

CONSEJO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Informe final de observancia de política pública No.003 y 004/2025: Salud mental desde una mirada de las mujeres y de las personas de diversidades sexo-genéricas y la institucionalidad en el DMQ

Septiembre 2025- Febrero 2026

Índice

SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS	4
ÍNDICE DE TABLA.....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: METODOLOGÍA.....	9
1.1 OBJETIVOS DEL PROCESO DE OBSERVANCIA	9
1.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL DEL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	9
1.3 PROCESO METODOLÓGICO	9
CAPÍTULO II: INFORMACIÓN CONCEPTUAL, NORMATIVA Y ESTADÍSTICA	13
2.1 MARCO CONCEPTUAL	13
2.2 DATOS ESTADÍSTICOS	18
2.2.1 MUJERES	18
2.2.2 DIVERSIDADES SEXO GENÉRICAS.....	22
A) CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS DIVERSIDADES SEXO-GENÉRICAS	22
B) CONDICIONES DE VIDA, DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA: EVIDENCIA DESDE ESTUDIOS Y ENCUESTAS	24
C) ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA SEGÚN INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA -MSP- (2023–2025)	26
D) ATENCIÓN DE PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA GENERAL DESDE SERVICIOS LOCALES DEL MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO -MDMQ-(2023–2025)	29
E) ATENCIÓN GENERAL EN LOS SERVICIOS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA -GAD PICHINCHA- EN EL DMQ (2024–2025).....	32
2.3 MARCO NORMATIVO.....	33
2.3.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	33
2.3.2 MARCO NORMATIVO NACIONAL	35
CAPÍTULO III: ANALIZAR DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES Y DIVERSIDADES SEXO GENÉRICAS EN EL DMQ	40
3.1 SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	40
3.1.1 FACTORES MULTIDIMENSIONALES ATRAVESADOS POR LA INTERSECCIONALIDAD	40
3.1.2. SERVICIOS DE SALUD MENTAL, MODELOS DE ATENCIÓN Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN.	44
A) SERVICIOS DE ATENCIÓN.....	44
B) COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	48
C) SERVICIOS EN EL TERRITORIO.....	48
3.2 SALUD MENTAL Y DIVERSIDADES SEXO-GENÉRICAS EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.....	50
3.2.1 FACTORES MULTIDIMENSIONALES ATRAVESADOS POR LA INTERSECCIONALIDAD	51
A) ÁMBITO FAMILIAR: ENTRE EL RECHAZO Y LA FAMILIA ELEGIDA	51
B) EL CUERPO, EL TIEMPO Y LAS TRAYECTORIAS DE VIDA FRENTE A LOS MODELOS TRADICIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	52
C) ÁMBITO INSTITUCIONAL: EDUCACIÓN, SALUD Y TRABAJO	53
D) REDES DE APOYO, COMUNIDAD E INTERSECCIONALIDAD	54
3.2.2. SERVICIOS DE SALUD MENTAL, MODELOS DE ATENCIÓN Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN	55
A) MODELOS DE ATENCIÓN: ENTRE EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA.....	55
B) BARRERAS ESTRUCTURALES, RELACIONALES Y ECONÓMICAS EN EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	58
C) COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	61
D) LIMITACIONES METODOLÓGICAS Y USO DE CATEGORÍAS RÍGIDAS EN LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN.....	63
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
4.1 CONCLUSIONES.....	65
4.1.1 MUJERES	65
4.1.2 DIVERSIDADES SEXO GENÉRICAS	66
4.2 RECOMENDACIONES	71
4.2.1 MUJERES	71
4.2.2 DIVERSIDADES SEXO GENÉRICAS.....	73

BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	80
SERVICIOS GENERALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, GAD PICHINCHA Y MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, EN EL DMQ	80
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MUJERES EN EL DMQ	85
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y DE ACOMPAÑAMIENTO PARA PERSONAS DE DIVERSIDADES SEXO GENÉRICAS EN EL DMQ	87

Siglas y/o acrónimos

Sigla /Acrónimo	Significado
AMC	Agencia Metropolitana de Control
CAC	Cuerpo de Agentes de Control
CCD	Consejo Consultivo de Derechos
CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer
CJ	Consejo de la Judicatura
CJ-DPP	Consejo de la Judicatura – Dirección Provincial de Pichincha
COIP	Código Orgánico Integral Penal
CPD	Consejo de Protección de Derechos
CPD-DMQ	Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito
CRE	Constitución de la República del Ecuador
CT	Coordinación técnica
DPE	Defensoría del Pueblo del Ecuador
DP	Defensoría Pública
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
ETD	Entrevista a titulares de derechos
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
GAD Pichincha	Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha
GFEA	Grupo focal con entidades de atención
ICAM	Instituto de Capacitación Metropolitana
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IES	Instituciones de Educación Superior
LGBTI	Lesbianas, Gay, Bisexual, Trans e Intersex
LGBTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Intersex, Queer y otras identidades
LOSM	Ley Orgánica de Salud Mental
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MDMQ	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
MSP	Ministerio de Salud Pública
NA	No aplica
NS	No sabe
NR	No responde
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPP	Observancia de Política Pública
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PRAS	Plataforma de Registro de Atenciones en Salud
PUCE	Pontificia Universidad Católica del Ecuador
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
RGLOSM	Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental
SGCTGP	Secretaría General de Coordinación Territorial, Gobernabilidad y Participación
SNS	Sistema Nacional de Salud
TNR	Trabajo no remunerado
LOS	Ley Orgánica de Salud
SIVIGE	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica
RLOSM	Reglamento de la Ley Orgánica de Salud
SS	Secretaría de Salud
TCI	Terapia Comunitaria Integrativa
UCE	Universidad Central del Ecuador
UDLA	Universidad de las Américas
UPS	Universidad Politécnica Salesiana

Índice de tabla

Tabla No. 1: Actores institucionales públicos consultados	10
Tabla No. 2: Titulares de derechos y entidades privadas consultadas.....	10
Tabla No. 3: Solicitudes de información a entidades públicas	10
Tabla No. 4: Instrumentos técnicos implementados para el GAP de mujeres... 11	
Tabla No. 5: Instrumentos técnicos implementados para el GAP de diversidades sexo genéricas.....	11
Tabla No. 6: Socialización del informe preliminar a entidades y titulares que participaron en el momento 1.	12
Tabla No. 7: Total de personas en primera consulta de psicología clínica en consulta externa por orientación sexual, 2023–2025, DMQ	27
Tabla No. 8: Total de personas en primera consulta de psiquiatría en consulta externa por orientación sexual, 2023–2025, Distrito Metropolitano de Quito.....	28
Tabla No. 9: Número de personas lesbianas, gays y bisexuales atendidas, desagregadas por grupo etario en los servicios de salud del MDMQ.	31
Tabla No. 10: Principales diagnósticos, agrupados en base a la categorización del CIE-10 registrados en las unidades de salud del MDMQ. Período 2023-2024.....	32
Tabla No. 11: Instrumentos técnicos desarrollados por el MSP.....	44
Tabla No. 12: Instrumentos técnicos desarrollados por el Secretaría de Salud del MDMQ	47
Tabla No. 13 Instrumentos de política pública en los 3 niveles de gobierno - nacional, provincial y local-.	56
Tabla No. 14: No. de personas de la comunidad LGBTI+ atendidas, en el año 2024, en los servicios que prestan los tres niveles de gobierno	58

Índice de gráficos

Gráfico No. 1: Proceso de Observancia de Política Pública.....	9
Gráfico No. 2: Total de primeras consultas de psicología clínica en consulta externa en el DMQ entre 2023 y 2025 (corte a junio 2025), según sexo	27
Gráfico No. 3: Total de personas atendidas en primera consulta de psiquiatría en consulta externa, por grupo de edad, de 2023 a 2025 en el Distrito Metropolitano de Quito.	28
Gráfico No. 4: Número de personas atendidas de manera ambulatoria a través de la línea 171 para solicitar contención en psicología.	29
Gráfico No. 5: Distribución de personas atendidas por sexo (mayores de 18 años), en los servicios de salud el MDMQ.....	30
Gráfico No. 6: Distribución de personas atendidas por orientación sexual (mayores de 18 años), en los servicios de salud del MDMQ.	31

Antecedentes e introducción

En los últimos años, la salud mental adquirió una relevancia creciente en el debate público, al evidenciarse como un componente central del bienestar individual y colectivo que está profundamente vinculado a las condiciones de vida, las relaciones sociales y el ejercicio efectivo de los derechos humanos. Esta importancia se intensificó frente a contextos de crisis, desigualdad social, violencia estructural y precarización de la vida cotidiana, que afectan de manera diferenciada a distintos grupos de la población.

El Ecuador cuenta desde 2024 con la Ley Orgánica de Salud Mental -LOSM-y su Reglamento -RLOSM-, que reconocen la salud mental como un derecho humano y establecen un modelo de atención comunitario, integral y con enfoque de derechos. Dicho marco normativo plantea la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la comunidad en la promoción, prevención y atención de la salud mental, superando una visión exclusivamente clínica o individual.

En el ámbito local, el Distrito Metropolitano de Quito desarrolló una ordenanza específica para la Promoción, Prevención, Atención y Gestión Comunitaria de la Salud Mental, articulada con la normativa nacional, que refuerza la territorialización de la política pública y la corresponsabilidad interinstitucional y comunitaria. Este marco normativo representa un avance relevante, al menos en el plano formal, para transitar desde modelos biomédicos hacia enfoques biopsicosociales y comunitarios.

Sin embargo, la información analizada en esta informe muestra que la existencia de normas y planes no garantiza, por sí sola, una implementación efectiva y sostenida. Tanto en el caso de las mujeres como en el de las personas de diversidades sexo-genéricas, persiste una brecha entre el modelo normativo declarado y las prácticas reales de atención en salud mental, caracterizadas aún por respuestas marcadas por la fragmentación institucional, la prevalencia del modelo biomédico y barreras de acceso que afectan la continuidad del cuidado.

En relación con las mujeres, el informe evidencia que su salud mental se encuentra profundamente atravesada por factores estructurales como las distintas formas de violencia, la sobrecarga de tareas de cuidado de otros, el desempleo y la precariedad económica, así como por el estigma persistente en torno al malestar emocional. Estos factores se acumulan a lo largo de la vida y generan impactos sostenidos que no siempre son reconocidos ni abordados oportunamente por los servicios institucionales.

Por su parte, en el caso de las personas de diversidades sexo-genéricas, los hallazgos muestran que el malestar psíquico no puede comprenderse desde una lógica individual o exclusivamente clínica. Las experiencias de discriminación, rechazo familiar, violencias simbólicas, barreras institucionales y trayectorias de vida marcadas por la exclusión configuran un escenario de alta vulnerabilidad, en el que los servicios de salud mental existentes no logran garantizar un acceso seguro, continuo y reparador.

Tanto para las mujeres como para las personas de diversidades sexo-genéricas, emerge con fuerza la constatación de que el malestar emocional está profundamente atravesado por factores sociales, culturales, económicos e institucionales. En este contexto, las redes comunitarias cumplen un rol complementario relevante en contextos donde la respuesta

institucional es limitada, aunque muchas veces lo hacen en condiciones de alta precariedad.

Ante este escenario, el Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (CPD-DMQ) en coordinación y consulta a las y los integrantes de los Consejos Consultivos de Derechos de Mujeres y Diversidades Sexo Genéricas impulsó el presente proceso de observancia de política pública, con el objetivo de analizar de manera crítica la implementación de la política de salud mental desde la experiencia de dos grupos de atención prioritaria -mujeres y diversidades sexo-genéricas- y desde la actuación de la institucionalidad pública y comunitaria en el territorio, lo cual posiciona a la salud mental como un derecho humano fundamental y como una experiencia profundamente vinculada a las condiciones de vida, las relaciones sociales y el ejercicio efectivo de otros derechos. A partir de esta premisa, el documento analiza la situación de la salud mental de las mujeres y de las personas de diversidades sexo-genéricas en el Distrito Metropolitano de Quito, reconociendo tanto los puntos de encuentro como las especificidades que atraviesan a cada grupo.

Lejos de comprender la salud mental únicamente como la ausencia de enfermedad, el informe adopta una mirada amplia y humanizada, que permite visibilizar cómo el malestar emocional se construye y se sostiene en contextos marcados por desigualdades estructurales, violencias normalizadas, estigmas sociales y respuestas institucionales insuficientes o desarticuladas.

El proceso de observancia se nutre de información normativa, estadística y cualitativa, así como de los relatos de titulares de derechos y de representantes de entidades públicas, privadas y comunitarias. Este cruce de voces permite comprender no solo qué afecta la salud mental de mujeres y personas de diversidades sexo-genéricas, sino también por qué las respuestas existentes no logran, en muchos casos, garantizar procesos de atención oportunos, continuos y respetuosos de la dignidad de las personas.

Uno de los hallazgos centrales del informe es la persistencia del modelo biomédico en la práctica cotidiana de los servicios de salud mental, a pesar de los avances normativos que promueven enfoques comunitarios, psicosociales e interseccionales. Esta tensión entre el discurso institucional y la realidad vivida por las personas se expresa en barreras de acceso, en la ruptura del vínculo terapéutico y en el abandono frecuente de los procesos de atención.

Al mismo tiempo, el informe reconoce la existencia de redes comunitarias y espacios de cuidado colectivo que, en muchos casos, han sostenido la salud mental allí donde el Estado no ha logrado llegar de manera suficiente. Estas experiencias comunitarias emergen como factores protectores clave, pero también evidencian la necesidad de respuestas públicas más sólidas, corresponsables y sostenidas en el tiempo.

El informe se encuentra organizado en cuatro partes que permiten comprender de manera progresiva la situación de la salud mental en el DMQ. En la primera parte se describe la metodología del proceso de observancia, detallando los objetivos, el alcance y las herramientas utilizadas para el levantamiento y análisis de la información. La segunda parte presenta el marco conceptual, normativo y estadístico, que contextualiza la salud mental como un derecho humano y expone la información disponible sobre mujeres y

diversidades sexo-genéricas en el Distrito Metropolitano de Quito. En la tercera parte, el informe desarrolla un análisis profundo sobre la salud mental de las mujeres y de las diversidades sexo-genéricas, abordando los factores multidimensionales que inciden en su bienestar, así como los modelos de atención, las barreras de acceso y los mecanismos de coordinación institucional existentes. Finalmente, la cuarta parte recoge las principales conclusiones del proceso y formula recomendaciones dirigidas a las entidades competentes, con el propósito de fortalecer la política pública de salud mental desde un enfoque interseccional.

Capítulo I: Metodología

1.1 Objetivos del proceso de observancia

Objetivo general

- Analizar los factores multidimensionales -sociales, económicos, culturales, ambientales- que influyen en la salud mental de las mujeres y personas de las diversidades sexo-genéricas, y en qué medida la política pública implementada en el DMQ responde al modelo biomédico y/o al modelo de atención integral y comunitario.

Objetivos específicos de los procesos de observancia:

- Identificar y analizar los principales factores sociales, económicos, culturales y ambientales que inciden en la salud mental de las mujeres y personas de las diversidades sexo-genéricas y cómo estos interactúan desde la interseccionalidad en su bienestar psicológico.
- Analizar cómo los instrumentos de política pública implementada en el Distrito Metropolitano de Quito responden a los modelos biomédico y/o de atención integral y comunitario.
- Caracterizar la oferta de servicios públicos, privados y comunitarios disponibles en las zonas urbanas y rurales del Distrito Metropolitano de Quito.
- Generar recomendaciones a partir de las conclusiones identificadas, para que las entidades rectoras de la política pública cuenten con insumos para mejorar las políticas públicas existentes relacionadas con salud mental.

A continuación, se presentan las categorías que orientaron el proceso para la recolección de información:

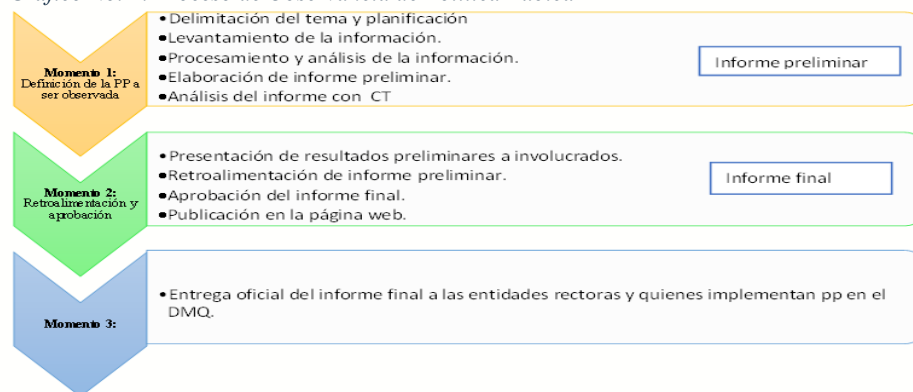
1.2 Delimitación temporal del levantamiento de información

El periodo de recolección de datos para el presente informe se extiende desde enero de 2023 hasta junio 2025.

1.3 Proceso metodológico

El proceso de observancia de la política pública que se presenta a continuación se desarrolló conforme el Procedimiento de Observancia de Política Pública vigente, como se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 1: Proceso de Observancia de Política Pública



Momento 1: Definición de la política pública a ser observada

El primer paso en la elaboración del presente informe de observancia consistió en la definición del tema y la formulación del plan de trabajo, el cual incluyó los objetivos, las actividades y un cronograma de ejecución. Además, como parte del proceso de delimitación del tema se convocó al Consejo Consultivo de Derechos de Mujeres y de Diversidades Sexo-Genéricas.

Adicionalmente, se identificaron los actores clave del Sistema de Protección Integral -SPI- en el Distrito Metropolitano de Quito, vinculados con la Política Pública de salud mental.

Tabla No. 1: Actores institucionales públicos consultados

Ámbito provincial	Ámbito local
Gobierno de la Provincia de Pichincha /Pichincha Humana Gad Pichincha	MSP CZ9
Gobierno de la Provincia de Pichincha / Dirección de Igualdad de Género Gad Pichincha	Secretaria de Salud el MDMQ

Tabla No. 2: Titulares de derechos y entidades privadas consultadas

Mujeres	Diversidades sexo genéricas
Consejo Consultivo de Derechos -CCD- de mujeres	CCD de diversidades sexo genéricas
Titulares de derechos	Titulares de derechos
Actores claves en materia de salud mental -centros de salud mental de las Instituciones de Educación Superior-	Redes de apoyo-comunitarias y entidades privadas de psicología
Servicios privados de salud mental reconocidos por los actores como espacios de referencia	Coordinador Académico de Psicología y Educación UDLA

En el presente informe se utilizó una metodología de investigación cualitativa, para describir y analizar la implementación de la política señalada en el Distrito Metropolitano de Quito.

En este marco, se solicitó información a diversas entidades públicas vinculadas al Sistema de Protección Integral, como se detalla a continuación

Tabla No. 3: Solicitudes de información a entidades públicas

Entidad	Fecha	Entidad
MSP	10-09-2025	Solicitud: Oficio Nro. CPD-DMQ-SE-2025-0396-O
	14-10-2025	Respuesta: Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O
Secretaria de salud -SS MDMQ	11-09-2025	Solicitud: Oficio Nro. CPD-DMQ-SE-2025-0397-O
	02-10-2025	Respuesta: Oficio Nro. GADDMQ-SS-2025-1469-OF
Gad Pichincha	07-10-2025	Solicitud: Oficio Nro. CPD-DMQ-SE-2025-0439-O
	23-10-2025	Respuesta: mediante correo electrónico.

La Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública establece en el artículo 34 que “Toda solicitud de acceso a la información pública deberá ser respondida en el plazo de diez (10) días, que puede prorrogarse por cinco (5) días más, por causas debidamente justificadas e informadas a la persona solicitante”. No obstante, en la práctica, las entidades han tardado entre 15 y 34 días en responder. Esta demora impide cumplir con los cronogramas previstos.

Los instrumentos técnicos utilizados para el levantamiento de información cualitativa fueron grupos focales y entrevista con actores claves; para lo cual se diseñaron

formularios de entrevista semiestructurada, considerando dos categorías de análisis como son:

- Factores multidimensionales atravesados por la interseccionalidad:
 - Factor social: discriminación, violencia, limitado accesibilidad a educación y salud
 - Factor cultural: roles tradicionales, racismo, estigmas, estereotipos, concepciones religiosas,
 - Factor económico: ingresos, empleo, desempleo, costos de la atención, movilización y otros
 - Factor ambiental: riesgos naturales y antrópicos y entornos digitales
- Servicios de salud mental, modelos de atención y mecanismos de coordinación
 - Modelos implementados
 - Tipos de servicios públicos
 - Coordinación interinstitucional

Tabla No. 4: Instrumentos técnicos implementados para el GAP de mujeres

Instrumento	Fecha	Entidad
Entrevista a profundidad	16-10-2025	Titulares de derechos ¹
Grupo focal con entidades que trabajan temas de salud mental	17-10-2025	Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE - Quito
		Universidad Central del Ecuador -UCE- PSICLICAS -Investigación, Psicología Clínica y Salud Mental-
		Universidad de las Américas -Centro de Psicología Aplicada-
		Universidad Politécnica Salesiana -Centro Psicológico Padre Emilio Gambirasio -
		Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer -CEPAM-
		Fundación Contra la Violencia Jessica Jaramillo
Entrevista	22-10-2025	KUMPANA

Tabla No. 5: Instrumentos técnicos implementados para el GAP de diversidades sexo genéricas

Instrumento	Fecha	Entidad
Entrevista a profundidad	15-10-2025	Titulares de derechos de diversidades sexo-genéricas
Grupo focal con entidades que trabajan temas de salud mental	15-10-2025	Fundación Desaparecidos
		Secretaría de Salud del MDMQ
		Práctica privada
		Kimirina
		Diálogo Diverso
Entrevista	17-10-2025	Nido Trans
Entrevista	17-10-2025	Dirección de Igualdad de Género Gad Pichincha

Adicionalmente se procedió con la revisión de información publicada por las entidades públicas en sus páginas institucionales con el objetivo de recopilar información relevante sobre la temática analizada y se sistematizó información secundaria vinculada a

¹ Criterios de selección: mayores de 18 años; participación voluntaria en el espacio, mujeres en su diversidad que han accedido a servicios de salud mental, ya sea por iniciativa propia o como acompañantes de mujeres usuarias de dichos servicios.

normativas, documentos técnicos y conceptuales; además de información estadística procesada por la unidad de gestión del conocimiento del CPD.

Con toda la información procesada se redacta el informe preliminar de observancia que contará con un acápite general -normativa-marco conceptual- y otros específicos uno relacionado con el GAP de mujeres y otro de diversidades sexo-genéricas.

Las conclusiones se presentan organizadas en dos bloques temáticos, el primer bloque corresponde al levantamiento y análisis de información relacionado con el grupo poblacional de mujeres; el segundo aborda los hallazgos vinculados con la población de diversidades sexo-genéricas. Esta estructura permite identificar tanto conclusiones de carácter transversal, que aplican a ambos grupos de atención prioritaria, como conclusiones específicas que responden a sus particularidades, trayectorias de vida y condiciones estructurales diferenciadas.

En concordancia con lo anterior, las recomendaciones se organizan bajo el mismo criterio metodológico. El primer bloque se fundamenta en los hallazgos relativos al grupo poblacional de mujeres, mientras que el segundo se sustenta en los resultados correspondientes a la población de diversidades sexo-genéricas. A su vez, las recomendaciones se encuentran diferenciadas según la entidad rectora y nivel de gobierno al que se dirigen, con el propósito de fortalecer la formulación, implementación y mejora de las políticas públicas en salud mental.

Momento 2: aprobación del informe

Una vez socializado el informe preliminar con los actores participantes en el proceso, se incorporaron las observaciones y se procedió a remitirlo a la Secretaría Ejecutiva del CPD-DMQ para aprobación

Tabla No. 6: Socialización del informe preliminar a entidades y titulares que participaron en el momento 1.

Fecha	Participantes	Grupo de atención prioritaria
22/01/2026	Consejo Consultivo de Mujeres	Mujeres
22/01/2026	Entidades privadas Instituciones de Educación Superior	
27-01-2026	Consejo Consultivo de Diversidades Sexo-genéricas	Diversidades sexo-genéricas
27-01-2026	Entidades de sociedad civil	
29/01/2026	MSP GAD PICHINCHA MDMQ,	Mujeres y diversidades sexo genérica

Momento 3: Emisión de recomendaciones

Una vez aprobado el informe por la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Protección de Derechos, este se remitirá a las autoridades de las entidades rectoras de la política pública competentes con el propósito de implementar las recomendaciones establecidas y permitir posteriormente el seguimiento correspondiente.

Limitaciones

- Escasa información estadística sobre las personas de diversidades sexo genéricas.
- Los tiempos de respuesta de las entidades públicas superaron los plazos establecidos, lo que impactó en el cronograma previsto para el proceso de observancia

Capítulo II: Información conceptual, normativa y estadística

2.1 Marco conceptual

La Organización Panamericana de la Salud -OPS- definió a la salud mental como:

(...) un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés 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 el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales (...). Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. (OPS, s/f)

La definición señalada permite comprender que toda persona tiene derecho a un estado de bienestar integral en la cual la dimensión biológica no puede entenderse sin considerar los aspectos sociales, psicológicos que la conforman.

A continuación, se presenta una evolución clara en la forma de comprender la salud mental, que va desde una mirada reduccionista -biomédica- hacia una comprensión integral, relacional y situada en el territorio -biopsicosocial y comunitaria-. Esta progresión no implica la negación de los modelos anteriores, sino su resignificación y complementariedad.

Modelo Biomédico -MBM-

El modelo tiene sus bases “en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana. Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo con leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes” (Baeta, 2015). Por esta razón el modelo biomédico define que la salud es la ausencia de enfermedad, por lo que se divide a las personas en sanas o enfermos -la enfermedad es algo que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar-. Para Baeta:

(...) concepción mecanicista, naturalista del proceso salud enfermedad, ha obtenido muchos logros en la mejora de la salud (...), pero no es suficiente para interpretar las interacciones entre mente cuerpo ambiente, como sistemas complejos e históricos, además que dificulta o limita el diálogo entre las diferentes disciplinas, con lo cual se podría comprender mucho mejor los acontecimientos del ser humano en función de todas sus dimensiones biofisiológicas, psicológicas, socioambientales y espirituales (Baeta, 2015).

El modelo biomédico se fundamenta en una serie de principios esenciales, entre los que se incluyen los siguientes.

- Integra los hallazgos clínicos con los del laboratorio y los datos de la anatomía patológica para comprender la enfermedad.
- Concibe al cuerpo humano como una máquina: la enfermedad representa una falla en su funcionamiento, y el profesional de la salud tiene la responsabilidad de repararla.

- Establece una separación entre el cuerpo y la mente, abordando la salud física de forma independiente a la salud mental.
- Define la enfermedad como una alteración que el profesional puede identificar, diagnosticar, clasificar y tratar mediante intervenciones médicas.
- Considera la enfermedad como un fenómeno unicausal, es decir, atribuye su origen a una única causa específica (Fraile, s. f., p. 9).

Bajo los principios del modelo biomédico se sostiene por ejemplo que “los trastornos mentales son enfermedades cerebrales causadas por la desregulación de los neurotransmisores, anomalías genéticas y defectos en la estructura y función cerebral. Sin embargo, los científicos no han identificado una causa biológica (...), o incluso un biomarcador confiable para, ningún trastorno mental”(Diácono, s. f.). Lo mencionado abre un debate crucial sobre si los desequilibrios químicos son realmente la causa de los trastornos mentales o si, por el contrario, los medicamentos actúan de manera efectiva corrigiendo dichos desequilibrios, lo cual sigue siendo estudiado, analizado y cuestionado.

