biomédico tradicional, puede desatender los determinantes sociales y estructurales que inciden en el bienestar psíquico. Además, la normativa restringe la participación comunitaria e intersectorial, elementos esenciales para una atención integral, inclusiva y culturalmente pertinente. Esta orientación también puede generar barreras de acceso en contextos rurales, indígenas o con déficit de profesionales especializados, limitando la equidad y la efectividad de los servicios en todo el territorio.

	Art. 47. Profesionales de apoyo en materia de Salud Mental.- Los profesionales que se hayan formado en temas relacionados con la salud mental, pero que no formen parte de las profesiones de salud mental habilitadas para el efecto o no tengan competencia dentro de su ámbito de ejercicio profesional, conforme lo dispuesto en los artículos 45 y 46 de esta ley, podrán realizar intervenciones de promoción, prevención e inclusión en materia de salud mental. Las personas que no sean profesionales de la salud mental, independientemente de su nivel de formación, no podrán brindar atención ni tratamientos de salud mental. El ejercicio de esta actividad será sancionado conforme lo dispuesto en esta ley, sin perjuicio de que se apliquen, las sanciones penales, por ejercicio ilegal de la profesión, conforme lo dispuesto en el código orgánico integral penal. El reglamento general de aplicación de esta ley deberá definir el ámbito de ejercicio profesional que podrá permitirse a este tipo de profesionales.	El Artículo 47 adopta un enfoque preventivo positivo al reconocer y promover la labor de profesionales de apoyo en la promoción de la salud mental y la inclusión social, lo cual se alinea de manera parcial con los principios de la Determinación Social de la Salud (DSS). No obstante, sus limitaciones operativas y legales podrían restringir la participación activa de la comunidad, disminuir la efectividad de los programas y generar brechas significativas en la atención integral, especialmente en contextos vulnerables, rurales o con escasez de profesionales clínicos. Para fortalecer la implementación desde la perspectiva de la DSS, es necesario precisar de manera más clara los roles de los distintos actores, asegurar la integración intersectorial efectiva, y valorar y potenciar la participación de promotores comunitarios, agentes de salud locales y saberes ancestrales, de manera que se garantice un abordaje integral, equitativo y culturalmente pertinente de la salud mental.
	Art. 48. Secreto profesional y confidencialidad en atención en Salud.- Los profesionales de la salud mental, deberán guardar secreto profesional y tienen la obligación de garantizar la confidencialidad y no divulgar la información en cualquier ámbito y circunstancia relacionada con la condición de salud mental de las personas, procedimientos, consultas, diagnóstico, exámenes y tratamiento relacionado con la atención de salud mental, salvo en los casos que la ley autorice su divulgación, o por solicitud de autoridades judiciales competentes. Otros profesionales o personas que hayan realizado procedimientos de prevención, promoción e inclusión de personas con trastornos mentales, tendrán la obligación de guardar confidencialidad de la información recibida, por parte de las mismas, salvo en los casos que la ley autorice su divulgación o por solicitud de autoridades judiciales competentes. El incumplimiento de estas obligaciones, además de las sanciones contempladas en esta ley, será sancionado conforme lo dispuesto en las normas relativos al secreto profesional que constan en el código orgánico integral penal.	El Artículo 48 constituye un componente fundamental dentro de la atención en salud mental con enfoque de determinación social de la salud, al reconocer la importancia de proteger la intimidad y la autonomía del paciente, elementos esenciales para garantizar equidad y respeto a los derechos humanos. Asimismo, promueve la participación comunitaria y la intervención de profesionales de apoyo, lo que fortalece los factores protectores sociales y contribuye a una atención integral y contextualizada. No obstante, para que su implementación sea efectiva, es necesario establecer mecanismos claros y operativos que aseguren que las excepciones legales previstas no deriven en vulneración de derechos, discriminación o aumento de la estigmatización social. Además, se requiere articulación intersectorial y formación continua de los equipos de salud para que las acciones protejan la dignidad de los pacientes y fomenten procesos de empoderamiento y corresponsabilidad comunitaria.
	Art. 49. Prescripción de medicamentos.- Únicamente los médicos especialistas, que a su vez sean profesionales de la salud mental estarán autorizados para prescribir medicamentos para salud mental, incluyendo los que tienen sustancias estupefacientes o psicotrópicas.	El Artículo 49 refleja un enfoque bio-psicosocial en la atención en salud mental, aunque de manera limitada, al priorizar la seguridad del paciente y la evidencia clínica en la prescripción farmacológica. Resulta positivo que promueva el acceso público a medicamentos, ya que esto contribuye

	<i>Los profesionales que cuenten con títulos de tercer nivel en medicina, podrán prescribir medicamentos para la salud mental, conforme las guías de práctica clínica nacionales o internacionales, y en el caso de los profesionales médicos que laboren en establecimiento de la red pública integral de salud, además deberán considerar la clasificación y normativa del cuadro nacional de medicamentos básicos.</i> <i>La prescripción deberá realizarse en cumplimiento de los protocolos de tratamiento del usuario o paciente y las guías de prácticas determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, responderá a las necesidades clínicas de la persona con trastorno mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos, por lo que deberá guardar relación con la información contenida en la historia clínica del paciente.</i> <i>La prescripción de los medicamentos que contengan sustancias estupefacientes y psicotrópicas se realizará mediante la receta especial y estará sujeta a control en cualquier momento por parte de la autoridad sanitaria nacional a través de su entidad adscrita correspondiente.</i> <i>Se prohíbe la utilización de medicamentos de salud mental para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico, o para cualquier otro fin que no sea el tratamiento del paciente.</i> <i>La indicación y renovación de prescripción de medicamentos de salud mental podrá realizarse luego de la evaluación pertinente y bajo la recomendación del profesional de la salud.</i> <i>La red pública integral de salud garantizará la provisión de medicamentos a los que se refiere la presente ley.</i>	a abordar determinantes sociales de la salud, como la inequidad económica, la exclusión social y las barreras de acceso a tratamientos esenciales. No obstante, la efectividad real de esta disposición depende de la existencia de servicios comunitarios complementarios, acompañamiento terapéutico integral y estrategias preventivas que aborden factores sociales, culturales y comunitarios que inciden en la salud mental. De lo contrario, existe el riesgo de que la medicación se perciba como la única respuesta frente a los problemas psicosociales, contraviniendo los principios de la determinación social de la salud (DSS) y limitando un abordaje integral, inclusivo y centrado en la persona y su entorno.
--	--	---

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)
Elaboración propia

Los artículos 45 al 49 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador (2024) constituyen avances normativos al garantizar la competencia profesional, la calidad técnica de los servicios, la promoción de la salud mental, la protección de la intimidad del paciente y el acceso a medicamentos esenciales. Sin embargo, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, persisten limitaciones importantes. Estos artículos mantienen un enfoque biomédico y tecnocrático, que privilegia la atención clínica sobre las dimensiones sociales y culturales del sufrimiento psíquico. La definición restringida de “profesional de salud mental” excluye a actores comunitarios, promotores locales y saberes ancestrales, reproduciendo inequidades territoriales y culturales (J. Breilh 2023). En contextos rurales e indígenas, esto limita la accesibilidad, la pertinencia cultural y la participación social, elementos esenciales para la equidad en salud (World Health Organization 2010).

Además, delimitan el campo profesional de la salud mental, configurando un régimen de habilitación y control que se inscribe en la dimensión general de la determinación social de la salud. Al definir quiénes son considerados profesionales de la salud mental (art. 45) y restringir el ejercicio clínico exclusivamente a psiquiatras y psicólogos con formación específica (art. 46), la norma regula la división social del trabajo sanitario, estableciendo fronteras entre saberes legítimos e ilegítimos. Desde la perspectiva crítica, esta delimitación puede leerse como un mecanismo de protección de la calidad y de la seguridad del paciente, pero también como una forma de institucionalización del monopolio del saber biomédico, que históricamente ha subordinado otras formas de comprensión del sufrimiento psíquico (Foucault 2005). En términos de subsunción y autonomía relativa, la ley refuerza la autoridad técnico-científica del profesional frente al usuario, aunque dentro de un marco formal de derechos previamente reconocido.

El artículo 47 introduce una distinción entre profesionales habilitados para la atención clínica y otros actores que pueden intervenir en promoción, prevención e inclusión. Esta separación evidencia la articulación entre dimensión particular y singular: mientras el diagnóstico y tratamiento quedan reservados a un núcleo especializado, la intervención comunitaria se abre a actores sociales diversos. Tal enfoque es coherente con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que promueven modelos comunitarios e intersectoriales (Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2022); (Organización Panamericana de la Salud 2018). Sin embargo, la

prohibición expresa del ejercicio por personas no habilitadas, acompañada de sanciones incluso penales, refleja la tensión entre la protección frente al ejercicio ilegal y el riesgo de excluir prácticas comunitarias o interculturales que forman parte de la reproducción social del cuidado, especialmente en contextos plurinacionales como el ecuatoriano.

El artículo 48, relativo al secreto profesional y la confidencialidad, sitúa la práctica de la salud mental en el terreno de los derechos fundamentales y la ética profesional. La obligación de resguardar información clínica, salvo excepciones legales o requerimientos judiciales, conecta con el derecho a la intimidad reconocido en la Constitución de la República del Ecuador y con estándares internacionales de derechos humanos. Desde la categoría de procesos críticos de la salud, la confidencialidad es un elemento central para evitar la estigmatización y la reproducción de violencias simbólicas asociadas al diagnóstico psiquiátrico (J. Breilh 2013). Al mismo tiempo, la posibilidad de divulgación por orden judicial muestra cómo la dimensión general del orden jurídico puede prevalecer sobre la singularidad del vínculo terapéutico en determinadas circunstancias.

El artículo 49 regula la prescripción de medicamentos, especialmente aquellos con sustancias estupefacientes o psicotrópicas, bajo control estricto de la autoridad sanitaria. Este dispositivo normativo refleja el metabolismo sociedad-naturaleza en su dimensión farmacológica: los psicofármacos, productos de la industria biomédica, median procesos neuroquímicos individuales y relaciones económicas globales. La exigencia de guías clínicas, protocolos y control estatal busca evitar la medicalización indiscriminada y el uso de fármacos como sustituto del acompañamiento terapéutico, en línea con las recomendaciones de la OPS sobre uso racional de medicamentos (Organización Panamericana de la Salud 2018). Sin embargo, desde una lectura crítica, la centralidad del tratamiento farmacológico puede reproducir una lógica de intervención sobre el cuerpo individual que no siempre aborda las determinaciones estructurales del sufrimiento psíquico, lo que reafirma la necesidad de articular el enfoque clínico con transformaciones en las condiciones sociales de vida.

Para que estos artículos cumplan su función transformadora, es necesario ampliar la noción de competencia profesional e integrar la calidad técnica con criterios de equidad, justicia social y participación comunitaria. La Determinación Social de la Salud plantea que los procesos de salud-enfermedad no pueden reducirse al ámbito individual, sino que son resultado de condiciones estructurales —como la pobreza, la desigualdad, el trabajo precario y la exclusión social— que deben ser abordadas mediante políticas

intersectoriales y participativas (Organización Mundial de la Salud 2022; J. Breilh 2023). En este sentido, la promoción de la salud mental y el acceso a medicamentos deben complementarse con acciones redistributivas, educación, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de redes comunitarias. Solo mediante un enfoque territorial, culturalmente pertinente y centrado en derechos, la ley podrá transformar los determinantes estructurales del sufrimiento psíquico y garantizar una salud mental verdaderamente colectiva, inclusiva y emancipadora (Filho et al. 2009; Hennig 2022).

7. Capítulo VI. De los establecimientos y servicios de salud mental

Esta parte de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador desarrolla la dimensión operativa de la ley, regulando la organización, habilitación y supervisión de los establecimientos que brindan atención en salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud. En este apartado se analizará cómo la norma define los tipos de servicios autorizados, su integración en la Red Pública Integral de Salud y los requisitos técnicos y administrativos para su funcionamiento, en coherencia con el derecho a la salud reconocido en la Constitución de la República del Ecuador. Asimismo, se describirá la distribución de competencias entre los distintos niveles de atención y la prioridad otorgada al modelo comunitario frente a esquemas exclusivamente hospitalarios.

Además, el análisis abordará la competencia profesional dentro de estos establecimientos, precisando qué atribuciones corresponden a los profesionales de la salud mental y cómo se garantiza la calidad, ética y seguridad en la prestación del servicio. También se examinarán los mecanismos de control y regulación estatal, así como la coherencia del capítulo con los estándares internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, especialmente en relación con la atención integral, intersectorial y centrada en la persona. De este modo, el capítulo VI será entendido como el espacio donde se concreta institucionalmente la garantía del derecho a la salud mental en el Ecuador.

Tabla 14
Capítulo VI. De los establecimientos y servicios de salud mental

CAPÍTULO VI		
DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
SECCIÓN	ARTÍCULO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO
DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL	Art. 50. Control y vigilancia de los servicios de salud mental. - La entidad adscrita encargada del aseguramiento de la calidad de la atención, los servicios de salud y de los prestadores de dichos servicios, ejercerá el control de la calidad en el cuidado y atención integral en salud mental que brindan todos los prestadores de dichos servicios, ejercerá el control de la calidad en el cuidado y atención integral en salud mental que brindan todos los prestadores del sistema nacional de salud a través de sus servicios.	El Artículo 50 establece la obligación de control y vigilancia de los servicios de salud mental, asegurando estándares técnicos y éticos; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, su enfoque clínico y normativo puede limitar la atención a los factores sociales que condicionan la salud mental. Para cumplir con los principios de equidad, inclusión y derechos humanos, el control debería integrar indicadores sociales y comunitarios junto a los clínicos, garantizando que la atención sea accesible, culturalmente pertinente y promotora del bienestar colectivo.
	Art. 51. Establecimientos prestadores de servicios de salud mental. - Para efectos de regulación, control y vigilancia se considerarán establecimientos prestadores de servicios de salud mental, los siguientes: consultorios generales, puestos de salud, centros de salud, centros de salud en centros de privación de libertad, centros ambulatorios de salud mental, consultorios de especialidad en salud mental, hospitales básicos, hospitales generales, centros especializados, hospitales especializados y otros que la Autoridad Sanitaria regule según las necesidades de salud de la población y que cumplan el modelo comunitario de salud mental para atención de personas de personas con trastornos mentales crónicas. Todos los establecimientos de salud mental del sistema nacional de salud, tendrán la obligación de implementar un sistema de gestión de la calidad de los servicios de salud mental, basado en la seguridad del paciente y su satisfacción que incluirá procedimientos para la recepción y trámite de quejas e inconformidades; y, el reporte de incidentes, de inconformidad con los lineamientos definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.	El Artículo 51 establece un marco normativo para la organización y control de los establecimientos de salud mental, incorporando un enfoque comunitario y sistemas de gestión de calidad; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, es fundamental que la planificación y regulación consideren determinantes sociales como pobreza, exclusión, discriminación y aislamiento geográfico, y que la gestión de calidad incluya indicadores de equidad, participación comunitaria y atención culturalmente pertinente, más allá de los aspectos técnicos o de satisfacción del paciente.
	Art. 52. Habilitación Sanitaria de los establecimientos de Salud Mental. - La entidad adscrita encargada del aseguramiento de la calidad de la atención, los servicios de salud y de los prestadores de dichos servicios, habilitará a los establecimientos de salud para el funcionamiento y prestación de servicios	El Artículo 52 garantiza la habilitación y control de los establecimientos de salud mental con estándares mínimos y un enfoque comunitario; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, es crucial que estos procesos consideren equidad, inclusión y contexto social,

