



# Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador

Victoriano Camas Baena<sup>1</sup>

## Forma de citar

Camas Baena V. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e162. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>

## RESUMEN

*El objetivo de este trabajo es describir la situación actual de la salud mental en Ecuador. En Ecuador, aunque el modelo de salud mental comunitaria está integrado en los servicios de atención primaria de salud desde hace una década, su implementación no parece tener los resultados esperados. Resulta pertinente indagar sobre las causas que determinan esta situación y proponer posibles alternativas, tomando como referencia los aportes de la medicina social, la salud colectiva y la investigación de acción participativa como modelos emblemáticos en América Latina en el ámbito de la salud mental. Para la implementación eficaz de la salud mental comunitaria en la atención primaria en Ecuador es trascendental el rol que poseen las universidades, en particular en los proyectos de vinculación con la comunidad y en las prácticas preprofesionales de las carreras de ciencias de la salud. Estos permiten incorporar prácticas de promoción de salud mental comunitaria en el primer nivel de atención de salud desde una perspectiva crítica, abierta a la complejidad y basada en el principio de que la comunidad es el principal sujeto activo de transformación social.*

## Palabras clave

Salud mental; atención primaria de salud; participación de la comunidad; universidades, Ecuador.

El sistema de salud mental en Ecuador ha evolucionado en la última década, siendo uno de sus principales logros el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI), donde se estipula que la salud mental no sólo depende de factores biológicos sino también de las condiciones de vida. También reconoce el protagonismo de los usuarios, las familias y las organizaciones sociales, así como

el rol central de los profesionales de la salud, en especial los que integran los servicios de atención primaria (1).

En este sentido, desde el año 2007 el ejecutivo, ha procurado llevar a la práctica los principios que los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron en Alma-Ata hace ahora cuarenta años, a saber: proteger y promover la salud de todas las personas teniendo a la atención primaria de salud (APS) como principio rector de todo sistema de salud integral. Este modelo pretende sustituir el enfoque médico-biologicista-asistencial por otro centrado en la promoción, el cuidado y

la recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano (2).

Otro avance significativo en este proceso lo constituyen el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015–2017, que plantean sustituir el modelo de atención en hospital por el modelo de atención comunitaria. Para ello se promueve el desarrollo de los servicios de APS y la coordinación entre estos centros y el segundo nivel de atención, facilitando el proceso de desinstitucionalización (3).

Pese a estos logros, el sistema de salud mental ecuatoriano presenta varias

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador. Enviar correspondencia a Victoriano Camas Baena, [vcamas.cri@gmail.com](mailto:vcamas.cri@gmail.com)

limitaciones que dificultan la implementación de estas normativas, entre las que destacan:

1. La insuficiente dotación presupuestaria, que prioriza la financiación de los niveles secundario y terciario de atención. Así, en 2012 el monto total para salud fue de 1 881 061 107 millones de dólares, de los cuales sólo el 0,44% (8 308 210 millones de dólares) se asignaron para las acciones de salud mental; de esta cantidad, el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos. Esta tendencia se mantuvo en 2014, donde sólo el 1.46% del presupuesto en salud fue destinado a la salud mental, siendo casi la mitad de este monto invertido en hospitales psiquiátricos (4).
2. Los servicios de atención primaria de salud mental no cuentan con los suficientes profesionales ni centros de APS para cubrir las necesidades de los usuarios. Esto favorece que estos se “auto-refieran” a los centros de atención de segundo y tercer nivel (5).
3. La gran mayoría de profesionales que trabajan en los centros de APS, no poseen los recursos, ni las competencias ni la experticia en salud mental, mucho menos en salud mental comunitaria. Por tanto, les resulta extremadamente complicado cumplir con las demandas de los usuarios y con la normativa del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS), y tienden a derivar a los usuarios a los centros de segundo y tercer nivel.
4. Por otra parte, en el sistema de salud mental ecuatoriano, sigue siendo prevalente el uso del modelo biomédico para evaluar, diagnosticar e intervenir, dejando de lado el componente familiar y el comunitario. Debido a esta limitación, la atención en salud mental se suele enfocar en la disminución de los síntomas, por ende, en el individuo, sin mirar la influencia que tiene el contexto familiar y el comunitario, siendo ésta una de las razones por las cuales se incrementa el número de casos en los centros de salud y problemas psicosociales en la comunidad. En este sentido, el escenario actual de la salud pública se muestra gobernado por una concepción paternalista (producto del modelo biomédico centrado en la enfermedad), desde hace mucho tiempo adoptada y arraigada en los usuarios y profesionales, lo que

implica la resistencia para ejecutar lo que señalan las normativas vigentes en el país (6).