Sin embargo el modelo biomédico continúa muy presente en la forma en la que se conceptualiza los trastornos mentales. Por lo que condiciones como la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad -TDAH- y los trastornos por consumo de sustancias, continúan siendo entendidas predominantemente como enfermedades cerebrales con una base biológica (Diácono, s. f.). Si bien es un modelo muy presente desde 1977 fue cuestionado por el psiquiatra George Engel, quien planteó el modelo biopsicosocial, el mismo que se desarrollará a continuación.

Modelo Biopsicosocial -BPSM-

Bolton en su texto “*Un modelo biopsicosocial revitalizado: teoría, paradigmas de investigación e implicaciones clínicas*” (Bolton, 2023), señaló que el modelo biopsicosocial, propuesto por George Engel en 1977, representa una evolución del modelo biomédico -MBM-, al incorporar de manera integral factores psicológicos, sociales y biológicos que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad. La clave del BPSM, es justamente la “cabida a otros factores personales, interpersonales, e institucionales en la atención clínica dentro de los sistemas causales que afectan a la salud y la enfermedad” (Bolton, 2023), por lo que es una apuesta a la atención integral de la persona. Estos temas no son aislados por lo que son teorizados por otros modelos de atención, por ejemplo:

- Modelo centrado en la atención en el paciente o en la persona
- Modelo de la recuperación
- Estudios sobre el fracaso institucional de la atención sanitaria (Bolton, 2023)

El modelo BPSM goza de amplio reconocimiento tanto en el ámbito de la psiquiatría como en la medicina general, debido a su notable relevancia en la comprensión integral de la salud.

Es decir, para abordar una enfermedad se requiere una mirada interdisciplinaria lo que implica un reto para los diferentes profesionales. En este sentido es necesario puntualizar en los siguientes ámbitos del modelo BPSM:

- El ser humano es un ser integral, constituido por dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, que interactúan de manera constante y compleja.
- La salud y la enfermedad son estados que se encuentran en equilibrio dinámico lo que dificulta su definición en términos absolutos. Ambos están determinados por factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales se interrelacionan de forma continua.
- El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de la enfermedad deben considerar los factores mencionados.
- La comprensión de los estados patológicos exige una perspectiva multifactorial.
- La atención óptima de las personas en situación de enfermedad debe desarrollarse mediante acciones integradas, ejecutadas por un equipo interdisciplinario de salud. Este equipo debe incluir profesionales especializados en cada una de las tres dimensiones: biológica, psicológica y social.
- La salud, entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, no es propiedad ni responsabilidad exclusiva de una sola disciplina o grupo profesional (A. Belloch y B. Olabarria, s. f.). Por lo que exige un intercambio interdisciplinario.

Enfoque de determinantes sociales

En el siglo XIX y mediados del siglo XX, el enfoque de determinantes sociales tiene sus primeras bases en la medicina social europea y latinoamericana, que ya advertía que la pobreza, el trabajo precario, la vivienda insalubre y la exclusión social enfermaban más que los factores biológicos.

En 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, se generó la Declaración de Alma-Ata la cual marcó un punto de inflexión al reconocer que la salud depende de factores económicos, sociales y culturales, y no solo de servicios médicos.

(...) reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OPS, 1978, p. punto I)

Por otro lado, en el informe presentado por la Comisión de Determinantes Sociales para la Salud, creada por la OMS estableció que existe una estrecha relación entre determinantes sociales y salud mental, especialmente en contextos de precariedad laboral y exclusión social “Hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo (OMS, 2008, p. 12). Además, señala que el estrés laboral, la inseguridad económica y la falta de control sobre las condiciones de vida tienen efectos perjudiciales tanto en la salud física como mental:

Los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental (OMS, 2008, p. 12).

Por esta razón la intervención comunitaria, el fortalecimiento de la atención primaria y secundaria, así como el fortalecimiento de vínculos sólidos con la comunidad y el empoderamiento del paciente son acciones que deben ser promovidas y sostenidas en el tiempo. Ya que estas iniciativas no solo contribuyen a la mejor calidad de vida de las

personas, sino que también permiten una atención más integral, equitativa y centrada en las necesidades reales de la población.

Modelo comunitario

Este modelo se fundamenta en los principios de la psicología comunitaria, misma que es definida por Sánchez Vidal como:

(...) como una ciencia básica que se sustenta en la “intervención comunitaria” y busca comprender la “praxis comunitaria”, las diferentes relaciones dinámicas que se presentan con el entorno biofísico, social, cultural, político y económico en diversos niveles sistémicos, para lograr el bienestar de los individuos. Por tanto, podríamos describir a la Psicología Comunitaria como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores biopsicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Forero, 2020, p. 18)

A partir de lo expuesto, es necesario abordar la conceptualización de lo comunitario, tomando como referencia las contribuciones teóricas de “McMillan y Chavis (1986), Sánchez, V. (1996), y Montero, M. (2004, 2006). Estos autores según lo señaló Forero, presentan apreciaciones claras y complementarias en torno a la definición de comunidad y sus principales características. A continuación, se destacan los elementos más relevantes de sus planteamientos:

- Para que un grupo social pueda ser reconocido como una comunidad, sus integrantes deben compartir ciertas condiciones fundamentales: una historia común, experiencias compartidas, vínculos emocionales entre sus miembros y un sentido de pertenencia que implique el reconocimiento de una identidad colectiva y de destinos comunes.
- Además, Sánchez incorporó la noción de localidad geográfica como un espacio o territorio definido, junto con la necesidad de interdependencia e interacción psicosocial y el sentido de pertenencia a una cultura, sus símbolos, instituciones (Forero, 2020, p. 20). Por lo que una comunidad se caracteriza por:
 - La localidad geográfica
 - Estabilidad temporal
 - Instalaciones, servicios y recursos materiales
 - Estructura y sistemas sociales
 - Cohesión y lazos que se desarrollan entre los miembros
 - Sentido de comunidad (Forero, 2020, p. 20)
- Montero planteó la idea de un sustrato social que contiene los siguientes elementos:
 - Cohesión entre los miembros, solidaridad, redes de apoyo social, formas de organización, conciencia y forma de conocimiento y trato.

Por otro lado, se identificó que el modelo comunitario surgió del acuerdo progresivo entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Estados y los movimientos por los derechos humanos. Se construye desde la práctica, especialmente en América Latina, como respuesta a las violaciones de derechos que generaban los manicomios y la atención exclusivamente biomédica, la Declaración de Caracas de 1990, es un referente de este modelo que plantea:

Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios (OPS/PMS, 1990, p. Punto 1 y 2)

Con base en los elementos expuestos, se puede afirmar que la salud mental comunitaria surge como respuesta integral a la complejidad biopsicosocial del ser humano y a las particularidades del entorno en el que se desarrolla. Esto exige una organización y estructuración cuidadosa, tanto en la calidad como en la diversidad de los servicios que se ofertan. Y es en este contexto en el que se considera a los sujetos en relación con los otros y como actores protagónicos de sus propios procesos de cambio (Forero, 2020, p. 21).

En el marco del modelo comunitario, las redes, los vínculos y los actores del territorio desempeñan un papel fundamental, ya que tienen la capacidad de impulsar procesos de transformación social y promover el bienestar colectivo. Estos no son únicamente observadores, sino sujetos activos que inciden directamente en la construcción y mejora de su comunidad.

Finalmente, el Ecuador, en la Ley de Salud Mental aprobada en enero del año 2024 incluyó el enfoque comunitario. Esta normativa establece que la atención en salud mental se desarrollará desde una perspectiva comunitaria, con el objetivo de fomentar la formulación de planes, acciones y estrategias que permitan abordarla de manera integral. Razón por la cual se incorporaron los siguientes enfoques:

- Biopsicosocial
- Equidad
- Inclusión
- Multisectorialidad
- Derechos Humanos
- Movilidad humana
- Discapacidad
- Intergeneracionalidad
- Interculturalidad

Factores biopsicosociales de protección y de riesgo

En el ámbito de la salud comunitaria, resulta fundamental llevar a cabo un diagnóstico social participativo que permita identificar tanto los factores de protección como los factores de riesgo presentes en una comunidad.

Según Forero, “un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de individuos, comunidades o grupos que incremente la probabilidad de sufrir alguna alteración o desequilibrio” (Forero, 2020, p. 23).

Por el contrario, los factores protectores se definen como aquellas características personales o elementos del entorno que tienen la capacidad de atenuar los efectos negativos que pueden comprometer la salud y el bienestar. Desde este sentido los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental comunitaria deben reconocer que los trastornos mentales, así como los factores de riesgo están asociados con expresiones de una problemática más general y que requieren un abordaje amplio. Por lo que es necesario considerar los siguientes elementos:

- Factores biológicos: genética, la herencia y condiciones fisiológicas que influyen en la predisposición individual.
- Factores psicológicos: conductas, emociones, pensamientos y procesos cognitivos, que configuran la experiencia subjetiva.
- Factores sociales: abarcan ámbitos como el acceso a la educación, la situación económica, el desempleo y otros determinantes sociales que impactan directamente en el desarrollo y bienestar de las personas, comunidades o grupos.

En conjunto, los modelos y enfoques desarrollados en el acápite dialogan entre sí y construyen una mirada coherente y progresiva de la salud mental. Desde una concepción centrada en la enfermedad, se avanza hacia el reconocimiento de las personas en su integralidad, en relación con su historia, su comunidad y sus condiciones de vida. Esta articulación conceptual no solo enriquece el análisis, sino que fundamenta la necesidad de políticas públicas que superen respuestas fragmentadas y apuesten por la salud mental como un derecho humano y un proceso colectivo.

2.2 Datos estadísticos

2.2.1 Mujeres

Población

El Instituto Nacional de Estadística y Censos -INEC-, identificó a partir del Censo de Población y Vivienda 2022 que:

El Ecuador tiene 16'938.986 de habitantes, de los cuales 8'686.463 son mujeres (51,3%). La estructura etaria de las mujeres muestra una población relativamente joven, con una edad mediana² a nivel nacional de 30 años. Ciertamente, el 20,3% de las ecuatorianas tiene entre 18 y 29 años, 40,7% entre 30 y 64 años, y el 9,4% son mayores de 65 años (...)"

En caso del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) se observa un patrón similar. En 2022 el DMQ alcanzó 2'679.722 habitantes, entre los cuales el 1'387.948 son mujeres -51,8%-. El 19,6% de mujeres del DMQ tienen entre 18 y 29 años, 45,1% de 30 a 64 años, y el 10,5% mayores de 65 años. Esto indica un predominio de adultas jóvenes y de mediana edad, con menor peso en adultas mayores (...) (CPD, 2025, p. 2).

Respecto a la distribución geográfica, según datos del INEC, se identificó que la mayoría de las mujeres del DMQ, reside en áreas urbanas: 915.954, lo que equivale al 65,9% del total de mujeres del cantón. En contraste, 471.994 mujeres habitan en zonas rurales representando un 34,1% (CPD, 2025, p. 3).

Según el INEC, en relación con la autoidentificación étnica, el 88,6% de las mujeres se reconocen como mestizas. Por su parte, el 4,7% se identifica como indígena, el 2,8% como afroecuatoriana y el 0,7% como montubia.(CPD, 2025, p. 3).

² La mediana es una medida de tendencia central que identifica el valor que ocupa la posición central dentro de un conjunto de datos ordenado. Es un único valor que divide al conjunto en dos partes iguales: el 50% de las observaciones queda por debajo de ella y el otro 50% por encima. A diferencia de la media, la mediana no se ve afectada por valores extremos, por lo que resulta especialmente útil cuando existen datos muy altos o muy bajos que podrían distorsionar el promedio (Anderson et al., 2012).

De acuerdo con datos del INEC, en el DMQ se identificó que las mujeres mayores de 18 años presentan diversas dificultades en su funcionamiento, principalmente vinculadas al movimiento, la cognición, la comunicación, el autocuidado, la visión y audición. Los porcentajes reportados son los siguientes:

- Dificultad permanente -en al menos una de las esferas de funcionamiento-: 6.1%
- Dificultad para caminar: 3.5%
- Dificultad para ver: 2,3%
- Dificultad para oír: 1,4%
- Dificultad para bañar, vestir o comer: 1,2%
- Dificultad para concentrarse: 1,3%
- Dificultad para hablar: 0,7% (CPD, 2026)

Empleo

En cuanto a la condición económica, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo del año 2025, se observa que las mujeres en edad de trabajar presentan una menor incorporación a la fuerza laboral en comparación con los hombres, como se evidencia a continuación:

La tasa de participación de las mujeres se ubica en 60,3%, un nivel inferior al registrado por los hombres, cuya participación alcanza el 78,7%.

En cuanto al empleo adecuado o pleno, la tasa de las mujeres alcanza el 49%, frente al 59,7% registrado en los hombres, lo que refleja una diferencia de 10,7 puntos porcentuales. Respecto al subempleo, este afecta al 13,8% de las mujeres y al 9,8% de los hombres, es decir, 4,0 puntos porcentuales más en la población femenina.(CPD, 2025, p. 6).

Con relación al ingreso laboral promedio se identificó lo siguiente:

A nivel nacional, el ingreso laboral promedio mensual alcanza USD 532,21 en hombres y USD 472,39 en mujeres. La diferencia absoluta es de USD 59,82, lo que implica que las mujeres perciben en promedio el 88,8% del ingreso masculino (brecha relativa de 11,2%). En el DMQ, los promedios ascienden a USD 796,98 para hombres y USD 717,76 para mujeres; la diferencia es de USD 79,22 (...)(CPD, 2025, p. 7).

Educación

En el nivel de instrucción la participación de las mujeres en el bachillerato es ligeramente menor que la de los hombres: 26,9% frente a 28,2% (CPD, 2025, p. 8). En el caso de la educación superior, las diferencias son mínimas.

Violencia

Según la Encuesta Nacional de Violencia de Género del año 2019, 65 de cada 100 mujeres ecuatorianas han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida (INEC, 2019):

La violencia contra las mujeres es uno de los determinantes más críticos de la salud mental femenina en Ecuador. Las cifras oficiales evidencian una prevalencia alta de violencia, tanto en los últimos 12 meses como a lo largo de toda la vida.

En el país, el 64,9% de las mujeres de 15 años y más, ha experimentado al menos un hecho de violencia a lo largo de su vida, mientras que, en el DMQ, la proporción asciende al 71,9%, es decir, siete puntos porcentuales más que el

promedio nacional. Al interior de Quito, el ámbito con mayor prevalencia es el de pareja (44,1%), seguido del social (42,5%); en niveles menores se ubican los ámbitos laborales (27,8%), educativo (23,9%) y familiar (23,0%). Estos porcentajes no son aditivos, pues una misma mujer puede haber sufrido violencia en más de un ámbito. En conjunto, estos resultados indican una alta exposición acumulada a la violencia entre las mujeres del distrito, con especial concentración en las relaciones de pareja y en los espacios de interacción social (CPD, 2025, p. 8).

Violencia psicológica

La Encuesta Nacional de Violencia de Género evidenció que este tipo de violencia constituye una experiencia ampliamente extendida tanto a nivel nacional como en el DMQ donde se registra una mayor prevalencia. A nivel nacional el 56,9% de las mujeres de 15 años o más enfrentó alguna forma de violencia psicológica a lo largo de su vida, en el DMQ la proporción alcanza el 61,5%, lo que sugiere un entorno local más adverso. En el DMQ, este tipo de violencia se concentró principalmente en el ámbito de la pareja, donde cuatro de cada diez mujeres la han sufrido. Le sigue el ámbito social, que afecta a casi una cuarta parte de las mujeres. En contraste, los espacios educativo, laboral y familiar que registran porcentajes menores, sin embargo son relevantes para comprender la persistencia de dinámicas de desigualdad, control y desvalorización en distintos escenarios de la vida cotidiana (CPD, 2025, p. 9)

Violencia física

A nivel nacional, el 35,4% de las mujeres de 15 años o más experimentaron violencia física a lo largo de su vida. En el DMQ la proporción se eleva a 37,7%. Los datos de la encuesta revelan que la violencia física se concentra de manera significativa en el ámbito de la pareja, donde casi una de cada cuatro mujeres la experimentó. En los espacios familiar y social las cifras son menores -13,1% y 8,2%, respectivamente-, aunque siguen siendo entornos relevantes en la exposición a violencia. En contraste, los ámbitos educativo y laboral registran incidencias más bajas -5,5% y 0,8%-. Esto evidencia que, si bien no están completamente libres de riesgo, su impacto es mucho menor frente al peso que adquieren las relaciones de pareja y las dinámicas familiares (CPD, 2025, p. 10).

Violencia patrimonial

El INEC identificó que, a nivel nacional, el 16,4% de las mujeres son víctimas de violencia patrimonial, mientras que, en el DMQ, la proporción es aún mayor, alcanzando el 19,3%. Este dato sugiere la existencia de dinámicas locales más intensas de control o apropiación indebida de bienes, recursos y patrimonio (Ibid.).

De manera similar a lo observado en la violencia física, la violencia patrimonial se concentra principalmente en el ámbito de la pareja -17,8%-. En el entorno familiar, aunque el porcentaje es menor, no deja de ser significativo: 3,5% de las mujeres enfrentaron este tipo de violencia ejercida por otros miembros del hogar. Esta realidad evidencia que los espacios familiares también pueden reproducir desigualdades y mecanismos de control económico, perpetuando relaciones de poder desiguales (Ibid.).

Violencia gineco-obstétrica

En el Ecuador, según los datos del INEC el 47,5% de mujeres de 15 años o más declararon “haber experimentado algún tipo de maltrato, trato irrespetuoso o vulneración de derechos

en contextos de atención en salud reproductiva, lo que da cuenta de un problema estructural en los servicios de salud” (CPD, 2025, p. 11).

Sin embargo, en el DMQ la prevalencia asciende al 59,1%, lo que sugiere condiciones más marcadas de deshumanización o prácticas normalizadas que reproducen desigualdad y violencia simbólica en los procesos de atención ginecológica y obstétrica. La diferencia entre ambos niveles evidencia la necesidad de fortalecer los enfoques de calidad, calidez y autonomía reproductiva en el sistema de salud local, así como de mejorar los mecanismos de vigilancia y exigibilidad de derechos durante la atención materno-infantil (Ibid.).

Atenciones en salud

Egresos hospitalarios

En el DMQ, el INEC identificó que los egresos hospitalarios por trastornos mentales aumentaron de 88 en 2017 a 164 en 2024, con un repunte sostenido a partir de 2021 (CPD, 2025, p. 13).

Cabe señalar que “más de la mitad de los egresos corresponden a mujeres, lo que sugiere una mayor carga de estos trastornos en la población femenina o una mayor utilización de los servicios por parte de ellas. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer la detección temprana, garantizar el acceso oportuno y ampliar la atención especializada en salud mental” (Ibid.).

En cuanto a la evolución de los egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes el INEC identificó que:

Los egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes en el DMQ se han mantenido bastante estables entre 2017 y 2024, con cifras que van desde un mínimo de 129 -2022- y con máximo de 174 casos -2019-. En 2020 hubo una baja marcada, probablemente por las dificultades de acceso durante la pandemia, seguida de aumentos moderados en los años siguientes. Cerca de la mitad de los pacientes son mujeres, lo que muestra una distribución equilibrada entre hombres y mujeres en estos trastornos. Esta estabilidad, junto con la presencia constante de casos femeninos, destaca la importancia de contar con servicios psiquiátricos continuos y especializados en la ciudad, ya que se trata de diagnósticos crónicos y complejos.(CPD, 2025, p. 15).

Respecto a los egresos hospitalarios por trastornos del humor -afectivos³-, se conoce que:

- En el DMQ, en el año 2017 se registraron 534 casos. Esta cifra aumentó en los años siguientes, alcanzando 639 casos en 2018 y 670 en el 2019.
- El único año en el que se registró una reducción de casos que fue en el 2020 con un total de 458 casos, probablemente debido a las limitaciones de acceso ocasionadas por la pandemia de la COVID -19. A partir de entonces, el número de casos mostró una tendencia creciente, alcanzando 688 en 2023, para luego cerrar 2024 con una ligera disminución registrando 638 (CPD, 2025, p. 16).

³ De acuerdo con el INEC “este grupo abarca los trastornos del humor o afectivos, caracterizados por alteraciones intensas y prolongadas del estado de ánimo, que pueden manifestarse como depresión o euforia. Estos cambios suelen acompañarse de variaciones en la energía, la actividad y el comportamiento, y los demás síntomas derivan de estas alteraciones. Son trastornos que tienden a repetirse y, con frecuencia, se desencadenan por situaciones de estrés” (CPD, 2025, p. 16).

En el caso de Quito, los egresos hospitalarios por trastornos neurológicos vinculados al estrés y trastornos somatomorfos evidencian una tendencia ascendente, lo cual se refleja en los siguientes datos:

- En el año 2017 se identificaron 172 casos. En años posteriores el incremento se mantuvo, alcanzando en 2019 un total de 212 casos.
- En 2020 se registró una ligera disminución, con los 183 casos, posiblemente relacionada con las limitaciones de acceso ocasionadas por la pandemia de la COVID -19.
- Entre 2022 al 2024, el año con mayor cantidad de casos fue el año 2023 alcanzando los 285 casos (CPD, 2025, p. 17).

Los datos del INEC evidencia que más del 60% de los casos corresponden a mujeres, lo que muestra la alta prevalencia de trastornos relacionados con la ansiedad, el estrés y la somatización en la población femenina. La persistencia y el incremento de estas cifras, junto con su magnitud en el contexto nacional, resaltan la urgencia de fortalecer la atención comunitaria en salud mental, impulsar estrategias de prevención del estrés crónico y promover la detección temprana de trastornos de ansiedad y somatización (CPD, 2025, p. 17)

Respecto a los egresos hospitalarios por trastornos emocionales y del comportamiento⁴ en la niñez y adolescencia -aparecen habitualmente en estas etapas-, se identificó que en el DMQ aumentaron de 8 casos en 2017 a 36 en 2024. El aumento fue particularmente significativo a partir de 2021, año en el que se registraron 27 casos. En todos los niveles analizados, la mayoría de los egresos corresponde a niñas y adolescentes mujeres. (CPD, 2025, p. 21).

En el DMQ, los registros del INEC sobre muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente en mujeres muestran que, entre 2017 y 2024, las cifras oscilaron entre 45 y 75 defunciones. La tendencia evidencia un patrón definido: un incremento significativo en 2023, con 75 casos, seguido de una reducción en 2024, con 64 casos. El repunte de 2023 podría estar asociado a la acumulación de factores de riesgo vinculados al estrés postpandemia, la precariedad económica y el deterioro del bienestar emocional en la ciudad (CPD, 2025, p. 22).

Los datos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias integrales de prevención del suicidio, con énfasis en la detección temprana, el acceso oportuno a servicios de salud mental y la implementación de abordajes comunitarios de apoyo psicosocial (Ibid.).

2.2.2 Diversidades sexo genéricas

a) Contexto sociodemográfico de las diversidades sexo-genéricas

La información estadística disponible en el INEC, permite reconocer que las personas de diversidades sexo-genéricas forman parte visible y significativa de la población del Ecuador y del Distrito Metropolitano de Quito -DMQ-.

⁴ Trastornos emocionales y del comportamiento: “este grupo incluye los trastornos emocionales y del comportamiento que surgen típicamente en la infancia o adolescencia, caracterizados por dificultades en el control de la conducta, la atención o las emociones. Abarca cuadros como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos disociales, los trastornos de ansiedad infantil, los trastornos de tics y los trastornos del control de esfínteres” (CPD, 2025, p. 21)

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2022, por primera vez el país cuenta con datos oficiales que permiten dimensionar a la población LGBT+ adulta a nivel nacional. En este marco, el 2,4% de la población de 18 años y más en el Ecuador se autoidentificó como LGBT+, lo que equivale a 270.970 personas. En el caso del DMQ, la proporción es ligeramente menor, pero comparable, ya que el 2,3% de la población adulta se reconoce dentro de esta población, lo que representa a 42.413 personas residentes en el DMQ. Esta similitud entre el ámbito nacional y el local confirma que las diversidades sexo-genéricas constituyen una realidad social significativa tanto en el país como en el Distrito (CPD-DMQ, 2025).

Desde una mirada demográfica, la población de diversidades sexo-genéricas que viven en el DMQ se caracteriza por una estructura etaria mayoritariamente adulta y en edades económicamente activas. La edad promedio es de 42 años, y más de la mitad de esta población (57,7%) se concentra en el grupo de 30 a 64 años, lo que evidencia una presencia predominante de personas en etapas de vida vinculadas al trabajo, la autonomía económica y la consolidación de proyectos personales y familiares. A su vez, el 29,9% corresponde a personas jóvenes entre 18 y 29 años, lo que refleja una participación relevante de juventudes, mientras que el 12,5% está conformado por personas de 65 años y más, mostrando que, aunque en menor proporción, las personas adultas mayores de diversidades sexo-genéricas también forman parte de esta realidad poblacional (CPD-DMQ, 2025).

En el ámbito educativo, la información del Censo 2022, muestra que la población LGBT+ del DMQ presenta, en general, un nivel de escolaridad relativamente alto. La tasa de analfabetismo es baja y alcanza apenas el 2,1%, mientras que el promedio de años de escolaridad se sitúa en 13 años, lo que corresponde, en términos generales, a la finalización del bachillerato general unificado. En cuanto al nivel de instrucción alcanzado, el 36,8% cuenta con educación superior y el 8,3% accedió a estudios de posgrado, a lo que se suma un 28,2% con bachillerato completo. No obstante, esto no se traduce de manera automática en igualdad de oportunidades, ya que una parte importante de esta población continúa enfrentando barreras estructurales y discriminatorias que limitan el aprovechamiento pleno de su formación académica, especialmente en el acceso a empleo estable y a mejores condiciones de vida (CPD/GC-RT, 2025).

En relación con el trabajo, los datos evidencian que la mayoría de la población LGBT+ en el DMQ participa activamente en el mercado laboral: se registran 26.622 personas ocupadas frente a 3.733 personas desocupadas. Esta inserción se concentra principalmente en actividades urbanas, especialmente en el sector servicios, que agrupa al 60,7% de las personas ocupadas, seguido del comercio con el 19,8%. Sin embargo, junto a esta alta participación laboral, se identifican brechas relevantes en términos de estabilidad y protección social. Apenas el 58,64% de esta población cuenta con afiliación a la seguridad social, mientras que el 40,45% no dispone de este tipo de cobertura, lo que refleja condiciones de informalidad y precarización laboral. Estas brechas impactan directamente en el ejercicio efectivo de derechos laborales y sociales, y colocan a una parte importante de la población LGBT+ en situaciones de mayor vulnerabilidad frente a riesgos económicos y de salud (CPD-DMQ, 2025).

Respecto a las condiciones de vida, los datos del INEC muestran que, en términos generales, la mayoría de las personas de diversidades sexo-genéricas en el DMQ no se

encuentra en situación de pobreza; el 88,43% no es pobre, mientras que un 11,57% sí enfrenta esta condición. Asimismo, los niveles de hacinamiento son relativamente bajos, alcanzando el 3,82%, lo que indica que la mayor parte de esta población reside en viviendas con condiciones adecuadas de espacio. Sin embargo, estos promedios esconden situaciones de vulnerabilidad económica y habitacional que afectan a un segmento relevante (CPD/GC-RT, 2025).