	de salud mental, mediante el otorgamiento de la habilitación legal necesaria, que considerará la cartera de servicios, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de estándares mínimos de funcionamiento acorde al modelo de salud mental comunitaria. Las habilitaciones para el funcionamiento de estos establecimientos, tendrá vigencia de dos años renovables, de acuerdo con las normas emitidas para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional, que realizará el control sistemático y periódico del cumplimiento de este requerimiento por parte de los establecimientos de salud mental. Los establecimientos estarán obligados a reportar, anualmente, el cumplimiento de las condiciones mínimas para su funcionamiento, a fin de mantener vigente su habilitación de funcionamiento. Los establecimientos que no hayan obtenido la habilitación necesaria por parte de la entidad señalada en este artículo no podrán brindar ningún tipo de servicio o atención en salud mental y estarán sujetos a las sanciones descritas en esta ley.	evaluando si los servicios alcanzan efectivamente a poblaciones vulnerables y respetan diversidades culturales, de género y socioeconómicas, además de promover la articulación con políticas intersectoriales para que la habilitación contribuya a la mejora real de la salud mental poblacional y no se limite a la regulación técnica o administrativa.
	Art. 53. Certificación y acreditación de establecimientos prestadores de servicios de salud mental.- La Autoridad Sanitaria Nacional promoverá la certificación y acreditación en los establecimientos prestadores de servicios de salud mental, que serán procesos periódicos y voluntarios de verificación externa, realizados con el fin de evaluar la calidad de atención en salud, a través del cumplimiento de estándares óptimos, mejoramiento continuo, atención humanizada, seguridad del paciente, evaluación y gestión de la tecnología sanitaria. La certificación y acreditación, se realizará ante el organismo competente en materia de acreditación y evaluación de la conformidad, que deberá tener en cuenta el modelo de atención en salud mental comunitaria y la definición de los estándares y criterios de verificación establecidos por la entidad adscrita encargada del aseguramiento de la calidad de la atención y servicios de salud. Los procesos de acreditación y certificación también podrán realizarse ante organismos internacionales legalmente reconocidos.	El Artículo 53 promueve la calidad de los servicios de salud mental mediante atención humanizada, seguridad del paciente y adhesión al modelo comunitario; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, su efectividad presenta limitaciones, ya que la certificación voluntaria puede excluir establecimientos en contextos vulnerables, los estándares carecen de indicadores de equidad, inclusión social y articulación intersectorial, y la acreditación internacional requiere adaptación al contexto sociocultural local. Para garantizar un impacto real, la certificación y acreditación deben incorporar criterios sociocomunitarios, de participación y de equidad, evaluando no solo aspectos técnicos, sino también el efecto de los servicios sobre la salud mental y el bienestar de la población.
	Art. 54. Obligaciones de los establecimientos prestadores de servicios de salud.- Serán obligaciones de los establecimientos prestadores de servicios de salud mental las siguientes: a) Atender sin discriminación de ningún tipo a las personas que requieran atención en salud mental;	El Artículo 54 establece obligaciones fundamentales para los establecimientos de salud mental, promoviendo la calidad de la atención, la protección de los derechos humanos, la atención a grupos prioritarios y la seguridad del paciente. Sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, presenta limitaciones importantes, ya que se centra predominantemente en aspectos técnicos, normativos y de

	<i>b) Recibir y atender pacientes en situación de emergencia, conforme lo dispuesto en esta ley;</i> <i>c) Priorizar la atención integral en salud mental a los grupos de atención prioritaria, precautelando la protección de los derechos humanos;</i> <i>d) Contar con la habilitación sanitaria para garantizar la calidad de la atención integral de salud de los pacientes, conforme esta ley y demás normativa aplicable;</i> <i>e) Observar obligatoriamente los protocolos, manuales, guías y demás normativa que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional para su funcionamiento;</i> <i>f) Receptar obligatoriamente el consentimiento informado en la forma prevista en esta ley y cumplir con la voluntad de los pacientes, o de sus representantes, conforme lo dispuesto en esta ley;</i> <i>g) Custodiar y resguardar las historias clínicas, conforme la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional dicte para el efecto;</i> <i>h) Abstenerse de realizar publicidad o promoción engañosa de servicios de salud mental, especialmente aquella dirigida a tratamientos para niñas, niños y adolescentes;</i> <i>i) Someterse a la evaluación y autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional para la incorporación de nuevos tratamientos en materia de salud mental, que deberá estar basados en evidencia científica;</i> <i>j) En los casos de internamiento, garantizar la libertad de movimiento y comunicación de los pacientes con el interior y exterior del establecimiento; y, permitir el contacto con su familia o representantes legales, a fin de garantizar la integridad personal, que incluye la integridad física y sexual;</i> <i>k) Las demás previstas en la ley.</i> <i>Todos los establecimientos de servicios de salud mental deberán contar con la representación técnica de un profesional de la salud mental.</i>	regulación, sin incluir mecanismos claros para abordar las inequidades sociales que condicionan el acceso, la continuidad y la efectividad de los servicios. Para que la atención sea verdaderamente integral, equitativa y socialmente pertinente, resulta imprescindible incorporar de manera explícita indicadores de equidad, inclusión social, participación comunitaria y determinantes socioeconómicos, asegurando que los servicios respondan a las necesidades reales de la población y contribuyan a la reducción de desigualdades en salud mental.
--	--	--

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

El bloque normativo contenido en los Artículos 50 – 54 busca garantizar control, calidad y seguridad en los servicios de salud mental, objetivos necesarios para proteger a las personas usuarias y profesionalizar las instituciones; sin embargo, desde la Determinación Social de la Salud, su formulación corre el riesgo de reproducir un enfoque excesivamente técnico y regulatorio que deja en segundo plano los determinantes sociales y contextuales que condicionan tanto la demanda como la efectividad real de esos servicios. El control centrado únicamente en estándares clínicos y administrativos (Art.50) o en procesos de habilitación y certificación (Arts.51 – 53) puede producir resultados limitados si no incorpora criterios de equidad territorial, pertinencia cultural, participación comunitaria y medición de impactos sociales: por ejemplo, un servicio “certificado” puede seguir sin alcanzar a poblaciones rurales, indígenas o en situación de pobreza si los indicadores no miden cobertura, accesibilidad cultural ni reducción de desigualdades.

Operativamente, las normas sobre habilitación, gestión de calidad y obligaciones institucionales (Arts.51 – 54) fortalecen la seguridad técnica, pero omiten mecanismos para evaluar ¿quién accede? ¿con qué barreras? ¿a qué costo social? La voluntariedad de la acreditación (Art.53) puede reforzar la exclusión de prestadores en contextos vulnerables; los criterios de habilitación (Art.52) y control (Art.50) requieren ampliarse para evaluar alcance poblacional y sensibilidad intercultural; y las obligaciones de los establecimientos (Art.54) deben vincularse a la articulación con políticas de vivienda, educación y empleo que influyen decisivamente en la recuperación y continuidad terapéutica. En síntesis: sin indicadores y fiscalización que incluyan dimensiones sociales, la regulación técnica puede convertirse en un fin administrativo en lugar de un medio para mejorar el bienestar colectivo.

Para alinear los artículos con la Determinación Social de la Salud, es necesario complementar el control técnico con acciones que garanticen equidad y pertinencia social. Esto implica incorporar indicadores mixtos (clínicos y sociales), condicionar la habilitación y acreditación de los servicios al cumplimiento de metas de equidad y cobertura territorial, asegurar financiamiento diferenciado para zonas vulnerables, fortalecer la participación comunitaria en la gestión y evaluación de los servicios, e implementar protocolos intersectoriales que articulen salud, educación, vivienda y trabajo. Solo a través de estos mecanismos de gobernanza participativa y monitoreo social se logrará que la calidad técnica se traduzca en una mejora real y equitativa de la salud mental poblacional (J. Breilh 2013; Marmot et al. 2013; Patel et al. 2018).

8. Capítulo VII. De la protección especial para las personas que sufran trastornos mentales

Los artículos 55, 56 y 57 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador representan un intento de vincular la salud mental con las condiciones sociales, económicas y laborales que inciden en el bienestar psicológico de las personas. Sin embargo, al ser analizados desde la Determinación Social de la Salud, revelan limitaciones estructurales en su enfoque. Aunque reconocen la relación entre vulnerabilidad social, inclusión y recuperación, las disposiciones continúan priorizando un abordaje reactivo y clínico, centrado en la atención posterior a la crisis y en la hospitalización, sin transformar las condiciones sociales que determinan el sufrimiento psíquico. Esta mirada parcial impide avanzar hacia un modelo realmente comunitario, inclusivo y emancipador, que aborde las causas estructurales de la desigualdad en salud mental y promueva la participación activa de los sujetos y las comunidades en los procesos de cuidado y reintegración.

Tabla 15
Capítulo VII. De la protección especial para las personas que sufran trastornos mentales

CAPÍTULO VII		
DE LA PROTECCIÓN ESPECIAL PARA LAS PERSONAS QUE SUFRAN TRASTORNOS MENTALES		
SECCIÓN	ARTÍCULO	COMENTARIO
DE LA PROTECCIÓN ESPECIAL PARA LAS PERSONAS QUE SUFRAN TRASTORNOS MENTALES	Art. 55. De las personas con trastornos mentales en situación de abandono o desprotección.- Cuando las personas con trastornos mentales internadas se encuentran a la vez en situación de abandono o desprotección, una vez controlada la crisis que provocó su internamiento u hospitalización, el equipo interdisciplinario, en coordinación con la Autoridad Nacional de Inclusión Económica y Social y los GADS, dispondrá la búsqueda de familiares del paciente. En caso de que no se ubique a sus familiares, dichas personas serán trasladadas a hogares protegidos y, excepcionalmente, a centros de atención del estado, donde deberán continuar recibiendo el tratamiento ambulatorio a que hubiere lugar en el establecimiento de salud más cercano. En los casos de abandono de personas con trastornos mentales, se procederá de conformidad con lo establecido en el código orgánico integral penal.	El Artículo 55 reconoce la relación entre salud mental y vulnerabilidad social, incorporando mecanismos de protección y continuidad del tratamiento; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, su enfoque sigue siendo principalmente reactivo y clínico, centrado en la crisis y la hospitalización. La normativa carece de planificación estructural que promueva la inclusión social, el acceso a vivienda, el fortalecimiento de redes familiares y comunitarias, y la integración educativa y laboral, elementos esenciales para una recuperación sostenible. Para mejorar su efectividad, sería necesario incorporar indicadores de seguimiento social y comunitario, así como protocolos que aseguren la participación activa de las personas afectadas y de la comunidad en los procesos de reintegración y cuidado integral.
	Art. 56. Personas con trastornos mentales con estancia prolongada en establecimientos de salud.- Las personas que luego del internamiento, pese a contar con el alta médica, no puedan ser reintegradas a su núcleo familiar, por el hecho de desconocerse el mismo o porque la misma no tenga condiciones para recibir a la persona rehabilitada, o por cualquier otra circunstancia similar, deberán ser integradas al programa de inclusión social, que desarrollará la entidad competente en materia de inclusión social. Los Gobiernos Autónomos Descentralizados tendrán la obligación de incluir en sus programas de inclusión social, acciones para el acompañamiento de las personas que se encuentren en las circunstancias descritas en este artículo.	El Artículo 56 muestra una intención positiva al reconocer la relación entre salud mental y determinantes sociales para reducir hospitalizaciones innecesarias; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, su enfoque sigue siendo mayormente reactivo y limitado a programas post-hospitalarios, sin estrategias preventivas que aborden las causas estructurales de la prolongación de la estancia. Para garantizar inclusión social efectiva y sostenida, se requiere mayor claridad sobre protocolos, asignación de recursos, indicadores de seguimiento, participación comunitaria y acceso a derechos sociales como vivienda, educación y empleo. Además, la incorporación activa de las personas afectadas en el diseño de estos programas fortalecería la recuperación integral y el respeto pleno de sus derechos.
	Artículo 57. El ente rector del trabajo, el ente rector en materia de producción y el ente rector en materia de inclusión social, a través del	El Artículo 57 constituye un avance al reconocer la relación entre recuperación en salud mental e inclusión laboral y productiva, enfatizando

	<i>instituto de economía popular y solidaria, tendrán la obligación de desarrollar programas de inclusión, para las personas a la que hace referencia el artículo anterior, a fin de que las mismas pueda reinsertarse en la sociedad y desarrollen actividades laborales o productivas, que permitan el ejercicio de su autonomía y derechos.</i>	la importancia de determinantes sociales como trabajo, inclusión y economía. No obstante, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, enfrenta desafíos significativos: requiere protocolos claros, asignación de recursos y responsabilidades definidas, garantizar equidad territorial en su implementación, establecer indicadores de seguimiento y evaluación, e integrar la participación activa de las personas beneficiarias en el diseño y monitoreo de los programas para asegurar pertinencia, efectividad y sostenibilidad social.
--	--	--

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)
Elaboración propia

El Art. 55–57 articulan intenciones positivas: reconocer la interdependencia entre salud mental y vulnerabilidad social, prevenir hospitalizaciones innecesarias y vincular la recuperación con la inclusión laboral. No obstante, desde la Determinación Social de la Salud se observa que la normativa mantiene un sesgo mayoritariamente reactivo y clínico. El Art. 55 centra respuestas en mecanismos de protección y continuidad del tratamiento tras la crisis, pero omite planificación estructural que aborde factores determinantes (vivienda, empleo, redes de apoyo, educación) necesarios para la recuperación sostenible. También reconoce la relación entre salud mental y vulnerabilidad social, pero mantiene un enfoque principalmente reactivo y clínico. Es necesario incorporar estrategias de inclusión social, fortalecimiento de redes comunitarias y acceso a vivienda y empleo. Como nos menciona la siguiente profesional de la salud mental:

“Muchas personas se reintegran a la comunidad tras hospitalización sin apoyo en empleo o vivienda, lo que genera recaídas. La ley establece continuidad de tratamiento, pero los determinantes sociales no se consideran suficientemente en los protocolos” (Experto en políticas públicas de Salud, Quito, 2025).

El Art. 56 apunta a reducir estancias prolongadas, pero tiende a limitarse a intervenciones post-hospitalarias sin medidas preventivas que actúen sobre las causas estructurales de la prolongación (pobreza, desprotección social). Y aunque el Art. 57 reconoce la relación entre recuperación y empleo, carece de protocolos, responsabilidades financieras y criterios de equidad territorial que eviten programas fragmentados o inequitativos.

Estas limitaciones implican riesgos prácticos: la atención seguirá siendo episódica y hospitalocéntrica, la reinserción laboral puede convertirse en un programa piloto sin impacto real si no hay coordinación intersectorial ni recursos, y las poblaciones rurales o excluidas seguirán quedando fuera. Desde la Determinación Social de la Salud, la efectividad exige pasar de la contención clínica a la transformación de condiciones sociales responsables del sufrimiento psíquico, lo cual implica políticas redistributivas, apoyo a la vivienda asistida, educación inclusiva, programas de empleo con soporte psicosocial y fortalecimiento de redes comunitarias, y asegurar la participación activa de las personas afectadas en el diseño y evaluación de las intervenciones (J. Breilh 2007; Marmot et al. 2013; Patel et al. 2018).