En resumen, si bien la normativa ecuatoriana relativa al modelo de salud mental promueve el modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC) integrada a la APS, las limitaciones descritas anteriormente impiden su implementación efectiva. A esto hay que añadir otra falencia de trascendental importancia: ni la formación académica ni la capacitación profesional permiten el cumplimiento de lo dispuesto por la normativa respecto a la SMC y su articulación con la APS. En este sentido, pese a que en los últimos años encontramos algunos avances en la oferta de educación superior en este ámbito, gran parte de profesionales de la salud en Ecuador no tienen una formación específica de salud mental en pregrado y posgrado; además de que las prácticas preprofesionales de las carreras de ciencias de la salud están orientadas hacia el modelo hospitalario (7). Por último, pocas son las instituciones académicas y de salud que ofrecen la posibilidad de practicar en servicios de salud mental con orientación comunitaria, ni tampoco la planta docente universitaria tiene competencias específicas en promoción de salud. Existe el postgrado en Medicina de Familia con formación y capacidad resolutoria en problemas de salud mental, manejo de psicofármacos y psicoterapia sistémica, pero la profundidad del entrenamiento difiere entre universidades (8).

Con estos antecedentes, el objetivo específico de este manuscrito es realizar una reflexión conceptual que permita abordar la integración SMC a la APS, su complejidad, desde una visión crítica, marcando el papel fundamental que las universidades pueden aportar a la mejora de la atención en salud desde el ámbito de las prácticas preprofesionales y la vinculación con la colectividad. Para abordar desde esta perspectiva las prácticas social-comunitarias en el campo de la salud, nos apoyamos en la rica producción teórica del movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericano.

### **Salud mental comunitaria y atención primaria de salud: una mirada crítica**

Tal como fue resaltado en el apartado anterior, la SMC necesita de una detallada, sustantiva y bienintencionada política

y normativa legal que la regule, pero queda en un discurso vacío si no se dota con recursos económicos y humanos para llevar a la práctica lo que promulga. No es posible, tampoco, si no conlleva una ruptura epistemológica con el modelo médico-biologicista-asistencialista tradicional, si no va más allá de ser un mero remedio ambulatorio y zonal que acerca la estructura asistencial a los usuarios más alejados de los servicios hospitalarios. Esta versión “domesticada” de la SMC, de corte paternalista-asistencialista propuesta desde las agencias públicas, resulta, al final, sólo un simulacro. Desde la perspectiva planteada aquí, la SMC constituye una propuesta innovadora dentro del panorama de las ciencias sociales y de la salud. Contraria a los modelos tradicionales imperantes de la psiquiatría y psicología clínica, los cuales apuestan por el estudio y tratamiento de la enfermedad, la propuesta integral de SMC inicia su estudio a partir de la salud, su promoción y protección, desde una metodología investigativa y de participación comunitaria (9).

El creciente aumento de psicopatologías y problemas psicosociales en nuestro contexto es el motivo por el cual se propone el empleo de un enfoque integrador, que no se limita a trabajar con el individuo y su problemática/psicopatología, sino que tiene alcances de atención, evaluación y prevención a nivel familiar y de comunidad; el modelo integral de SMC trabaja con base en la problemática de la comunidad, por lo que es activa la participación social e incorpora el componente salud mental en la APS, priorizando la prevención de psicopatologías/problemas psicosociales y la promoción de salud mental (10).