En particular, aunque el 46,7% habita en viviendas propias totalmente pagadas y el 8,7% en viviendas propias en proceso de pago, una proporción significativa vive en condiciones de tenencia menos estables: el 35,3% reside en viviendas arrendadas o en anticresis y otro 9,3% habita en viviendas prestadas o cedidas. Esta configuración evidencia que, para una parte de las personas de diversidades sexo-genéricas, la seguridad residencial continúa siendo un desafío, con implicaciones directas en su estabilidad económica y bienestar emocional (CPD-DMQ, 2025).

b) Condiciones de vida, discriminación y violencia: evidencia desde estudios y encuestas

El “Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y derechos humanos” realizado por el INEC en 2012, permite visibilizar algunas dimensiones que no son incluidas en los censos, especialmente aquellas relacionadas con experiencias de discriminación, violencia y dinámicas familiares. Los hallazgos evidencian que la familia -tradicionalmente concebida como espacio de protección- se constituye, en muchos casos, en un entorno de rechazo, imposición y violencia hacia las personas de diversidades sexo-genéricas.

Las prácticas de “corrección” de la orientación sexual o identidad de género y otras formas de imposición continúan siendo una realidad para una parte importante de la población LGBTI. De acuerdo con el estudio de caso del INEC, el 27,9% de las personas en el DMQ señaló haber sido obligada en su entorno familiar a asistir a psicólogos, psiquiatras o líderes religiosos con el fin de “curar” o “cambiar” su orientación sexual o identidad de género. De manera similar, el 26,0% manifestó haber sentido presión para ajustarse a roles de género tradicionales y el 26,5% reportó prohibiciones para relacionarse afectivamente con otras personas (CPD-DMQ, 2025).

Estas prácticas suelen estar acompañadas de violencia psicológica, como gritos, insultos, amenazas o burlas, vividas por el 25,8% de las personas encuestadas, así como de distanciamiento familiar, experimentado por el 20,8%. En los casos más graves, se registran situaciones de expulsión del hogar (14,0%) y violencia física (11,8%), lo que evidencia afectaciones directas a la autonomía personal, la salud mental y el ejercicio de derechos. Frente a este escenario, las redes de amistad emergen como espacios de mayor aceptación y contención: el 89% de las personas reportó aceptación total por parte de sus amistades, en contraste con los niveles más bajos de aceptación observados en el ámbito familiar, lo que refleja la fragilidad de los vínculos familiares e institucionales como redes de protección para esta población (CPD-DMQ, 2025).

En el ámbito de la salud, el estudio evidencia que, si bien la mayoría de la población LGBTI del DMQ accede en algún momento a los servicios de salud, persisten barreras que afectan tanto el acceso oportuno como la calidad de la atención. El 58,5% de las

personas encuestadas señaló haberse realizado un chequeo médico en los últimos tres meses, y otro 17,5% entre cuatro y seis meses; sin embargo, un 12,4% no lo ha hecho en más de un año y un 1,7% nunca acudió a un control médico, lo que da cuenta de brechas relevantes en el uso regular de los servicios de salud (CPD-DMQ, 2025).

Estas barreras no se explican únicamente por factores económicos. Entre quienes no acuden de manera periódica a los servicios de salud, el 67,8% considera que no lo necesita, el 17,1% señala falta de tiempo y un porcentaje significativo identifica problemas relacionados con la experiencia de atención: el 10,5% percibe que los servicios no brindan un trato cordial, sensible y respetuoso, y el 9,9% manifiesta incomodidad con la atención recibida. A ello se suman dificultades como la falta de recursos económicos (9,2%) y la ausencia de seguro médico (5,3%) (CPD-DMQ, 2025).

De manera particularmente preocupante, el estudio registra prácticas discriminatorias y estigmatizantes dentro de los propios servicios de salud. El 23,7% de las personas reportó haber sido obligada a realizarse pruebas hormonales y el 23,2% pruebas de ITS o VIH sin consentimiento plenamente informado, lo que refleja la persistencia de estereotipos que asocian la diversidad sexual y de género con enfermedad o riesgo. Asimismo, el 16,8% señaló haber enfrentado negación o rechazo en la atención sanitaria (CPD-DMQ, 2025).

Aunque en menor proporción, también se registran hechos de violencia en espacios de salud, que resultan especialmente graves por producirse en entornos destinados al cuidado. El 5,1% de las personas reportó haber sufrido acoso sexual y el 4,8% violencia verbal, como gritos, insultos o burlas. Si bien las agresiones físicas afectan a un porcentaje menor (0,8%), su existencia evidencia fallas estructurales en la garantía del derecho a la salud y contribuye a generar desconfianza y a desalentar el uso oportuno de los servicios (CPD-DMQ, 2025).

En tanto que, los resultados de la Encuesta de Victimización en la Población LGBTIQ+ del DMQ, realizada en 2021 por el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, confirman que la discriminación y la violencia no son hechos aislados, sino experiencias recurrentes en la vida cotidiana de esta población. El 59,5% de las personas encuestadas consideraron muy probable haber sido víctima de discriminación, mientras que apenas el 9,0% señala que no existe probabilidad de haber atravesado este tipo de situaciones, lo que evidencia la alta prevalencia del fenómeno (CPD/GC-RT, 2025).

Estas experiencias se manifiestan de diversas formas y en distintos espacios, cerca de tres de cada diez personas (29,0%) reportaron haber modificado comportamientos o asumiendo estereotipos en algún momento de su vida para evitar la discriminación, y el 22,9% indicó haberlo hecho en los últimos 12 meses. Asimismo, se registraron situaciones de discriminación en entornos cercanos: el 15,7% señaló haber sido discriminado por vecinas o vecinos y el 14,8% por amigas o amigos en el último año (CPD/GC-RT, 2025).

La discriminación también se expresa en ámbitos institucionales y laborales, con impactos directos en el ejercicio de derechos. El 11,9% de las personas encuestadas manifestó haber sido despedida de su trabajo por motivos relacionados con su orientación sexual o identidad de género, y el mismo porcentaje reportó haber recibido mala atención en servicios de salud. De igual manera, el 10,0% indicó haber enfrentado discriminación

en el transporte público o privado, y el 9,0% señaló experiencias de discriminación por parte de agentes policiales o metropolitanos, lo que evidencia barreras persistentes en espacios clave de la vida cotidiana (CPD/GC-RT, 2025).

En este contexto, la percepción sobre el cumplimiento de las responsabilidades estatales en materia de prevención y protección de derechos es baja. Ninguna de las instituciones evaluadas supera el 26% de respuestas afirmativas en acciones de sensibilización, prevención de crímenes de odio o respuesta frente a discursos y actos de violencia. En particular, solo el 25,2% considera que el Gobierno Central desarrolló una sensibilización efectiva, y apenas el 21,0% percibe lo mismo respecto al Municipio de Quito, lo que refuerza la sensación de desprotección institucional entre la población LGBTIQ+ (CPD/GC-RT, 2021).

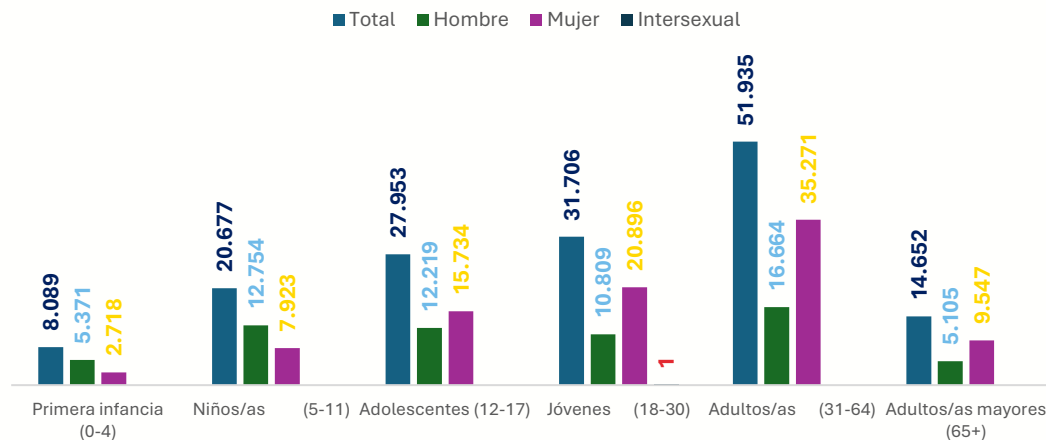
En conjunto, los datos estadísticos y los estudios de caso sistematizados para este proceso evidencian que, pese a los avances normativos y al reconocimiento formal de derechos, las personas de diversidades sexo-genéricas continúan enfrentando desigualdades estructurales que atraviesan su vida educativa, laboral, familiar y comunitaria.

Tanto el *Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y derechos humanos* realizado por el INEC en 2012, como la *Encuesta de Victimización en la Población LGBTIQ+ del Distrito Metropolitano de Quito* desarrollada en 2021 por el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, muestran de manera consistente experiencias de exclusión familiar, distanciamiento de redes cercanas y discriminación persistente. El hecho de que, tras casi una década, estos patrones socioculturales se mantengan revela que las respuestas del Estado no permiten incidir en transformar estigmas, prejuicios y concepciones erradas sobre las diversidades sexo-genéricas. Esta persistencia de la discriminación limita el aprovechamiento del capital educativo, precariza las condiciones laborales, debilita las redes de apoyo y afecta de manera directa la salud mental y el bienestar de esta población.

c) Atención psicológica y psiquiátrica según información del Ministerio de Salud Pública -MSP- (2023–2025)

Tal como se muestra en el gráfico No. 2, entre el año 2023 y junio de 2025, el MSP registra 155.012 primeras consultas en psicología clínica en el DMQ, evidenciando una alta demanda sostenida de atención en salud mental. La mayor proporción de atenciones corresponde a mujeres (59,4%), concentradas principalmente en el grupo de personas adultas de 31 a 64 años, lo que muestra una feminización de la demanda en esta especialidad. Los hombres representan un porcentaje menor, aunque con presencia relevante en etapas tempranas del ciclo de vida.

Gráfico No. 2: Total de primeras consultas de psicología clínica en consulta externa en el DMQ entre 2023 y 2025 (corte a junio 2025), según sexo



Nota. Elaboración propia de GC-CPD, con base al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y la Plataforma de Registro en Atenciones de Salud (PRAS), obtenido mediante Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O (MSP, 2025a).

Como se observa en la tabla No. 7, al analizar la variable de orientación sexual, se observa que la mayor parte de los registros se concentra en las categorías “heterosexual” (58,4%) y “ninguno” (40,5%), que en conjunto representan casi el 99% del total de primeras consultas en psicología clínica en el período 2023–2025. En contraste, las personas que se identifican como bisexuales (0,48%-740 personas), gay (0,52%-799 personas) o lesbianas (0,12%-182 personas) aparecen de forma numéricamente marginal, sumando apenas alrededor del 1,1% del total de atenciones registradas.

Tabla No. 7: Total de personas en primera consulta de psicología clínica en consulta externa por orientación sexual, 2023–2025, DMQ

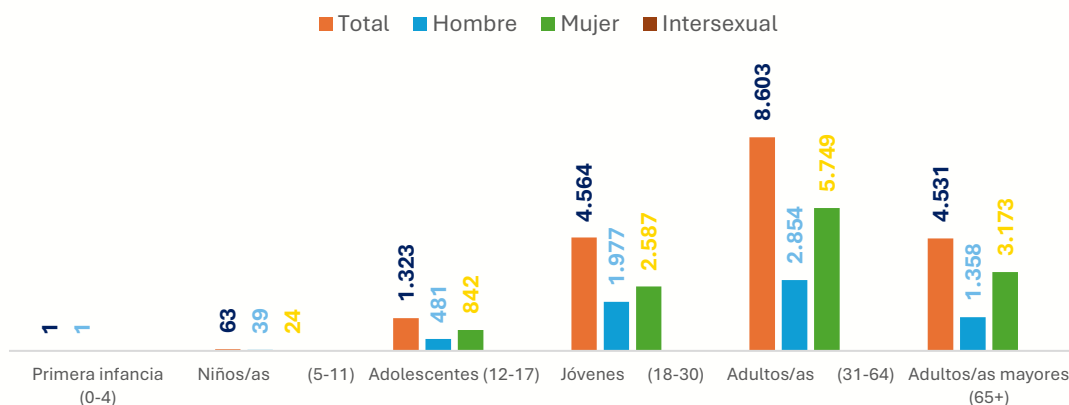
Grupo de edad	Bisexual	Gay	Heterosexual	Lesbiana	Ninguno	Total, general
Primera infancia (0 a 4 años)	0	0	0	0	8.089	8.089
Niños/as (5 a 11 años)	0	0	19	0	20.658	20.677
Adolescentes (12 a 17 años)	3	0	378	0	27.572	27.953
Jóvenes (18 a 30 años)	511	407	27.991	115	2.682	31.706
Adultos/as (30 a 64 años)	208	386	48.279	66	2.996	51.935
Adultos/as mayores (65 años o más)	18	6	13.823	1	804	14.652
Total, general	740	799	90.490	182	62.801	155.012

Nota. Elaboración propia GC-CPD, con base al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y la Plataforma de Registro en Atenciones de Salud (PRAS), obtenido mediante Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O (MSP, 2025a)

Esta invisibilización es aún más marcada en la población menor de 17 años, donde de 56.719 atenciones, solo 3 registros corresponden a personas bisexuales y no se reportan personas gay ni lesbianas, lo que representa menos del 0,01% del total en este grupo etario. En la población mayor de 18 años, la tendencia se mantiene: aunque aumenta ligeramente el número absoluto de personas LGB (1.721), su peso relativo sigue siendo bajo frente a las categorías “heterosexual” y “ninguno”.

Respecto a la atención en psiquiatría, se contabilizaron 19.085 primeras consultas en el período 2023–2025, con una mayor presencia de mujeres (64,8%), concentradas principalmente en el grupo etario de 31 a 64 años, lo que reafirma la centralidad de la atención psiquiátrica en población adulta.

Gráfico No. 3: Total de personas atendidas en primera consulta de psiquiatría en consulta externa, por grupo de edad, de 2023 a 2025 en el Distrito Metropolitano de Quito.



Nota. Elaboración propia con base al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y la Plataforma de Registro en Atenciones de Salud (PRAS), obtenido mediante Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O (MSP, 2025a).

Al analizar la variable de orientación sexual, se evidenció que la gran mayoría de los registros corresponden a personas heterosexuales (92,9%) y a la categoría “ninguno” (6,0%), que en conjunto representan casi la totalidad de las atenciones. En contraste, las personas que se identifican como bisexuales (0,55%), gays (0,37%) y lesbianas (0,16%) aparecen de forma numéricamente marginal, sumando apenas 1,1% del total de primeras consultas en psiquiatría (207 personas), tal como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla No. 8: Total de personas en primera consulta de psiquiatría en consulta externa por orientación sexual, 2023–2025, Distrito Metropolitano de Quito.

Grupo de edad	Bisexual	Gay	Heterosexual	Lesbiana	Ninguno	Total, general
Primera infancia (0 a 4 años)	-	-	-	-	1	1
Niños/as (5 a 11 años)	-	-	8	-	55	63
Adolescentes (12 a 17 años)	-	-	614	-	709	1.323
Jóvenes (18 a 30 años)	77	39	4.209	23	216	4.564
Adultos/as (30 a 64 años)	22	32	8.383	8	158	8.603
Adultos/as mayores (65 años o más)	6	-	4.513	-	12	4.531
Total, general	105	71	17.727	31	1.151	19.085

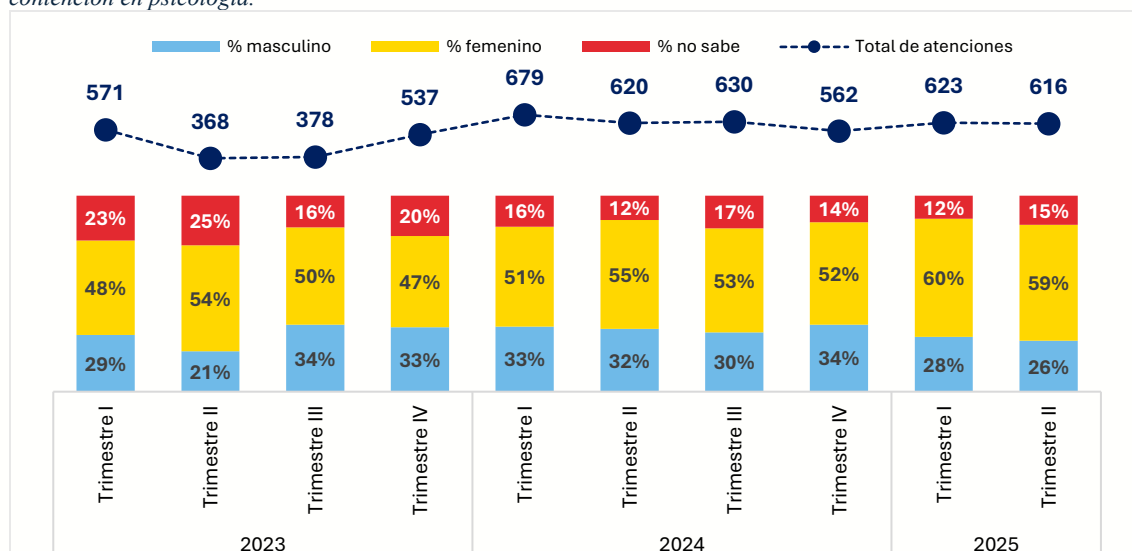
Nota. Elaboración propia con base al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y la Plataforma de Registro en Atenciones de Salud (PRAS), obtenido mediante Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O (MSP, 2025a).

Tanto en la atención psicológica como en la atención psiquiátrica, se repite un mismo patrón de subregistro y escasa desagregación de la información vinculada a las diversidades sexo-genéricas. Esta situación sugiere la existencia de limitaciones en los sistemas de registro, así como de barreras institucionales y culturales que dificultan el reconocimiento y la declaración de identidades diversas dentro de los servicios de salud mental. Como resultado, se producen vacíos estadísticos que no solo afectan la calidad de

la información disponible, sino que también restringen el análisis de las trayectorias de acceso, uso y permanencia en los servicios, invisibilizando las experiencias específicas de las diversidades sexo-genéricas y limitando la formulación de respuestas públicas con enfoque de derechos.

Finalmente, como se puede revisar en el gráfico 4, las atenciones brindadas a través de la línea 171 para contención psicológica evidencian una mayor demanda por parte de mujeres, quienes representan en el primer trimestre del año 2024 el 51% de las atenciones registradas. Los hombres representan el 33%, mientras que los registros de no sabe representa el 16%. Un hallazgo especialmente relevante es la ausencia total de registros de personas transmasculinas, transfemeninas u otras identidades u orientaciones diversas, lo que constituye un vacío crítico de información. Esta falta de registro limita la comprensión real de la demanda de contención psicológica por parte de las diversidades sexo-genéricas (Ilustración 4).

Gráfico No. 4: Número de personas atendidas de manera ambulatoria a través de la línea 171 para solicitar contención en psicología.



Nota. Elaboración propia en base a información remitida por el MSP mediante Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O.

d) Atención de psicológica y psiquiátrica general desde servicios locales del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito -MDMQ-(2023-2025)

Según la información remitida por la Secretaria Metropolitana de Salud – MDMQ-, entre los años 2023 y 2025, los servicios de psicología presencial y mediante teleasistencia del DMQ atendieron a 7.698 personas mayores de 18 años, lo que da cuenta de una demanda sostenida de atención en salud mental en la población adulta (CPD-GC-RT, 2025).

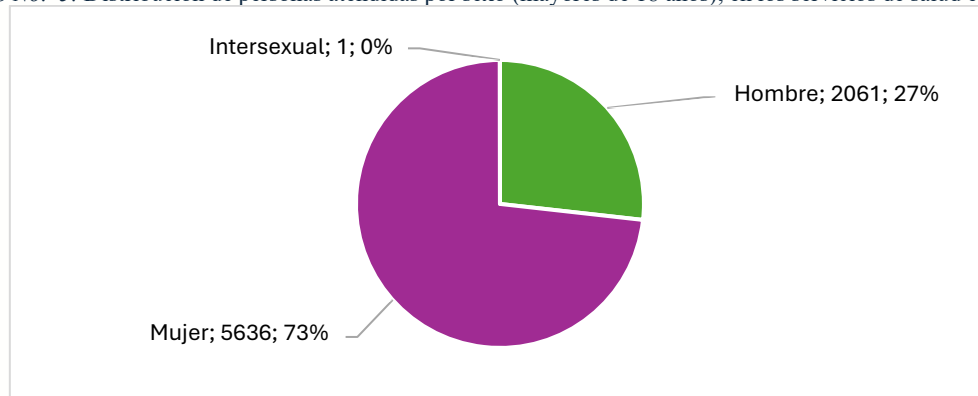
La mayor concentración de atenciones se registra en personas adultas de 30 a 64 años, seguidas por jóvenes de 18 a 30 años y personas adultas mayores de 65 años o más. Esta distribución sugiere que los procesos de atención psicológica se intensifican en etapas de la vida asociadas a responsabilidades laborales, familiares y de cuidado, así como a procesos de envejecimiento (CPD-GC-RT, 2025).

Atención por sexo

Del total de personas mayores de 18 años atendidas, el 73 % corresponde a mujeres (5.636 casos), mientras que el 27 % corresponde a hombres (2.061 casos). Se registra además una atención a una persona intersexual, lo que evidencia una presencia aún marginal en los registros administrativos, pero relevante desde una perspectiva de derechos. (CPD-GC-RT, 2025).

Esta tendencia evidencia que las mujeres continúan representando la mayor proporción de personas que acceden —o buscan acceder— servicios de atención psicológica. Este fenómeno podría explicarse por la persistencia de desigualdades en la distribución de cargas emocionales y responsabilidades de cuidado, así como con una mayor legitimación social de la búsqueda de apoyo en salud mental.

Gráfico No. 5: Distribución de personas atendidas por sexo (mayores de 18 años), en los servicios de salud el MDMQ



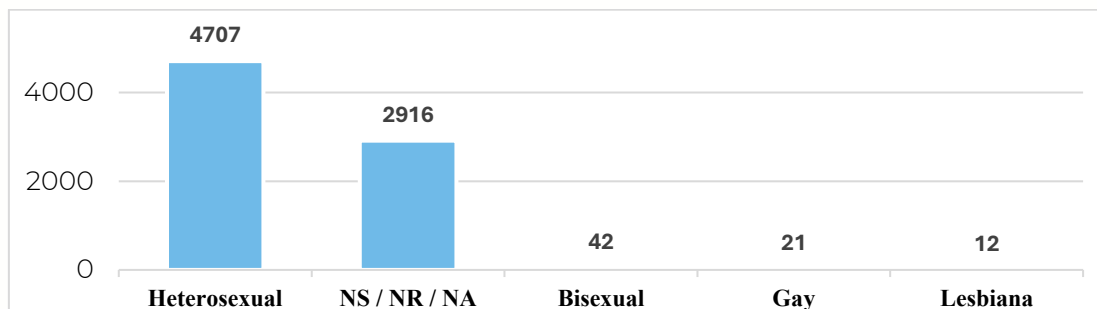
Nota. Elaboración propia de GC-CPD, con base información obtenido mediante Oficio Nro. GADDMQ-SS-2025-1469-OF

Orientación sexual de las personas atendidas (mayores de 18 años)

En relación con la orientación sexual, la mayoría de las personas atendidas se identifica como heterosexual (4.707 casos). Sin embargo, se registra atención a personas bisexuales (42 casos), gays (21 casos) y lesbianas (12 casos). Un número significativo de registros corresponde a NS/NR/NA⁵ (2.916 casos), lo que podría evidenciar vacíos de información y posibles barreras para el autorreconocimiento o el registro inadecuado de esta variable por las y los profesionales de estos servicios de salud (CPD-GC-RT, 2025).

⁵ NS: no sabe; NR: no responde; NA: no aplica.

Gráfico No. 6: Distribución de personas atendidas por orientación sexual (mayores de 18 años), en los servicios de salud del MDMQ.



Nota. Elaboración propia de GC-CPD, con base información obtenido mediante Oficio Nro. GADDMQ-SS-2025-1469-OF

Distribución etaria por orientación sexual

Al desagregar por grupos de edad, se observa que las personas bisexuales, gays y lesbianas atendidas se concentran principalmente en el grupo de 18 a 84 años, con edades mínimas que oscilan entre los 18 y 21 años, y edades máximas que alcanzan los 84 años, dependiendo de la categoría.

En el grupo de 0 a 17 años, se registran atenciones desde edades tempranas (incluso desde los 10 años en el caso de personas bisexuales y lesbianas), lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer enfoques de acompañamiento temprano en salud mental, especialmente para poblaciones que experimentan discriminación y estigmatización desde edades tempranas (CPD-GC-RT, 2025).

Tabla No. 9: Número de personas lesbianas, gays y bisexuales atendidas, desagregadas por grupo etario en los servicios de salud del MDMQ.

Orientación sexual	Número de personas atendidas de 0 a 17 años	Número de personas atendidas de 18 a 84 años	Número de personas atendidas de 85 años o más
Bisexual	66	42	-
Gay	7	21	-
Heterosexual	2.419	4.632	75
NS / NR / NA	2.364	2.901	15
Lesbiana	9	12	-
Total, general	4.865	7.608	90

Nota. Elaboración propia de GC-CPD, con base información obtenido mediante Oficio Nro. GADDMQ-SS-2025-1469-OF

Principales diagnósticos (CIE-10)

Entre los principales diagnósticos registrados en personas lesbianas, gays y bisexuales, destacan los trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos y relacionados con el estrés, seguidos por problemas familiares y del grupo primario de apoyo, así como trastornos emocionales y de la conducta en la niñez y adolescencia.

Estos diagnósticos reflejan el peso que tienen los factores relacionales, familiares y sociales en la salud mental, especialmente en contextos atravesados por discriminación, rechazo y exclusión (CPD-GC-RT, 2025)

Tabla No. 10: Principales diagnósticos, agrupados en base a la categorización del CIE-10 registrados en las unidades de salud del MDMQ. Período 2023-2024

Grupos cie 10	Bisexual	Gay	Lesbiana	Total, general
Trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos y relacionados con el estrés	91	3	31	125
Problemas familiares y del grupo primario de apoyo	52	1	22	75
Trastornos emocionales y de la conducta en la niñez y adolescencia	35	0	22	57
Trastornos del estado de ánimo	26	3	21	50
Controles, atención preventiva y rehabilitación	9	0	4	13
Discapacidad intelectual / retraso mental	0	0	12	12
Trastornos de personalidad, hábitos e impulsos	4	1	4	9
Problemas relacionados con educación, trabajo y estilo de vida	3	0	5	8
Trastornos por uso de sustancias	4	0	2	6
Trastornos de la conducta alimentaria y del sueño	2	0	2	4
Espectro psicótico y esquizoafectivo	3	0	0	3
Trastornos neurocognitivos (demencias)	0	0	3	3
Violencia y abuso	1	0	2	3
Antecedentes familiares	1	0	0	1
Condiciones neurológicas asociadas	0	0	1	1

Nota. Elaboración propia de GC-CPD, con base información obtenido mediante Oficio Nro. GADDMQ-SS-2025-1469-OF

e) Atención general en los servicios del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha -GAD Pichincha- en el DMQ (2024–2025)

Con base en la información remitida por el GAD Pichincha, se registran 5.960 atenciones en salud durante los años 2024 y 2025. De este total, solo 71 atenciones corresponden a personas que se identifican como parte de las diversidades sexo-genéricas (12 lesbianas, 23 bisexuales, 21 gays y 15 registradas en la categoría “otros”), mientras que 5.889 atenciones se concentran en personas registradas como heterosexuales. En términos anuales, en 2024 se reportaron 3.174 atenciones, de las cuales 31 corresponden a población LGBTI+, y en 2025 se registraron 2.786 atenciones, con 40 correspondientes a esta población.