El artículo 58 refleja avances al priorizar prevención y control, pero requiere indicadores socialmente pertinentes y políticas de equidad territorial que consideren

pobreza, exclusión y déficit de redes de apoyo. Como nos menciona la profesional en Salud Mental en el siguiente fragmento:

“El control administrativo es importante, pero sin acompañamiento comunitario y supervisión preventiva, la población vulnerable sigue expuesta a intervenciones que no consideran su contexto social. Necesitamos protocolos participativos que incluyan a usuarios y familias” (Psicóloga Clínica, Quito, 2025).

9. Capítulo VIII. De la vigilancia, control, competencia y régimen sancionatorio

Los artículos 58 al 74 de la *Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador* regula los mecanismos de supervisión institucional, control administrativo y aplicación de sanciones ante incumplimientos en materia de salud mental. En esta sección se analizará cómo la ley delimita las competencias de la autoridad sanitaria nacional, establece procedimientos de inspección y define infracciones y sanciones aplicables a profesionales y establecimientos. Desde una perspectiva descriptiva, el capítulo configura el marco de responsabilidad jurídica destinado a garantizar el cumplimiento de derechos, estándares técnicos y obligaciones previstas en la ley, reforzando el rol rector del Estado en la protección del derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República del Ecuador.

No obstante, el análisis también examinará cómo este régimen de vigilancia y sanción se centra en un enfoque normativo y punitivo, orientado a corregir conductas una vez producida la infracción. A la luz de los enfoques promovidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se valorará si estos mecanismos se articulan con estrategias preventivas, estructurales y comunitarias que aborden las causas sociales de las inequidades en salud mental. De esta manera, el capítulo VIII será examinado no solo como un instrumento de control jurídico, sino como un componente del sistema de garantía de derechos cuya efectividad depende de su integración con políticas públicas orientadas a la equidad y a la protección integral de la salud mental colectiva.

Tabla 16

Capítulo VIII. De la vigilancia, control, competencia y régimen sancionatorio

CAPÍTULO VIII		
DE LA VIGILANCIA, CONTROL, COMPETENCIA Y RÉGIMEN SANCIONATORIO		
SECCIÓN	ARTÍCULO	COMENTARIO
DE LA VIGILANCIA, CONTROL, COMPETENCIA Y RÉGIMEN SANCIONATORIO	Art. 58. Medidas Preventivas y de Protección.- La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la entidad adscrita correspondiente para proteger la salud de la población, evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud mental de las personas, tendrán facultad para dictar una o más medidas preventivas sanitarias, cuando exista la presunción del cometimiento de una falta administrativa, que serán de inmediata ejecución. La adopción de estas medidas se sujetará al procedimiento administrativo prescrito en el código orgánico administrativo. La entidad adscrita correspondiente podrá aplicar las siguientes medidas preventivas: a) Suspensión temporal de la habilitación para el funcionamiento de establecimientos prestadores de servicios de salud mental; b) Clausura temporal de establecimientos prestadores de servicios de salud mental, aun cuando no cuenten con las habilitaciones necesarias, para la prestación de dichos servicios; c) Suspensión temporal, total o parcial de actividades de establecimientos prestadores de servicios de salud mental; d) Suspensión temporal, total o parcial de la habilitación para el ejercicio profesional; e) Suspensión de promoción y publicidad en materia de salud mental; f) Las demás medidas establecidas en la ley. Las medidas preventivas sanitarias que se dicten serán esencialmente revocables por la autoridad que las dictó, o por las autoridades del régimen sanitario competentes, previo informe de inspección o verificación, cuando no exista sustento comprobado o cuando hayan desaparecido las causas o los efectos dañosos a la salud humana que motivaron su adopción. Dichas autoridades tendrán facultad, además, para ratificar las medidas preventivas dictadas o disponer otra de las señaladas, que consideren	El Artículo 58 establece un marco normativo para proteger la salud mental frente a instituciones y profesionales que puedan generar riesgos colectivos, adoptando un enfoque preventivo, revocable y orientado a mantener un equilibrio entre control y proporcionalidad. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este artículo refleja avances conceptuales importantes, pero su efectividad requiere ampliaciones sustanciales: es necesario incorporar mecanismos de acompañamiento, supervisión y mejora institucional que no se limiten a sanciones, así como indicadores claros y socialmente pertinentes que permitan evaluar el impacto real de las medidas sobre la protección de la salud mental. Además, es fundamental articular políticas de equidad territorial y comunitaria que aseguren que todas las poblaciones, especialmente las más vulnerables y marginalizadas, tengan acceso a medidas preventivas efectivas, considerando determinantes sociales como pobreza, exclusión, discriminación y déficit de redes de apoyo. Asimismo, la participación activa de usuarios, familias y comunidades en el diseño, implementación y monitoreo de estas políticas fortalecería la corresponsabilidad, la pertinencia cultural y la sostenibilidad de las intervenciones en salud mental.

necesario cuando corresponda; y, seguirán las reglas del código orgánico administrativo.	
Art. 59. Intervención de la fuerza pública.- La fuerza pública intervendrá, por requerimiento de las autoridades de régimen sanitario, para hacer cumplir las disposiciones, medidas preventivas sanitarias y medidas de seguridad sanitaria previstas en esta ley y más normas vigentes sobre la materia.	El Artículo 59 establece un mecanismo de respaldo institucional para asegurar el cumplimiento de la ley, pero su enfoque coercitivo presenta riesgos desde la perspectiva de la determinación social de la salud, ya que puede reforzar la estigmatización de personas con trastornos mentales y no aborda las causas estructurales del incumplimiento ni las desigualdades en el acceso a servicios. Su efectividad requiere protocolos claros de actuación, formación especializada en salud mental y un enfoque de derechos humanos para minimizar impactos negativos sobre poblaciones vulnerables. Desde la Determinación Social de Salud, se recomienda que la intervención de la fuerza pública sea subsidiaria, apoyando acciones preventivas, comunitarias y participativas, en lugar de constituir el principal mecanismo de ejecución de medidas sanitarias.
Art. 60. Potestad Coactiva.- La autoridad Sanitaria Nacional tendrá potestad coactiva para hacer efectiva el pago de lo que, por cualquier concepto, se le debe por multas o por obligaciones de cualquier naturaleza. Para su ejercicio se aplicará el procedimiento establecido en la ley que regula la materia de administración pública.	El Artículo 60 establece un mecanismo administrativo de coerción para garantizar el cumplimiento de sanciones y obligaciones, pero desde la perspectiva de la determinación social de la salud presenta limitaciones al priorizar el cumplimiento normativo por sobre la mejora estructural y social de la salud mental, sin abordar los determinantes sociales que generan incumplimientos, como la insuficiencia de recursos o las inequidades territoriales. Su efectividad depende de integrarse en un enfoque integral, complementado con políticas de promoción, prevención y fortalecimiento institucional, armonizando la autoridad coercitiva con estrategias intersectoriales y comunitarias para generar un impacto positivo y sostenible en la salud mental de la población.
Art. 61. Competencia Administrativa.- La entidad adscrita a la Autoridad Sanitaria Nacional encargada de la calidad de los servicios de salud, tendrá competencia administrativa para determinar responsabilidades por el cometimiento de faltas administrativas en las que incurran las personas naturales o jurídicas sujetas a su control y potestad para sancionarlas, conforme lo dispuesto en esta ley y en el código orgánico administrativo.	El Artículo 61 establece un mecanismo de control administrativo para garantizar la responsabilidad en la prestación de servicios de salud mental; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, prioriza la coacción sobre la transformación de los determinantes sociales que generan incumplimientos, no aborda las limitaciones estructurales y contextuales que afectan la prestación de servicios y, por tanto, puede perpetuar inequidades. Su implementación requiere complementarse con estrategias de fortalecimiento institucional, coordinación intersectorial y participación comunitaria para asegurar impactos positivos en la calidad, equidad y respeto de derechos en salud mental.

Art. 62. Instancias para la determinación y sanción de faltas leves y graves.- Los agentes territoriales definidos en la estructura administrativa en cada circunscripción de la entidad adscrita correspondiente de la Autoridad Sanitaria Nacional encargada del control de la calidad de los servicios de salud, ejercerán competencia para determinar y sancionar, en primera instancia, las faltas administrativas leves y graves establecidas en esta ley, para lo cual, dentro de su estructura orgánica deberá garantizar la existencia de un órgano instructor y uno sancionador, de conformidad con lo dispuesto en el código orgánico administrativo. La máxima autoridad de la entidad adscrita correspondiente de la Autoridad Sanitaria Nacional encargada del control de la calidad de los servicios de salud ejercerá competencia para determinar y sancionar, en segunda y definitiva instancia, las faltas administrativas leves y graves señaladas en esta ley.	El Artículo 62 establece un mecanismo de control territorial jerárquico para sancionar faltas administrativas, garantizando la responsabilidad institucional; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, prioriza la coacción sobre la transformación de los factores sociales y estructurales que generan las faltas y puede generar desigualdades regionales en la aplicación de sanciones, afectando especialmente a comunidades con menor acceso a recursos o personal especializado. Su efectividad requiere combinar las sanciones con estrategias de prevención, capacitación, coordinación intersectorial y fortalecimiento institucional, promoviendo una gestión equitativa, de calidad y centrada en los derechos en salud mental.
Art. 63. Instancias para la determinación y sanción de faltas muy graves.- La máxima Autoridad de la entidad adscrita correspondiente de la Autoridad Sanitaria Nacional encargada del control de la calidad de los servicios de salud ejercerá competencia para determinar y sancionar, en primera instancia, las faltas administrativas muy graves señaladas en esta ley. La o el ministro sectorial encargado de la salud pública ejercerá competencia para determinar y sancionar, en segunda y definitiva instancia, las faltas administrativas muy graves, para lo cual, dentro de su estructura orgánica deberá garantizar la existencia de un órgano instructor y uno sancionador, de conformidad con lo dispuesto en el código orgánico administrativo.	El Artículo 63 establece un mecanismo centralizado para sancionar faltas administrativas muy graves, asegurando uniformidad y control en la gestión sanitaria; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, existe el riesgo de descontextualización al no considerar los factores sociales, estructurales y comunitarios que influyen en el incumplimiento, y la centralización puede afectar la equidad territorial, especialmente en zonas con menor acceso a recursos o servicios de salud mental. Para un enfoque de DSS efectivo, estas sanciones deben combinarse con estrategias de fortalecimiento institucional, educación, prevención y abordaje de determinantes sociales, priorizando la mejora integral de la salud mental sobre la mera penalización.
Art. 64. Faltas Administrativas.- Para efecto de determinación de responsabilidades por el cometimiento de faltas administrativas, en que incurran las personas naturales y jurídicas sujetas al control de esta ley estas se clasificarán en leves, graves y muy graves.	El Artículo 64 cumple una función administrativa al categorizar faltas para la aplicación de sanciones, pero desde la perspectiva de la determinación social de la salud, presenta riesgos de un enfoque individualista y descontextualizado que no considera las causas estructurales de los incumplimientos. Para promover equidad, derechos humanos y mejora institucional, la clasificación de faltas debería complementarse con un análisis de los determinantes sociales y estructurales, integrando sanciones con estrategias preventivas, fortalecimiento organizacional y medidas correctivas que aborden los factores sociales que afectan la calidad de los servicios de salud mental.

	Art. 65. Sanciones.- Al imponer una sanción, la Autoridad Sanitaria Nacional tendrá en cuenta los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas; la gravedad de la infracción; y, la condición de reincidencia del infractor. La autoridad podrá, cuando se trate de una primera infracción únicamente en el caso de faltas leves, y si aparecieren antecedentes que lo justifiquen, sancionar únicamente con amonestación al infractor, sin aplicar la sanción que corresponda, siempre que se subsanen los hechos que dieron origen a la infracción, dentro del plazo que la autoridad señale.	El Artículo 65 establece criterios de sanción, reconociendo la utilidad de la amonestación en faltas leves, pero desde la perspectiva de la determinación social de la salud, presenta un riesgo de enfoque individualista y punitivo que no aborda los factores estructurales que afectan la calidad de los servicios de salud mental. Para mejorar su efectividad y promover equidad, las sanciones deberían integrarse con estrategias de fortalecimiento institucional, capacitación del personal y mejora de condiciones sociales y comunitarias, adoptando un enfoque integral que considere determinantes sociales y derechos humanos, asegurando que las medidas contribuyan a la mejora de la salud mental colectiva.
	Art. 66. Circunstancias Atenuantes.- Se consideran circunstancias atenuantes de una falta administrativa prevista en esta ley las siguientes: a) El no haber sido sancionado anteriormente o habérsele impuesto una medida sanitaria de seguridad preventiva por la autoridad competente; b) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la sanción; c) Aceptar la falta, de forma voluntaria y subsanarla o corregirla, antes de que se produzca daño en la salud individual o colectiva. En caso de que se verifiquen estas circunstancias atenuantes se aplicará, en casos de faltas leves la amonestación, y en el caso de faltas graves y muy graves la mitad de la pena prevista para cada caso.	El Artículo 66 incorpora un enfoque positivo al permitir la reducción de sanciones por reconocimiento de faltas y reparación voluntaria, promoviendo la prevención y la restauración. Sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, existe un riesgo de enfoque individualista que no aborda los determinantes estructurales, comunitarios y sociales que afectan la calidad de los servicios de salud mental. Para ser congruente con la DSS, las circunstancias atenuantes deberían considerar factores contextuales como recursos institucionales, inequidades en el acceso a servicios y vulnerabilidad de la población atendida, complementándose con políticas que fortalezcan capacidades estructurales, intersectoriales y comunitarias, asegurando una mejora efectiva de la salud mental colectiva más allá del comportamiento individual de los infractores.
	Art. 67. Circunstancias Agravantes.- Se consideran circunstancias agravantes de una falta administrativa prevista en esta ley las siguientes: a) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos; b) Cometer la falta para ocultar otra; c) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros; d) Infringir varias disposiciones sanitarias con la misma conducta; y, e) Preparar premeditadamente, con dolo o alevosía la infracción. En todos los casos en los que se verifiquen estas circunstancias se aplicará la máxima sanción prevista para la falta, aumentada en un tercio.	El Artículo 67 tipifica conductas agravantes y aumenta sanciones en casos de dolo o premeditación, protegiendo la integridad de los pacientes y la salud colectiva. No obstante, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, presenta un enfoque individualista y punitivo que no considera los determinantes estructurales que limitan la acción de profesionales y establecimientos. Su efectividad podría fortalecerse incorporando criterios que evalúen el contexto social, institucional y comunitario, permitiendo sanciones proporcionales al riesgo real, y articulando estas medidas con políticas intersectoriales y programas de fortalecimiento institucional, promoviendo un enfoque preventivo y estructural coherente con la Determinación Social de la Salud.