Con base en estos argumentos, tomamos las propuestas de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, y a sus principales autores en Ecuador, como uno de los referentes (teóricos, metodológicos, praxiológicos, y sobre todo éticos y políticos) básicos para repensar y reformular el actual modelo y las políticas de salud mental comunitaria vigentes en el país, más en concreto en el ámbito de la atención primaria de salud. Los autores de la escuela de medicina social de Ecuador manifiestan la importancia de ampliar la visión con la cual se entiende actualmente la salud en el país andino; y señalan el deterioro de estos servicios en tanto se brindan bajo la lógica del paradigma biomédico y unicausal que,

en definitiva, no logra dar solución a los crecientes problemas de salud (11).

Para estos autores de la Escuela de Salud Pública, se vuelve necesario contar con una nueva concepción que considere la salud como un proceso que interactúa con todos los espacios en los que se desenvuelve el individuo. Es así como plantean la construcción de una propuesta alternativa denominada Medicina social y Salud Colectiva, la cual fundamentalmente deberá: a) superar el encuadre biologicista de la salud pública tradicional, integrando los avances de la epidemiología social, integrando al mismo tiempo, la historia en su real dimensión, la heterogénea realidad estructural como determinante fundamental y la dinámica social como eje de interpretación; b) superar el método empírico-positivista para dar paso a un planteamiento dialéctico y participativo en la interpretación de la problemática de salud (12).

Este enfoque abre una perspectiva de cambio para la salud pública convencional, expandiendo su horizonte y estudiando la potencialidad de construir una salud pública fundamentada en un campo de acción que apuesta por una propuesta alternativa al modelo hegemónico biomédico y que requiere una forma integral de proceder, que permita mirar cómo los sujetos individuales y colectivos generan su salud con base en la cotidianidad y, al mismo tiempo, construyen sus propias propuestas para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermedades (13).

Por otro lado, indican que los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona o algunas personas, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad, así mismo, éstos no se generan, ni se expanden poblacionalmente en un grupo, familia o espacio individual, sino que se producen y se extienden en toda la colectividad y, más aun, en toda una sociedad. De esta manera, al abordar la salud como un problema colectivo, se comprende que es necesario plantearse una noción interpretativa que permita trascender la visión lineal y reduccionista de la salud como un efecto mórbido de causas aisladas, lo que deviene como resultado en la necesidad de comprender la salud en su complejidad (14).

De este modo, el enfoque de la medicina social y salud colectiva tiene como premisa (aplicable a la SMC y la APS) intervenir promoviendo los estilos de vida

protectores y saludables, complementando además con acciones preventivas centradas en contrarrestar los factores de riesgo precipitantes; teniendo en claro que las acciones son más eficaces, mientras más abarquen las tres dimensiones de la realidad de las personas (individual, familiar-grupal y comunitaria).

De igual forma, el modelo de salud mental comunitaria está estrechamente ligado a la investigación-acción participativa (IAP), en tanto permite descentrar la comprensión de las problemáticas en el campo de la salud mental desde la mirada del modelo biomédico, bajo el control y dominio de la institución y los profesionales “expertos”, para situarlo en una reflexión participativa desde y junto a la comunidad, con la finalidad de construir conocimientos y acciones con base en el reconocimiento de la salud mental como un asunto relacionado al bienestar social y vida colectiva, en una relación horizontal entre profesionales y usuarios de salud mental donde ambos producen y comparten saber (10).

En este sentido, la IAP es uno de los recursos más importantes del modelo de salud mental comunitaria, en tanto involucra a todos los sujetos como protagonistas en la producción de conocimientos apropiados para la transformación de su realidad. La participación de todos los actores resulta un elemento clave, pero en especial la de la comunidad. De este modo, la IAP constituye un enfoque investigativo y toda una metodología de intervención social aplicada al estudio de las realidades que se hallan en los diferentes contextos de la vida humana. En esta intervención, la población conoce también los objetivos que se plantean y participa activamente con el investigador en el análisis situacional y en las acciones concretas para su modificación. Al mismo tiempo, se convierte en un instrumento que intenta promover la cohesión activa de la comunidad para la participación, ayudando a sus miembros a descubrir problemas y a reflexionar en torno a la búsqueda de soluciones. Se trata de un proceso que incluye la promoción y democratización del conocimiento en favor de transformar y mejorar la realidad de una determinada comunidad (9, 15).