Esta distribución evidencia una baja visibilización estadística de las diversidades sexo-genéricas en los registros administrativos a pesar de la existencia del Punto Colibrí en la zona de Calderón, concebido como el único servicio especializado para esta población en el DMQ. El bajo número de atenciones registradas puede responder tanto a situaciones de subregistro como a la persistencia de barreras simbólicas, sociales e institucionales que limitan la autoidentificación y el acceso efectivo a los servicios, tales como el temor a la discriminación, la desconfianza en las instituciones o el desconocimiento de la oferta disponible. Este escenario plantea desafíos relevantes para el análisis de brechas, la planificación territorial de los servicios y el diseño de políticas públicas, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias de difusión, acceso y registro con un enfoque de derechos, comunitario e interseccional.

En su conjunto, el procesamiento de la información estadística evidencia que las personas de diversidades sexo-genéricas constituyen una parte significativa de la población del Distrito Metropolitano de Quito y participan activamente en los ámbitos educativo, laboral y comunitario. No obstante, esta presencia se desarrolla en un contexto marcado por desigualdades persistentes, que se expresan en brechas de protección social, experiencias reiteradas de discriminación y violencia, y barreras sostenidas en el acceso a servicios de salud, particularmente en el ámbito de la salud mental. Los datos disponibles muestran que la participación social no se traduce necesariamente en condiciones de igualdad ni en el pleno ejercicio de derechos.

La elevada proporción de registros sin desagregación por orientación sexual e identidad de género, sumada a la ausencia de información diferenciada sobre pertenencia a pueblos y nacionalidades, condición de discapacidad o situación de movilidad humana, limita de manera significativa la comprensión de las trayectorias de vida de esta población. A ello se añade la concentración de diagnósticos asociados a ansiedad, estrés y conflictos familiares, lo que confirma que las condiciones sociales, relacionales e institucionales inciden de forma directa en su bienestar y salud mental. Este escenario evidencia limitaciones estructurales en la producción de información pública y refuerza la necesidad de que la estadística oficial y la planificación de políticas públicas incorporen de manera efectiva un enfoque de derechos, interseccional y comunitario, que permita identificar la acumulación de vulnerabilidades y responder de forma más pertinente a las necesidades reales de las diversidades sexo-genéricas.

En este contexto, resulta relevante señalar que en abril de 2024 se expidió el Acuerdo Nro. MMDH-MMDH-2024-0001-A, emitido por el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos y publicado en el Registro Oficial, mediante el cual se establece el *Registro Administrativo de Variables Sexo-Género para las Instituciones del Estado*, de cumplimiento obligatorio a nivel nacional. Este instrumento busca generar un marco común que facilite la comprensión, comparación y análisis de las variables sexo-genéricas en los registros administrativos, priorizando el respeto, la igualdad y la inclusión de la orientación sexual, identidad y expresión de género de la población LGBTI+. Sin embargo, a partir del análisis realizado, se evidencia que los sistemas de información en salud mental aún presentan brechas importantes en su aplicación, pues si bien se registra información por sexo y orientación sexual —lesbiana, gay y bisexual—, no se incorpora de manera sistemática la variable de identidad de género, ni se cuenta con desagregación por pertenencia étnica, discapacidad o situación de movilidad humana. Esta omisión restringe el análisis interseccional y limita la planificación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas en salud mental con un enfoque integral y basado en derechos.

2.3 Marco normativo

A continuación, se presenta la normativa internacional, nacional y local relacionada con la salud mental, con el propósito de visibilizar los fundamentos que se vinculan con la temática analizada.

2.3.1 Marco normativo internacional

Normativa	Contenido
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	Artículo 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, (...), la asistencia médica y los servicios sociales necesarios

Normativa	Contenido
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	<p>Artículo 12</p> <p>1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental</p>
Declaración de Alma-Ata (1978) (OPS, 1978)	<p>Artículo I Reconoce la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad.</p> <p>Artículo II Señala que las desigualdades en salud son social, económica y políticamente inaceptables.</p> <p>Artículo IV Reconoce el derecho y deber de la población a participar en la planificación y aplicación de la atención en salud.</p> <p>Artículo V Establece la obligación de los gobiernos de garantizar la salud mediante medidas sanitarias y sociales adecuadas.</p> <p>Artículo VI Define la atención primaria de salud como asistencia esencial, cercana a la comunidad y con participación activa.</p> <p>Artículo VII (1 y 4) Orienta la atención primaria a los principales problemas de salud y fomenta la participación comunitaria.</p>
Declaración de Caracas (1990)	<p>Constituye un instrumento técnico destinado a orientar a los Estados en el diseño y desarrollo de políticas públicas de salud. Plantea como un punto de partida para destacar los siguientes ámbitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; 2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: <ul style="list-style-type: none"> • Aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social. • Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo. • Requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores” (Organización Panamericana de la Salud, 1990, p. 2). <p>Considerando lo expuesto, se declaró:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales; 2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; 3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: <ul style="list-style-type: none"> • Salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, • Estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. • Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario. 4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: <ul style="list-style-type: none"> • Aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, • Promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento; 5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración; 6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo con las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos. <p>Para que se cumpla lo señalado la Declaración insta a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que</p>

Normativa	Contenido
	apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región (Organización Panamericana de la Salud, 1990, p. 2).
Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem Do Para" (1994)	Artículo 4: Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: a. El derecho a que se respete su vida; b. El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (OEA, 1994).
Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015)	Artículo 19: Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

En el marco de expuesto, se identificó que el reconocimiento jurídico del derecho a la salud integral tiene sus raíces en la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Posteriormente, el concepto de salud mental fue desarrollado en Declaraciones específicas, como la de Caracas, donde se destacó el papel fundamental del Estado en la garantía y protección de este derecho.

2.3.2 Marco normativo nacional

Normativa	Contenido
Constitución de la República del Ecuador -2008-	Artículo 3: Deberes del Estado: "garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes" (CRE, 2008, p. 2). Artículo 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional
Ley de Salud Mental -2024-	Tiene por objeto establecer un marco legal para la salud mental que promueva, regule y garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud mental de las personas en todo su ciclo de vida, bajo un modelo de atención integral y comunitario La norma es de aplicación obligatoria, para todas las personas, instituciones y establecimientos públicos y privados que efectúen actividades relacionadas con la salud mental. Artículo. 6: 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 el que vivimos (MSP, 2024, p. 7). La norma establece que son sujetos de atención y cuidado prioritario en el ámbito de salud mental a los grupos de atención prioritaria y grupos en situación de vulnerabilidad, conforme lo establecido en la Constitución, tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado y otras fuentes del Derecho. Además, frente a la existencia de vulneración por: <ul style="list-style-type: none"> • Violencia física; psíquica; sexual; género, económica, vulnerabilidad por condición migratoria Deberes del Estado: (Artículo. 16)

Normativa	Contenido
	<p>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.</p> <p>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. (...).</p> <p>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;</p> <p>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; (...)</p> <p>e) 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.</p> <p>f) Realizar de forma periódica programas de capacitación en materia de salud mental, particularmente en temas de prevención, atención, protección y reparación;</p> <p>g) Garantizar los servicios y el apoyo de salud mental basados en la comunidad en situaciones de emergencia y contextos humanitarios;</p> <p>h) Fortalecer la profesionalización y capacitación permanente de los profesionales de la salud mental y agentes comunitarios.</p> <p>i) 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; (...).</p> <p>j) Controlar el funcionamiento de establecimientos de salud mental (...) (MSP, 2024, pp. 11–12).</p> <p>Artículo 20 Crea 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 Red 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.</p> <p>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.</p> <p>Artículo. 21 entre las competencias de los Gobiernos Autónomos Descentralizados: (...) 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</p> <p>Podrán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar programas de inclusión socio comunitaria, para personas que hayan recibido tratamientos en salud mental y hayan sido rehabilitadas • Centros de acogimiento transitorio para personas que sufran trastornos mentales, a fin de promover la recuperación de autonomía e inclusión social} <p>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 (MSP, 2024, pp. 12–13).</p> <p>Artículo. 45 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.</p> <p>a) Profesionales con títulos de tercer nivel en medicina, con especialización en psiquiatría;</p> <p>b) Profesionales con títulos de tercer nivel en psicología (que en su formación realicen prácticas preprofesionales de atención a pacientes)</p> <p>c) Profesionales con títulos de tercer nivel en psicología que no hayan realizado prácticas preprofesionales, pero que cuenten con títulos de cuarto nivel en el área de la salud, y que realicen las correspondientes prácticas preprofesionales de atención a pacientes (MSP, 2024, p. 20).</p> <p>Disposiciones Generales:</p> <p>Tercera. La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa aplicable para todo el SNS, que permita la reorganización de los servicios de salud mental, desde el modelo de internamiento e institucionalización, hacia la atención comunitaria en el primer y segundo nivel de atención.</p> <p>Cuarta., Las autoridades competentes del gobierno central y de los GAD deberán adaptar su normativa a lo prescrito en esta Ley</p>

Normativa	Contenido
	<p>Novena, los profesionales de tercer nivel que hayan obtenido su título en psicología, sin importar su denominación, antes de la expedición de esta Ley, podrán ser considerados profesionales de la salud mental, siempre que demuestren que en su formación académica realizaron prácticas preprofesionales en el número de horas. Los profesionales en psicología que obtengan su título profesional, luego de la expedición de esta Ley deberán cumplir los requisitos que constan en ésta, para poder ser considerados profesionales de la salud mental.</p> <p>Décima. - Se garantizan los derechos laborales de los profesionales de tercer nivel que hayan obtenido su título en psicología, independientemente de su denominación. Podrán ejercer su profesión fuera del ámbito del ejercicio de la salud mental únicamente con su título profesional registrado en la autoridad rectora de la política de educación superior, ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales.</p>
<p>Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental -2024-</p>	<p>Artículo. 2.- Enfoques. (...) se considerará el abordaje de la salud mental desde un modelo comunitario, a fin de promover, formular e implementar planes, programas, proyectos, acciones y estrategias que permitan atender de manera integral la salud mental, además de los enfoques: biopsicosocial, igualdad y no discriminación, equidad, inclusión, género, interseccionalidad, intersectorialidad, derechos humanos, movilidad humana, discapacidad, intergeneracionalidad, interculturalidad e integridad</p> <p>Artículo. 14.- La autoridad sanitaria nacional, conformará mesas técnicas de articulación intersectorial e interinstitucional a nivel nacional y local con las instituciones del Sistema Nacional de Salud y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, y otras entidades de la red de servicios de salud mental, con el fin de analizar y solventar acciones para prevenir y enfrentar problemáticas de salud mental con enfoque territorial y de derechos humanos, principalmente en los ámbitos de la promoción, prevención, atención integral, inclusión socioeconómica y protección de derechos</p> <p>Artículo. 17, establece que la autoridad sanitaria nacional, coordinará con el ente rector de la política pública de educación superior, los cursos y especializaciones necesarios para la profesionalización en carreras de salud mental, con el fin de fortalecer la formación y capacitación permanente de los profesionales relacionados con la salud mental y a los agentes comunitarios, con enfoque familiar, género, comunitario, intercultural, derechos humanos,</p> <p>Artículo 19. la autoridad sanitaria nacional, coordinará con los GAD, la implementación de planes, programas y proyectos de promoción de salud mental, prevención de factores de riesgo de salud mental, con énfasis en los grupos prioritarios.</p> <p>Artículo. 33 (..): “detección temprana, reducción de los factores de riesgo asociados a problemas y trastornos de salud mental, al uso y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, al suicidio y al estigma. Además, se contemplará la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental, con el fin de contar con datos actualizados que incidan en acciones oportunas para la prevención y control de trastornos mentales más prevalentes o de mayor importancia epidemiológica” (RLOS, 2024, p. 22).</p> <p>Disposiciones Transitorias, establecen los términos que tiene la autoridad sanitaria nacional y en coordinación con otras instancias para:</p> <p>PRIMERA. - “En el término de noventa días (..), la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con las entidades establecidas en la Ley (...) y las instituciones que correspondan, emitirá la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>SEGUNDA.- En el término de ciento ochenta días (...) la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con las instituciones que correspondan, emitirá los reglamentos, instructivos, protocolos, procedimientos y la demás normativa secundaria, para cumplir las disposiciones establecidas en la Ley Orgánica de Salud Mental y este reglamento” (RLOS, 2024, p. 34).</p> <p>TERCERA. - En el término de noventa (...) días, la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con las instituciones que correspondan, emitirá la normativa y/o protocolos necesarios, que permitan la reorganización de los servicios de salud mental, desde el modelo de internamiento e institucionalización, hacia la atención comunitaria en el primer y segundo nivel de atención.</p> <p>CUARTA. - En el término de noventa (...) días, la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con las instituciones que correspondan, emitirá el protocolo que regulen el apoyo de profesionales en salud mental (RLOS, 2024, p. 34).</p>
<p>Reglamento para la emisión del permiso de funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud del sistema nacional de salud</p>	<p>Establece los requisitos y lineamientos que deben cumplir los establecimientos y servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, para obtener su permiso de funcionamiento. El reglamento es de obligatorio cumplimiento para todos los establecimientos y servicios de salud.</p> <p>Define que los establecimientos de salud son ambientes sanitarios compuestos por servicios que cuentan infraestructura equipamiento y talento humano necesarios para brindar prestaciones de salud a la población en general en cumplimiento de la normativa vigente. Los servicios pueden ser asistenciales, de apoyo diagnóstico y/o terapéutico, de investigación y móviles.</p>

Normativa	Contenido
Acuerdo Ministerial 00060-2024	Permiso de funcionamiento: es el documento otorgado por la Autoridad Nacional a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACCESS- ⁶ . Servicios de salud: son áreas o conjunto de áreas específicas del establecimiento que cuenten con infraestructura equipamiento y talento humano para brindar prestaciones de salud en promoción, prevención, rehabilitación (...). Respecto al permiso de funcionamiento establece tiene una duración de un año calendario a partir de la fecha de su emisión.
Acuerdo Ministerial 00004927- Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)-con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural -2014- ⁷	El objetivo del modelo es “fortalecer los servicios de salud mental del Ministerio de Salud Pública, y los que pertenecen a la Sistema Nacional de Salud, a través de su organización, reorientándolos hacia la promoción de la salud, y la prevención en todos sus niveles, incorporando los enfoques de interculturalidad, género, generacional, derechos y con participación social, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud vigente” (MSP, 2014, p. 50).

La Constitución del año 2008, establece de manera explícita que la salud es un derecho que debe ser garantizado por el Estado, y además la vincula con el cumplimiento de otros derechos orientados a la materialización del buen vivir. Este mandato se recoge posteriormente en la Ley Orgánica de Salud Mental, la cual reconoce a la salud mental como un derecho fundamental y como un elemento esencial para el desarrollo de la comunidad, la familia y la persona. Asimismo, dispone que el abordaje de la salud mental debe realizarse desde un enfoque comunitario.

Marco normativo local

Normativa	Contenido
Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito Título IV de la promoción, prevención, atención y gestión comunitaria de la salud mental en el DMQ -2024- ⁸	Artículo. 536.1: Se establece la “promoción, prevención, atención y gestión comunitaria de la salud mental en la población con énfasis a los grupos de atención prioritaria como las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas en situación de movilidad y en situación de calle del Distrito Metropolitano de Quito”(MDMQ, 2024, p. 227). Los principios establecidos son: <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Atención basa en la comunidad • Confidencialidad • Corresponsabilidad • Eficiencia, eficacia, calidad en la atención • Igualdad y no discriminación • In dubio pro-persona • Invisibilidad • Integralidad de la atención • Interés Superior del Niño • Interseccionalidad • No revictimización • Participación comunitaria • Pertenencia • Territorialización • Universalidad Se establece a la Secretaría de Salud como el ente rector de la gestión de salud mental. Respecto a los Entes Ejecutores establece que: los planes, programas y proyectos de salud mental le corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la unidad responsable de la salud mental de la Dirección Metropolitana responsable de la promoción y prevención en el ámbito de la salud.

⁶ <http://www.acess.gob.ec/acessenlinea/#/ecommerce/transations>

⁷ Informe técnico –DNEPCENTSMFSD-2025-249: remitido por el MSP, mediante correo electrónico el 15 de octubre de 2025.

⁸ La codificación del Código Municipal corresponde al 08 de mayo de 2025.

Normativa	Contenido
	<p>las unidades metropolitanas de salud y las demás dependencias municipales cuyas competencias y atribuciones están alineados” (MDMQ, 2024, p. 223).</p> <p>Coordinación: la Secretaría de Salud coordinará con todas las dependencias municipales y organizaciones gubernamentales o no gubernamentales y academia con base a los lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional para promover planes, programas y proyectos que contribuyan a la promoción, prevención, atención y gestión comunitaria en el ámbito de la salud mental en el DMQ (MDMQ, 2024, p. 234).</p> <p>Artículo. 536.10.- De las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones sin fines de lucro y academia. - Podrán ser parte de los planes, programas y proyectos relacionados a la prevención, promoción y atención de salud mental comunitaria en el Distrito Metropolitano de Quito bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.</p> <p>Artículo. 536.11.- Red Distrital de Salud Mental. - Es un sistema organizado a nivel local que proporciona una variedad de servicios en el marco del abordaje integral para la promoción, prevención, atención y gestión comunitaria en el ámbito de la salud mental. Esta red estará a cargo de la Unidad responsable de la Salud Mental de la Secretaría de Salud que realizará la articulación interinstitucional con los sectores públicos, privados y academia vinculados a la salud mental con el fin de conformar la Red Distrital de Salud Mental (Ibid.).</p> <p>Artículo. 536.13: El Plan de salud mental para el DMQ -proyección de cuatro años-: “es un instrumento de planificación para la prevención, promoción, atención y gestión comunitaria de la salud” (MDMQ, 2024, p. 235). Dicho plan debe estar articulado al Plan Nacional de Salud Mental, al Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y con los instrumentos de planificación del desarrollo urbano.</p> <p>Artículo. 536.14.: El Plan de Salud Mental para el DMQ contendrá los objetivos, líneas estratégicas, acciones e indicadores para impulsar la promoción, prevención, atención y gestión comunitaria de la salud mental. En su elaboración contará con la participación de otras dependencias municipales que por sus competencias y atribuciones sean pertinentes, así como de la sociedad civil y la ciudadanía organizada. Art. 536.15.: se conforma el Consejo Consultivo de Salud Mental, integrado por representantes de sociedad civil y la academia con experticia en la materia (MDMQ, 2024, p. 235).</p> <p>Artículo. 536.27.- De los servicios de salud mental comunitaria. - Serán ejecutados por los profesionales de salud mental de los equipos de salud comunitaria en territorio enfatizando la prestación de los servicios en promoción y prevención en el ámbito de la salud mental en el Distrito Metropolitano de Quito y considerando su dimensión individual, familiar y comunitaria con enfoque de género, intergeneracional, intercultural y de diversidades.</p> <p>Los servicios de salud comunitaria estarán enmarcados en los siguientes procesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Acercamiento comunitario y fortalecimiento del tejido social propiciando la formación de gestores para la salud y la creación de entornos saludables. 2) Promoción de la salud mental. 3) Prevención de problemas de salud mental. 4) Prevención del suicidio 5) Psicoeducación, acompañamiento psicosocial y seguimiento individual y familiar. 6) Interconsulta, derivación, referencias y coordinaciones hacia servicios de atención de segundo nivel y especializados (MDMQ, 2024, p. 241).

El Distrito Metropolitano de Quito cuenta con una ordenanza para la Promoción, Prevención, Atención y Gestión Comunitaria de la Salud Mental, actualmente incorporada en el Código Municipal del DMQ. Esta normativa se articula con la Ley Orgánica de Salud Mental vigente en el país, generando una complementariedad desde el marco legal, esto refuerza la territorialización de la política pública en salud mental.

Capítulo III: Analizar de la salud mental de las mujeres y diversidades sexo genéricas en el DMQ

3.1 Salud mental de las mujeres en el Distrito Metropolitano de Quito

3.1.1 Factores multidimensionales atravesados por la interseccionalidad

Para comprender la realidad que enfrentan las mujeres en el DMQ en relación con la salud mental, fue necesario identificar tanto los factores de riesgo que afectan su bienestar como aquellos que funcionan como elementos protectores frente a situaciones adversas. A continuación, se presentan de manera sintetizada los principales hallazgos obtenidos durante el proceso.

Tal como se expuso en el apartado conceptual, existe una amplia variedad de factores biopsicosociales que representan riesgos para la salud mental de las mujeres. En este sentido, las titulares consultadas señalaron qué:

Todavía es como un tabú en algunos entornos familiares, (...) todavía es difícil hablar del tema de salud mental, tomando en cuenta que es un factor importante, porque la salud mental va a tratar de ti (GFT-M, 2025)

Cuando uno habla de esos temas, la gente lo dice, no, pues que yo no estoy loco (GFT-M, 2025)

Esto es afirmado por el psicólogo Sebastián Velasco de KUMPANA, quien señaló que la salud mental todavía es un tabú, ya que:

A los ecuatorianos en general, nunca nos enseñaron a nombrar nuestras emociones, por ejemplo, cómo nos sentimos, por eso es muy común que, cuando se le pregunta a alguien “¿cómo estás?”, incluso si esa persona atraviesa una depresión, enfrenta problemas en casa o se siente realmente mal, responda simplemente con un “bien”.

En algunos casos, cuando existe un poco más de apertura, la respuesta suele ser un “ahí nomás”, expresión que en realidad significa “no estoy bien”, pero refleja la dificultad de ponerle un nombre concreto a esas emociones.

Esta situación está directamente relacionada con la falta de educación emocional. Por lo que es necesario que en Ecuador se implementen programas y cursos de educación emocional desde edades tempranas, para que los más pequeños aprendan a reconocer, nombrar y gestionar sus emociones de manera saludable. Porque si una persona no sabe identificar lo que le está ocurriendo, difícilmente podrá encontrar una solución o buscar ayuda. Por ello, una adecuada educación emocional resulta fundamental, ya que actúa como un factor de protección frente a las dificultades. Esto cobra aún más relevancia cuando los factores de riesgo son abundantes en la vida cotidiana (EPM, 2025).

De acuerdo con el Centro de Control de las Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos -CD-, existe un estigma alrededor de la salud mental, lo que sin duda es un factor de riesgo porque:

- El estigma se refiere a las actitudes, creencias y estereotipos negativos que las personas pueden tener hacia aquellos con condiciones de salud mental.
- El estigma puede prevenir o retrasar la búsqueda de atención médica o hacer que las personas interrumpan su tratamiento (CDC, 2025).

Durante el levantamiento de información se identificó como alerta el uso de la Inteligencia Artificial -IA-. Ya que algunas personas recurren a herramientas como

ChatGPT, para realizar consultas vinculadas con su salud mental. Al respecto, Sebastián destacó que:

Él lo ve con mucha cautela. Porque, si bien he escuchado historias cercanas de personas que me han contado: “Un día me sentía mal, entré al chat GPT, escribí lo que sentía y me respondió. Incluso ahora ni siquiera es necesario leer, porque existe un chat de voz que te habla directamente como si fuera un humano”.

Y claro, uno piensa: “Está bien, pero ¿hasta qué punto realmente lo está?”. Al final, no debemos olvidar que se trata de una inteligencia artificial, un programa de computadora. Por muy avanzada que sea, nunca tendrá verdadera capacidad empática, ni podrá reaccionar con la urgencia necesaria ante situaciones graves, como un riesgo suicida inminente.

De hecho, resulta inquietante que ya se hayan documentado casos en distintos reportajes: personas que, al conversar con ChatGPT sobre sus problemas, fueron profundizando en su malestar. Algunos llegaron a confesarle que estaban pensando seriamente en quitarse la vida. Y la inteligencia artificial, simplemente, se quedó ahí, sin poder hacer más. Lamentablemente, esas personas terminaron suicidándose (EPM, 2025).

Lo mencionado evidencia que es fundamental hablar sobre los límites y riesgos del uso de la inteligencia artificial para abordar la salud mental, esto sin duda es uno de los temas que debe ser considerado al formular política pública sobre la temática.

- **Accesibilidad**

Otro de los factores que limita el acceso es el alto costo de las atenciones brindadas por profesionales en salud mental, pues las mujeres consultadas señalaron que el precio de este tipo de servicios resulta excesivo:

Lamentablemente, el tema de salud mental no es costado por las aseguradoras privadas. Entonces es algo que cuesta mucho, Y cuando tú ya vas a buscar ayuda psicológica particular. Los costos son de 70-80 dólares por una atención por sesión. Claro por sesión, entonces es caro. Es extremadamente caro el poder trabajar en salud mental. Por eso (...) decía (...) nadie puede pagar esas cosas y, (...), hacer una atención psicológica en el seguro con el IESS es muy complejo, muy difícil (GFT-M, 2025).

Otro de los factores identificados en el levantamiento de información fue la relación que existe entre el estado emocional de las mujeres y la sobrecarga asociada al cuidado de otros. Para la Organización Internacional del trabajo:

En América Latina, las mujeres dedican entre 6,3 y 29,5 horas semanales más que los hombres a realizar trabajos de cuidado no remunerados. Esto representa un total de 8.417 millones de horas semanales dedicadas al trabajo de cuidado no remunerado por parte de las mujeres en la región (OIT, 2024).

En el caso del Ecuador el INEC idéntico que:

El trabajo no remunerado -TNR- comprende un conjunto de actividades que no se registran en las cuentas económicas tradicionales del país, pero que resultan fundamentales para la vida diaria de millones de hogares. Cocinar, limpiar, cuidar de los hijos o cuidar a un familiar con discapacidad son algunas de estas tareas que, aunque no reciben un pago monetario, garantizan el bienestar de las familias y sostiene el funcionamiento de la economía del país (INEC, 2025b).

Los datos más recientes muestran que, aunque la brecha de género se ha reducido levemente, persisten desigualdades en la distribución del trabajo no remunerado:

- Por cada 100 horas de TNR, las mujeres realizaron 75, es decir, casi tres veces más que los hombres.
- En promedio, ellas dedicaron 28,7 horas semanales, frente a 11,4 horas de ellos.
- Si el TNR se incorporara a las cuentas económicas oficiales su aporte sería significativo, ya que el aporte del Valor Agregado Bruto de las mujeres con respecto al PIB alcanzó el 15,6%, frente al 5,4% de los hombres.
- El ahorro que genera el TNR es significativo: por cada 100 dólares de gastos de consumo en los hogares, éstos ahorran 35 dólares, debido al no reconocimiento económico del TNR.
- En 2023, la producción del TNR llegó a 24.964 millones de dólares, de los cuales el 78,4 % correspondió al trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar (INEC, 2025a)

Las mujeres entrevistadas manifestaron que la carga de múltiples responsabilidades de cuidado hacia otras personas les dificulta, e incluso les impide, pensar en su propio bienestar. Esta situación se refleja claramente en el siguiente testimonio:

Cuando trabajo con los niños, noto que la salud mental y el autocuidado de la madre suelen quedar invisibilizados. Muchas veces surge la frase: “Primero reviso la salud de mis hijos, y después pienso en mí”.