	Art. 68. Reincidencia y Concurrencia.- La reincidencia en el cometimiento de faltas en sede administrativa será sancionada con la sanción más grave y cuando la misma persona natural o jurídica cometa nuevamente otras faltas administrativas contempladas en esta ley, se aplicará la máxima sanción establecida, en cada caso. En caso de concurrencia de faltas administrativas, se aplicarán todas las sanciones que correspondan.	El Artículo 68 establece un mecanismo de control y sanción frente a la reiteración de infracciones, protegiendo la salud mental colectiva y la calidad de los servicios. Sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, predomina un enfoque punitivo centrado en la responsabilidad individual, sin considerar adecuadamente los factores sociales, institucionales y comunitarios que pueden favorecer la reincidencia. Su efectividad podría fortalecerse incorporando estrategias preventivas, fortalecimiento institucional y acompañamiento comunitario, reduciendo riesgos de daño recurrente y garantizando el acceso equitativo a servicios de calidad.
	Art. 69. Faltas Leves.- Se considerará falta leve el incumplir las obligaciones de no discriminación, falta de custodia de historia clínica y la realización de publicidad no permitida, contempladas en los incisos a), g), h) del artículo 54.	El Artículo 69 reconoce la importancia de la equidad, la privacidad y la ética en la atención en salud mental, elementos centrales desde la perspectiva de la determinación social de la salud. Sin embargo, la categorización de estas conductas como faltas leves puede subestimar su relevancia social y comunitaria, por lo que se requiere complementarlas con estrategias de prevención, educación y fortalecimiento institucional, abordando los determinantes sociales que generan discriminación, vulneración de la confidencialidad y prácticas comerciales inapropiadas.
	Art. 70. Sanción de las faltas leves.- El cometimiento de las faltas leves se sancionarán con: a) Multa de cinco a diez salarios básicos unificados del trabajador en general; b) Suspensión de la habilitación para el funcionamiento de establecimientos, por hasta treinta días. c) Suspensión de la licencia para el ejercicio profesional, por hasta treinta días. El órgano administrativo podrá aplicar la multa, la suspensión o ambas, dependiendo de la gravedad de cada caso, tomando en consideración el principio de proporcionalidad.	El Artículo 70 establece medidas correctivas para faltas leves, contribuyendo al cumplimiento normativo y a la calidad de la atención en salud mental; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, estas sanciones deben complementarse con políticas preventivas y educativas que aborden los determinantes sociales subyacentes, evaluando el impacto social de las faltas y promoviendo un enfoque comunitario, equitativo y centrado en la salud mental poblacional.
	Art. 71. Faltas Graves.- Se considerarán faltas graves las siguientes: a) No brindar información a la persona conforme lo dispuesto en el artículo 10; b) Prescribir medicamentos de salud mental incumpliendo las disposiciones del artículo 49; y, c) Incumplir las obligaciones contemplada en los literales: b)y, e) del artículo 54.	El Artículo 71 reconoce faltas graves que afectan la seguridad, autonomía y bienestar de los usuarios de salud mental; desde la perspectiva de la determinación social de la salud, estas infracciones reflejan problemas estructurales, organizacionales y de inequidad en el sistema, por lo que las medidas correctivas deben ir más allá de la sanción, incorporando formación profesional, fortalecimiento de protocolos y estrategias

		intersectoriales que aborden los determinantes sociales de riesgo y promuevan la salud mental comunitaria.
	Art. 72.- Sanción de las faltas graves.- El cometimiento en las faltas graves se sancionará con: a) Multa de diez a veinte salarios básicos unificados del trabajador en general; b) Suspensión temporal de la habilitación para el funcionamiento de establecimiento de treinta y uno hasta noventa días; c) Suspensión de la licencia del ejercicio profesional de treinta y uno hasta noventa días. El órgano administrativo podrá aplicar la multa, la suspensión o ambas, dependiendo de la gravedad de cada caso, tomando en consideración el principio de proporcionalidad.	El Artículo 72 establece sanciones proporcionales para faltas graves en salud mental, asegurando responsabilidad profesional y administrativa; sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, su efectividad requiere complementarlas con medidas estructurales y comunitarias que aborden los determinantes sociales de riesgo, garanticen la continuidad, equidad y calidad de los servicios, ya que las sanciones punitivas por sí solas no son suficientes para mejorar la salud colectiva ni reducir las inequidades en el sistema de atención.
	Art. 73. Faltas muy graves.- Se considerarán faltas muy graves las siguientes: a) No respetar la autonomía de la voluntad de la persona conforme lo dispuesto en el artículo 11; b) Aplicar procedimientos de salud mental sin contar con el consentimiento de la persona, de conformidad con lo prescrito en los artículos 12 y 39; c) Brindar atenciones que involucren el internamiento y hospitalización incumpliendo lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 30; d) Aplicar tratamientos crueles, conforme lo dispuesto en el artículo 35. Esta sanción se aplicará sin perjuicio de las acciones penales a que hubiere lugar; e) Realizar internamientos involuntarios incumpliendo lo dispuesto en los artículos 40 y 41; f) Incumplir los requisitos para el internamiento conforme lo dispuesto en el artículo 42; g) Incurrir en las prohibiciones de internamiento contempladas en el artículo 43; h) Ejercer actividades profesionales dentro del ámbito de salud mental sin ser profesional de salud mental, conforme lo dispuesto en los artículos 45, 46 y 47; i) Incumplir la obligación de secreto profesional y confidencialidad conforme lo dispuesto en el artículo 48. Esta sanción se aplicará sin perjuicio de las acciones penales a que hubiere lugar;	El Art. 73 define faltas muy graves que afectan tanto la salud individual como la colectiva, al vulnerar derechos humanos, autonomía, seguridad y calidad de los servicios. Desde la determinación social de la salud, estas faltas reflejan problemas estructurales y comunitarios: falta de capacitación, recursos inadecuados, ausencia de control efectivo y desigualdades en el acceso a servicios. Las sanciones punitivas son necesarias, pero deben complementarse con intervenciones preventivas y estructurales, como fortalecimiento de capacidades profesionales, aseguramiento de la calidad, vigilancia comunitaria y educación sobre derechos en salud mental.

	j) Brindar atención de salud mental en establecimientos que no cuenten con la habilitación necesaria, conforme lo dispuesto en el artículo 52, y; k) Incumplir las obligaciones contempladas en los literales c), d) y j) del artículo 54.	
	Art. 74. Sanción de las faltas muy graves.- Las faltas muy graves se sancionarán con: a) Multa de veinte a cuarenta salarios básicos unificados del trabajador en general; b) Suspensión temporal de la habilitación para el funcionamiento del establecimiento de noventa y uno hasta ciento ochenta días; c) Suspensión definitiva de la habilitación para el funcionamiento del establecimiento; d) Suspensión de la licencia para el ejercicio profesional de noventa y un días hasta por un año; e) Suspensión definitiva del establecimiento. El órgano administrativo podrá aplicar la multa, la suspensión de la habilitación del establecimiento, la suspensión de la licencia para el ejercicio profesional, la clausura del establecimiento o todas ellas, dependiendo de la gravedad del caso, tomando en consideración el principio de proporcionalidad.	El Art. 74 fortalece el marco legal para garantizar la protección de la salud mental como derecho social, vinculando sanciones con la gravedad de las faltas muy graves y buscando preservar los determinantes sociales de la salud: calidad, acceso, equidad y respeto a los derechos humanos. Desde la Determinación Social de la Salud, las sanciones son necesarias, pero deben acompañarse de estrategias que garanticen la continuidad de la atención comunitaria, la prevención de daños adicionales y la inclusión social de las personas afectadas.

Fuente (Asamblea Nacional del Ecuador 2024)

Elaboración propia

Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, los artículos 58 al 74 de la *Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador* representan un esfuerzo por estructurar mecanismos de control, responsabilidad y protección institucional frente a riesgos en salud mental; sin embargo, mantienen un enfoque predominantemente punitivo y normativo, con escasa atención a los determinantes estructurales que condicionan la salud mental colectiva, como la pobreza, la exclusión, la inequidad territorial o la falta de recursos institucionales. Si bien el marco legal incorpora principios de equidad y derechos humanos, su implementación efectiva requiere pasar de la sanción a la transformación estructural, fortaleciendo las capacidades institucionales, intersectoriales y comunitarias.

En este sentido, la ley debería promover mecanismos de corresponsabilidad social que integren la participación de usuarios, familias y comunidades en los procesos de control, evaluación y mejora de los servicios. Las sanciones administrativas, si bien necesarias, deben acompañarse de estrategias preventivas, educativas y de fortalecimiento institucional que aborden los factores sociales que generan incumplimientos o prácticas inadecuadas. Además, es indispensable incorporar indicadores sociales y territoriales en la evaluación de políticas, garantizando una vigilancia participativa que mida el impacto real en equidad, acceso y bienestar colectivo (Martínez Alier et al. 2008; J. Breilh 2018; Harvey et al. 2022)

En conclusión, la efectividad de estos artículos depende de que las sanciones se articulen con acciones estructurales y comunitarias que promuevan justicia social, equidad territorial y sostenibilidad de las intervenciones. Solo mediante un enfoque de DSS que combine control normativo con políticas integrales de prevención, promoción y participación social, se logrará una gestión ética, equitativa y transformadora de la salud mental en el país. De esta forma, la ley podrá avanzar de un modelo correctivo y punitivo hacia una praxis emancipadora, centrada en la dignidad, los derechos humanos y la salud mental colectiva (Marmot et al. 2013; Leiva- Peña et al. 2021).

Por último, la mayoría de los artículos relacionados con sanciones (59–74) presentan un enfoque punitivo e individualista que no considera los determinantes sociales, estructurales y comunitarios que afectan la salud mental. La centralización y coerción pueden generar inequidades territoriales, estigmatización y exclusión social. Para alinear con DSS, las sanciones deben combinarse con fortalecimiento institucional, participación comunitaria, evaluación social y políticas intersectoriales (Salaverry 2012;

Breilh 2013; Marmot et al. 2013; Patel et al. 2018). En este punto, se centraron dos profesionales expertos en el tema de políticas donde mencionaron lo siguiente:

“Sancionar sin analizar causas estructurales es como castigar a quien sobrevive en condiciones precarias. Necesitamos un enfoque integral que combine sanción con capacitación, prevención y apoyo comunitario” (Experto en políticas públicas de Salud, Quito, 2025).

“La centralización de sanciones afecta sobre todo a comunidades rurales que tienen menos recursos y personal especializado. Esto evidencia inequidades que la Determinación Social de la Salud nos enseña a corregir” (Psicólogo Comunitario, Quito, 2025).

Para que la ley sea coherente con la Determinación Social de la Salud, es imprescindible que los mecanismos de sanción, control y evaluación incluyan indicadores sociales y comunitarios, participación activa de usuarios y familias, y articulación intersectorial con políticas de vivienda, educación, empleo y protección social. Solo así se logrará una salud mental integral, equitativa y culturalmente pertinente, que vaya más allá del control normativo y aborde causas estructurales de vulnerabilidad y exclusión.

10. De la medicalización hacia el enfoque de la Determinación Social de la Salud

El análisis crítico de la ley se desarrolla a partir de las tres dimensiones que conforman el enfoque de la determinación social de la salud, la dimensión general, particular e individual, las cuales permiten comprender cómo operan, se expresan y se reproducen las inequidades y desigualdades en el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud mental en el país.

Antes de nada, debemos definir en si lo que significa la salud mental para darnos cuenta de la importancia que tiene una ley de este tipo en la sociedad ecuatoriana y como la pandemia del Covid 19 ha catapultado y ha hecho evidente lo que por muchos años ha sido estigmatizado y son los problemas de salud mental en la población ecuatoriana y como los datos epidemiológicos en la región muestran la gran importancia de tener esta ley como instrumento de políticas públicas a nivel nacional, de esta manera se podrá consolidar una política pública en salud mental, por ello, se debe realizar una apreciación histórico, mencionando desde donde se determina dicho concepto, es así que, retomamos el término de higiene mental expresado en la segunda cesión del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Salud Mental (11 – 16 de Septiembre de 1950) donde nos mencionan que:

La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental, en la misma cesión realizan una construcción del término salud mental haciendo alusión de que es una condición, sometida a fluctuación debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener acciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (Bertolote 2008, 113).

En este contexto, se ha visto la necesidad de tener un proyecto de ley, aunque siempre haya pugnas de poder o siempre se identifiquen esos factores preponderantes, la medicalización o disease mongering (venta de enfermedades) es visto desde la política y las relaciones de poder como encerrar lo cotidiano en algo médico y estigmatizar la vida, La Valle menciona:

La medicalización es el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales (...) hace referencia a un proceso social, un cambio, una transformación que convierte a la medicina en una estrategia biopolítica proveyendo una tecnología específica para el control del cuerpo social (La Valle 2014, 68).

Dicho de otra manera, es la separación de un individuo de la sociedad para de esta manera purificar a los demás, es decir, convertir algo normal en algo patológico pretendiendo resolver mediante la medicina aspectos no médicos sino más bien sociales y de relaciones interpersonales, es convertir un conflicto personal o social en un problema médico que necesita ser abordado por los profesionales de la salud, en otras palabras es una medicina de exclusión, y el internamiento y la separación de muchos individuos durante la historia bajo esta premisa responde a este concepto (Foucault 1977, 14).

En el contexto ecuatoriano se ha experimentado mucha inequidad social catalogando a las personas según su status socioeconómico, esto se relaciona de manera negativa como indicadores de padecer algún sufrimiento mental, según Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges:

La práctica de la medicina siempre ha estado relacionada con las condiciones sociales y económicas de grupos específicos de personas, pero estas relaciones sólo rara vez fueron objeto de discusión teórica. Sólo hasta la época moderna aparece una clara conciencia de los estrechos lazos que existen entre las condiciones sociales y los problemas médicos (Ortiz-Hernández, López-Moreno, y Borges 2007, 1256).

Los principales soportes, apoyos o redes sociales de las personas vulneradas son los vínculos familiares, son las personas que están cerca a los usuarios de los diferentes

servicios de salud porque son ellos quienes les brindarán el apoyo necesario para su recuperación y rehabilitación, los diferentes dispositivos comunitarios implementados también tienen una participación fundamental porque son las herramientas bases que ayudan en su proceso y por último los profesionales de la salud en diferente rama porque son quienes guían dicho proceso desde el conocimiento científico y les ayuda a monitorear la recuperación óptima de las personas que padezcan algún sufrimiento mental grave.

Por ello, es necesario realizar un recorrido histórico viendo diferentes aristas en el campo de la salud mental y como ha sido su evolución luchando contra la hegemonía de la salud en general con sus prácticas clásicas, de esta manera podemos tomar en cuenta la Antipsiquiatría como un movimiento social impulsado por usuarios de los diferentes servicios para su recuperación y rehabilitación óptima del sufrimiento mental el cuál ha sido marcado por los estereotipos de una sociedad estigmatizadora, este movimiento contrahegemónico ha sido impulsador de diferentes lineamientos, rutas y protocolos así como una de las herramientas más poderosas para buscar una salud mental comunitaria y la que usaron diferentes países para la elaboración de sus leyes de salud mental, así como establecer políticas públicas determinadas socialmente, dicho de esa manera, Cea-Madrid y Castillo-Parada, referente a la antipsiquiatría, nos menciona:

Es un término contrahegemónico que tiene una postura adversa a la Psiquiatría Clásica en todo su desarrollo histórico desde los años 60, no se denomina de una manera negativa a pesar del prefijo *anti*, sino en su posición definitoria que ha ido posibilitándose y legitimándose en la realidad social, no solo como denuncia y oposición, sino también como un espacio de creación, construcción y liberación teniendo lugar a alternativas de tratamiento y resistencia ante los tratamientos hegemónicos (Cea-Madrid y Castillo-Parada 2016, 171).