Todos estos elementos, junto con la significación sociológica, clínica y epidemiológica de los problemas de salud mental, demandan cambios culturales de los profesionales de la APS. Sobre

todo, exige incrementar su sensibilidad para el trabajo en las dimensiones psicológica y social, así como sus competencias para la promoción la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los problemas prevalentes de salud mental. Así como su implicación comunitaria y promover la coordinación de los recursos sanitarios y no sanitarios involucrados en el proceso de atención. Y ello porque la práctica integral de la SMC desde la APS desborda el campo específico de la psicopatología. Algunos estudios como los de Ciompi, demuestran que conocer la historia del paciente y su participación en un proyecto vital compartido son más efectivos que los fármacos y el internamiento (16).

Es así como este trabajo considera al modelo de la Salud Mental Comunitaria aplicada a la atención primaria de salud como estrategia práctica para la promoción de la salud mental en el caso de Ecuador, y como oportunidad para reflexionar sobre su origen, fundamento, objetivos, implementación de políticas y prácticas. Y esto nos lleva a la importancia que la universidad pública ecuatoriana tiene en garantizar la calidad y pertinencia de la formación y competencias prácticas y teóricas en salud mental comunitaria que los profesionales que trabajan en los centros de APS deben poseer. Si bien son todavía pocas las universidades que ofrecen formación de grado y posgrado en SMC y APS, es preciso destacar que no faltan iniciativas y proyectos en marcha para implementar lo que el espíritu de Alma-Ata nos dejó en herencia.

## Universidades promotoras de salud

Estas universidades ofrecen la posibilidad de realizar proyectos de vinculación con la colectividad y prácticas preprofesionales no orientadas hacia el modelo biomédico hospitalario y asistencialista. Una academia pertinente, puesta al servicio de la sociedad (las actividades de vinculación y las prácticas preprofesionales), puede generar el cambio del actual paradigma de las ciencias de la salud como ciencias basadas en la enfermedad a otras ciencias basadas en la salud. Y existen ejemplos diversos en la universidad ecuatoriana, entre los que cabe citar los de muchas instituciones de educación superior integradas en la Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud y Bienestar (REUPSB),

como las actividades y proyectos de vinculación con la colectividad y prácticas preprofesionales realizadas en SMC por la Facultad de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) tras el terremoto acontecido el 16 de abril de 2016, de las que damos cuenta en las siguientes páginas.

Sin duda, es en situaciones de catástrofe donde se hace evidente que la principal función sustantiva de la universidad, su razón de ser y su pertinencia social, consiste en atender las necesidades de la colectividad y prestar ayuda en su solución. Y esto es lo que procuramos hacer toda la comunidad universitaria de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) apenas unos minutos después de las 18h y 58 m, del 16 de abril de 2016<sup>2</sup>.

En este orden de ideas, el proyecto de vinculación con la colectividad “Fortalecimiento comunitario de las zonas rurales afectadas por el terremoto en la provincia de Manabí”, llevado a cabo por estudiantes y docentes de la Facultad de Psicología de la ULEAM y por el equipo humano del *Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP)*, fue uno más entre los muchos que se desarrollaron en la ULEAM dentro del macro-proyecto “Reconstrucción de Manabí”, en coordinación con diversas entidades cantonales, provinciales, nacionales e internacionales y, por supuesto, con las personas afectadas por tan terrible suceso.

Gracias a este proyecto se prestó ayuda de atención psicológica individual, familiar y comunitaria a varias poblaciones de zonas rurales y periurbanas a las que las ayudas no habían podido llegar desde la catástrofe, brindando así la posibilidad de que la población tuviera la oportunidad de expresar sus emociones, vivencias y obtener una escucha activa y primeros auxilios psicológicos. En lo que aquí nos compete, la SMC y la APS, hay que decir que la ULEAM comenzó a trabajar en el territorio en el marco del desastre mucho antes que el proyecto comenzara, sin embargo, al ser una situación para la cual no estaba preparada, la atención a

la población afectada se hizo lo mejor que se podía y aprendiendo sobre el proceso, se fue estructurando una relación de ayuda, centrada en la asistencia en emergencias. Con el proyecto consideramos que la ULEAM adquirió una presencia más organizada desde la Facultad de Psicología, en una ayuda menos asistencial de la emergencia, lo cual fue necesario en una fase inicial, pero tras esta primera etapa logró posicionarse como un actor con un trabajo organizado, planificado, en función de las necesidades de la población y con el uso de recursos y métodos específicos supervisados en terreno, ya no dirigidos a la asistencia y descarga emocional sino también a la potenciación de las comunidades con una visión social más integral y no solo clínica, buscando la meta de empoderarlas desde posiciones, actitudes y prácticas resilientes.