Esto refleja cómo, en nuestra sociedad, ser madre y mujer se traduce en una carga que se entiende como obligación: priorizar siempre a los hijos, al esposo y al cuidado del hogar, dejando en último lugar sus propias necesidades. Se mira a la madre como si no tuviera derecho a descansar, como si su valor dependiera únicamente de cuánto se sacrifica por los demás.

Pero ¿qué significa realmente ser una “buena mujer” o una “buena madre” según la sociedad? Estas ideas están atravesadas por un sistema patriarcal que sigue vigente y que se reproduce desde múltiples espacios, como la escuela, la familia y los medios de comunicación. Los roles y estereotipos de género nos muestran cómo “debe” ser una mujer, qué debe sentir y qué debe hacer, imponiéndole una carga de cuidado muy grande que muchas veces se convierte en doble o triple jornada.

Además, estas exigencias no afectan a todas las mujeres de la misma manera. Las condiciones de clase, ruralidad, discapacidad o el hecho de cuidar a una persona con discapacidad intensifican aún más las desigualdades y las cargas de cuidado que enfrentan.

Por eso, es fundamental nombrar las cosas como son: vivimos en un sistema que invisibiliza el derecho de las mujeres al autocuidado y que perpetúa la idea de que su valor está en servir a los demás. Reconocerlo es el primer paso para transformar estas realidades (GFT-M, 2025).

Para Vizquete, “los cuidados son esenciales para sostener la vida y la economía, pues sin ellos las personas no podrían satisfacer adecuadamente sus necesidades. Sin embargo, la sobrecarga de estas labores -en su mayoría no remuneradas- recae de manera principal e injusta sobre las mujeres” (Sandoval, 2023). Esta realidad pone en evidencia la desigualdad estructural que atraviesa este grupo de la población en su día a día, donde el tiempo destinado al autocuidado resulta prácticamente inexistente.

Para las mujeres consultadas, el espacio público representa un entorno violento en el que tampoco se sienten seguras, lo que se suma a las demás formas de violencia que enfrentan en su vida cotidiana.

No solo es el tráfico, por ejemplo, vas por la calle y te acosan sexualmente, o te tocan o te abusan o te violan. ¿no? (GFT-M, 2025).

En este contexto, se identificaron cuatro factores de riesgo principales para la salud mental de las mujeres. En primer lugar, persiste el tabú en torno a la conversación sobre temas relacionados con la salud mental. En segundo lugar, el acceso a la atención profesional resulta limitado debido a los altos costos. Un tercer factor es la violencia en sus diversas manifestaciones, que impacta directamente en la vida cotidiana de las mujeres y se refleja, por ejemplo, en el espacio público. Finalmente, la sobrecarga de cuidado de otros es naturalizada desde la infancia, lo que constituye en otro elemento significativo que afecta su bienestar.

Las mujeres consultadas indicaron que la familia constituye un entorno protector cuando brinda cuidado y apoyo. En este sentido una de las participantes expresó:

Yo tengo (...) seguridad con las personas que me rodean (...) en mi entorno familiar está mi tío, mi tía, mi primo, mi abuela (...). Entonces, ellos cuatro influyeron bastante en mi seguridad (...) (GFT-M, 2025).

Otro de los factores de protección que identificaron las mujeres es el que las niñas y niños tengan una crianza respetuosa, responsable “Si mamá puede peinar papá también puede aprender a peinar. Si mamá puede servir la taza de café (...) también papá puede servir una taza de café, pero esa crianza respetuosa es (...) enseñar a manejar todas estas situaciones (...) (GFT-M, 2025).

En el diálogo con las mujeres se identificó la existencia de redes de apoyo en distintos barrios del DMQ. En estos espacios se abordan múltiples temas como alimentación, salud -no es exclusivo de mujeres- se comparten experiencias. Por ejemplo, una participante indicó:

Yo soy del Comité, hay dos espacios de reunión en el Inca, hay en Guamaní, Tumbaco (...), este espacio no está asociado a una iglesia esa es la riqueza de este grupo que nos reunimos en la casa de cualquier persona (...) hay una agenda ya en enero, nos reunimos donde toca (GFT-M, 2025).

Para el psicólogo Sebastián Velasco,

Históricamente se ha carecido de una cultura orientada a la prevención y al cuidado, se ha perdido mucho sus tintes colectivos y comunitarios como era nuestros antepasados (...). La pandemia dejó ver que hay muchas cosas de las que no se están hablando. Hay muchas situaciones y problemáticas que se han estado ocultando y que empiezan a aflorar entonces se empieza a hablar mucho más de la salud mental. Esto hablo yo a nivel global, (...) se empieza a hablar mucho de ansiedad de depresión. Se empieza a hablar de salud mental en general. Claro. Pero esto, en un nivel más general más macro (EPM, 2025).

El *Plan Metropolitano de Salud 2025-2028* señala que “más del 50% de la población atendida en materia de salud mental en los establecimientos públicos del MSP y del Municipio de Quito fueron mujeres” (Secretaría de Salud, 2025, p. 21). Este dato refleja la alta demanda de servicios por parte de este grupo poblacional; sin embargo, aún persisten barreras como el tabú y el desconocimiento, que impiden que muchas mujeres busquen apoyo profesional.

Los relatos de las mujeres consultadas evidencian que:

El tema de salud mental (...), se lo tiene todavía como un tabú en algunos entornos familiares, entonces yo he escuchado muchas veces quizás no en mi casa, pero sí a mis tíos decirles, pero ¿por qué está mal? (...), por ejemplo, tiene depresión y está que llora, llora, pero ¿por qué lloras? (...) ¿Sólo quieres pasar llorando? (GFT-M, 2025).

3.1.2. Servicios de salud mental, modelos de atención y mecanismos de coordinación.

a) Servicios de atención

Al consultar a las mujeres sobre las entidades a las que pueden acudir en busca de apoyo profesional, se constató que desde la experiencia se reconoce la coexistencia de dos modelos en los servicios disponibles: uno con un enfoque predominantemente biomédico y otro basado en el modelo biopsicosocial.

Por ejemplo, hay personas que necesitan solo melatonina que es lo que les permite descansar hasta poder regular el sueño, a esa medicación sí la veo importante, sin embargo, yo me acojo más a cosas naturales como la valeriana que les puede ayudar a trabajar la parte de la rutina de sueño (...) (GFT-M, 2025). Respecto al uso de medicación mi mami, tuvo algunos problemas (...) y le mandaron unas pastillas que eran para dormir (...), hace un montón de años atrás y yo era chiquita. Las pastillas que le recetaron en exceso le provocaron una pérdida de memoria durante un mes. Fue un psiquiatra quien las prescribió, y mi mami no recordaba ni siquiera que tenía una hija; solo reconocía a su sobrina y a mi primo. Por esa razón considero que la medicación no debería ser la base de los tratamientos, es necesario algo más integral. (GFT-M, 2025).

Para otra mujer consultada un referente de atención integral es el MSP, ella recuerda que Hace algún tiempo, cuando algunos profesionales ingresaron al Ministerio de Salud, buscaron impulsar el trabajo con medicinas alternativas y lograron ciertos avances. Por ejemplo, se implementaron dos centros en los que se ofrecía homeopatía y se promovía un enfoque humanista (...). Esta apertura permitió la incorporación de médicos alternativos con una visión integral de la atención. En cuanto a la salud mental, su desarrollo comenzó a consolidarse cuando el Ministerio de Salud lanzó un programa específico y permanente. Si bien los psicólogos ya estaban presentes en los centros de salud, su participación se daba principalmente en establecimientos grandes, lo que limitaba el alcance de la atención (GFT-M, 2025)

Es importante recordar que el abordaje de las personas debe realizarse desde una perspectiva integral. Esto se refleja en el caso del MSP, mediante el desarrollo de instrumentos técnicos tales como reglamentos, instructivos, protocolos y normativa secundaria, los cuales se encuentran directamente relacionados con la temática tratada en el presente informe.

Tabla No. 11: Instrumentos técnicos desarrollados por el MSP

Normas	Detalle
Norma para la atención integral a personas declaradas inimputables por trastorno mental, Acuerdo Ministerial 056-2017	La norma tiene por objeto brindar atención integral en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud -SNS-, a personas declaradas inimputables por presentar trastornos mentales en el marco de un proceso judicial.

Norma Sanitaria para el Control y Vigilancia de los Establecimientos de Salud que Prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (ESTAD), Acuerdo Ministerial 080-2016	Regula a todos los establecimientos de salud, que prestan servicio de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas -ESTAD- del Sistema Nacional de Salud.
Modelos	Detalle
Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública -2017-	El objetivo del documento es fortalecer la capacidad de respuesta de los profesionales del primer nivel de atención en salud, a través de la dotación de herramientas técnicas que permitan un abordaje integral dentro de los Servicios Ambulatorios Intensivos para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas – Adolescentes (CETAD) del Ministerio de Salud Pública -2016-	El objetivo es fortalecer la capacidad de respuesta de los profesionales del tercer nivel de atención en salud, a través de la dotación de herramientas técnicas que permitan un abordaje integral residencial dentro de los Centros Especializados de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas CETAD para adolescentes.
Lineamientos	Detalle
Lineamientos Operativos para los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas - CETAD- (2025)	El objetivo del lineamiento es proporcionar directrices, para el manejo de los procesos de atención y tratamiento de participantes en los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), que permitan garantizar una adecuada calidad del servicio.
Lineamientos Operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador -2021-	Establece los lineamientos operativos para atención a personas con intención y/o intento suicida en establecimientos de diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Lineamientos Operativos de Unidades de Intervención en Crisis -2018-	El objetivo del documento es generar lineamientos para la organización y el funcionamiento de los servicios de salud mental en el primero, segundo y tercer nivel de atención y los establecimientos de salud que contemplen en su cartera se servicios salas de emergencia a nivel nacional del Ministerio de Salud Pública.
Lineamientos operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias -2016-	Proporciona lineamientos para la organización y el funcionamiento de las unidades de salud mental en establecimientos de salud se segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Lineamientos Operativos para la intervención a personas con trastornos de la ingestión de alimentos: anorexia y bulimia nerviosas, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública - 2016-	Establece un flujo de intervención con labores de prevención y atención integral de salud a las personas con trastornos de la ingestión de alimentos: Anorexia nerviosa y Bulimia Nerviosa, así como orientación y manejo a los familiares en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública.
Lineamientos operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias -2016-	El objetivo del documento es proporcionar lineamientos para la organización y el funcionamiento de las unidades de salud mental en establecimientos de salud se segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Lineamientos Operativos para la atención integral a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas y Trastornos Mentales Graves - 2015-	Objetivo general: brindar atención en salud mental a personas con consumo problemático de alcohol, otras drogas y a personas con trastornos mentales graves y severos en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
Lineamientos Operativos para el manejo del duelo en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, - 2015-	El documento proporciona a los profesionales de los establecimientos de salud lineamientos operativos para el manejo del duelo en el ámbito comunitario y en poblaciones cautivas, próximo y efectivo a la demanda de orientación, asesoramiento e intervención al duelo.
Lineamientos Operativos para Psicólogos y Psiquiatras en los tres niveles de atención	El documento establece lineamientos para psicólogos y psiquiatras en los tres niveles de atención considerando las funciones y actividades establecidas en los manuales de puesto del MSP y los Planes Médicos funcionales desarrollados en cada nivel de atención.
Lineamientos Operativos para los responsables de salud mental y promoción de la salud por niveles de atención	El objetivo general del documento es establecer lineamientos y directrices a los responsables de salud mental en territorio, a fin de implementar y operativizar la política pública de salud mental, garantizando la atención oportuna frente a las distintas demandas de la población.
Manuales	Detalle
Manual de Gestión Salud Mental en Desastres -2016-	Establece lineamientos para intervenciones de salud mental, a ser aplicadas por profesionales de la red pública, complementaria y voluntarios en general, en poblaciones en situación de desastre y equipos de voluntarios que presten su apoyo en zonas afectadas.
Manual de Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales transgénero e intersex (LGBTI) -2016- (derogado Acuerdo ministerial 00085-2024)	El objetivo del manual es proveer a los profesionales de la salud del material, herramientas y las mejores recomendaciones para la atención en salud a la población LGBTI, respetando e incluyendo el enfoque de derechos, género, interculturalidad e intergeneracionalidad, que permita mejorar el nivel de la calidad de la atención de salud de dicho grupo de personas y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.
Guías	Detalle
Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos -2017-	Brinda a los profesionales de la salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible para la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y contrarreferencia de personas adultas con depresión, bajo los principios de equidad, integralidad, inclusión, interculturalidad, participación social, intersectorialidad y derechos.

Nota: tabla sistematizada de la información remitida por el MSP según oficio No. Oficio Nro. MSP-VGS-2025-0523-O, de 14 de octubre de 2025

En este contexto, se evidencia que el MSP elaboró 20 instrumentos -guías, manuales y procedimientos- en materia de salud mental antes de la promulgación de la Ley Orgánica de Salud Mental en 2024. Por ello, resulta necesario que el ministerio lleve a cabo una evaluación de dichos documentos, con el fin de actualizarlos y alinearlos a la normativa vigente.

En relación con el modelo de atención que orienta el accionar de los servicios del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, se identificó su vinculación con el enfoque biopsicosocial. Por ello, el trabajo se fundamenta en los lineamientos establecidos por la OMS y el MSP, que se detallan a continuación:

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), respalda esta visión al proponer una atención que reconoce el carácter multidimensional de la salud. La salud no es solo una condición médica, sino un reflejo de múltiples factores interrelacionados —económicos, sociales, ambientales y culturales— que afectan la salud mental de las personas. Esta visión permite que la atención en salud mental se amplíe hacia la promoción, la prevención y la rehabilitación, no solo enfocándose en el tratamiento de enfermedades.

Desde el Municipio de Quito se cuenta el “Modelo de Gestión Municipal de Salud para Todas las Políticas”, constituye el marco normativo para la articulación de

la Secretaría de Salud en el accionar del Gabinete Social, garantizando mecanismos de gobernanza sólidos y sostenibles que favorecen la gestión intersectorial y la participación social, contribuyendo así a mejorar las condiciones y la calidad de vida de la población del DMQ, en el marco de los compromisos locales, nacionales e internacionales con Municipios (Secretaría de Salud, 2025, p. 2).

Asimismo, la Secretaría elaboró entre 2023 y 2025 un total de 14 documentos técnicos que orientan el trabajo de los servicios que ofrece a la ciudadanía, los mismos que se detallan a continuación:

Tabla No. 12: Instrumentos técnicos desarrollados por el Secretaría de Salud del MDMQ

Año	Documento
2023	Estrategia de Agentes de Cambio en Salud Integral en el Distrito Metropolitano de Quito
	Lineamientos generales para la Atención Integral en las Unidades Educativas Municipales del Quito
	Lineamientos para la atención en el servicio de Teleconsulta en Salud Mental
	Estratégica de salud mental y prevención del suicidio 2023
2024	Lineamientos para la gestión comunitaria de la salud mental
	Lineamientos para la implementación de la Terapia Integrativa Comunitaria (TCI) a nivel Comunitario Ruedas Comunitarias
	Metodologías para la Promoción y Prevención en Salud Mental
	Lineamientos Operativos para el funcionamiento de Redes Comunitarias en Salud Mental
	Guía para intervenciones grupales a nivel comunitario 2024.
	Ordenanza Metropolitana de Promoción, Prevención, Atención y Gestión Comunitaria de la Salud Mental 2024.
2025	Resolución Nro. GADDMQ-SS-2024-0006 Consejo Consultivo de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito
	Lineamiento técnico de Salud mental, Prevención Universal de Adicciones para los equipos de salud comunitaria Mayo 2025.
	Plan Metropolitano de Salud Mental 2025-2028

Nota: Tabla sistematizada de la información remitida por la Secretaría de Salud, según Oficio Nro. GADDMQ-SS-2025-1469-OF, de 02 de octubre de 2025.

La Secretaría de Salud evidencia un desarrollo sostenido de instrumentos vinculados con la temática analizada en el presente informe, por lo que deben ser evaluados posteriormente.

En el caso del GAD Pichincha, se elaboraron documentos técnicos que responden a un enfoque biopsicosocial, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud Mental, estos son:

- Guía de atención de casos de mujeres víctimas violencia de género, que acuden al Centro Integral de Protección de Derechos Warmi Pichincha.
- Protocolo de Atención para Casos de Violencia Sexual en base a la Ley Orgánica que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes, y Mujeres en Caso de Violación (GAD Pichincha, 2025, p. 1).

Se concluye que, en relación con los servicios públicos de salud en el territorio, el Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Salud del MDMQ y el Gobierno de la Provincia de Pichincha cumplen un papel esencial en la garantía del acceso equitativo. Este compromiso se evidencia en la elaboración de documentos técnicos que respaldan la implementación de los servicios bajo un enfoque biopsicosocial. En este sentido, resulta indispensable evaluar dichos documentos, pero también ampliar la difusión de los servicios en el Distrito, de modo que se conviertan en un referente para la ciudadanía.

b) Coordinación interinstitucional

A partir de la información remitida por el MSP se evidenció la existencia de una articulación interinstitucional, por ejemplo, en los procesos de derivación para la atención. Entre los principales resultados de dichas gestiones se destacan los siguientes:

- Asignación prioritaria de atención médica y psicológica en unidades de primer, segundo o tercer nivel.
- Estratificación del riesgo.
- Disminución en tiempo de espera (MSP, 2025, p. 1)

En relación con la articulación del MSP con otras entidades, se identificó -según la información proporcionada por la Secretaría de Salud y el GAD de Pichincha-, que sí existen acciones coordinadas en el DMQ.

En el marco de las acciones interinstitucionales orientadas a garantizar una atención integral en salud mental y protección de derechos, se mantiene una articulación permanente con el Ministerio de Salud Pública (MSP), principalmente para la derivación de casos que requieren atención psiquiátrica especializada. Asimismo, se han establecido mecanismos de coordinación con las casas de acogida destinadas a la protección de mujeres víctimas de violencia de género, con el propósito de asegurar un abordaje integral que combine atención médica, contención psicosocial, medidas de protección y restitución de derechos vulnerados (GAD Pichincha, 2025, p. 2).

Adicionalmente, el GAD Pichincha informó que:

Se desarrollaron procesos de articulación interna con Pichincha Humana, que cuenta con una red que ofrece servicios médicos especializados en múltiples áreas, tales como medicina general, ginecología, psicología clínica, endocrinología, traumatología, odontología, pediatría, nutrición, laboratorio clínico, acupuntura, ecografía, rayos X y oftalmología, entre otras. Adicionalmente, se mantiene una colaboración constante con el proyecto “Por ti Mujer”, orientado a brindar atención médica integral a amas de casa, priorizando su bienestar físico, mental y emocional (GAD Pichincha, 2025, p. 2).

En el caso de la Secretaría de Salud se identificó que se desarrollaron procesos de articulación internas y externas, consolidando esfuerzos para fortalecer la salud mental y prevenir el suicidio. En coordinación con varias dependencias, se implementaron políticas basadas en un enfoque integral, intersectorial y comunitario, que promueven una atención en salud mental más equitativa, efectiva y cercana a la ciudadanía (Secretaría de Salud, 2025, p. 4). Lo mencionado se encuentra reflejado con claridad en el Plan Metropolitano de Salud Mental.

Conforme la información proporcionada por las entidades se identificó que en el caso de las mujeres no se evidencia un nudo crítico respecto a la referencia o contra referencia y en la atención de este grupo de la población. Sin embargo, las mujeres consultadas no identificaron los servicios que tienen las entidades mencionadas, lo que evidencia la necesidad de que las instituciones fortalezcan la difusión y socialización de sus servicios.

c) Servicios en el territorio

Durante el levantamiento de información se identificó que, en el territorio, existe una amplia diversidad de entidades públicas, privadas, organizaciones -no gubernamentales y comunitarias-, que trabajan en el ámbito de la salud mental de las mujeres. Sin embargo,

se evidenció que en el sistema público y privado las listas de espera para acceder a atención son extensas, y que, en algunas fundaciones, debido a la falta de personal suficiente, también se ve comprometida la salud mental de sus propios equipos.

Estamos atravesando un proceso de desgaste muy fuerte, lo que nos ha llevado a reconocer que no podemos salvar a todas las personas, aunque sí podemos acompañarlas. Esta situación refleja (...) una limitada visión respecto a la salud de los equipos dentro de las fundaciones. Esto ocurre con frecuencia en los centros y casas de acogida, ya que el proyecto impulsado actualmente por el Ministerio del Gobierno se limita únicamente al pago de sueldos. Esto significa que no contamos con seguro social.

Esto significa que no tenemos acceso a vacaciones. Esto significa que carecemos de derechos laborales. En definitiva, esto significa que la salud y el bienestar de los equipos también están en riesgo (GFE-M, 2025).

Lo expuesto evidencia la necesidad de concebir los servicios de manera integral; es decir, resulta imprescindible priorizar también la salud mental de los profesionales que trabajan en estos espacios. Además, debe considerarse que la demanda en torno a la salud mental en el DMQ es significativa, tal como lo señaló el psicólogo Sebastián Velasco, de KUMPANA, quien indicó que:

- El 70% de las personas que atendemos en KUMPANA son mujeres.
- Diversos estudios realizados en otros países, con muestras amplias, señalan que las mujeres suelen ser más propensas a solicitar ayuda que los hombres (EPM, 2025).

Respecto a los servicios públicos en el DMQ, la información revisada evidencia que la Secretaría de Salud del MDMQ reportó que las cuatro Unidades de Salud brindan atención en el ámbito de la salud mental, fortaleciendo así la oferta disponible en el territorio. Sin embargo, únicamente el Centro de Atención Ambulatoria en Salud Mental La Ronda y la Unidad Metropolitana de Salud Norte cuentan con permisos de funcionamiento otorgados por el MSP. En contraste, la Unidad Metropolitana de Salud Centro y la Unidad Metropolitana de Salud Sur mantienen sus permisos en trámite, - conforme a los datos disponibles hasta septiembre de 2025-. En este sentido, resulta indispensable que el proceso continúe para que dichas unidades logren obtener su certificación en el año 2026 y posteriormente sean actualizados anualmente.

En el proceso de levantamiento de información también se incorporaron las Instituciones de Educación Superior -IES-, debido a la cercanía que mantienen con la temática abordada. Estas instituciones se constituyen en un referente de servicio no solo para las estudiantes, sino también para la comunidad en general. A partir del análisis realizado, se identificó que:

- La Universidad Central del Ecuador cuenta con un Grupo de Investigación de Psicología Clínica y Salud Mental.
- En los últimos quince años se ha producido un cambio en la formación académica, de las y los estudiantes de psicología ya que la salud mental antes se abordaba principalmente desde la perspectiva de las alteraciones, los trastornos y las secuelas.
- Antes las IES públicas contaban con la materia salud pública que permitía conocer temas vinculados a la prevención.
- Las IES deben incluir el ámbito de los derechos humanos

- La carrera de Psicología, que anteriormente se encontraba en la academia vinculada a las ciencias sociales, ahora en algunas instituciones de educación superior forma parte de las facultades relacionadas con el área de la salud.
- Todas las IES ofrecen servicios de psicología dirigidos a sus estudiantes y también al público en general, con tarifas reducidas según cada caso.
- Para las y los estudiantes todavía es un tabú la salud mental “es complejo, todavía hay estigma” (GFIES-M, 2025).
- Algunas universidades han incorporado la estrategia usuario fantasma, esta acción les permite obtener información valiosa sobre la experiencia del usuario, para realizar las mejoras que correspondan en el servicio.
- Las IES realizan un esfuerzo considerable para brindar servicios de psicología al público en general; no obstante, mantenerlos de manera abierta y permanente resulta poco sostenible. Por ello, se implementan de forma constante diversas estrategias orientadas a garantizar su continuidad y sostenibilidad.
- Cada IES dispone de un procedimiento establecido para que la ciudadanía pueda acceder a sus servicios, como es el caso de la atención psicológica.

En el caso del GAD Pichincha se conoció que cuenta con los siguientes servicios:

- WARMÍ Pichincha: es un conjunto de servicios gratuitos que tiene como objetivo la atención, protección y restitución de los derechos de las mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas de diversidades sexo-genéricas, y personas en situación de movilidad humana, víctimas de violencia intrafamiliar y de género, los servicios son:
 - Servicios de atención integral y especializada en áreas de trabajo social, psicología y legal, gratuita.
 - Atención para casos de Violencia de Género, 24 horas durante siete días a la semana ininterrumpidamente a través de la “Línea Gratuita 166”.
 - Ferias itinerantes “Warmi Salud”, atención a víctimas de violencia de género en el territorio y difusión de este servicio a través del traslado de los equipos profesionales al territorio.
 - Referencia a otros servicios del Gobierno Provincial de Pichincha, y de instituciones que son parte del Sistema Nacional para la atención y erradicación de la violencia contra las mujeres, para la reparación integral de derechos (GAD Pichincha, s/f).

El GAD Pichincha dispone de Centros de Salud que ofrecen atención especializada en salud mental, ubicados en Villaflores, Plaza de la República y Calderón-⁹

La información recopilada evidencia la amplia disponibilidad de servicios de salud mental en el DMQ. Sin embargo, aunque muchos de estos servicios ofrecen tarifas reducidas -dependiendo de la entidad-, su sostenibilidad continúa siendo un desafío constante para las instituciones responsables.

3.2 Salud mental y diversidades sexo-genéricas en el Distrito Metropolitano de Quito

Las personas titulares de derechos y las entidades que trabajan con personas de diversidades sexo-genéricas en el DMQ coinciden en un punto central: la salud mental no puede seguir siendo pensada como un asunto individual, clínico ni aislado del contexto

⁹ Información tomada de: <https://pichinchahumana.gob.ec/centros-de-salud-3/>

social. En ambos espacios emerge una lectura crítica de los modelos tradicionales de atención, particularmente del modelo biomédico, que reduce el malestar a síntomas y diagnósticos, dejando fuera las trayectorias de vida, las violencias estructurales y las desigualdades históricas que atraviesan a las personas de diversidades sexo genéricas en adelante LGBTI+.

Desde los relatos se evidencia una transición -todavía incompleta- hacia miradas más cercanas al modelo biopsicosocial, al enfoque de determinantes sociales y al modelo comunitario, donde el bienestar psíquico se entiende como una construcción relacional y territorial atravesada por condiciones materiales, vínculos afectivos, reconocimiento social y ejercicio efectivo de derechos.

El diálogo entre titulares y entidades no es lineal ni exento de tensiones. Mientras las personas narran sus experiencias desde el cuerpo, la memoria y la sobrevivencia, las entidades reconocen límites institucionales, brechas entre la normativa y la práctica, y desafíos estructurales para implementar enfoques integrales. Este cruce de miradas permite comprender no solo qué afecta la salud mental, sino por qué las respuestas existentes siguen siendo insuficientes.