Los proyectos de ley siempre deben seguir una línea específica y este proyecto de ley sobre salud mental no debe ser la excepción, ya que, después de analizar diferentes aspectos dentro del campo de la salud mental, nos damos cuenta que existen muchos vacíos, es por ello que se pretende analizar desde el campo de la salud colectiva entendiendo que hay que abordar el objeto “salud-enfermedad-cuidado” teniendo una transformación social desde una paradigma epistemológico que abarca todo los modelos propuestos desde una perspectiva de la epidemiología crítica y todas las categorías que esto implica (Nunes 2014, 60), es por ello es que, debemos tener en claro lo que implicaría realizar dicho análisis desde la perspectiva de salud colectiva, Cerda conceptualizó de una manera clara esta categoría teórica diciendo que:

Para hablar de salud colectiva, tenemos que referirnos a la “medicina social”, como era conocida anteriormente, tal denominación, en palabras de Jaime Breilh, no es adecuada, ya que, los objetos y sujetos de transformación se reducen a los de la medicina, de la misma manera, es un movimiento formado por sujetos sociales y académicos surgidos como reacción a la miopía y distorsiones del modelo biomédico comercial, y de la salud pública funcionalista, convertida esta última en dócil instrumento del poder, es de esta manera que, surge el nombre de Salud Colectiva donde abarca un movimiento en dos líneas interrelacionadas, que mantienen sin embargo, una autonomía relativa: la lucha ciudadana por la defensa y promoción de vida y la salud (Cerdà 2009, 47)

Por otro lado, años antes, Jairnilson Silva Paim y Naomar Almeida Filho (1999, 21) mencionaron que, la salud colectiva se le puede entender como campo científico donde se producen saberes y conocimientos que engloban el objeto salud, es construido en el límite de lo biológico y social realizando investigaciones alrededor de la producción social de las enfermedades.

Por eso es indispensable siguiendo con esta misma línea teórica hablar sobre la Epidemiología Crítica que es una construcción innovadora del espacio de la salud urbana, retomando los aportes de la salud crítica del espacio y la geografía, entrelazando estos avances con los de la epidemiología clásica desde una perspectiva de la determinación social de la salud (Breilh 2010a, 83). De la misma manera, trabaja en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad, realizando investigaciones interculturales, interdisciplinaria y basada en las comunidades, teniendo una participación activa en toda la reproducción social de los factores de cambio, alimentando un proceso de reforma crítica donde su eje conductor es la defensa de los derechos con el apoyo de la ciencia epidemiológica. Por lo tanto, expresa una vocación para combatir a la civilización actual y de esta manera construir salud desde agentes emancipadores de cambio en la sociedad (Breilh 2013, 23).

Y hablando de la epidemiología crítica es fundamental poder realizar una conceptualización y un análisis desde una de las tres categorías de los ejes teóricos que es la “determinación social de la salud” donde, realizan una ruptura con el paradigma dominante de la salud pública. En términos generales busca rescatar la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social, sus ideas innovadoras revolucionarias que se enfrentan a los aspectos normales, haciendo una aproximación socio-política a los modelos de la determinación comunitaria de la ciencia, de igual manera, analiza, orienta y organiza a la teoría sistemáticamente para realizar práctica científica, capacidades creadoras e inventivas del sujeto social como agente transformador de cambio analizado y sistematizando desde las propuestas teóricas de Kuhn y Bourdieu (Breilh 2013, 13).

En definitiva, es una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad, es por ello que, analizar desde este campo la ley orgánica de salud mental, nos ayudará a establecer lineamientos que nos sirvan para saber hasta qué punto la ley orgánica sigue la perspectiva de salud colectiva.

Es necesario analizar hasta qué punto se pretende llegar con este proyecto de ley y cuáles son los aspectos relevantes que servirán como punto de partida a nuevas legislaciones dentro de este campo de estudio. Analizar críticamente lo ya propuesto en la ley, nos ayudará a analizar los procesos que deberán tomarse en cuenta para ser establecido dentro del paradigma de la salud colectiva y porque es necesario tener una ley con estos fundamentos descritos anteriormente.

Uno de los puntos culminantes en todo proceso de salud mental es la desinstitucionalización, siendo que es un proceso que requiere la transformación de la persona en la institución para sacarle del hospital y llevarle a la comunidad, es decir, “trata sobre la reproducción social del paciente y su invención en el ámbito de la salud, ya no, netamente, sobre el proceso de curación” (Roteili, De Leonardis, y Mauri 1987, 172), en otras palabras, es un desmantelamiento del manicomio, transformar los modos de vivir y sentir el sufrimiento del paciente, es sobre todo un trabajo terapéutico multidisciplinar.

Este capítulo, por tanto, no solo busca identificar los vacíos normativos y las contradicciones entre el texto legal y la realidad concreta, sino también aportar elementos críticos para la construcción de políticas públicas en salud mental que reconozcan la importancia de los mismos, su heterogeneidad de los territorios, la potencia transformadora de la participación popular y como el proceso histórico de la salud mental desde sus inicios ha ido construyendo un amplio campo de estudio. A continuación, analizaremos desde las tres dimensiones, todos los procesos críticos identificados, que ayuden a reestructurar la Ley Orgánica de Salud Mental, se de pautas para que tenga una perspectiva de Salud Colectiva y abarca categorías desde la Epidemiología Crítica dejando atrás los modelos tradicionales asistencialistas e infantilizados.

11. Dimensión general/Contexto histórico

En esta dimensión podemos darnos cuenta los procesos ampliados de la salud mental, procesos generales que continúan el análisis, estos son los modelos neoliberales económicos, la mercantilización de la salud, la fragmentación del sistema sanitario, tener una débil intersectorialidad, la escasa de profesionales capacitados y la ineficiente asignación de presupuesto en el campo de la salud mental. Se evidencia cómo estas

condiciones configuran un escenario de privatización institucional que limita la implementación efectiva de los principios proclamados por la ley, como la atención integral, la interculturalidad, la participación comunitaria y el enfoque de derechos humanos.

12. Modelos económicos neoliberales

La Ley Orgánica representa un avance formal en el reconocimiento de la salud mental como un derecho de las personas que necesitan asistencia. No obstante, está fundamentada en un contexto jurídico que incluye una estructura económica de naturaleza neoliberal, este modelo nos restringe oportunidades para implementar un proceso de derechos completos hacia los individuos que acuden a estos dispositivos de salud mental. En resumen, hay una constante tensión entre el discurso jurídico progresista y las lógicas estructurales de acumulación, marginación y comercialización del modelo neoliberal en vigor en la nación.

Desde el enfoque de la Salud Colectiva que propone Breilh (2013c), la salud mental no se puede considerar como un fenómeno independiente, clínico o meramente objetivo, sino que necesita la subjetividad de los procesos sociales, económicos, culturales y territoriales que se encuentran en el marco del desarrollo que impacta en la salud mental. En este contexto, el neoliberalismo no solo establece los estilos de vida que perjudican la salud mental, sino que configura todo el sistema relacionado con la salud mental, incluso para aquellos que buscan ser alternativas.

Uno de los aspectos más notables del neoliberalismo económico en la Ley Orgánica es la escasez de fondos públicos destinados al área de la salud mental, lo que reitera la histórica negligencia estatal en este sector. La legislación dispone el acceso universal, justo y sin costo a servicios de salud mental, sin embargo, no asegura sistemas financieros sustentables ni políticas de redistribución que apoyen esta promesa jurídica.

Por último, el debilitamiento gradual del sistema de salud público ha propiciado el crecimiento del mercado privado de servicios de psicología y psiquiatría, en el que el acceso se basa en la capacidad económica y no en las demandas sociales. Así, se percibe un proceso de comercialización de la salud mental, donde el dolor se transforma en una categoría de mercado, y las respuestas se subordinan a la lógica del consumo personalizado (Henaó et al. 2016).

13. Dimensión particular/modos de vida

En esta dimensión, nuestro estudio se centra en las políticas del sector, los mecanismos institucionales y la administración del sistema de salud mental, destacando las tensiones entre el discurso regulador de la ley y su implementación a nivel local. Se detectan falencias en la capacitación de los recursos humanos, en los sistemas de coordinación entre sectores, y en la incorporación de prácticas comunitarias y conocimientos ancestrales en los programas de cuidado, lo que replica lógicas asistencialistas y medicalizadas.

14. Medicalización del sufrimiento

El proceso de medicalización del sufrimiento es un fenómeno actual que convierte vivencias existenciales, sociales y políticas en organismos clínicos. En el marco del paradigma biomédico, cada vez más se interpretan el dolor emocional, la angustia o el malestar mental como "trastornos mentales" que necesitan una intervención médica, a menudo con medicamentos, ignorando las raíces estructurales del dolor. Desde el punto de vista de la salud colectiva, esta tendencia es criticada por su disminución individualizante y despolitización del dolor social.

La medicalización se refiere al proceso en el que elementos de la vida diaria y vivencias humanas se interpretan y manejan como problemas de salud. Para el sufrimiento, lo que anteriormente se percibía como una respuesta entendible ante circunstancias de pérdida, pobreza, exclusión o violencia, hoy se clasifica como una enfermedad que necesita tratamiento clínico, en particular medicación.

Illich (1976) lo llamó "iatrogenia cultural", aludiendo a la extracción del conocimiento acerca del cuerpo y el dolor a partir del conocimiento médico institucional. La salud colectiva critica la visión fragmentada del sufrimiento y propone una comprensión del malestar como expresión de: desigualdades estructurales, rupturas de los lazos sociales, pérdida de referentes comunitarios y, crisis ecológicas, laborales y culturales.

Breilh (2013a) afirma que el sufrimiento subjetivo debe entenderse como parte de un "proceso de desgaste psíquico" generado por la injusticia social, el despojo y la precarización de la vida. Desde esta perspectiva, las respuestas al sufrimiento deben ser integrales, políticas y comunitarias: redes de cuidado, fortalecimiento del tejido social, participación popular, educación crítica y acompañamiento no medicalizante.

15. Dimensión singular/Estilos de vida

En esta dimensión se busca visibilizar los efectos concretos de estos procesos en la vida cotidiana de las personas usuarias de los servicios de salud mental, donde se pone en evidencia cómo las experiencias de sufrimiento psíquico están marcadas por procesos de exclusión, estigmatización, violencia estructural y ausencia de redes de apoyo sostenibles. Esta dimensión permite rescatar las voces y trayectorias de los sujetos, y cuestionar las limitaciones del modelo biomédico hegemónico que aún predomina en los dispositivos de atención.

16. Autonomía del tratamiento

La independencia en el tratamiento es un precepto moral y jurídico que reconoce el derecho de cada individuo a tomar decisiones sobre su cuerpo, su bienestar y su proceso de terapia. En el campo de la salud mental, históricamente este principio ha sido infringido por prácticas de psiquiatría coercitivas, internaciones no voluntarias y terapias obligadas. La Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador busca incluir un enfoque respetuoso hacia los derechos humanos, sin embargo, al analizarla de manera crítica, emergen tensiones, lagunas regulatorias y contradicciones en la salvaguarda eficaz de la autonomía de los individuos que la utilizan.

En diversas situaciones institucionales, la resistencia del paciente a aceptar un diagnóstico o tratamiento se percibe como un signo de la propia enfermedad, invalidando su capacidad de elección. Esto genera un paralelismo como nos menciona la siguiente profesional entrevistada:

No se puede considerar autonomía solo si coincide con el juicio médico, eso no es una auténtica autonomía. (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024)

Esta perspectiva muestra un paternalismo clínico que restringe el ejercicio integral de la ciudadanía en salud mental. Desde el punto de vista de la salud colectiva, se sugiere una interpretación política del individuo, no únicamente clínica: el paciente es igualmente un participante social, con el derecho a discrepar, interrogar y tomar decisiones.

La salud colectiva sostiene que la autonomía no puede limitarse al otorgamiento de un consentimiento, sino que necesita condiciones estructurales: acceso auténtico a información entendible, intercultural y con contexto, involucrarse en ámbitos comunitarios de toma de decisiones en materia de salud, asistencia con equipos de

diversas disciplinas, no jerárquicas, redes de respaldo psicosocial que reemplacen el razonamiento institucional, sistemas jurídicos eficientes para reportar abusos o coerción.

Como indica Breilh (2013a) no es cuestión de asegurar autonomía desde un alto, sino de generar condiciones para el uso consciente de la libertad en el ámbito sanitario, lo que conlleva la alteración de las estructuras de poder en el ámbito médico y social.

La puesta en marcha de la Ley Orgánica de Salud Mental en 2024 constituye un logro legislativo significativo en Ecuador, al instaurar un marco jurídico que reconoce la salud mental como un derecho humano, con fundamentos de atención comunitaria, intersectorialidad y enfoque de derechos. No obstante, su estudio desde un enfoque de salud colectiva muestra tensiones, incertidumbres y retos que van más allá de lo legal, desafiando las circunstancias estructurales y culturales en las que funciona el sistema de salud mental en el país.

La salud colectiva, como área de reflexión y acción crítica en Latinoamérica, posibilita modificar la perspectiva biomédica, incluir factores sociales, reconocer diversos conocimientos y situar a las personas como individuos históricos. Bajo este enfoque, examinaremos el contenido, el alcance y las restricciones de la Ley Orgánica en la situación actual de Ecuador.

17. Concepciones de la salud mental

A continuación, se presenta el resultado del trabajo analítico de las entrevistas a expertos que nos permite identificar algunas concepciones relacionadas con la salud colectiva y la psiquiatría clásica.

La Salud Colectiva y la Psiquiatría Clásica se posicionó como categoría fundamental. En efecto, las entrevistas nos revelaron sobre los tratamientos psiquiátricos convencionales que se experimentan en pacientes en los hospitales, como nos mencionan en la primera entrevista que “la psiquiatría no estaba logrando efectos en el manicomio y que el electroshock no era la solución para los problemas y que además se seguían produciendo casos porque sigue generándose desde la sociedad esos casos al hospital (...)” (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024). Por la misma línea nos enmarca la segunda entrevista “(...) demonizaron a la situación de diversidades en la salud psicosocial, hasta a otros que torturaron a las personas que tenían condiciones de diversidad psicosocial con prácticas como la lobotomía, como en la trepanación, como la manicomialización y los más nuevos, el electroshock y la psicofarmacología que abunda ahora y es como la escuela central (...)” (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024), si

nosotros hacemos una síntesis de este proceso, concluiremos que todos los tratamientos a lo largo de la historia han sido deshumanizantes.

Como segunda categoría identificada en las entrevistas es el de la Salud Psicosocial porque se puede identificar el proceso histórico de la salud mental desde tres dimensiones específicas mencionado en la segunda entrevista realizada donde “esa perspectiva han ido posicionando una escuela crítica que nace de un paradigma crítico y que propone a la salud ya no mental, sino psicosocial, como el resultado de un proceso histórico, social y ecológico como un producto social territorial, resultado de unas relaciones de poder de disputa (...)” (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024), así como en la primera entrevista nos ayuda a identificar los componentes de la salud mental (...) una relación dialéctica entre el componente social, cultural, ecológico y el componente biológico de la salud mental (...) (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024).