Otro de los principales logros de esta experiencia fue la decisión adoptada por la Facultad de Psicología de rediseñar su oferta y estructura curricular, incorporando a su malla de asignaturas las referentes al manejo de emergencias y acción contra desastres desde la psicología clínica, la psicología comunitaria y las ciencias sociales.

Asimismo, se constituyó el grupo de investigación en “Salud Mental Comunitaria” integrado por docentes, estudiantes y diversos actores sociales que, empleando el modelo de la investigación-acción participativa, se marcó como uno de sus objetivos principales identificar y caracterizar el perfil resiliente en la población para promover formas saludables de afrontamiento, organización y psicoeducación, no sólo en situaciones de emergencia sino también para proponer enfoques, metodologías y prácticas que incorporen, desde una perspectiva de promoción de la salud y de salud mental comunitaria, proyectos de vinculación con la colectividad, integrados y articulados con la investigación, la docencia y las prácticas preprofesionales, que se puedan llevar a cabo en los centros de APS de Ecuador.

En última instancia, hay que resaltar que la intervención puso de manifiesto la necesidad de incluir a la SMC dentro de las políticas de salud y en la formación académica universitaria de los futuros profesionales de la APS.

De articulación y apoyo entre profesionales de atenciones secundaria y primaria.

Finalmente, aparentemente el Ecuador se encuentra en un momento favorable en lo político y con la fortaleza técnica que se requiere para poder implementar un modelo de SMC integrado a los centros de APS, aunque aún sean escasos los recursos financieros destinados en este ámbito y continúe prevaleciendo un modelo biomédico asistencialista y de hospitalización. Como creemos haber mostrado en este trabajo, pese a las dificultades y necesidades señaladas, el principal resultado es que una nueva perspectiva de SMC y APS es posible si se tienen como referentes teóricos, metodológicos y praxiológicos los postulados de la medicina social, la salud colectiva y la IAP, tal y como lo evidencian diversos estudios realizados en otros países de la región (17, 18).

Como solución eficaz a estas limitaciones de inversión en el sistema de salud mental ecuatoriano, se plantea una nueva organización de los servicios y de los recursos humanos que brindan las universidades promotoras de salud y que estas poseen en la actualidad, en especial si se ven apoyadas desde instancias gubernamentales y desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (19).

La experiencia de integración de SMC a APS en el caso de la experiencia desarrollada por la Facultad de Psicología de la ULEAM demuestra que este proceso es posible en países latinoamericanos, y que en un escenario de insuficientes recursos puede contribuir en forma importante a mejorar la disponibilidad y accesibilidad (20). Entre los aprendizajes que ha generado esta experiencia para la región, se destacan el papel facilitador que puede jugar una política y/o plan nacional de salud mental, la necesidad de destinar recursos adicionales que sustenten las prestaciones de salud mental en APS y la generación de para favorecer su implementación.

**Conflicto de intereses.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPS/P/PAJPH o de la Organización Panamericana de la Salud.