3.2.1 Factores multidimensionales atravesados por la interseccionalidad

a) **Ámbito familiar: entre el rechazo y la familia elegida**

Ya en 2012, el *Estudio de caso sobre las Condiciones de Vida, Inclusión Social y Cumplimiento de Derechos Humanos de la población LGBTI en el Ecuador*, realizado por el INEC, documentó situaciones de rechazo, imposición, exclusión y violencia dentro del núcleo familiar hacia personas LGBTI del DMQ (CPD/GC-RT, 2025). Y en el 2021 la *Encuesta de Victimización en la Población LGBTIQ+ del Distrito Metropolitano de Quito*, elaborada por el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, confirmó la persistencia de estas dinámicas donde las personas encuestadas reportaron haber sufrido exclusión o marginación en el entorno familiar (Ibid.)

Durante el levantamiento de información para este informe, uno de los puntos de mayor coincidencia entre titulares y entidades es la identificación de la familia como un espacio ambiguo, que con frecuencia se lo visibiliza más como factor de riesgo que como factor protector. Desde las experiencias personales, se señala que la familia se constituye para esta población, generalmente como un lugar de expulsión, silenciamiento y violencia simbólica.

La familia tradicional no es un factor protector (...) y promueve el hecho de la familia elegida (ETD, 2025).

Las entidades refuerzan esta lectura, señalando que la familia suele ser el primer espacio donde se experimenta discriminación, incluso desde edades tempranas:

El primer espacio de violencia, discriminación y exclusión sigue siendo la familia (GFEA, 2025).

Ante este escenario, surge con fuerza la noción de familia elegida y de redes afectivas construidas fuera del parentesco biológico. Para muchas personas, especialmente mujeres trans, estas redes fueron y son clave para la sobrevivencia material y emocional, asumiendo roles de cuidado que el Estado y la familia nuclear no garantizaron.

Este elemento de familia elegida puede confluir con el modelo comunitario, donde el cuidado no se delega exclusivamente a instituciones formales, como la familia, sino que se construye a través de los vínculos cotidianos, solidarios y territoriales.

b) El cuerpo, el tiempo y las trayectorias de vida frente a los modelos tradicionales de atención en salud mental

En los relatos de las personas titulares de derechos aparece de forma transversal la vivencia del cuerpo como un territorio permanentemente vigilado, cuestionado y violentado. La salud mental no se experimenta únicamente como un estado interno o individual, sino como una respuesta constante a agresiones simbólicas, sociales e institucionales que recaen directamente sobre los cuerpos disidentes.

Para muchas personas, el agotamiento emocional no proviene de una condición personal, sino de la necesidad permanente de “defender la existencia”, de explicar quién se es y de anticiparse al rechazo, un desgaste cotidiano que rara vez es reconocido por los servicios de salud mental tradicionales

Una se cansa de tener que explicarles todo el tiempo (...) eso también te rompe la cabeza (ETD, 2025).

Desde las entidades, esta lectura es compartida al reconocer que la atención tradicional —de corte biomédico— no siempre logra comprender el impacto acumulativo de las microviolencias y de la exposición constante a contextos hostiles, discriminatorios y excluyentes:

No es un evento traumático aislado, es una suma diaria de violencias pequeñas que terminan afectando profundamente la salud mental (GFEA, 2025).

A esta limitación se suma la exclusión de dimensiones fundamentales de la vida que suelen quedar fuera de los procesos terapéuticos formales, como la espiritualidad, el sentido de vida y los saberes no hegemónicos. Algunas personas relatan haber encontrado contención emocional en prácticas espirituales, rituales comunitarios o cosmovisiones ancestrales, las cuales, en ciertos espacios institucionales, son deslegitimadas:

Cuando hablo de espiritualidad, algunos profesionales piensan que estoy delirando, pero para mí es una forma de sostenerme (ETD, 2025).

Desde las propias entidades se reconoce que la formación profesional ha privilegiado enfoques occidentales, racionales y clínicos, dejando poco espacio para integrar otras formas de comprensión del bienestar:

No estamos preparados para abordar la espiritualidad sin patologizarla (GFEA, 2025).

Esta mirada se profundiza al incorporar la dimensión del tiempo, la edad y las trayectorias generacionales. Las personas adultas, especialmente mujeres trans, relatan historias marcadas por la ausencia total de políticas públicas y de cualquier forma de acompañamiento institucional, lo que contrasta con experiencias más recientes en las que, aunque persisten barreras, existen al menos discursos de derechos.

Nosotras sobrevivimos sin Estado, sin psicólogos, sin nada (...) ahora recién hablan de salud mental (ETD, 2025).

Las entidades reconocen que esta brecha generacional implica necesidades diferenciadas que no están siendo abordadas adecuadamente:

No es lo mismo trabajar con jóvenes que con personas trans-adultas mayores que han vivido toda una vida de exclusión (GFEA, 2025, p. 4).

El momento histórico y las condiciones estructurales en las que cada generación vive influyen directamente en la salud mental y en las estrategias de afrontamiento desarrolladas a lo largo de la vida.

La evidencia académica refuerza estos hallazgos. En el ensayo Salud mental e identidad en la diversidad sexual: desafíos y factores de riesgo en personas LGBTQ+ se señala que los enfoques tradicionales de la salud mental tienden a centrarse en categorías diagnósticas y patologizantes, dejando de lado la experiencia vivida del cuerpo. Esta perspectiva médica puede ignorar el impacto del estigma corporal y de género, contribuyendo a la marginalización y a la reducción de la visibilidad de los cuerpos no normativos, lo que puede agravar los riesgos psicológicos en lugar de promover una salud mental integral (Chavarría et al., 2025). Esta crítica coincide con la idea de que los modelos tradicionales no reconocen ni validan la corporalidad diversa ni sus implicaciones para la salud mental de personas sexuadas fuera de la norma cisheteronormativa (Ibid.).

En conjunto, los testimonios de personas titulares y entidades, junto con la evidencia académica, confirman que los modelos tradicionales de atención en salud mental resultan insuficientes para comprender la experiencia corporal y las trayectorias de vida de las personas de diversidades sexo-genéricas. Al centrarse en diagnósticos individuales y enfoques biomédicos, estos modelos tienden a invisibilizar el desgaste emocional producido por violencias cotidianas, microagresiones y exclusiones históricas, así como a deslegitimar dimensiones clave de sostén como la espiritualidad y los saberes ancestrales y comunitarios.

Esta brecha evidencia la necesidad de fortalecer enfoques integrales, comunitarios basados en derechos, que reconozcan el cuerpo diverso y las trayectorias generacionales como dimensiones centrales de la salud mental, entendida no desde la patologización, sino desde la dignidad, el reconocimiento y las condiciones sociales de vida.

c) *Ámbito institucional: educación, salud y trabajo*

Las instituciones emergen como espacios donde se reproduce la violencia estructural que afecta la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas. En el ámbito educativo, las personas titulares de derechos relatan trayectorias marcadas por el acoso, la exclusión y la ausencia de herramientas institucionales para acompañar la diversidad, lo que impacta de manera temprana y sostenida en su bienestar emocional. Esta situación se ve profundizada por la ausencia de contenidos sobre diversidades sexo-genéricas y enfoques de derechos en la formación académica de las instituciones de educación superior, lo que deriva en prácticas profesionales poco sensibles, desactualizadas o incluso inadecuadas en los campos de la educación, la salud y el trabajo (RS CCD, 2026)

Si bien las entidades reconocen la existencia de normativas, manuales y lineamientos orientados a garantizar una atención con enfoque de derechos, su implementación sigue siendo débil y fragmentada. Como señalan las propias entidades: *“Hay manuales, pero*

la implementación no se da” (GFEA, 2025), evidenciando una brecha persistente entre el marco normativo y las prácticas institucionales cotidianas.

En el sistema de salud, tanto titulares como entidades coinciden en la desconfianza hacia los servicios, asociada a miradas cisnormativas, falta de formación y experiencias previas de revictimización.

No tengo confianza en el sistema de salud, público o privado (...) te preguntan desde una lógica que no entiende nuestras realidades(ETD, 2025).
(...) muchos profesionales, no tienen enfoque de género, enfoque de derechos y enfoque de diversidades (GFEA, 2025).

Esta brecha formativa se combina con la debilidad o inexistencia de procesos sistemáticos de sensibilización dirigidos no solo al personal técnico, sino también a equipos administrativos, de comunicación, seguridad y guardianía que interactúan cotidianamente con las personas usuarias. La falta de estos procesos contribuye a la reproducción de estereotipos, miradas excluyentes y prejuicios institucionales sobre las diversidades sexo-genéricas, afectando la percepción social, el trato recibido y, en consecuencia, la salud mental de quienes acceden a los servicios

En el ámbito laboral, la exclusión del empleo formal y la precarización económica aparecen como determinantes de la salud mental, especialmente para personas trans, reforzando la idea de que el bienestar psíquico sigue siendo un privilegio condicionado por el nivel socioeconómico.

Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, el empleo y las condiciones laborales tienen un impacto directo en la salud mental, en tanto configuran seguridad económica, reconocimiento social, autoestima y redes de apoyo. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud advierte que cuando el trabajo es precario, inestable o inseguro, se incrementan los riesgos psicosociales y los problemas de salud mental, señalando que *“hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo”*, especialmente en contextos de contratos temporales, informalidad o ausencia de protección laboral (OMS & Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2008). En el caso de las personas LGBTI, estas condiciones suelen verse agravadas por prácticas discriminatorias en el acceso, permanencia y ascenso laboral, lo que profundiza el estrés crónico, la ansiedad y el deterioro del bienestar emocional. Así, el ámbito laboral se configura como un determinante estructural clave que reproduce desigualdades y afecta de manera diferenciada la salud mental de esta población (ibid.)

d) Redes de apoyo, comunidad e interseccionalidad

Frente a la violencia institucional, la comunidad surge como el principal soporte. Para las personas titulares, la comunidad no es una abstracción, sino una práctica cotidiana de cuidado:

Comunidad no es un colectivo allá lejos, comunidad es esto, sentarnos a hablar, compartir vivencias, sostenernos (ETD, 2025).
La salud mental la hemos sostenido nosotras mismas, en los espacios que creamos con amor (ETD, 2025)
Mis amigas son mi terapia, ahí lloro, río, me descargo y me siento acompañada (ETD, 2025)

Las entidades reconocen que estas redes cumplen funciones que el Estado no garantizó en el pasado ni en el presente, especialmente cuando las identidades sexo-genéricas se cruzan con otras condiciones de vulnerabilidad como discapacidad, autoidentificación étnica, pobreza o movilidad humana.

Una persona trans con discapacidad está en el último eslabón de todas las filas (GFEA, 2025).

A la vez se identifica que en algunas ocasiones se conforman redes para ocultar procedimientos que pueden ser vulneradores de derechos o asociados con el tratamiento de problemas con alcohol y otras sustancias sujetas a fiscalización, y atrás de ello están procesos de deshomosexualización, a pesar de que están prohibidos en el país.

El artículo “Explorando la interseccionalidad: la comunidad LGBTQ+ y la salud mental”, publicado en la página Resilient Mind. Counseling PLLC analizó la relación entre la identidad LGBTQ+ y la salud mental desde el enfoque de la interseccionalidad, entendida como la interacción simultánea de múltiples ejes de desigualdad que atraviesan la vida de las personas. No se trata únicamente de orientación sexual o identidad de género, sino de cómo estas se cruzan con factores como la etnia, el nivel socioeconómico, la discapacidad, la edad, el territorio y las creencias culturales o religiosas, generando experiencias diferenciadas de exclusión, discriminación y acceso desigual a derechos (Counselling PLLC, 2024).

Además, durante el levantamiento de información se evidencia que las personas LGBTQ+ enfrentan mayores riesgos de afectaciones a la salud mental, no por su identidad en sí misma, sino por la exposición constante a estigmatización, violencia, rechazo familiar, discriminación institucional y barreras estructurales en el acceso a servicios de salud. Estas condiciones incrementan la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés crónico y otras afectaciones psicosociales (Ibid.)

3.2.2. Servicios de salud mental, modelos de atención y mecanismos de coordinación

a) Modelos de atención: entre el discurso y la práctica

Tanto titulares como entidades coinciden en que, pese a los avances normativos, en la práctica sigue predominando el modelo biomédico, centrado en el síntoma y la medicalización.

Los documentos dicen una cosa, pero en la práctica seguimos en el modelo biologicista (GFEA, 2025).

En el nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública (MSP) presenta un recorrido marcado por discontinuidades. El *Manual de atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex* (2016), actualmente derogado, evidenció que durante varios años el enfoque comunitario estuvo presente de manera incipiente y con escasa incorporación de las necesidades específicas de la población analizada en este acápite. Posteriormente, en 2022, el equipo de la Subsecretaría de Promoción de la Salud, Salud Intercultural e Igualdad del MSP elaboró un informe con el objetivo de actualizar dicho manual; sin embargo, fue recién en 2024 cuando este proceso se concretó con la emisión del *Manual de buenas prácticas en la atención integral de salud a personas de las diversidades sexo-genéricas*, lo que constituye un avance significativo en el reconocimiento de poblaciones históricamente excluidas.

En el Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha, los instrumentos se concentraron principalmente en la respuesta a la violencia de género y sexual de: NNA, mujeres, diversidades sexogenéricas, incorporando la salud mental como un componente clave de la atención integral. La *Guía de atención de casos de mujeres víctimas de violencia de género (2023)* y el *Protocolo de Atención para Casos de Violencia Sexual* evidencian un enfoque de protección de derechos que articula lo psicológico, lo social y lo legal, y visibiliza al grupo de análisis LGBTI+, tomando en cuenta que uno de los determinantes sociales que inciden en la salud mental están relacionados con las violencias a las que se ven expuestas los grupos antes mencionados.

Por su parte, la Secretaría de Salud del MDMQ presenta el desarrollo más amplio, sostenido y diversificado de instrumentos en materia de salud mental. Desde 2023 se observó una clara apuesta por un modelo comunitario, con énfasis en la prevención, la promoción del bienestar y la participación territorial. La existencia de estrategias, lineamientos, protocolos, metodologías y modelos —actualizados de forma progresiva entre 2023 y 2025— evidencia una política pública local en construcción permanente, que no se limita a la atención clínica, sino que incorpora redes comunitarias, intervenciones grupales y enfoques de corresponsabilidad social.

En conjunto, el análisis de la tabla que se presenta a continuación permite identificar que:

- El MSP avanzó de forma más lenta y fragmentada.
- El GAD Pichincha priorizó la salud mental en contextos de violencia, donde se detallan los procesos de actuación de los servicios prestados, la importancia de los niveles de coordinación y articulación, incluyendo de manera explícita a la población de diversidad sexo-genérica.
- El MDMQ consolidó una política local amplia, comunitaria y progresiva, sin embargo, se requiere la identificación de las particularidades de cada uno de los grupos de atención prioritaria, tomando en cuenta que el enfoque interseccional permite un análisis donde confluyen diferentes factores que pueden poner en una situación de mayor vulnerabilidad a la población LGBTI+.

Tabla No. 13 Instrumentos de política pública en los 3 niveles de gobierno -nacional, provincial y local-.

Entidad	Nombre del instrumento	Fecha
MSP	Guía de salud comunitaria	2016
	Manual de atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (derogado)	2016
	Protocolo “Atención integral a pacientes con desórdenes del desarrollo sexual”	2018
	Manual de buenas prácticas en la atención integral de salud a personas de las diversidades sexo genéricas	2024
Gad de Pichincha	Guía de atención de casos de mujeres víctimas violencia de género	2023
	Protocolo de Atención para Casos de Violencia Sexual en base a la Ley Orgánica que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes, y Mujeres en Caso de Violación	s/f
Secretaría de Salud-MDMQ	Estrategia de Agentes de Cambio en Salud Integral en el Distrito Metropolitano de Quito	Febrero 2023
	Lineamientos Generales para la Atención Integral de Salud en las Unidades Educativas Municipales del DMQ	2023
	Lineamientos para la Atención en el servicio de Tele consulta en Salud Mental	2023

Entidad	Nombre del instrumento	Fecha
	Protocolo de atención telefónica en casos identificados de riesgo suicida y emergencia psicológica	2023
	Estrategia de Salud Mental y Prevención del Suicidio	2023
	Modelo de Intervención Comunitaria	2023
	Lineamientos para la Gestión Comunitaria de la Salud Mental	2024
	Lineamientos para la Terapia Comunitaria Integrativa -TCI-	Junio 2024
	Lineamientos Operativos para el Funcionamiento de Redes Comunitarias en Salud Mental	Octubre 2024
	Metodologías para la promoción y prevención de la salud mental	2024
	Guía para intervenciones grupales a nivel comunitario	Octubre 2024
	Modelo de Salud Comunitaria	2024
	Manual de gestión de salud comunitaria	Enero 2025
	Lineamiento técnico de salud mental y prevención universal de adicciones para los equipos de salud comunitaria	Mayo 2025

Nota: Construcción propia, tomado de la información remitida por el MSP, GAD Pichincha y Secretaria de Salud del MDMQ.

A pesar de los avances mencionados las personas consultadas expresaron que:

(...) se desconoce los servicios que presta el MDMQ, y más aún con énfasis en las personas de diversidades sexo genérica (GF EA, 2025)

(...) hace algunas décadas los servicios iban a territorio, ahora ya no se observa esto (GF EA, 2025), lo que contradice las metodologías de trabajo en territorio con las comunidades.

Esto permite evidenciar, que la socialización de los servicios de los diferentes niveles de gobierno, que son los que implementan los instrumentos técnicos desarrollados, no son conocidos por los titulares de derechos. Además desde la experiencia de algunos profesionales de la salud consultados, tienen usuarios de servicios que comentan que “en procesos terapéuticos no se sienten acompañados”(GF EA, 2025), esto se debe a que son pocos los profesionales sensibles a las trayectorias diversas que viven las personas de la comunidad, considerando que existen una amplia diversidad, e incluso se diría que en el sector privado se puede tener algo más de apertura y sensibilidad que en los servicios públicos, aunque eso no exime que existan profesionales sin enfoque de derechos.

Esto evidencia que la socialización de los servicios por parte de los distintos niveles de gobierno es limitada y, en algunos casos, se realiza “mediante mensajes e imágenes que reproducen estereotipos y no representan la diversidad de las trayectorias de vida de las personas de diversidades sexo-genéricas”. Desde la experiencia de profesionales de la salud, algunas personas usuarias señalan que en los procesos terapéuticos “no se sienten acompañadas” (GF EA, 2025), lo que se relaciona tanto con prácticas de atención poco sensibles como con formas de comunicación institucional —públicas o privadas— que pueden reforzar la exclusión en lugar de promover confianza y cercanía.

El rol del psicólogo no es decirte qué hacer, es acompañarte en tus procesos (...) eso no está pasando (ETD, 2025).

Los actores consultados, coinciden en la necesidad de fortalecer un modelo comunitario, que incorpore el contexto, las redes y los determinantes sociales para una intervención integral.

b) Barreras estructurales, relacionales y económicas en el acceso y la continuidad de la atención en salud mental

Las personas participantes del grupo focal coinciden en que el acceso a los servicios de salud mental para personas de diversidades sexo-genéricas está atravesado por múltiples barreras de carácter estructural, institucional, económico y simbólico. Estas barreras no solo limitan el acceso inicial a los servicios, sino que inciden directamente en la continuidad de los procesos, en la calidad de la atención y en la percepción de seguridad y confianza hacia el sistema de salud, tanto público como privado.

De la información remitida por los tres niveles de gobierno se evidencia que el número de personas que se reconocen como parte de la población LGBTI+ en los registros institucionales es reducido, lo que da cuenta de limitaciones en los sistemas de información y posibles barreras para el autorreconocimiento en los servicios de salud mental.

Tabla No. 14: No. de personas de la comunidad LGBTI+ atendidas, en el año 2024, en los servicios que prestan los tres niveles de gobierno

Entidad	año	Identidad u orientación	No. de personas de la comunidad LGBTI+ acuden a los servicios
MSP	2024	Lesbiana	182
		Gay	799
		Bisexual	737
		Otro: ninguno	6482
GAD Pichincha	2024	Lesbiana	6
		Gay	10
		Bisexual	7
		Otro	-
Secretaría de salud del MDMQ	2024	Lesbiana	12
		Gay	21
		Bisexual	42
		Otro: No responde, no sabe no aplica	2916

Nota: Procesado según información remitida por el MSP, GAD Pichincha y MDMQ

A pesar de que el análisis del presente informe se centra en personas mayores de 18 años, se observa que en los servicios de psicología de la Secretaría de Salud del MDMQ se registran 82 niñas, niños y adolescentes entre 10 y 17 años que se identificaron como bisexuales, gay o lesbianas. En el caso del GAD Pichincha no se remitió información desagregada por grupos etarios, mientras que en el MSP se registraron únicamente tres adolescentes entre 15 y 17 años. Estos datos refuerzan la necesidad de revisar los sistemas de registro y las barreras que impiden una adecuada visibilización de las diversidades sexo-genéricas.

- **Barreras relacionadas con la formación y el enfoque de los y las profesionales**

Una de las barreras más reiteradas es el temor a ser atendidas por profesionales que no cuenten con enfoque de derechos, género y diversidad, lo que genera desconfianza y desalienta la búsqueda de ayuda.

Yo, como persona LGBTI, antes de ir a un psicólogo, primero pregunto si ha trabajado con personas LGBTI, porque existe el miedo de que te digan ‘eso te puedo curar’ (GF EA, 2025).

Las personas participantes señalan que la formación académica tradicional no incorpora de manera sistemática contenidos sobre diversidades sexo-genéricas, ni salud mental comunitaria, lo que obliga a muchos profesionales a formarse por iniciativa propia.

Ninguna universidad te habla de diversidades sexo-genéricas ni de salud mental comunitaria; nos hemos formado por nuestro propio interés (GF EA, 2025).

Si bien el MSP, el GAD Pichincha y el MDMQ, a través de la Secretaría de Salud, han generado instrumentos técnicos que reconocen estos enfoques, los procesos de capacitación existentes —cuando los hay— no se reflejan de forma consistente en una mejora de la calidad de la atención. Esto se traduce en prácticas centradas exclusivamente en el síntoma, sin considerar el contexto social, familiar y económico de las personas:

Se intenta trabajar solo el síntoma, sin indagar de dónde viene, y así la ansiedad vuelve (GF EA, 2025).

- **Barreras propias del sistema público de salud**

En los servicios públicos, las principales barreras identificadas son la saturación del sistema, los largos tiempos de espera y la discontinuidad de los procesos terapéuticos:

En el mejor de los casos te dan una cita mensual, en el peor una sola cita y ya “arregle sus cosas” (GF EA, 2025).

Estas limitaciones se vuelven especialmente graves en situaciones de crisis, donde la espera prolongada agrava el malestar emocional:

En el sistema público te toca esperar no un mes, sino tres meses para la siguiente cita. ¿Y mientras tanto qué pasa con tu cabeza? (GF EA, 2025).

Asimismo, se relatan experiencias de maltrato y atención inadecuada, particularmente hacia personas trans, lo que refuerza la percepción del sistema público como un espacio inseguro:

En el IESS y en el Ministerio de Salud Pública hemos sido maltratadas (...) no hemos encontrado quién nos ayude (GF EA, 2025).

Le mandaron a hacer exámenes como hombre, cuando necesitábamos saber sus niveles hormonales como mujer (GF EA, 2025).

- **Diferencias y límites de los servicios privados**

En contraste, los servicios privados son percibidos como espacios donde existe mayor tiempo de atención y continuidad. Sin embargo, su acceso está condicionado por la capacidad económica de las personas.

En lo privado la atención es de una hora, eso ya marca una diferencia enorme (GF EA, 2025).

No obstante, las personas participantes advierten que lo privado no garantiza necesariamente una atención respetuosa, ya que también existen profesionales que reproducen prácticas patologizantes:

También en lo privado hay psicólogos que han intentado ‘transformar’ la identidad sexo-genérica, y eso sigue pasando (GF EA, 2025).

Por esta razón, muchas organizaciones y profesionales independientes optan por derivar únicamente a profesionales previamente identificados como espacios seguros:

Si derivo a alguien, me aseguro de que sea un lugar seguro; al sistema público no sé a quién le va a tocar (GF EA, 2025).

- **Barreras económicas y la salud mental como privilegio**

El factor económico aparece como una barrera transversal que profundiza las desigualdades entre quienes pueden acceder a servicios privados y quienes dependen exclusivamente del sistema público.

Mientras no hablemos de que la salud mental es un derecho, seguirá siendo un privilegio (GF EA, 2025).

Esta situación afecta de forma más severa a personas que enfrentan múltiples condiciones de vulnerabilidad, como desempleo, discapacidad o exclusión familiar.

Actualmente no tenemos trabajo, nadie en mi núcleo familiar, y eso hace imposible sostener un proceso terapéutico (GF EA, 2025).

- **La relación terapéutica como barrera o factor protector**

El vínculo que se establece con él o la profesional puede convertirse en un espacio de acompañamiento y reparación, pero también, cuando no existe un enfoque respetuoso, es una nueva fuente de daño. La invalidación, el juicio moral o la patologización de la identidad rompen el vínculo terapéutico y transforman la atención en una experiencia revictimizante:

Acudí a un psicólogo y tuve muchísima negligencia (...) acudí a otro y fue mucho peor (ETD, 2025).

Cuando te invalidan en terapia, duele más que afuera (ETD, 2025).

Me dijeron que no era heterosexual por mi neurodivergencia, o que era sexo diverso porque era autista (ETD, 2025).

Las entidades reconocen que esta situación no siempre responde a mala fe, sino a una débil formación con un enfoque de derechos e interseccionalidad

No siempre hay mala fe, pero sí mucha ignorancia (GFEA, 2025).

- **Medicalización del malestar y silenciamiento de las causas**

Desde las voces de las personas titulares y de las entidades se cuestiona la tendencia a medicalizar el malestar sin abordar sus causas estructurales. Las personas relatan experiencias donde se prioriza la prescripción farmacológica sin un acompañamiento psicosocial suficiente.

Te medican para que aguantes, no para que cambie la situación (ETD, 2025).

No se trabajan las causas, solo las consecuencias (...) lo que importa es que sigas siendo productivo (ETD, 2025).

Esta lógica no solo invisibiliza las violencias estructurales, sino que silencia las experiencias de las personas al reducirlas a síntomas individuales. Incluso se reportan prácticas donde creencias espirituales, culturales o comunitarias son patologizadas.

Me dijeron que estaba loco porque creo en la energía de la tierra, de la Pachamama (...) eso no entra en el enfoque que están usando (ETD, 2025).

Las entidades reconocen que esta práctica responde, en parte, a un sistema sobrecargado y a la hegemonía del modelo biomédico.

Es más rápido medicar que trabajar el contexto (GF EA, 2025).

- **Fragmentación institucional y falta de continuidad del cuidado**

La falta de continuidad terapéutica aparece como una barrera crítica. Las personas expresan frustración ante procesos interrumpidos por cambios constantes de profesionales, ausencia de citas o experiencias negativas que llevan al abandono del servicio.

Cada vez que cuentas tu historia desde cero, se vuelve a abrir la herida (ETD, 2025).

Las entidades señalan que esta discontinuidad responde a factores estructurales como la rotación de personal, la precarización laboral y la ausencia de políticas sostenidas.

No hay estabilidad ni para los usuarios ni para los profesionales (GFEA, 2025).

Frente a estas rupturas, las personas identifican que, en muchos casos, son las redes comunitarias las que terminan sosteniendo los procesos de cuidado.

Al final, quienes sostienen somos nosotras mismas, la comunidad (ET, 2025).

c) Coordinación interinstitucional

La Ley Orgánica de Salud Mental define la salud mental como una responsabilidad estatal que debe implementarse bajo un modelo integral y comunitario, lo que implica necesariamente la articulación entre sectores y niveles de gobierno. Este mandato se operacionaliza de manera más concreta en el Reglamento General, que desarrolla mecanismos, actores y ámbitos específicos de coordinación.

Dentro de las funciones de coordinación del MSP como ente rector en materia de salud se encuentran:

- Conformar mesas técnicas de articulación intersectorial e interinstitucional, a nivel nacional y local, con instituciones del Sistema Nacional de Salud, GAD y otras entidades vinculadas a la red de servicios de salud mental (RGLOSM, 2024, Article 14)
- Coordinar acciones de promoción, prevención, atención integral, inclusión socioeconómica y protección de derechos, con enfoque territorial y de derechos humanos (ibid.).
- Definir y regular los mecanismos de referencia, contrarreferencia y derivación entre niveles y entre instituciones del Sistema Nacional de Salud (RGLOSM, 2024, Article 40)
- Coordinar con otros entes rectores (educación, trabajo, inclusión social, justicia, vivienda) y los GAD la implementación de acciones intersectoriales vinculadas a la salud mental – promoción, prevención, apoyo, inclusión socio-comunitaria y (RGLOSM, 2024, Articles 18-20-21-23-27–29)

El Reglamento establece una obligación explícita de coordinación con los GAD (RGLOSM, 2024, Article 19):

- Implementar planes, programas y proyectos de promoción y prevención en salud mental, con énfasis en grupos prioritarios
- Articular el sistema de protección de derechos, incluyendo la coordinación con Juntas Cantonales y Consejos Cantonales de Protección de Derechos, para garantizar el acceso oportuno a servicios de salud mental en casos de amenaza o vulneración de derechos, especialmente de niñas, niños y adolescentes
- Participar en procesos de inclusión socio comunitaria, alineados con el modelo comunitario de salud mental

En general, el marco normativo establece unos lineamientos de cumplimiento obligatorio para el diseño e implementación de mecanismos de interinstitucional, con énfasis en redes, mesas técnicas, rutas de atención, derivación formal y continuidad del cuidado.

En el caso del Municipio del DMQ, los instrumentos elaborados por la Secretaría de Salud plantean principalmente una coordinación de carácter funcional y operativo, orientada a la derivación de casos, la atención de emergencias y la articulación puntual entre servicios de la municipalidad. De acuerdo con la información remitida por la Secretaría de Salud del MDMQ, las acciones de coordinación les permitieron fortalecer "(...) la continuidad del cuidado, garantizando que los pacientes cuya condición supera la capacidad resolutoria de los establecimientos municipales sean derivados oportunamente a servicios de mayor complejidad. Esto ha permitido, asegurar el cierre del ciclo de atención y cubrir de manera integral las necesidades de salud de la población" (SS MDMQ, 2025).

Por su parte, el Gobierno de la Provincia de Pichincha presenta un enfoque más desarrollado en la *Guía de atención de casos de mujeres víctimas de violencia de género que acuden al Centro Integral de Protección de Derechos Warmi Pichincha*. En este documento se establecen de manera clara tres niveles de coordinación: una coordinación interna entre las áreas del propio servicio Warmi Pichincha; una coordinación intrainstitucional con otros servicios del GAD Pichincha; y una coordinación interinstitucional con entidades públicas, privadas y comunitarias competentes, lo que permite una respuesta más ordenada, integral y articulada frente a situaciones de vulneración de derechos.

Frente a esto, los titulares y las entidades o profesionales consultados coinciden en que la coordinación y articulación entre los sectores involucrados en la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas es:

- Frágil e inestable.
- La articulación entre salud, educación, inclusión social y otros sectores no se percibe como un sistema continuo de cuidado, sino como esfuerzos aislados que se activan o desactivan según el contexto político y los cambios de autoridades.
- Los cambios frecuentes de autoridades y equipos interrumpen la continuidad de los procesos, generan desgaste y desconfianza, y debilitan el cuidado en salud mental, haciendo que la coordinación dependa más de compromisos personales que de mecanismos institucionales estables.
cambian las autoridades, viene un nuevo director, y es volver a empezar desde cero (...) no hay una sostenibilidad en la política ni en la normativa (GFEA, 2025) (ETD, 2025)
- La falta de voluntad institucional limita la efectividad de cualquier esfuerzo comunitario o de la sociedad civil.
(...) por más voluntad que tenga una organización, si no hay voluntad de la entidad pública, no te abren las puertas(ETD, 2025)
- La distancia entre la norma y la práctica convierte la coordinación en un proceso informal, personalista y no sostenible, contrario a lo que establece el modelo comunitario de salud mental:
(...) la normativa nos obliga a hacer articulación, pero los documentos lindos hay que hacerlos carne (...) y eso es una pelea constante (GFEA, 2025).

Desde las titulares hacen una crítica sobre quiénes participan en los espacios de coordinación, señalando que la concentración de recursos y vocerías en determinadas organizaciones de sociedad civil, invisibilizan otras experiencias y saberes comunitarios.

Siempre se consulta a las mismas organizaciones (...) y se silencian otras vocerías (ETD, 2025).

Un punto de convergencia es la ausencia de mecanismos formales y claros de derivación, referencia y seguimiento intersectorial, pese a que el Reglamento de la LOSM lo contempla de manera explícita (RGLOSM, 2024, Article 40). Desde las entidades se señala que, aunque la normativa reconoce la necesidad de coordinar, en la práctica no existen rutas institucionalizadas que garanticen una atención integral y sostenida.

desde una fundación no es posible derivar formalmente a una institución pública (...) todo se hace por contactos personales, no porque exista un mecanismo institucional que garantice la atención (GFEA, 2025).

Te derivan de un lugar a otro, terminas en la prefectura, luego en otro lado, y al final nunca tuviste tu cita de atención psicológica (GFEA, 2025).

Titulares de derechos y entidades coinciden en que la desconfianza histórica de la población LGBTIQ+ hacia los sistemas públicos constituye una barrera estructural para la coordinación interinstitucional, especialmente cuando no se garantiza una atención con enfoque de derechos, género y diversidad. Como señalan las propias entidades, “las personas LGBTI tienen una seria desconfianza en los sistemas públicos, y es una realidad” (GFEA, 2025). Esta falta de articulación sostenida no solo debilita la eficiencia de los servicios, sino que impacta directamente en la salud mental, al generar incertidumbre, desgaste emocional y la sensación permanente de retroceso en la garantía de derechos, evidenciando que una coordinación intersectorial sólida es indispensable para sostener procesos de cuidado y acompañamiento que no se diluyan frente a cambios políticos o administrativos.

d) Limitaciones metodológicas y uso de categorías rígidas en la producción de información

A partir del diálogo entre personas titulares de derechos y entidades, surge una preocupación compartida en torno a cómo se produce la información estadística y qué efectos tiene esa forma de medición en la comprensión de la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas. Aunque las voces provienen de lugares distintos, coinciden en señalar que los sistemas actuales de registro no logran captar la complejidad de las experiencias de vida ni las trayectorias de exclusión que atraviesan a esta población.

Desde las entidades se reconoce que uno de los principales nudos críticos es el uso de categorías rígidas y poco sensibles a la diversidad, que empobrecen la lectura de la realidad. Como se señala, “seguimos midiendo desde categorías muy rígidas” (GFEA, 2025), reduciendo las experiencias de las personas a clasificaciones simplificadas — como sexo binario o acceso a servicios— sin considerar los procesos de exclusión, violencia y desigualdad que las atraviesan. Tanto las entidades como las personas titulares de derechos coinciden en que esta forma de registro reproduce un enfoque biomédico, centrado en el síntoma, y se aleja de una comprensión biopsicosocial y comunitaria de la salud mental, que reconozca los contextos, las trayectorias de vida y las relaciones sociales que influyen en el bienestar.

Las personas titulares de derechos, desde su experiencia concreta, coinciden con esta mirada al evidenciar que la falta de información desagregada y contextualizada termina borrando historias de vida atravesadas por la discriminación, e impide comprender que el abandono del sistema educativo, la expulsión del hogar, la exclusión del empleo formal o el deterioro de la salud mental no responden a un “trastorno” aislado, sino a la acumulación sostenida de exclusiones a lo largo de la vida.

No hay una desagregación de las necesidades (...) no hay un análisis de qué pasó, porque te identificas como una persona gay y tuviste violencia en tu casa, no pudiste estudiar, no puedes trabajar (GFEA, 2025).

A ello se suma la dificultad para articular la identidad sexo-genérica con otras condiciones como discapacidad, pobreza, movilidad humana o pertenencia étnica, lo que invisibiliza la interseccionalidad y limita la posibilidad de diseñar respuestas diferenciadas.

Asimismo, la información remitida por el Ministerio de Salud Pública y por la Secretaría de Salud del MDMQ evidencia debilidades en la forma en que se registran los datos. Por ejemplo, en algunos casos se consigna el sexo como “mujer” y el género como “gay”, lo que revela confusión conceptual, al no conocer la diferencia entre sexo, identidad de género, orientación sexual y expresión de género y posiblemente asumir que se trata de lo mismo; además de limitar la calidad de la información disponible. Esta inconsistencia no solo afecta el análisis estadístico, sino que también dificulta la comprensión de las realidades que viven las personas y la adopción de decisiones informadas desde un enfoque de derechos. Por lo tanto, cuando la información es inconsistente, las personas desaparecen en los datos. Por lo que no es posible identificar brechas reales, riesgos diferenciados, ni barreras específicas que enfrentan ciertos grupos.

El análisis evidencia que la salud mental de las diversidades sexo-genéricas en el Distrito Metropolitano de Quito no puede abordarse desde una lógica individual ni exclusivamente clínica, pues el malestar psíquico se construye en la interacción de factores personales, familiares, institucionales y comunitarios, atravesados por desigualdades y discriminación. Aunque existen marcos normativos y servicios con enfoque de derechos, en la práctica persisten modelos biomédicos, respuestas fragmentadas, débil producción de información y una coordinación interinstitucional inestable, lo que afecta el acceso seguro y la continuidad del cuidado. Frente a ello, se reafirma la urgencia de implementar modelos de atención comunitarios, interseccionales y territorializados que reconozcan las trayectorias de vida y sitúen la salud mental como un derecho humano garantizado de manera integral y corresponsable por el Estado.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

Se presentan a continuación las conclusiones organizadas en dos bloques. En primer lugar, se exponen las conclusiones relacionadas con el grupo poblacional de mujeres y, posteriormente, aquellas vinculadas con la población de diversidades sexo-genéricas, integrando tanto conclusiones transversales como específicas.

4.1.1 Mujeres

1. El país dispone de una Ley Orgánica de Salud Mental que reconoce y promueve el modelo comunitario como eje central de la atención, constituyéndose en un marco normativo de obligatorio cumplimiento. Esta ley resulta fundamental para avanzar hacia un sistema de atención integral, territorialmente cercano y centrado en las personas.
2. De la información recopilada se desprende que la salud mental de las mujeres se ve principalmente afectada por factores estructurales e interrelacionados, entre los que destacan las distintas formas de violencia -física, psicológica, patrimonial y gineco-obstétrica-, el desempleo, la limitada participación en el sistema educativo y la sobrecarga asociada a las tareas de cuidado de otros. Estos factores, al acumularse a lo largo de la vida, generan impactos sostenidos en el bienestar emocional de las mujeres.
3. El estigma y el tabú en torno a la salud mental persisten en los entornos familiares y sociales, lo que limita la posibilidad de que las mujeres expresen su malestar, busquen apoyo oportuno y sostengan procesos de atención.
4. El alto costo de la atención psicológica y psiquiátrica en el ámbito privado, sumado a las dificultades de acceso a los servicios públicos y de la seguridad social, restringe de manera significativa el derecho de las mujeres a una atención continua y oportuna en salud mental, profundizando las brechas de desigualdad.
5. La sobrecarga de trabajos de cuidado no remunerado, naturalizado desde la infancia y reforzada por estereotipos de género, junto con las múltiples formas de violencia, impacta de manera significativa en la salud mental de las mujeres. Estas condiciones se intensifican cuando se intersecan con otros factores como la pobreza, la ruralidad, la discapacidad u otras situaciones de vulnerabilidad.
6. Las redes de apoyo familiar y comunitario, así como las prácticas de crianza corresponsable y respetuosa, surgen como factores protectores clave para la salud mental de las mujeres.
7. En los servicios de salud mental disponibles para las mujeres coexisten dos modelos de atención: uno predominantemente biomédico, centrado en la medicación y el control del síntoma, y otro biopsicosocial, orientado a una comprensión integral de la persona.
8. De la información analizada se identificó que la Secretaría de Salud del MDMQ, se encuentra en proceso de obtención de su permiso de funcionamiento de la Unidad Metropolitana de Salud Centro y la Unidad Metropolitana de Salud Sur.
9. Las experiencias relatadas evidencian que la medicalización, cuando no se acompaña de un abordaje integral, puede generar efectos adversos y desconfianza en las mujeres y sus familias. A esto se suma la interrupción de terapias por razones económicas, lo que deriva en retrocesos en los procesos de atención y en decisiones clínicas que priorizan la medicación ante la falta de alternativas sostenidas.

10. El Ministerio de Salud Pública desarrolló un amplio conjunto de guías, protocolos y modelos de atención en salud mental, muchos de ellos previos a la Ley Orgánica de Salud Mental de 2024. Esta acumulación normativa requiere procesos sistemáticos de evaluación y actualización para asegurar coherencia, vigencia y aplicación efectiva conforme al nuevo marco legal vigente.
11. La Secretaría de Salud del MDMQ y el GAD de Pichincha consolidaron instrumentos y modelos alineados con el enfoque biopsicosocial, comunitario y de derechos, evidenciando un desarrollo sostenido en la planificación y gestión de la salud mental. Pero estos avances aún requieren mayor implementación, difusión, evaluación y articulación para consolidarse como referentes efectivos para la ciudadanía.
12. La información remitida por las entidades públicas evidencia que existen mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Salud del MDMQ y el GAD Pichincha, especialmente en los procesos de derivación, permitiendo en ciertos casos reducir tiempos de espera y facilitar el acceso a servicios especializados.
13. La articulación con casas de acogida, redes de atención y proyectos dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género constituye un pilar fundamental para garantizar un abordaje integral que combine atención en salud mental, contención psicosocial, medidas de protección y restitución de derechos. Sin embargo, la sostenibilidad y efectividad de estos espacios depende de su fortalecimiento mediante recursos humanos y financieros adecuados, así como de la implementación de garantías laborales y estrategias de autocuidado para los equipos que los sostienen. Las entidades reconocen que la coordinación interinstitucional constituye un elemento central para la implementación de la política pública de salud mental, al facilitar la integración de recursos humanos, financieros y técnicos, así como la construcción de estrategias comunes con enfoque intersectorial y comunitario.
14. En el Distrito Metropolitano de Quito, en algunos barrios existen espacios comunitarios de carácter ciudadano donde se abordan diversos temas, entre ellos la salud mental. Estos espacios, construidos desde la organización y participación de la comunidad, se han constituido en referentes de acompañamiento, escucha y cuidado colectivo, especialmente en contextos donde la respuesta institucional resulta limitada o insuficiente.
15. En el DMQ hay una diversidad de entidades públicas, privadas, comunitarias y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud mental de las mujeres. Sin embargo, esto no se traduce en un acceso oportuno, debido a listas de espera prolongadas en los sistemas público o a los costos no accesibles de los servicios privados, y la saturación de los espacios comunitarios, lo que limita el acceso a la salud mental de las mujeres.

4.1.2 Diversidades sexo genéricas

1. La Ley Orgánica de Salud Mental y su Reglamento incorporan principios fundamentales como el enfoque de derechos humanos, la integralidad, la atención comunitaria y la corresponsabilidad interinstitucional, lo que constituye un avance significativo en el reconocimiento de un modelo comunitario, psicosocial y basado en derechos, sin embargo, los cambios normativos no han sido suficientes para transformar los patrones socioculturales que generan estigmas, exclusión, discriminación y rupturas en sus vínculos familiares y sociales, todo esto afecta de

- manera directa la salud mental y el bienestar de esta población de diversidades sexo genéricas.
2. En 2016, el Ministerio de Salud Pública (MSP) elaboró el primer instrumento de política pública específico para la atención de personas de diversidades sexo-genéricas, actualizado en 2024. Este marco normativo constituye un avance relevante en el reconocimiento formal del derecho a una atención en salud mental con enfoque de derechos y diversidad.
 3. Aunque en los tres niveles de gobierno existen instrumentos normativos y técnicos que incorporan enfoques comunitarios, de derechos y psicosociales, tanto las personas titulares de derechos como las entidades que trabajan con población LGBTI coinciden en que, en la práctica cotidiana, continúa predominando un modelo de atención en salud mental de carácter biomédico, centrado en el síntoma y el diagnóstico individual. La implementación de estos instrumentos, además, depende en gran medida de la voluntad de determinados equipos o servidores públicos y no incorpora de manera explícita un enfoque interseccional que reconozca los múltiples factores que atraviesan las trayectorias de vida de las personas y que pueden profundizar el deterioro de la salud mental de las diversidades sexo-genéricas.
 4. Frente al desarrollo de instrumentos técnicos relacionados con salud mental, se observa que cada nivel de gobierno tiene avances diferenciados:
 - a. A nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública ha desarrollado instrumentos de salud mental para la población en general y para problemáticas específicas, como el consumo de alcohol y otras sustancias, pero cuenta únicamente con dos instrumentos orientados de manera específica personas intersex y diversidades sexo-genéricas.
 - b. El GAD Pichincha concentra su intervención principalmente en contextos de violencia hacia mujeres, incluyendo de forma explícita a las diversidades sexo-genéricas, lo que permite su visibilización en situaciones particulares de vulneración.
 - c. El MDMQ, por su parte, ha avanzado progresivamente hacia un modelo comunitario más amplio; sin embargo, persiste el desafío de incorporar de manera explícita y con un enfoque específico a la población de diversidades sexo-genéricas en los instrumentos de salud mental.
 5. Esta brecha entre la normativa, los instrumentos técnicos y su aplicación efectiva limita la continuidad de la atención, el cumplimiento de estándares mínimos de calidad y la consolidación de un modelo de salud mental comunitario, psicosocial e interseccional.
 6. El acceso a los servicios de salud mental para las personas de diversidades sexo-genéricas se encuentra limitado por un conjunto de factores interrelacionados que operan de manera simultánea y acumulativa:
 - a. Factores formativos y de enfoque, relacionados con:
 - i. La ausencia de contenidos sobre diversidades sexo-genéricas y enfoques de derechos en la formación académica de las instituciones de educación superior, lo que deriva en prácticas profesionales poco sensibles o inadecuadas.
 - ii. La escasa o nula incorporación de temáticas relacionadas con diversidades sexo-genéricas, modelo comunitario, enfoques de derechos y determinantes sociales de la salud en los procesos de formación y capacitación impulsados por las entidades públicas.

11. Durante el levantamiento de información se evidenció que, en el ámbito institucional, los sectores de educación, salud y trabajo pueden funcionar tanto como espacios de reproducción de desigualdades como potenciales escenarios de protección, según las condiciones estructurales, las prácticas institucionales y los enfoques desde los cuales se implementan los servicios:
 - a. En el ámbito educativo, las experiencias recogidas evidencian la persistencia de situaciones de acoso y exclusión, así como una débil o nula implementación de herramientas institucionales para acompañar de manera adecuada la diversidad sexo-genérica. Configurándose como factores de riesgo que genera impactos tempranos y sostenidos en la salud mental, llegando en algunos casos a derivar en intentos autolíticos.
 - b. En el ámbito laboral, la exclusión del empleo formal, la precarización económica y la discriminación —que afectan con mayor intensidad a las personas trans— se configuran como factores de riesgo que inciden directamente en la salud mental, reforzando situaciones de estrés crónico, ansiedad y deterioro del bienestar emocional. En contraste, el acceso a un trabajo digno y con protección social emerge como un factor protector clave, ya que fortalece la seguridad económica, el reconocimiento social, la autoestima y las redes de apoyo, confirmando la relación entre condiciones laborales y salud mental advertida por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
12. Las afectaciones a la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas no se relacionan con su identidad, sino con la vivencia de un cuerpo constantemente vigilado, cuestionado y patologizado en ámbitos como la educación, la salud y el trabajo, así como con trayectorias marcadas por discriminación, rechazo y estigmatización social, que generan un desgaste emocional sostenido.
13. Existe una brecha generacional profunda en la atención de la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas, especialmente de las mujeres trans y de las personas adultas mayores, cuyas trayectorias de vida se construyeron sin políticas públicas ni servicios accesibles y culturalmente pertinentes. Esta ha dado paso a la internalización del estigma, afectando la autoestima y como se perciben a sí mismas, provocando la búsqueda de atención tardía, desarrollando estrategias de afrontamiento en soledad, por la exclusión y la falta de acompañamiento institucional.
14. Aunque la Ley Orgánica de Salud Mental y los instrumentos sectoriales reconocen la coordinación interinstitucional como un componente clave, en la práctica esta articulación continúa siendo débil, informal y dependiente de voluntades individuales y coyunturas políticas. Desde la perspectiva de actores externos y de la sociedad civil, cuando se intentan activar esta coordinación no resulta efectiva, lo que provoca interrupciones en los procesos ante los cambios de autoridades, debilita la continuidad del cuidado en salud mental y traslada la carga de la articulación a las propias personas usuarias.
15. Las redes de apoyo o redes comunitarias se configuran en una doble dimensión: por un lado, como espacios protectores donde las personas LGBTI+ encuentran acompañamiento, apoyo económico, sostén emocional y escucha; y, por otro, como entornos que, en determinados contextos, reproducen prácticas de ocultamiento o encubrimiento de procesos de deshomosexualización, evidenciando tensiones internas dentro de las propias dinámicas comunitarias.
16. Las entidades reconocen que estas redes de apoyo cumplen funciones que el Estado no garantizó en el pasado ni en el presente, especialmente cuando las identidades

- sexo-genéricas se cruzan con otras condiciones de vulnerabilidad como discapacidad, autoidentificación étnica, pobreza o movilidad humana
17. El escaso desarrollo de investigaciones que analicen la incidencia de los determinantes sociales en la vida de las personas y más aún de quienes pertenecen a grupos de atención prioritaria o en situación de vulnerabilidad como las diversidades sexo genéricas.
 18. El MSP si bien cuenta con información publicada en la página institucional, sin embargo, la desagregación es únicamente por sexo y no por género, orientación sexual e identidad de género.
 19. El análisis de la información oficial remitida por el MDMQ y el GAD Pichincha evidencia algunas limitaciones en los sistemas de registro en salud mental dirigidos a las personas de diversidades sexo-genéricas. Si bien existe desagregación por sexo y orientación sexual -principalmente en las categorías lesbiana, gay y bisexual-, persiste la ausencia de información de identidad de género, así como la falta de variables que permitan identificar pertenencia a pueblos y nacionalidades, condición de discapacidad o situación de movilidad humana. Esto limita el análisis interseccional, la planificación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas con enfoque de derechos.
 20. Pese a la vigencia del *Registro Administrativo de Variables Sexo-Género para las Instituciones del Estado*, establecido mediante el Acuerdo Nro. MMDH-MMDH-2024-0001-A, este instrumento aún no ha sido incorporado de manera efectiva en los sistemas de información institucionales, profundizando las brechas existentes en la producción de información para la toma de decisiones públicas.

4.2 Recomendaciones

En función de las conclusiones previamente expuestas, se presentan las recomendaciones estructuradas bajo el mismo criterio. En primer término, se desarrollan las recomendaciones dirigidas al grupo poblacional de mujeres y, a continuación, las correspondientes a la población de diversidades sexo-genéricas, diferenciadas según la entidad rectora responsable de su implementación.

4.2.1 Mujeres

Ministerio de Salud Pública -MSP-

1. Fortalecer las acciones de cuidado y protección de la salud mental del personal de salud del MSP, garantizando condiciones laborales adecuadas y la implementación de estrategias de autocuidado institucional sostenidas en el tiempo.
2. Actualizar y difundir los instrumentos técnicos -manuales, guías, protocolos, normas, entre otros de salud mental dirigidas a mujeres, asegurando la alineación con la Ley Orgánica de Salud Mental. Este proceso debe garantizar un enfoque comunitario, interseccional y basado en derechos.
3. Fortalecer los servicios de salud mental mediante la asignación planificada, suficiente y permanente de recursos financieros y humanos, evitando la precarización de los equipos de atención. mujeres.
4. Ampliar la oferta pública de atención psicológica y psiquiátrica prioritaria para mujeres, especialmente aquellas que enfrentan situaciones de violencia, pobreza, discapacidad o que habitan en zonas rurales, con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos y evitar su interrupción.
5. Diseñar, implementar y evaluar procesos de formación continua dirigidos al personal de salud, integrando enfoques de género e interseccionalidad, así como estándares en salud mental. Estos procesos deberán incluir de manera específica los efectos de la sobrecarga del trabajo no remunerado en la salud de las mujeres.
6. Coordinar una reunión interinstitucional con los ministerios pertinentes -Gobierno; Educación Deporte y Cultura -incluir a las IES-; Desarrollo Humano, entre otros- con el fin de diseñar y establecer una estrategia permanente de cuidado y protección de la salud mental del personal técnico de las distintas carteras de Estado, especialmente aquellos que trabajan en temas relacionados con la violencia hacia grupos de atención prioritaria y en el ámbito de la salud mental.

Secretaría de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

1. Consolidar el proceso de implementación del Plan Metropolitano de Salud Mental, garantizando que las acciones dirigidas a mujeres se desarrollen en los territorios con un enfoque integral, priorizando la promoción, la prevención y el acompañamiento comunitario, más allá de la atención de casos en fases agudas.
2. Coordinar una reunión con el Gobierno Autónomo Descentralizado de Pichincha, para un intercambio de experiencias, metodologías, y buenas prácticas, que permita fortalecer la articulación interinstitucional y enriquecer las estrategias de atención en salud mental en el territorio.