Continuando con la tercera categoría acerca de la salud mental como tal, debemos tener en cuenta que siempre ha sido elitista donde nos mencionan en la segunda entrevista que (...) Todavía es un privilegio de clase (...) (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024), pero que se ha querido reivindicar, así como en la misma entrevista nos menciona que (...) Todavía no se ha logrado reivindicar a la salud mental o la salud psicosocial como un derecho popular y colectivo, universal y gratuito. (Doctora en Psicología, Quito, 2025), teniendo una salud mental fragmentada, es por este motivo que la salud mental ha tenido un reconocimiento tardío en el campo de la salud, es así que nos comentan que (...) la salud mental estuvo considerada como una pseudociencia, más bien estuvo destinada a las facultades de filosofía, luego pasaron a la Facultad de Educación, luego construyeron una propia facultad de Psicología y recién hace poco ha sido reconocida dentro del campo de la salud (...) (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024), es por ese motivo que aún sigue habiendo estigmas dentro de la sociedad y discriminación por diferentes motivos y eso nos explica la primera entrevista en donde (...) clases sociales, porque no es lo mismo la depresión en una clase que en otra, y hay también condiciones de género, relaciones de género, no es lo mismo ser, digamos, gay que no serlo, en una sociedad homofóbica, no es lo mismo la salud mental de una persona heterosexual que una persona, que sea, digamos, gay, y hay el tema étnico, el tema étnico racial, porque también hay elementos, entonces, las condiciones de estas clases sociales, estos géneros, estos grupos, estos elementos étnicos, no son separados, porque toda persona que tiene un determinado género, también pertenece a una clase social, y también tiene una cierta característica etnoracial. (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024).

La Salud Colectiva como tal también entra de lleno en nuestro proceso de investigación ya que dicho paradigma va a estar englobando nuestro análisis crítico es por ese motivo que se lo define en la primera entrevista como “La salud colectiva es lo que la sociedad en su conjunto lucha por hacer y que tiene manifestaciones diversas, la lucha, las luchas que se hacen en la sociedad, pero por fuera del aparato institucional (...)” (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024) teniendo su nacimiento “(...) en un poquito antes de los setentas (...) todos estos han dialogado, han tejido un corpus teórico muy sólido, una propuesta metodológica importante (...)” (Doctora en Psicología, Quito, 2025), además de que tiene su origen como nos indica en la segunda entrevista “(...) la salud colectiva es una disciplina en epidemiología crítica o una disciplina que tiene sus orígenes en la teoría marxista, pero reconoce la producción social de la enfermedad social e histórica de la enfermedad” (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024).

Uno de los aspectos importantes dentro de nuestro estudio es identificar la opinión de los profesionales sobre el concepto y enfoque de los “determinantes sociales de la salud. La primera entrevista señala que dicho abordaje es una mala copia del pensamiento latinoamericano, que los europeos intentaron cuarenta años más tarde, “algo nos copiaron, ...ciertas categorías que usamos nosotros en América Latina, pero las leyeron desde su formación, positivista, entonces resultó esta noción de determinantes (...)” (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024). Siguiendo la misma lógica la segunda entrevista menciona lo siguiente los determinantes hay históricos, planos, estáticos, no tiene estructura, ni organización, ni movilidad dialéctica (...) (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024), por otro lado la determinación es reconocida como un movimiento complejo, histórico, dialéctico, que tiene unos órdenes sociales y ecológicos que están, además es relacionados entre sí bajo una suerte de moviidades que se reconocen en estas lógicas que mencionaba de subsunción de autonomía relativa, exposición, imposición y, producción y reproducción. (Psicólogo Comunitario, Quito, 2025) y tal cual nos menciona la primera entrevista como que hay que ligarles a los problemas a la determinación social o nos perdemos en los determinantes., es más, una fórmula burocrática es tener ciertos factores sobre los que yo pueda actuar para que yo pueda reportar cambios estadísticos, pero que no corrigen el fondo de las cosas (...) (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024).

Por último debemos tener bien en claro que este proyecto de ley es en el plano legislativo una ley como tal que va a ser regida por la constitución y esto es en el plano político, va a tener una comprensión total del plano de la salud mental así como en la

segunda entrevista nos explica que (...) es necesario disputar la comprensión de la salud mental como un derecho popular, colectivo que tiene que ser universal, gratuito, público (...) (Doctora en Salud Colectiva, Quito, 2024) y transformar mallas curriculares antiguas como nos mencionan en la primera entrevista que es una vieja docencia es la vieja universidad, es la universidad ensimismada que cree que es la dueña del saber y que el saber se genera en la universidad solamente y que es la universidad la que tiene que devolver saber, esto es romper los muros y decir universidad es todo. (médico especialista en Salud colectiva, Quito, 2024), esto hay que actualizar y cambiar de chip para no caer con el proyecto de ley de una rueda que solo maquille los procesos que se van a continuar dando dentro del ámbito hospitalario.

18. Crítica al modelo biomédico subyacente

Pese al lenguaje progresista de la Ley Orgánica de Salud Mental, se mantiene un predominio del modelo biomédico en su estructura normativa. El análisis semántico del articulado evidencia un uso reiterado de términos como “diagnóstico clínico”, “patología” y “intervención especializada”, mientras que conceptos como “sufrimiento psíquico”, “determinantes sociales” o “autonomía comunitaria” están ausentes.

Esto refleja una tensión con el paradigma de la salud colectiva, que propone superar la medicalización del sufrimiento humano y visibilizar las causas estructurales de la crisis subjetiva, tales como la pobreza, el desempleo, la violencia o el racismo institucional (Breilh 2013).

Por otro lado, la Ley Orgánica (2024) establece la creación de servicios comunitarios de atención integral Art. 14), pero no establece un cronograma de desinstitucionalización progresiva, ni mecanismos para reconvertir los hospitales psiquiátricos. La experiencia latinoamericana (como Brasil con su Ley 10.216/2001) muestra que, sin una política clara de sustitución, las estructuras asilares tienden a reproducirse incluso dentro del modelo comunitario (Cea-Madrid y Castillo-Parada 2016).

Además, la ley no menciona el rol de las organizaciones sociales, colectivos de usuarios, promotores comunitarios o terapeutas alternativos. Esto contradice el principio de intersectorialidad y reproduce una verticalidad profesional que la salud colectiva busca superar.

19. Proceso histórico social de la salud mental

Existe un estimado en los datos actuales que hace referencia a que 970 millones de personas padecen una enfermedad mental, esto quiere decir que, una de cada ocho personas sufre algún trastorno mental, por lo tanto, es indispensable contar con una normativa específica que regule la salud mental en el Ecuador (Camacas Castillo 2023, 2), estos datos alarmantes y afirmaciones preocupantes es el discurso que se viene gestando desde hace algunas décadas atrás hasta la actualidad.

Tengamos en claro que Ecuador tanto como Uruguay y Argentina no postulan ni objetivo general ni específico en el ámbito de políticas públicas en salud mental, así como tampoco describen el recurso humano, material y económico necesario para llevar a cabo las acciones en salud mental, en las políticas públicas vigentes en el ámbito de salud mental en el Ecuador se evidencian principios de integralidad y equidad, así como también la participación y el respeto por los derechos humanos, es por ello que en la política de salud mental pese a velar por la integralidad de los usuarios de los diferentes servicios, en la práctica no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios de salud en relación con los derechos humanos (Henao et al. 2016, 190),. Dicho de otro modo, nos mencionan que:

La problemática planteada por la política de salud mental ecuatoriana acoge aspectos de financiamiento de los servicios de salud mental porque la mayoría de recursos dispuestos se orientan al intervencionismo, es decir, a los hospitales psiquiátricos (Henao et al. 2016, 190).

El ministerio de salud pública está a cargo de los servicios en salud mental pero no están organizadas de manera regionalizada, ordenada de manera equitativa de acuerdo a las necesidades identificadas en la población ecuatoriana, por ello, Ecuador cuenta con un “Plan estratégico Nacional de Salud Mental 2015 – 2017” ofreciendo lineamientos claros sobre el trabajo en salud mental, fortaleciendo el primer nivel de atención así como la atención ambulatoria, de igual manera aborda la necesidad de seguir preparando profesionales de la salud mental para fortalecer la investigación en este campo (Ministerio de Salud Pública 2014).

Desde el año 2012 se viene gestando la realización de una política nacional de salud mental 2014 – 2024 en el ministerio de salud pública que identifica necesidades de inversión por parte del estado en la salud mental de la población, desarrollando beneficios en la reducción de la discapacidad y de las muertes prematuras, como ya lo hemos estado mencionando, Ecuador era uno de los pocos países en América Latina que no tenía una

política en salud mental, es por ello que, la incorporación de la salud mental comunitaria en el desarrollo de los planes locales organiza de mejor manera los servicios de salud, es necesario incorporar a la salud mental como una estrategia prioritaria en la atención primaria de salud, así mejoraría el acceso de la población a los servicios, facilitaría la promoción de la salud en general, reduciría el estigma y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno siendo asequible y eficaz en los costos para el estado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 8–9), por lo dicho anteriormente, es urgente y prioritario la implementación de una política pública de salud mental en el Ecuador y que la presente ley orgánica establezca todas las funciones para dar una atención de calidad y calidez dentro de todos los servicios que ofrece la política implementada en salud mental implementando planes y programas hacia la promoción y prevención de la salud mental en el Ecuador.

Es importante saber que, para mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano de la sociedad es necesario implementar políticas públicas de salud mental que regulen el sistema sanitario en instituciones tanto públicas como privadas definiendo metas a alcanzar y estableciendo prioridades entre diversos sectores y niveles involucrados estableciendo funciones de los mismos (Henao et al. 2016, 185).

Esto es de suma importancia para entender porque es necesario una legislación en salud mental ya que durante mucho tiempo ha sido precarizada y banalizada en diferentes aspectos, es necesario tener una postura crítica frente a lo que se ha hecho y lo que falta por hacer, es necesario tener en cuenta la perspectiva de salud colectiva y como su influencia beneficiaría a la sociedad en general, las categorías de la epidemiología crítica, vista anteriormente, entra para dar puntos de partido alrededor del proyecto de ley presentado en la asamblea y si este proyecto de ley saldría de la hegemonía biomédica para constituirse dentro los dominios de la salud colectiva con todos sus procesos.

Las políticas públicas en los programas de un gobierno o en un país, son indispensables porque se desarrollan en función de un problema o situación determinada que, ayude a la búsqueda de soluciones viables para implantar dentro de un sector específico, estas acciones que ponen en marcha las políticas públicas de un gobierno busca dar respuestas a las demandas de una sociedad en particular, en donde se entienden como un recurso estratégico para aliviar los problemas de una sociedad (Ruiz y Cárdenas, s. f.). El planteamiento de programas para realizar las políticas públicas en un gobierno está relacionado con el acceso de las personas a bienes y servicios, son reglas y acciones

con el objetivo de resolver y dar acciones oportunas y veraces a las necesidades e intereses de una población o en definitiva de una nación.

Como ya hemos visto en el párrafo anterior sobre lo necesario que son las políticas públicas para el beneficio de la sociedad porque de esta manera se realizarían lineamientos específicos para controlar y dar un mejor servicio a la comunidad ya establecido como un plan de gobierno mejorando sus estrategias de prevención y promoción para establecer procesos eficaces en la consecución del proyecto, es por ello que resulta demasiado relevante contemplar una política pública en materia de salud mental.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo de las leyes orgánicas de algunos países de América Latina, para entender de mejor manera la interpretación que se realiza alrededor de la política pública en salud mental, analizando diferentes aspectos para darle una mejor lectura.

Tabla 17
Cuadro Comparativo Analítico de las leyes orgánicas de salud mental de algunos países de América Latina

Criterio	Brasil	Argentina	Colombia	Perú	Chile	Ecuador
Año de Publicación	06 de abril de 2001	25 de nov. de 2010	21 de enero de 2013	22 de mayo de 2019	23 de abril de 2021	05 de enero de 2024
Marco basado en Derechos Humanos	Mantiene una reforma psiquiátrica que se basa en los derechos humanos.	Es explícito y fuerte en el enfoque de derechos humanos.	Hace énfasis en un enfoque diferencial y de derechos humanos.	Si, con mención explícita en derechos	La ley responde a derechos humanos, pero aún sigue en implementación.	Reconoce los derechos humanos con ambigüedades, su implementación es parcial.
Desmanicomialización	Si implementa con servicios sustitutivos como solo los CAPS, residencias, etc.	Si, progresiva, orientada a cierres de hospitales psiquiátricos.	Parcial, avanza hacia servicios comunitarios.	Parcial, los manicomios siguen siendo claves en la dinámica de salud mental.	Parcial, aún mantiene hospitales psiquiátricos en total funcionamiento.	Declarativa, no tiene lineamientos claros ni específicos.
Servicios Comunitarios	Si, la política nacional en salud mental promueve los servicios comunitarios.	Si, son el eje del sistema en salud mental.	Si, demanda la creación de las redes integradas de servicios (RIAS).	Si, en planes y normativa técnica.	Sí, pero aún con poca cobertura.	Se menciona, lo que hace ruido es que, no mantiene un financiamiento clave ni obligatoriedad.
Participación Social	Si, participación en consejos locales.	Si, obliga la participación de usuarios y organizaciones sociales.	Si, con participación de usuarios, familiares y cuidadores.	Reconocida, pero aún falta por desarrollar a su máxima expresión.	Sí, pero aún en una fase inicial.	Limitada, no vinculante.
Interdisciplinariedad	Si, amplía experiencia en el trabajo con equipos comunitarios.	Si, hace énfasis el proceso colaborativo con equipos interdisciplinarios.	Si, promueve equipos integrales en salud.	Si, aunque se mantiene aún centrada en lo clínico.	Si, aunque no siempre se garantiza en la práctica.	Sigue aun priorizando lo médico biológico.

Internación Involuntaria	Se permite con revisión y teniendo criterios claros.	Se permite solo en casos extremos y con control judicial.	Permitida con regulación, pero cuestionada.	Permitida, con algunos controles específicos.	Permitida con garantías legales mínimas.	Permitida con un control judicial, aunque sigue siendo poco regulada.
Financiamiento Específico	Si, tiene programas federales específicos.	No explícito, pero debe garantizarse.	Parcial, con inversiones progresivas desde el 2018.	Parcial, con compromisos recientes.	No se tiene una idea clara de implementación.	No, depende del presupuesto general que es destinado para la salud.
Educación y Prevención	Es una parte esencial de la ley.	Obligatoria en todos los niveles educativos.	Si, como parte de la política pública.	Reconocida en normativas técnicas.	Reconocida pero poco desarrollada.	Se menciona de manera superficial.
Pueblos indígenas e interculturalidad	Si, en algunas regiones como en el Amazonas.	Si, con enfoque intercultural.	Si, con enfoque diferencial por etnia, género y territorio.	Su mención no es específica, pero si general.	Demasiado limitado.	No tiene un enfoque intercultural, hace una mención general.

Fuente y elaboración propia.

Desde la Determinación Social de la Salud, la comparación regional evidencia que las leyes de salud mental más avanzadas de América Latina —particularmente las de Brasil y Argentina— conciben la salud mental como un proceso social históricamente determinado y no como un fenómeno individual o exclusivamente clínico. Esta perspectiva se expresa en el reconocimiento explícito de los derechos humanos, la desmanicomialización efectiva y el fortalecimiento de servicios comunitarios con base territorial, elementos coherentes con la epidemiología crítica y la salud colectiva (Breilh 2013; Amarante 2015). En contraste, aunque la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador incorpora el enfoque de derechos en su articulado inicial, este reconocimiento se mantiene en un nivel general, sin desarrollar mecanismos estructurales que permitan incidir sobre las condiciones sociales que producen el sufrimiento psíquico, como la desigualdad, la exclusión y la precarización de la vida.