2 El 16 de abril de 2016 ocurrió uno de los peores eventos que ha sufrido el territorio ecuatoriano, un terremoto de 7,8 grados en la escala de Richter, que dejó un saldo de 663 fallecidos y 9 desaparecidos. Hasta mediados de mayo de 2017, 7.633 familias, con un total de 28.775 personas, permanecían en albergues temporales.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural. Quito. 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador. Ecuador: OMS; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador. Ecuador: OMS; 2015.
4. Dirección Nacional de Economía de la Salud Memorando No. MSP-CGDES-2017-0348-M, Informe Técnico DES – GYF – 2017– 023.
5. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ecuador: MSP; 2013.
6. Ministerio de Salud Pública, Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. Comisión de Salud Mental, Julio, 2014, Quito, Ecuador.
7. Espinosa V, Acuña C, De la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e96.
8. Luna Álvarez H, Baute Álvarez LM y Luna Álvarez D. Promoción de salud: desafío al docente en las universidades de Ecuador. Revista Universidad y Sociedad, 8 (1). pp. 92–96. 2016. Disponible en <http://rus.ucf.edu.cu/>. Acceso el 6 de agosto de 2018.
9. Cea Madrid JC. Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. Teoría y Crítica de la Psicología 5 (2015), 79–97. Disponible en <http://www.teocripsi.com/ojs/> (ISSN: 2116-3480). Acceso el 6 de agosto de 2018
10. Rodríguez Gabarrón L. Investigación participativa: metodología para la atención primaria de la salud mental comunitaria. Psicología y Salud, 2004; 14(2): 287–294.
11. Iriar C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A y Merhy EE. Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos Rev Panamericana de Salud Publica, 2002;12 (2): 128–136.
12. Granda E. La salud y la vida. 1ra edición. Quito: 2009.
13. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397–408.
14. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano Salud Colectiva, 2010; 6 (1): 83–101.
15. Camas V y Martínez A. Investigación acción participativa y documentales etnográficos: reflexiones epistemológicas y apuntes teóricos. En: Gravante T. Videoactivismo y movimientos sociales. Teoría y praxis de las multitudes conectadas; Barcelona: Gedisa; 2015.
16. Ciompi L. Sentimientos, afectos y lógica afectiva. Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007; 27(100): 425–443.
17. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397–408. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>.
18. Eslava-Castañeda JC. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Rev. Salud Pública. 2017;19 (3): 396–403.
19. Arroyo HV. El movimiento Iberoamericano de universidades Promotoras de salud: Conceptualización y práctica. San Juan: Universidad de Puerto Rico; 2013.
20. Arroyo HV. La promoción de salud en América Latina: Apuntes históricos, estructuras políticas y nacionales. San Juan: Universidad de Puerto Rico; 2016.

---

Manuscrito recibido el 14 de enero de 2018. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 19 de agosto de 2018.

## ABSTRACT

### Community mental health, primary health care and health promoting universities in Ecuador

The objective of this paper is to describe the current situation of mental health in Ecuador. In Ecuador, although the model of community mental health has been integrated into primary health care services for a decade, its implementation does not seem to have the expected results. It is pertinent to explore the causes of this situation and to propose alternatives, taking into account the contributions of social medicine, collective health and participatory action research as emblematic models in Latin America in the field of mental health. For an effective implementation of community mental health in primary care in Ecuador, the role of universities is central, specifically in projects linked to the community and in pre-professional practices in health sciences careers. These projects allow the promotion of community mental health in the first level of health care from a critical perspective, open to complexity and based on the principle that the community is the main active subject of social transformation.

## Keywords

Mental health; primary health care; community participation; universities; Ecuador.

---

**RESUMO**

**Saúde mental comunitária, atenção primária à saúde e universidades promotoras de saúde no Equador**

O objetivo deste artigo é descrever o estado atual de saúde mental no Equador, um país onde embora o modelo de saúde mental comunitária está integrado em atenção primária à saúde por uma década, sua implementação parece não ter os resultados esperados. É pertinente indagar sobre as causas que determinam essa situação e propor possíveis alternativas, tomando como referência as contribuições da medicina social, da saúde coletiva e da pesquisa-ação participativa como modelos emblemáticos na América Latina no campo da saúde mental. Para a implementação efetiva da saúde mental comunitária na atenção primária no Equador o papel das universidades é crucial, particularmente em projetos ligados à comunidade e nas práticas pré-profissionais das carreiras das ciências da saúde. Estes permitem incorporar práticas comunitárias de promoção da saúde mental no primeiro nível de atenção à saúde sob uma perspectiva crítica, aberta à complexidade e baseada no princípio de que a comunidade é o principal sujeito ativo da transformação social.

**Palavras-chave**

Saúde mental; atenção primária à saúde; participação da comunidade; universidades; Equador.

---