3. Fortalecer los servicios de salud mental mediante la asignación planificada, suficiente y permanente de recursos financieros y humanos, evitando la precarización de los equipos de atención.
4. Fortalecer la articulación con organizaciones de la sociedad civil y comunitarias presentes en el territorio, con el propósito de consolidar y ampliar las acciones de salud mental en la comunidad.
5. Difundir la normativa vigente sobre salud mental y los servicios existentes en el DMQ incorporando la participación de las Instituciones de Educación Superior-.
6. Fortalecer la articulación de los servicios de la Secretaría Metropolitana de Salud y los demás servicios municipales de atención a mujeres víctimas de violencia -Juntas de Protección de Derechos; Centros de Equidad y Justicia, entre otros-, garantizando rutas claras y ágiles que integren atención psicológica, protección, acompañamiento social y restitución de derechos.
7. Fortalecer las acciones de cuidado y protección de la salud mental del personal técnico municipal, garantizando condiciones laborales adecuadas y la implementación de estrategias de autocuidado institucional sostenidas en el tiempo.
8. Diseñar, implementar y evaluar procesos de formación continua dirigidos al personal de salud, integrando enfoques de género e interseccionalidad, así como estándares en salud mental. Estos procesos deberán incluir de manera específica los efectos de la sobrecarga del trabajo no remunerado en la salud de las mujeres.
9. Continuar con el trámite correspondiente para la obtención del permiso de funcionamiento de la Unidad Metropolitana de Salud Centro y la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha

1. Realizar el seguimiento, la evaluación y difusión de la implementación de los instrumentos de salud mental desarrollados por el GAD Pichincha asegurando la alineación con la Ley Orgánica de Salud Mental. Este proceso debe garantizar un enfoque comunitario, interseccional y basado en derechos.
2. Fortalecer una estrategia educomunicacional para la difusión de los servicios que ofrece el GAD Pichincha, garantizando que la población no solo los conozca, sino que acceda de manera equitativa a la oferta disponible en salud mental.
3. Impulsar mecanismos permanentes de coordinación interinstitucional con el MSP, el MDMQ y entidades de sociedad civil y comunitarias, que permitan mejorar la derivación, continuidad del cuidado y seguimiento de los procesos de atención en salud mental de las mujeres.
4. Desarrollar e implementar de manera sistemática las acciones de cuidado y protección de la salud mental del personal técnico del GAD Pichincha que trabaja con mujeres en situación de violencia, promoviendo condiciones laborales dignas, estabilidad contractual y estrategias de autocuidado institucional que prevengan el desgaste emocional y el agotamiento laboral.
5. Diseñar, implementar y evaluar procesos de formación continua dirigidos al personal de salud, integrando enfoques de género e interseccionalidad, así como estándares en salud mental. Estos procesos deberán incluir de manera específica los efectos de la sobrecarga del trabajo no remunerado en la salud de las mujeres.

Ministerio de Gobierno

1. Fortalecer los Servicios Especializados de Protección Especial, mediante la elaboración de procedimientos específicos para el cuidado y la protección de la salud mental del personal técnico, con el fin de prevenir el desgaste emocional, el agotamiento laboral y la rotación permanente de equipos que atienden situaciones de violencia de género e intrafamiliar.
2. Diseñar, implementar y evaluar procesos de formación continua dirigidos al personal de los servicios de protección integral que atienden casos de violencia de mujeres.

4.2.2 Diversidades sexo genéricas

Recomendaciones Generales

Ministerio de Salud Pública, Gobierno Autónomo Descentralizado de Pichincha y Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

1. Fortalecer e institucionalizar mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, sustentados en protocolos claros, permanentes y con responsabilidades definidas, para garantizar la continuidad del cuidado, el seguimiento de casos y respuestas integrales frente a situaciones de alta complejidad psicosocial. Esto evita que sean las propias personas quienes deban asumir la carga de gestionar y articular apoyos entre distintos sectores, y permite asegurar intervenciones oportunas, articuladas y efectivas desde el enfoque de derechos.
2. Identificar y fortalecer espacios permanentes de diálogo y coordinación con la sociedad civil y entidades comunitarias para garantizar una participación efectiva y vinculante en el diseño, implementación y seguimiento de las políticas de salud mental, fortaleciendo procesos de cuidado más cercanos, sostenidos y corresponsables
3. Incorporar y fortalecer de manera sistemática acciones de cuidado institucional dirigidas a los equipos de salud que trabajan temáticas relacionadas con la salud mental, reconociendo el desgaste emocional y la carga psicosocial que implica la atención en contextos atravesados por discriminación persistente, violencia estructural y exclusión social. Estas acciones —que pueden incluir espacios de contención emocional, supervisión técnica, acompañamiento psicosocial, protocolos de prevención del burnout y condiciones laborales adecuadas— contribuyen a la sostenibilidad de los equipos, a la mejora de la calidad del cuidado brindado y a la construcción de entornos laborales más saludables, éticos y corresponsables con la garantía de derechos.
4. Generar e implementar acciones sostenidas de promoción, y sensibilización, en el marco de lo que establece la Ley Orgánica de Salud Mental frente a los deberes del Estado, dirigidas a servidores públicos -personal médico, administrativo y de guardianía que tienen contacto con los usuarios-, familias y sociedad en general, orientadas a prevenir y erradicar la estigmatización, discriminación y revictimización hacia las personas de diversidades sexo-genéricas
5. Revisar, adecuar y fortalecer los sistemas de información en salud mental, a través de la actualización de las categorías de registro -sexo, género, identidad de género, para incorporar criterios claros, consistentes y respetuosos de la diversidad sexo-genérica,

generando además condiciones de confianza para que las personas puedan reconocerse sin temor y no queden invisibilizadas en los datos oficiales.

6. Fortalecer a las áreas de comunicación institucional para que diseñen y difundan mensajes y materiales gráficos inclusivos, respetuosos y libres de estereotipos, incorporando el enfoque de derechos y promoviendo representaciones que reconozcan la dignidad y la diversidad de las personas en todos los espacios de comunicación pública.

Recomendaciones específicas

Ministerio de Salud Pública:

1. Fortalecer el sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación periódica de los instrumentos de salud mental y la socialización de resultados para conocer las acciones que impulsará el MSP para las actualizaciones y armonización de los protocolos y normativas emitidos por el Ministerio de Salud Pública que fueron elaborados con anterioridad a la vigencia de la Ley Orgánica de Salud Mental. Este proceso deberá garantizar su alineación con el modelo comunitario, biopsicosocial y basado en derechos, incorporando la participación de personas de los grupos de atención prioritaria con énfasis en personas de diversidades sexo genéricas, con el fin de verificar su efectividad y ajustar las prácticas de atención institucionales cuando sea necesario.
2. Diseñar, fortalecer e implementar estrategias integrales de atención en salud mental dirigidas a las familias -tanto biológicas como elegidas-para promover procesos de acompañamiento respetuosos y sostenidos. Estas estrategias deben orientarse a fortalecer su rol protector y reconocerlas como aliadas legítimas en el cuidado, apoyo y sostenimiento del bienestar emocional y la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas, superando dinámicas de exclusión, rechazo o desconocimiento que aún persisten en el ámbito familiar y social.
3. Fortalecer la capacitación continua, sistemática y obligatoria del personal de salud del MSP, en cumplimiento de los deberes del Estado establecidos en la Ley Orgánica de Salud Mental, considerando los siguientes componentes:
 - a. Generar estrategias para que los servidores de la salud incorporen los enfoques de derechos humanos, género e interseccionalidad, durante la atención de los usuarios con el propósito de reducir el estigma, prevenir prácticas patologizantes hacia las identidades y orientaciones sexo-genéricas, y promover relaciones terapéuticas seguras, respetuosas y culturalmente pertinentes. Este fortalecimiento debe contribuir a contar con profesionales capaces de brindar una atención de calidad, con calidez y respeto a las trayectorias de vida, contextos y determinantes sociales que atraviesan a las personas.
 - b. Diseñar e incorporar un módulo específico y obligatorio en la plataforma de capacitación del Ministerio de Salud Pública, centrado en el modelo comunitario y biopsicosocial de atención en salud mental, con énfasis en su aplicación práctica en territorio y en la atención diferenciada a los distintos grupos de atención prioritaria, incluyendo a las personas de diversidades sexo-genéricas.
 - c. Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las capacitaciones, mediante estudios periódicos que permitan analizar su

aplicabilidad real en los servicios de salud mental, identificar cambios en prácticas institucionales y medir su contribución en la mejora de la calidad de atención.

4. Ampliar y socializar la oferta pública de atención integral en salud mental para personas de diversidades sexo-genéricas, junto con la garantía de la continuidad del cuidado, para responder de manera adecuada a las necesidades de las personas trans, no binarias y de aquellas cuyas trayectorias de vida están atravesadas por múltiples vulnerabilidades.

Secretaría de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

1. Socializar de manera periódica los avances en la implementación del Plan Metropolitano de Salud Mental, asegurando que la información presentada incluya resultados desagregados por grupos de atención prioritaria, incluyendo a las personas de diversidades sexo-genéricas, con el fin de promover transparencia, rendición de cuentas y participación ciudadana informada.
2. Analizar e incorporar de manera explícita las particularidades de la población de diversidades sexo-genéricas, y del enfoque interseccional en los instrumentos de política pública generados en el marco de la salud mental -como guías, directrices, metodologías y planes- para asegurar acciones específicas de promoción, prevención y acompañamiento psicosocial. Lo que permitirá en el marco del modelo comunitario, reconocer las trayectorias de vida, las experiencias de violencia estructural y las vulnerabilidades acumuladas que atraviesan a estos grupos de atención prioritaria, asegurando respuestas institucionales más pertinentes, diferenciadas y basadas en derechos.
3. Diseñar, fortalecer e implementar estrategias integrales de atención en salud mental dirigidas a las familias -tanto biológicas como elegidas- incorporándolas de manera transversal en las acciones extramurales, en la Gestión Comunitaria de Salud Mental y en la estrategia de escuelas saludables, seguras, inclusivas y ecológicas. Estas estrategias deberán promover procesos de acompañamiento respetuosos y sostenidos, fortalecer el rol protector de las familias como aliadas legítimas en el cuidado y bienestar emocional, y generar herramientas que permitan cuestionar y transformar patrones socioculturales que aún reproducen exclusión, rechazo o discriminación hacia las personas de diversidades sexo-genéricas.
4. Fortalecer e institucionalizar los servicios municipales de salud mental desde un enfoque comunitario y territorial, asegurando su ampliación, difusión y continuidad del cuidado, para que las personas de diversidades sexo-genéricas- en especial personas trans, no binarias y aquellas con trayectorias de vida marcadas por múltiples vulnerabilidades- cuenten con espacios seguros, accesibles y libres de discriminación, tanto en barrios urbanos como en zonas rurales.
5. Contar con rutas claras de derivación y seguimiento entre instituciones es clave para evitar que las personas tengan que recorrer múltiples servicios sin respuestas claras, reduciendo el desgaste emocional y los procesos de revictimización. Esto permitirá que la coordinación deje de recaer en las personas y pase a ser una responsabilidad institucional.
6. Fortalecer la capacitación continua, sistemática y obligatoria del personal de salud municipal, en cumplimiento de los deberes del Estado establecidos en la Ley Orgánica de Salud Mental, considerando los siguientes componentes:

- a. Generar estrategias para que los servidores de la salud incorporen los enfoques de derechos humanos, género e interseccionalidad, durante la atención de los usuarios con el propósito de reducir el estigma, prevenir prácticas patologizantes hacia las identidades y orientaciones sexo-genéricas, y promover relaciones terapéuticas seguras, respetuosas y culturalmente pertinentes. Este fortalecimiento debe contribuir a contar con profesionales capaces de brindar una atención de calidad, con calidez y respeto a las trayectorias de vida, contextos y determinantes sociales que atraviesan a las personas.
- b. Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las capacitaciones, mediante estudios periódicos que permitan analizar su aplicabilidad real en los servicios de salud mental, identificar cambios en prácticas institucionales y medir su contribución en la mejora de la calidad de la atención.

Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha

1. Fortalecer y replicar en otros sectores del DMQ el Punto Colibrí espacio especializado que responde a las necesidades de las personas de diversidades sexo-genéricas. Considerando la gratuidad de los servicios toda vez que son entidades públicas. Esto resulta relevante para reducir las barreras de acceso, especialmente en contextos de pobreza, ruralidad, movilidad humana, discapacidad u otras situaciones de vulnerabilidad.
2. Diseñar, fortalecer e implementar estrategias integrales de atención en salud mental dirigidas a las familias -tanto biológicas como elegidas-para promover procesos de acompañamiento respetuosos y sostenidos. Estas estrategias deben orientarse a fortalecer su rol protector y reconocerlas como aliadas legítimas en el cuidado, apoyo y sostenimiento del bienestar emocional y la salud mental de las personas de diversidades sexo-genéricas, superando dinámicas de exclusión, rechazo o desconocimiento que aún persisten en el ámbito familiar y social.
3. Fortalecer la capacitación continua, sistemática y obligatoria del personal de salud del Gad Pichincha, en cumplimiento de los deberes del Estado establecidos en la Ley Orgánica de Salud Mental, considerando los siguientes componentes:
 - a. Generar estrategias para que los servidores de la salud incorporen los enfoques de derechos humanos, género e interseccionalidad, durante la atención de los usuarios con el propósito de reducir el estigma, prevenir prácticas patologizantes hacia las identidades y orientaciones sexo-genéricas, y promover relaciones terapéuticas seguras, respetuosas y culturalmente pertinentes. Este fortalecimiento debe contribuir a contar con profesionales capaces de brindar una atención de calidad, con calidez y respeto a las trayectorias de vida, contextos y determinantes sociales que atraviesan a las personas.
 - b. Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las capacitaciones, mediante estudios periódicos que permitan analizar su aplicabilidad real en los servicios de salud mental, identificar cambios en prácticas institucionales y medir su contribución en la mejora de la calidad de la atención.

Ministerio de Gobierno

1. Socializar el Acuerdo Nro. MMDH-MMDH-2024-0001-A en todas las entidades del Estado, a fin de homologar los registros administrativos relacionados con variables sexo-genéricas. Lo que permitirá la implementación uniforme del marco común establecido en el Acuerdo, asegurando el uso adecuado y estandarizado de las variables sobre orientación sexual e identidad de género, mantener registros permanentes que permitan analizar la evolución de la información en el tiempo y cumplir con estándares internacionales de igualdad y no discriminación.

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA	SIGLA UNIDAD	SUMILLA
Elaborado por:	Alexandra Ayala	29-12-2025 Documento preliminar	OPP	
		10-02-2026 Documento final		
Elaborado por:	Tatiana Montalvo	29-12-2025 Documento preliminar	OPP	
		11-02-2026 Documento final		
Revisado por	Gabriela Insuasti	23-02-2026	CT	
Aprobado por	Valeria Urgiles	25-02-2026	SE	

Bibliografía

- A. Belloch y B. Olabarria. (s. f.). *CLÍNICA Y SALUD*. 1993. Año 4. Vol 4. Nº 2. Recuperado <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1993/vol2/arti8.htm>
- Baeta, M. (2015). *CULTURA Y MODELO BIOMÉDICO: REFLEXIONES EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD*. <https://ve.scielo.org/pdf/cs/v13n2/art11.pdf>
- Bolton. (2023). *Un modelo biopsicosocial revitalizado: Teoría central, paradigmas de investigación e implicaciones clínicas* [Dataset]. https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/articles/PMC10755226/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=t
- CDC. (2025). *Estigma por la salud mental* [Dataset]. <https://www.cdc.gov/mental-health/es/stigma/estigma-por-la-salud-mental.html>
- Counselling PLLC. (2024, marzo 7). Explorando la interseccionalidad: La comunidad LGBTQ+ y la salud mental... *Resilient Mind. Counselling PLLC*. <https://resilientmindcounseling.com/exploring-intersectionality-the-lgbtq-community-and-mental-health/>
- CPD. (2025). *Contextualización Sociodemográfica de las Mujeres en el Ecuador y Distrito Metropolitano de Quito*.
- CPD/GC-RT. (2025, diciembre). *CONTEXTUALIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE DIVERSIDAD SEXO-GENÉRICA EN EL ECUADOR Y EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO*.
- CPD-GC-RT. (2025, diciembre). *Procesamiento de datos administrativos de la Secretaría de Salud del MDMQ, periodo 2023-2025*.
- CRE. (2008).
- Diácono, B. J. (s. f.). *El modelo biomédico del trastorno mental: Un análisis crítico de su validez, utilidad y efectos en la investigación de la psicoterapia*. 33(7), 846–861.
- EPM. (2025). [Audio recording].
- ETD. (2025, octubre 15). *Consulta a titulares de derechos*.
- Forero, S. (2020). *Revisión de la salud mental comunitaria; un acercamiento biopsicosocial en diferentes comunidades colombianas*. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/36727>
- Fraile, M. (s. f.). *Unidad: 2 “Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial”*. Recuperado <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>
- GAD Pichincha. (2025). *Matriz Datos Warmi Pichincha*.
- GF EA. (2025, septiembre). *Consulta a entidades de atención*.
- GFT-M. (2025). [Audio recording].
- MDMQ. (2024). *Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito*.
- MDMQ. (2025). *PLAN METROPOLITANO DE SALUD MENTAL 2025-2028*.
- MSP. (s. f.). *Lineamientos Anorexia y Bulimia nerviosa*. Recuperado <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamientos-Anorexia-y-Bulimia-nerviosa.pdf>
- MSP. (2014). *Modelo de Salud Mental*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- MSP. (2024). *Ley Orgánica de Salud*.
- MSP. (2025). *Informe: Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito 406-IT 2025*.
- OEA. (1994). *CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER “CONVENCIÓN DE BELEM DO PARA”*.
- OMS & Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008, agosto 27). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/ceschr_SP.pdf
- OPS. (1978, septiembre). *Declaración de Alma-Ata*. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf)
- OPS. (s/f). *Salud Mental* [Dataset]. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

OPS/PMS. (1990, noviembre). *Declaración de Caracas*. chrome-extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

RGLOSM. (2024, diciembre 4). *REGLAMENTO GENERAL A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD MENTAL*. Tercer Suplemento del Registro Oficial No.697.

RLOS. (2024). *DECRETO No. 465 (REGLAMENTO GENERAL A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD MENTAL)*.

RS CCD. (2026, enero 27). *Socialización de Informe de observancia preliminar*.

Secretaría de Salud. (2025). *Informe del Consejo de Protección de Derechos*.

ANEXOS

Servicios generales del Ministerio de Salud Pública, Gad Pichincha y Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, en el DMQ

Nombre de la entidad	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico y/o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
SAI (Servicio Ambulatorio Intensivo) Chimbacalle	Público	Psicología Clínica Terapia Ocupacional Psiquiatría Trabajo Social Medicina Familiar Grupos de intervención terapéutica (afectivos, consumo) Multifamiliar	Personas con consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas; y, trastornos mentales moderados y graves	Sector Chimbacalle, calle Juan Borgoñón S8-238, ciudad de Quito, código postal 170121, en las instalaciones del Centro de Salud.	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito
SAI Guamaní				Sector Guamaní, Pedro Quiñónez, Quito 170132 calle Juan Borgoñón S8-238, en las instalaciones del Centro de Salud.	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito
SAI Conocoto				Sector Conocoto, Quito 170156 y, Eloy Alfaro, Ambato en las instalaciones del Centro de Salud.	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Nombre de la entidad	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico y/o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
SAI Yaruquí				Sector Yaruquí, Calle Eloy Alfaro S/N Y Panamericana vía al Quinche en las instalaciones del Hospital Alberto Correa Cornejo	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito
SAI Cotocollao				Sector Cotocollao, Av. John F. Kennedy S/N, Quito 170301, en las instalaciones del Centro de Salud.	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito
SAI Comité del Pueblo				Sector Comité del Pueblo, VGHM+VC9, Joaquin Pareja, Quito 170133, en las instalaciones del Centro de Salud.	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito
SAI Calderón				Sector Calderón, Lizardo Becerra 624, Quito 170201 en las instalaciones del Centro de Salud.	171	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Nombre de la entidad	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico y/o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
Centro Atención Ambulatoria Especializada San Lazaro	Público	Psicología Clínica Terapia Ocupacional Psiquiatría Trabajo Social Odontología Farmacia Laboratorio Lac-1 Grupos de intervención terapéutica (personalidad, afectivos, cognición, esquizofrenia, de comportamiento, psicosis) Clínica de la clozapina Urgencias psiquiátricas	Personas con trastornos mentales graves	Sector Centro Histórico, Ambato, Quito 170130 y Rafael Barahona.	(02) 2286944 (02) 2281336 (02) 2288921	https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	Gratuito
CETAD (Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas) Pumamaqui	Público	Psicología Clínica Terapia Ocupacional Psiquiatría Trabajo Social Enfermería Medicina General Farmacia	Personas adolescentes mujeres desde los 12 hasta los 17 años 11 meses, con consumo problemático de alcohol, y otras drogas	Sector Pusuqui, calle Paraíso, ciudad Quito 170120.		https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/	Gratuito	N/A

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Nombre de la entidad	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico y/o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
Gad Pichincha Línea 166	Pública	Disponible las 24 horas del día, durante los 365 días del año, Atención inmediata y oportuna a personas en situación de violencia, facilita la derivación y respuesta institucional coordinada	Población general	No aplica	166	N/A	gratuita	N/a
Servicio Pichincha Humana servicio adscrito al Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha	Pública	Servicios de salud y capacitación, a mujeres, hombres y población sexo diversa	Población LGBTI+	Manuel Larrea N13-45 y Antonio Ante	(02)394 6760	gadpp@pichincha.gob.ec ceacruz@pichincha.gob.ec	Medicina general (\$4,00); Odontología (\$4,00); Terapia física (\$6,00); Laboratorio (indeterminada); Medicina general (\$4,00); Traumatología (\$8,00); Psicología clínica (\$8,00); Endocrinología (\$8,00); Urología (\$8,00); Acupuntura (\$8,00); Nutrición (\$8,00); Ecografía (\$20); Rayos X (\$20); Pediatría (\$8,00); Gineco obstetricia (\$8,00); Ginecología (\$8,00); Oftalmología (\$8,50); Cardiología (indeterminada); Psicología infantil (\$8,00);	Las personas de la diversidad sexo-genérica (LGBTIQ+), si cuenta con costos preferenciales por cuanto constituyen parte de los grupos de atención prioritaria

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Nombre de la entidad	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico y/o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
							Nota: Valores actualizados a noviembre 2025, posterior a esta fecha, debe consultarse en el servicio.	
Unidad Metropolitana de Salud Sur	Pública	Salud general	Atención a población general	Adrián Navarro 1660 y José Hinostrosa (sector Chiriyacu)	(02)3120964 (02)3120986	salud.quito.gob.ec	Gratuito	N/A
Unidad Metropolitana de Salud Centro	Pública	Salud general	Atención a población general	Rocafuerte OE8-89 e Imbabura (sector San Roque)	(02)3949077	salud.quito.gob.ec	Gratuito	N/A
Unidad Metropolitana de Salud Norte	Pública	Salud general	Atención a población general	Unión y Progreso y Diego de Vásquez (sector la Ofelia)	(02)3947333	salud.quito.gob.ec	Gratuito	N/A

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Servicios de atención psicológica para mujeres en el DMQ

Nombre de la entidad / profesional	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
Fundación contra la Violencia de Mujeres, Niños y Adolescentes	Privada	Apoyo Psicológico Asistencia Jurídica	Mujeres, niñas, niños y adolescentes y personas en condiciones de vulnerabilidad	Calle Ulpiano Páez y Francisco Robles N2174	(02)2541490	fundacionjessicajaramillo@gmail.com	Debe consultarse en el servicio	Análisis de caso
PSICLICAS - Investigación Psicología Clínica y Salud Mental- UCE	Privada	Investigación en psicología clínica y salud mental	N/A	Galápagos y Vargas – Calle La Guaragua.	N/A	https://www.uce.edu.ec/web/psiclicas	n/a	n/a
Fundación Fuerza Rosa	Privada	Terapia de salud mental y sicología	Mujeres con cáncer	Shyris y Gaspar de Villaroel	0984613455	(Instagram) Fundación Fuerza Rosa Ecuador (Facebook) fundacionfuerzarosaec@gmail.com	semestralmente \$50	N/A
Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer - CEPAM-	ONG	Brinda atención integral a víctimas y sobrevivientes de violencia de género Cuenta con los siguientes servicios: • Asesoría legal y jurídica • Psicología • Trabajo social	Mujeres, niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas de la comunidad LGBTI, personas adultas mayores	Luis Codero E6-11 y Reina victoria - Edificio Gabriela Mistral Of. 102	0986362526	https://cepam.org.ec/	Sin costo	Sin costo
El Centro de Psicología Aplicada - CPsA- PUCE	Privada	Psicología clínica y educativa	Comunidad universitaria, Público en general.	Av. 12 de Octubre 1076 y Vicente Ramón Roca	(02)2991641	cpsa@puce.edu.ec	Variable acorde a la condición de cada usuario	Variable acorde a la condición de cada usuario

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Nombre de la entidad profesional /	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
Centro de Psicología Aplicada - UDLA-	Privada	Servicios se focalizan en las principales áreas de la psicología: •Área clínica •Área educativa •Área organizacional	A la comunidad universitaria como al público externo.	Av. de los Granados E12-41 y Colimes esq.	N/A	https://sitios.udla.edu.ec/app/pardot/centro-de-psicologia-aplicada/	Consultarse en el servicio	Consultarse en el servicio
Centro Psicológico Salesiano P. Emilio Gambirasio - UPS-	Privada	Psicoterapia individual. Psicoterapia de pareja. Psicoterapia familiar Recuperación académica. Terapia de lenguaje Evaluaciones psicológicas y psicopedagógicas. Orientación vocacional y profesional. Terapias grupales y de asesoramiento. PAP's/Intervención en crisis. Supervisión de casos. Selección de personal y promoción.	A la comunidad universitaria como al público externo, dando prioridad a personas de sectores vulnerables.	Centro Cultural Abya Yala, campus El Girón, UPS Quito.	(02)3962800 – ext. 2220 (02)3962800 - ext. 2164 (02)3962800 - ext. 2158	https://bienestar.ups.edu.ec/serviciosuio	Consultarse en el servicio	Consultarse en el servicio

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Servicios de atención psicológica y de acompañamiento para personas de diversidades sexo genéricas en el DMQ

Nombre de la entidad / profesional	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
GADPP - PICHINCHA HUMANA Punto Colibrí	Publica	Servicios de Salud	LGBTIQ	Calle Cacha N5-174 y Capitán Geovanny Calles (Plaza Apolo diagonal a Coral Hipermercado),	(02)3946760.	https://pichinchahumana.gob.ec/centros-de-salud-3/	Endocrinología \$8,50; Urología \$ 8,50; Psicología \$8,50; Ginecología \$ 8,50; Medicina general \$ 4.	Ver nota:[1].
Claudia Jijón/ Psicóloga Clínica	Privada	Psicoterapia Acompañamiento psicológico	NNA Adolescentes Jóvenes Personas de la comunidad LGBTI Mujeres Personas adultas mayores	Av. de los Shyris y Bélgica Edificio Shyris Century	958728114	claudiajijon97@gmail.com	\$30	Llenando formulario de subsidio terapéutico
Fundación Deseydor Desaparecidos	Privada	apoyo a grupos de atención prioritaria y familias en situación de vulnerabilidad	NNA Adolescentes Jóvenes Personas de la comunidad LGBTI Mujeres Personas adultas mayores	Av. Pichincha N 976 y Oriente - Centro Histórico	995402724	monilus64@hotmail.com	Gratuito	N/A

IOPP No. 003 y 004:
Salud mental: mujeres y
diversidades sexo-genéricas
CPD/SE/CT/OPP

Nombre de la entidad / profesional	Tipo de entidad	Servicios que ofrece	Población a la que atiende	Dirección / Zona	Teléfono / WhatsApp	Correo electrónico o página web	Costos del servicio	Costo preferencial
Corporación Kimirina	Privada	Psicología Salud sexual y salud reproductiva Ginecología Endocrinología Urología Nutrición	NNA Adolescentes Jóvenes Personas de la comunidad LGBTI Mujeres Personas adultas mayores	Andrés Xaura N24-170 entre Foch y Lizardo García	(02) 250 0969	achavez@kimirina.org	Depende del servicio	Se realiza un análisis del caso y se puede dar subvención.
Diálogo Diverso	Privada	Atención médica, psicológica, trabajo social, y asesoría legal. Psicología	personas ecuatorianas y migrantes	Alemania N32-87 y Av. Mariana de Jesús	(02)3237276	psicologia@dialogodiverso.org	Gratuito	N/A