En relación con la desmanicomialización y los servicios comunitarios, la Determinación Social de la Salud permite identificar una brecha significativa entre el discurso normativo y la capacidad real de transformación del modelo de atención. Mientras que en Argentina y Brasil la ley establece lineamientos claros para el cierre progresivo de hospitales psiquiátricos y la creación de dispositivos sustitutivos comunitarios, en el Ecuador estos principios aparecen de forma declarativa y sin obligatoriedad operativa. Los artículos de la ley ecuatoriana que mencionan la atención comunitaria y la red de servicios no garantizan financiamiento específico ni definen responsabilidades institucionales claras, lo que reproduce una lógica biomédica y hospitalocéntrica similar a la observada en otros países de la región con reformas incompletas, como Perú y Chile (Laurell 2016).

Desde la determinación social, la participación social y la interdisciplinariedad constituyen dimensiones centrales para democratizar la producción de políticas públicas en salud mental. En este sentido, la experiencia argentina destaca por establecer la participación vinculante de usuarios y organizaciones sociales, mientras que en Colombia y Chile estos mecanismos se mantienen en fases consultivas. En el caso ecuatoriano, si bien la ley reconoce la participación social, los artículos correspondientes no garantizan su carácter decisorio ni su inserción efectiva en la planificación, evaluación y control de las políticas de salud mental. Esta limitación reproduce relaciones verticales de poder entre el Estado, los saberes expertos y la población, restringiendo la posibilidad de abordar el sufrimiento psíquico como una expresión de procesos sociales colectivos (Menéndez 2009).

Finalmente, la ausencia de un enfoque intercultural robusto y de políticas de educación y prevención estructuradas en la ley ecuatoriana revela una comprensión limitada de la salud mental desde la Determinación Social de la Salud. A diferencia de Colombia y Argentina, donde el enfoque diferencial por etnia, territorio y género forma parte del cuerpo normativo, en el Ecuador la interculturalidad aparece como una mención general sin desarrollo operativo. Esta omisión resulta especialmente crítica en un país plurinacional y diverso, donde las determinaciones sociales del sufrimiento mental están profundamente atravesadas por el racismo estructural, la desigualdad territorial y la exclusión histórica de pueblos y nacionalidades indígenas (Acosta 2012; Breilh 2013). En este marco, la Ley Orgánica de Salud Mental corre el riesgo de consolidarse como una normativa formalmente garantista, pero débil en su capacidad para transformar las condiciones estructurales que producen y reproducen el malestar psíquico en la sociedad ecuatoriana.

20. Lucha Contra hegemónica de la Salud Mental. Medicalizar la vida.

Es necesario saber cómo la salud mental ha ido evolucionando durante la historia, esto es primordial al referirnos al libro *el mito de la enfermedad mental* escrito por Tomas Szasz, quien nos hace un recuento de cómo durante toda la historia han sido medicalizadas las personas, es decir, apartadas de sus lugares habituales y encerradas en hospicios discriminadas y maltratadas por supuestamente tener una enfermedad contagiosa que puede transmitir e infectar a las demás personas, tanto era esto que, comenzaron a medicalizar la vida convirtiendo un conflicto personal o social en un problema médico que necesita ser abordado por los profesionales de la salud.

La historia de la salud mental está profundamente marcada por procesos de medicalización, en los que experiencias humanas complejas, como el sufrimiento emocional, los conflictos familiares o los dilemas sociales, fueron transformados en “enfermedades” susceptibles de intervención médica o psiquiátrica. Thomas Szasz (1961), en *The Myth of Mental Illness*, denuncia que la psiquiatría tradicional ha actuado como un instrumento de control social: lo que se ha definido como enfermedad mental no siempre responde a patologías biológicas, sino que muchas veces refleja problemas de vivir que la sociedad decide etiquetar y tratar clínicamente. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, este enfoque es limitado porque invisibiliza los factores estructurales, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación, que producen malestar psíquico y afecta la autonomía de las personas.

Cada vez más aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades, nos expropia la salud y nos incapacita como individuos, son efectos nocivos de las intervenciones médicas, es decir, que la historia que conlleva a la Psiquiatría como tal no es una batalla para combatir la enfermedad mental sino más bien es la derrota de la libertad sobre el control que ejercen sobre estas poblaciones (Salaverry 2012, 147).

Históricamente, la medicalización se manifestó en la segregación institucional: las personas eran retiradas de sus entornos familiares y comunitarios y encerradas en hospicios o manicomios, bajo la premisa de que eran peligrosas o “contagiosas” socialmente. Este proceso, además de estigmatizante, legitimaba la exclusión y perpetuaba relaciones de poder desiguales. La psiquiatría, entonces, no solo atendía supuestos síntomas individuales, sino que reforzaba jerarquías sociales y políticas, contribuyendo a la normalización de conductas según estándares sociales específicos, lo que limita la comprensión de la salud mental como un fenómeno colectivo y determinado socialmente (Almeida Filho y Silva Paim 1999; J. Breilh 2007).

En la actualidad, la medicalización se ha sofisticado: se diagnostican y medicamentan aspectos de la vida cotidiana, como la ansiedad por precariedad laboral, conflictos escolares o estrés familiar, bajo el argumento de prevenir enfermedades mentales. Esta expansión del dominio médico sobre la vida personal y social puede generar dependencia del sistema sanitario, patologizar conflictos que podrían abordarse con apoyo comunitario y limitar la capacidad de los individuos y comunidades para desarrollar estrategias de autocuidado y resiliencia (Horwitz y Wakefield 2007). En términos de DSS, estas prácticas reproducen inequidades y desarticulan la atención de la salud mental de sus determinantes estructurales y comunitarios.

La medicalización de la vida cotidiana también refleja una colonización epistemológica, en la que los saberes biomédicos predominan sobre los conocimientos locales, ancestrales y comunitarios. Esto genera un sesgo cultural que desconoce formas de cuidado propias de distintas poblaciones, especialmente en contextos indígenas, rurales o marginados. La salud mental, bajo este paradigma, se reduce a la intervención individualizada y farmacológica, mientras se ignoran políticas sociales, educación emocional, empleo, vivienda y cohesión comunitaria, todos ellos determinantes sociales esenciales para la prevención y recuperación de los trastornos psíquicos (Patel et al. 2018; Organización Mundial de la Salud 2022).

Una estrategia clave para revertir estos efectos es incorporar un enfoque de Determinación Social de la Salud, que reconozca la relación entre sufrimiento psíquico y condiciones socioeconómicas, culturales y políticas. Esto implica fortalecer la participación comunitaria en la planificación de servicios, integrar saberes locales y tradicionales en los procesos de cuidado, y articular políticas intersectoriales que aborden desigualdades estructurales. La intervención en salud mental debe ir más allá del tratamiento de síntomas y buscar la transformación de las condiciones de vida que generan malestar, garantizando derechos, autonomía y justicia social (Marmot et al. 2013; J. Breilh 2018).

Finalmente, la lucha contra la hegemonía de la salud mental requiere cuestionar la centralidad de la institución médica como única autoridad, promoviendo modelos de atención comunitarios, inclusivos e interculturales. La recuperación y el bienestar psíquico no deben depender exclusivamente de la intervención clínica, sino que deben comprender la co-construcción de espacios de cuidado, redes de apoyo y políticas públicas que reduzcan inequidades y fortalezcan la autonomía de individuos y comunidades. Solo desde este enfoque crítico y socialmente situado es posible transformar la salud mental en un derecho y un bien colectivo, en lugar de un instrumento de control y exclusión (Almeida Filho y Silva Paim 1999; Salaverri 2012).

Conclusiones y recomendaciones desde la Determinación Social de la Salud

El análisis crítico de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, permite concluir que, si bien la normativa representa un avance formal al reconocer la salud mental como un derecho humano y al incorporar principios como la integralidad, la participación social y el enfoque comunitario, su estructura y orientación general continúan reproduciendo un modelo predominantemente clínico, reactivo e individualizante. Desde la Determinación Social de la Salud, esta limitación resulta central, ya que la ley no logra problematizar de manera suficiente las determinaciones estructurales del sufrimiento mental, tales como la pobreza, la desigualdad territorial, la precarización del trabajo, la violencia estructural, el racismo y la exclusión histórica de amplios sectores de la población (Breilh, 2010; Ortiz-Hernández et al., 2007). En este sentido, la normativa ecuatoriana se distancia de experiencias regionales más avanzadas (como las de Brasil y Argentina) donde la salud mental se articula de manera más clara con políticas sociales, territoriales y comunitarias.

Asimismo, se evidencia que la ley carece de indicadores sociales y comunitarios robustos que permitan medir el impacto real de las políticas y programas de salud mental más allá de la atención clínica. Variables clave, como la inserción laboral sostenida, el acceso a vivienda digna, la participación familiar y comunitaria en los procesos de recuperación, y la equidad territorial en la prestación de servicios, no están suficientemente integradas en los sistemas de seguimiento y evaluación. Esto limita la capacidad de la ley para generar resultados sostenibles y equitativos, perpetuando la desigualdad en la atención y restringiendo el ejercicio de derechos en poblaciones vulnerables (Bertolote, 2008; Nunes, 2014).

Los hallazgos provenientes de las entrevistas a profesionales de la salud mental, la salud colectiva y las políticas públicas refuerzan esta lectura crítica. De manera consistente, los actores entrevistados señalaron la existencia de una brecha profunda entre el marco legal y la realidad social e institucional, destacando la ausencia de un reglamento técnico-operativo, la falta de financiamiento específico y la debilidad de las redes comunitarias como principales obstáculos para la implementación efectiva de la ley. Desde la Determinación Social de la Salud, esta brecha no constituye un problema meramente administrativo, sino una expresión de la forma en que el Estado continúa

abordando la salud mental como un problema sectorial, desarticulado de las políticas de vivienda, empleo, educación, protección social y desarrollo territorial, lo que limita su impacto real sobre las condiciones de vida que producen el malestar psíquico.

La historia de la salud mental muestra que la medicalización y la estigmatización social han sido herramientas de control sobre poblaciones vulnerables, transformando conflictos personales y sociales en problemas médicos y, con ello, promoviendo la segregación institucional. La ley, si bien reconoce ciertos mecanismos de protección, no despliega estrategias suficientes para contrarrestar estas prácticas históricas ni para impulsar un modelo de atención centrado en la comunidad y en la rehabilitación social integral (Foucault, 1977; La Valle, 2014; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016). Esto se refleja en la falta de protocolos claros de desinstitucionalización, la escasa articulación intersectorial y la limitada participación activa de usuarios, familias y promotores comunitarios en los procesos de diseño y monitoreo de políticas públicas.

El análisis comparativo regional evidencia que aquellas leyes que avanzan hacia procesos efectivos de desmanicomialización, fortalecimiento de servicios comunitarios, participación social vinculante y financiamiento sostenido logran una mayor coherencia con los principios de la salud colectiva. En contraste, la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador mantiene una desmanicomialización de carácter principalmente declarativo, sin protocolos claros de cierre o reconversión de instituciones psiquiátricas ni estrategias de reintegración social sostenida. Asimismo, la persistencia de un enfoque punitivo y sancionador en la regulación institucional, sin un correlato preventivo, educativo y restaurativo, reproduce lógicas históricas de control social y medicalización del sufrimiento, ampliamente documentadas en la historia crítica de la psiquiatría y la salud mental.

Otro elemento crítico es la predominancia de medidas coercitivas y punitivas en los artículos que regulan sanciones, control institucional y faltas administrativas. Si bien las sanciones son necesarias para garantizar la responsabilidad profesional y administrativa, un enfoque exclusivamente punitivo corre el riesgo de reforzar la estigmatización de los usuarios y de ignorar los factores sociales, económicos y territoriales que condicionan el incumplimiento normativo. La evidencia internacional indica que la efectividad de la regulación en salud mental aumenta cuando las sanciones se combinan con medidas preventivas, educativas y restaurativas, acompañadas de recursos institucionales adecuados y participación comunitaria (Breilh, 2013; Patel et al., 2018; WHO/OPS).

En este contexto, la ley podría fortalecerse significativamente incorporando la perspectiva de la salud colectiva y la epidemiología crítica, que considera la interrelación de factores biológicos, sociales, económicos y culturales en la producción de la salud y la enfermedad. Esto implica transformar los enfoques tradicionales asistencialistas, integrando estrategias preventivas y estructurales, fortaleciendo la capacidad institucional, asegurando la equidad territorial, fomentando la participación popular y garantizando la continuidad de la atención en contextos comunitarios. La desinstitucionalización, entendida como un proceso de reintegración social y transformación de la experiencia del sufrimiento mental, se posiciona como un eje central para garantizar la recuperación integral y sostenida de las personas (Roteili, De Leonardis y Mauri, 1987).

Desde la determinación social, resulta especialmente preocupante la ausencia de indicadores sociales, comunitarios y territoriales en los sistemas de evaluación de la política pública en salud mental. Variables como la inserción laboral digna, el acceso a vivienda, la participación comunitaria, el fortalecimiento de redes de cuidado y la equidad territorial no ocupan un lugar central en la ley, lo que restringe su capacidad para generar procesos de recuperación integral y sostenida. Tal como lo señalaron los entrevistados, esta omisión perpetúa la desigualdad en el acceso a los servicios y refuerza una concepción de la salud mental centrada en la atención individual, desconectada de los procesos sociales que configuran la vida cotidiana de las personas.

Asimismo, la ley no incorpora de manera sustantiva una perspectiva intercultural y eco-social, a pesar de tratarse de un Estado plurinacional y megadiverso. La mención general a la interculturalidad no se traduce en el reconocimiento efectivo de los saberes ancestrales, las prácticas comunitarias de cuidado ni las estrategias territoriales de salud mental desarrolladas históricamente por pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y comunidades rurales. Desde la Determinación Social de la Salud, esta omisión reproduce una forma de colonialidad del saber y del poder, en la que el sufrimiento mental es interpretado exclusivamente desde categorías biomédicas, invisibilizando las relaciones entre salud mental, territorio, naturaleza y formas de vida.

En este marco, el estudio permite concluir que la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador corre el riesgo de consolidarse como una normativa formalmente garantista pero estructuralmente débil, si no se produce un giro político-epistemológico hacia la salud colectiva y la epidemiología crítica. Superar estas limitaciones implica concebir la salud mental como un derecho colectivo y como un proceso social, históricamente determinado, que requiere intervenciones estructurales y no únicamente respuestas

clínicas. Ello demanda una transformación profunda del rol del Estado, pasando de una lógica asistencialista y sancionadora a una lógica preventiva, territorial, participativa y redistributiva.

Desde esta perspectiva, se identifican implicaciones concretas de política pública: (1) el desarrollo urgente de un reglamento técnico-operativo con financiamiento específico y sostenible; (2) la creación de indicadores sociales y comunitarios para la evaluación de políticas de salud mental; (3) el fortalecimiento de servicios comunitarios territoriales con equipos interdisciplinarios estables; (4) la incorporación vinculante de usuarios, familias y organizaciones sociales en la planificación y control de las políticas; (5) la articulación intersectorial efectiva entre salud mental, vivienda, trabajo, educación y protección social; y (6) la inclusión real de enfoques interculturales y eco-sociales que reconozcan los saberes y prácticas territoriales de cuidado.

Finalmente, desde la Determinación Social de la Salud, la desinstitucionalización debe entenderse no solo como el cierre de hospitales psiquiátricos, sino como un proceso político y social de reintegración, dignificación y transformación de las condiciones de vida. En este sentido, la salud mental se constituye como un campo estratégico para disputar el sentido de lo público, cuestionar las desigualdades estructurales y avanzar hacia un modelo de sociedad que priorice el cuidado de la vida, la justicia social y la dignidad humana.

Recomendaciones Operativas

De acuerdo a toda la ley analizada, debemos realizar las siguientes afirmaciones como recomendaciones operativas que se deben estructurar y trabajar de una manera clara y concisa para la operacionalización de algunos elementos identificados en este estudio y que formen parte de la Determinación Social de la Salud, son los que se detallan a continuación:

- **Incorporar indicadores sociales y comunitarios en sistemas de seguimiento y evaluación:** medir acceso a vivienda, empleo, redes de apoyo, participación comunitaria y equidad territorial, complementando los indicadores clínicos tradicionales.
- **Fortalecer la participación de usuarios y comunidades:** implementar protocolos de co-diseño, co-evaluación y gobernanza compartida, asegurando la

voz activa de las poblaciones afectadas en la planificación, implementación y monitoreo de políticas de salud mental.

- **Priorizar la prevención y abordaje estructural:** desarrollar políticas intersectoriales entre salud, educación, trabajo, vivienda y protección social, orientadas a reducir factores de riesgo social y a promover la equidad.
- **Reestructurar sanciones y mecanismos coercitivos:** complementar la coerción con medidas educativas, restaurativas y preventivas, considerando contexto social, disponibilidad de recursos y vulnerabilidad de la población afectada.
- **Promover la desinstitutionalización y atención comunitaria:** fortalecer estrategias de rehabilitación social con atención multidisciplinaria, acompañamiento continuo, participación familiar y dispositivos comunitarios de apoyo.
- **Capacitar integralmente al personal de salud:** formar a profesionales en determinantes sociales, epidemiología crítica, derechos humanos, perspectiva intercultural y participación comunitaria, garantizando atención inclusiva, equitativa y basada en evidencia.
- **Consolidar la salud mental como política pública determinada socialmente:** articular la ley con lineamientos de salud colectiva y epidemiología crítica, generando un marco que combine prevención, promoción, equidad y participación ciudadana para la construcción de un sistema inclusivo, sostenible y justo.

Obras citadas

- Allan Künzle, Luis. 2021. “Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica”. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Almeida Filho, Naomar, y Jairnilson Silva Paim. 1999. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos médico sociales* 75: 5–30.
- Asamblea Nacional del Ecuador. 2021. *Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental*. Trámite legislativo unificado.
- . 2024. *Ley Orgánica de Salud Mental*. Registro Oficial Suplemento No. 471, 5 de enero de 2024.
- . 2025. “Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental (Trámite unificado / 349026)”. *Asamblea Nacional del Ecuador*.
<https://www.asambleanacional.gob.ec/es/multimedios-legislativos/60857-proyecto-de-ley-organica-de-salud>.
- Bertolote, José M. 2008. “Políticas de salud mental: Raíces del concepto de salud mental”. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría* 6: 113-6.
- Breilh, Jaime. 2007. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: S.ed.
- . 2010a. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva* 6 (1): 83–101.
- . 2010b. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. En *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, 87–125. Rio de Janeiro: Coleção Pensar em saúde. <http://hdl.handle.net/10644/3412>.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (1): 13–27.
- . 2018. «Contribuciones teórico-metodológicas de la medicina ecuatoriana para la investigación de la inequidad social y la desigualdad en salud». En *Ciencias en Salud Colectiva y terapias integrativas*, vol. 3. Coporación Editora Nacional.

- . 2019. “Ciencia Crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas. Guía investigativa pedagógica: evaluación de las 4 ‘S’ de la vida”. Junio, 44.
- . 2021. *Critical Epidemiology and the People’s Health*. Editado por Nancy Krieger. Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780190492786.001.0001.
- . 2022. “Categorías de la determinación social: Inequidad y Desigualdad”. Presentación utilizada en Epidemiología Crítica, Quito, Ecuador.
- Calvo Soto, Andrea. 2020. “Salud mental en la actualidad”. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional* 10 (1): 1–2. doi:10.18041/2322-634X/rcso.1.2020.6457.
- Camacas Castillo, María Fernanda Camacas. 2023. “Estudio comparado sobre la salud mental en la legislación ecuatoriana”. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Campodónico, Nicolás. 2018. “Las políticas públicas en el campo de la salud mental. Un abordaje historiográfico desde la psicología”, 16.
- Cea-Madrid, Juan Carlos, y Tatiana Castillo-Parada. 2016. “Materiales para una historia de la antipsiquiatría: Balance y perspectivas”. *Teoría y Crítica de la Psicología*, n.º 8 (enero): 169-92.
- Cerdà, Miquel Ortega. 2009. “Medicina social (‘salud colectiva’) y medio ambiente: entrevista a Jaime Breilh”. *Ecología política*, n.º 37: 47–58.
- Cova, Félix. 2021. “¿Problemas de salud mental o trastornos mentales?: Una distinción ilusoria”, n.º 36: 15.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2014. *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015 - 2017*.
- EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014. *Política Nacional de Salud Mental 2014 - 2024*.
- Farmer, Paul, y Amartya Sen. 2005. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Repr. California Series in Public Anthropology 4. University of California Press.
- Filho, Naomar de Almeida, Luis David Castiel, y José Ricardo Ayres. 2009. «Riesgo: concepto básico de la epidemiología». *SALUD COLECTIVA*, 22.
- Foucault, Michel. 1977. “Historia de la medicalización”. *Educación médica y salud* 11 (1): 3-25.
- . 2005. *El poder psiquiátrico*. Editado por Jacques Lagrange. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica de Argentina S.A.

- Gallardo-Rumbea, Jorge Andrés, María José Farfán Bajaan, Hans Mautong, Jorge Moncayo-Rizzo, Derly Andrade, Ivan Cherrez-Ojeda, y Geovanny Alvarado-Villa. 2024. "Psychological Impact of COVID-19 on the Ecuadorian Population: A Comparative Analysis 1 Year after Quarantine Measures". *Frontiers in Psychology* 15 (septiembre): 11. doi:10.3389/fpsyg.2024.1383755.
- Gudynas, Eduardo. 2015. *Extractivismos: ecología, economía y política de un modo de entender el desarrollo y la naturaleza*. Primera edición. Cochabamba, Bolivia: CEDIB, Centro de Documentación e Información Bolivia.
- Harvey, Michael, Carlos Piñones-Rivera, y Seth M. Holmes. 2022. «Thinking with and Against the Social Determinants of Health: The Latin American Social Medicine (Collective Health) Critique from Jaime Breilh». *International Journal of Health Services* 52 (4): 433-41. <https://doi.org/10.1177/00207314221122657>.
- Henao, Silvia, Sebastián Quintero, Jonathan Echeverri, Jonathan Hernández, Eliana Rivera, y Stephanie López. 2016. "Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 34 (2). doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07.
- Hennig, Bruno. 2022. «Epidemiología crítica en clave latinoamericana para una salud contrahegemónica». *Pacha. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global* 3 (8): e210119. <https://doi.org/10.46652/pacha.v3i8.119>.
- Horwitz, Allan V., y Jerome C. Wakefield. 2007. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press.
- Illich, Iván. 1976. *Némesis médica*. Ciudad de México: Joaquin Mortiz S.A.
- La Valle, Ricardo. 2014. "Sobre medicalización: Orígenes, causas y consecuencias". *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* 34 (2): 67-72.
- Laurell, Asa Cristina. 1982. "La Salud-Enfermedad como proceso social", n° 19 (enero): 1-11.
- Leiva- Peña, Varinia, Patricia Rubí-González, y Benjamin Vicente-Parada. 2021. «Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos». *Revista Panamericana de Salud Pública* 45 (diciembre): 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>.
- Marmot, M., R. Bell, y P. Goldblatt. 2013. «Action on the Social Determinants of Health». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 61 (agosto): S127-32. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.014>.

- Martínez Alier, Joan, Ignasi Puig Ventosa, Anna Monjo Omedes, Miquel Ortega Cerdà, y Miquel Ortega Cerdà, eds. 2008. «Medicina Social (Salud Colectiva) y Medio Ambiente: Entrevista a Jaime Breilh». En *Ecología Política: Salud y medio ambiente*. Icaria editorial.
- Menéndez, Eduardo L. 2003. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1): 185–207. doi:10.1590/S1413-81232003000100014.
- Ministerio de Salud Pública. 2013. *Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Ecuador.
- . 2023. “MSP fortalece la Salud Mental Comunitaria e implementa estrategias para prevención del suicidio”. 07. <https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-la-salud-mental-comunitaria-e-implementa-estrategias-para-prevencion-del-suicidio/>.
- Nunes, Everardo Duarte. 2014. “Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión”. *Salud colectiva* 10 (1): 57-65.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Salud Mental 2001. Informe de la Secretaría*. 107.
- y Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2022. *Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030*. 1st ed. Geneva: World Health Organization.
- . 2022. “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta”. WHO. 17 de junio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional para las Américas. 2020. *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas: Perfil del País Ecuador*. Quito: OPS / OMS.
- . 2013. «Salud Mental. Guía del promotor comunitario.»
- . 2018. “La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018”.
- . 2023. *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la comisión de alto nivel sobre salud mental y Covid-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. Pan American Health Organization.
- . 2025. «Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS». octubre 30. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

- Ortiz-Hernández, Luis, Sergio López-Moreno, y Guilherme Borges. 2007. “Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana”. *Cad. Saúde Pública* 23 (6): 1255-72.
- Patel, Vikram, Shekhar Saxena, Crick Lund, et al. 2018. «The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development». *The Lancet* 392 (10157): 1553-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Primicias. 2023. “Ley de Salud Mental irá al Registro Oficial, tras 10 años en la Asamblea”. *Primicias*. diciembre 14. <https://www.primicias.ec/noticias/politica/ley-de-salud-mental-ira-al-registro-oficial-tras-10-anos-en-la-asamblea/>.
- República del Ecuador. 2006. *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial No. 423.
- . 2008. *Constitución de la Republica del Ecuador*. Registro Oficial No. 449.
- Rodríguez, Jorge, Robert Kohn, y Sergio Aguilar-Gaxiola, eds. 2009. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Roteili, Franco, Ota De Leonardis, y Diana Mauri. 1987. “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los ‘países avanzados’)”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 7 (21): 165–87.
- Ruiz López, Domingo, y Carlos Eduardo Cadénas Ayala. s. f. “¿Qué es una política pública?” [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/8122BC01AACC9C6505257E3400731431/\\$FILE/QU%C3%89_ES_UNA_POL%C3%8DTICA_P%C3%9ABLICA.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/8122BC01AACC9C6505257E3400731431/$FILE/QU%C3%89_ES_UNA_POL%C3%8DTICA_P%C3%9ABLICA.pdf).
- Salaverry, Oswaldo. 2012. “La Piedra de la Locura: Inicios Históricos de la Salud Mental”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 29 (1): 143-8.
- Solíz Torres, María Fernanda. 2016. *Salud colectiva y ecología política: La basura en Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar Ecuador, Sede Ecuador.
- Tausch, Amy, Renato Oliveira E Souza, Carmen Martinez Viciano, Claudina Cayetano, Jarbas Barbosa, y Anselm Jm Hennis. 2022. “Strengthening Mental Health Responses to COVID-19 in the Americas: A Health Policy Analysis and Recommendations”. *The Lancet Regional Health - Americas* 5 (enero): 10. doi:10.1016/j.lana.2021.100118.

- Vásquez Rocca, Adolfo. 2011. "Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'". *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 31 (3): 19.
- World Health Organization. 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Suiza.
- . 2022. "COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide". <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
- . 2025. *Suicide Worldwide in 2021. Global health estimates*. Geneva.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a profesionales de la salud que hayan trabajado el concepto y tengan claro la visión de salud mental y salud colectiva.

Parte 1: Información.

Yo soy Lenin Francisco Cepeda Fernández, egresado de la Universidad Andina “Simón Bolívar” - sede Ecuador. Estoy realizando mi proyecto de titulación denominado “Análisis Crítico de la ley orgánica de salud mental en el Ecuador desde una perspectiva de salud colectiva”. Le voy a proporcionar información e invitarle a participar de esta investigación, pueden existir algunas palabras que no se entiendan, por favor realizar cualquier interrogante que se le presente al momento de formular las preguntas, si presenta alguna inquietud más tarde, puede preguntarme sin ningún inconveniente.

La ley orgánica de salud mental que está activa en el país busca decretar un marco legal para atender la salud mental bajo un modelo de promoción, prevención, atención, recuperación e inclusión comunitaria, promulgando los derechos humanos de las personas que accedan a los diferentes servicios en salud mental, dejando como constancia las múltiples prácticas a las cuales han sido objeto durante el desarrollo de la salud mental y buscando una integración multidisciplinar y multisectorial sin vulnerar ninguno de sus derechos, es por ello que, en esta investigación se busca analizar si el proyecto cumple con lo estipulado desde la salud colectiva y no solo se limita a la acción de las instituciones “públicas” de la salud pública convencional.

Esta investigación será solo de análisis de la información que proporcionen los profesionales de la salud entrevistados contrastando con el material bibliográfico consultado previamente. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, la información que será recolectada ayudará en el análisis del proyecto de ley desde la perspectiva de salud colectiva y servirá como punto de partida para nuevas investigaciones que se realicen alrededor del tema, la presente entrevista será grabada en audio vía zoom o presencial de acuerdo a la disponibilidad del participante para su posterior transcripción y análisis a la que podrá tener acceso el investigador.

La información que nos proporcione estará protegida por el anonimato y la confidencialidad, la información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera del alcance público y solo el investigador tendrá acceso a ella, cabe recalcar que cualquier información acerca de la persona entrevistada tendrá un número en vez de su nombre para salvaguardar la identidad de la persona participe en esta investigación.

Parte II: Formulario de Consentimiento.

He sido invitado a participar de una entrevista como parte del proyecto de investigación sobre “Análisis Crítico de ley orgánica de salud mental en el Ecuador desde una perspectiva de salud colectiva”, entiendo que mi aporte será de mucha importancia en dicho análisis ya que,

brindaré información relevante acerca de la salud mental, la salud colectiva entre otros conceptos ya trabajados desde una visión comunitaria.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio vía zoom o presencial de acuerdo a la disponibilidad de tiempo, para su posterior transcripción y análisis, a los que podrá tener acceso el estudiante a cargo del estudio.

El estudiante responsable del estudio, Lenin Francisco Cepeda Fernández, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la entrevista.

He leído la información proporcionada y acepto voluntariamente participar en este estudio según las condiciones establecidas y entiendo que toda información será manejada de manera confidencial.

Nombre del Participante: Gabriela Llanos

Firma del Participante: _____

Fecha: 22/05/2025

He leído con exactitud y he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el entrevistado ha tenido la oportunidad para realizar preguntas. Confirmando que la persona ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Lenin Cepeda Fernández

Firma del Investigador: _____

Fecha: 22/05/2025

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento.

Anexo 2: Guía de entrevista

ENTREVISTA

PARTE 1

¿Para usted que significa la salud mental y cuáles son sus raíces epistemológicas?

¿Cómo ha evolucionado la salud mental en el campo de la salud pública?

La salud mental ha sido identificada de manera tardía como un problema de salud pública, ¿Cuál es el motivo principal?

PARTE 2

¿Podría explicar en qué consiste la salud colectiva y cuáles son sus raíces en América Latina?

¿De qué manera la salud colectiva aportaría al campo de la salud mental?

¿En que se diferencia la salud colectiva de la salud pública?

Desde su experticia ¿Qué sugerencia nos daría para comenzar a trabajar la salud mental desde el plano colectivo?

Anexo 3: Registro Oficial de Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador