
UNIVERSIDAD DE OTAVALO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS Y SISTEMAS DE
PROTECCIÓN

“LA SALUD MENTAL POR SATURACIÓN LABORAL EN ACTORES
HUMANITARIOS QUE ATIENDEN A GRUPOS PRIORITARIOS: ANÁLISIS DESDE
UN ENFOQUE DE DERECHOS EN SERVICIOS SOCIALES DE CARAPUNGO,
QUITO, PROVINCIA PICHINCHA, 2025

SOFÍA ESTEFANÍA LEÓN SÁNCHEZ

TUTOR: MSc. FRANKLIN ALCIDES PONCE MONTOYA

Otavalo, febrero, 2026

I

DECLARACIÓN DE AUTORÍA y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, SOFÍA ESTEFANÍA LEÓN SÁNCHEZ, declaro que este trabajo de titulación: “Vulneración del Derecho a la Salud Mental por Saturación Laboral en Actores Humanitarios que Atienden a Grupos Prioritarios: Análisis Desde un Enfoque de Derechos en servicios sociales de Carapungo, Quito, Provincia Pichincha, 2025” es de mi total autoría y que no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional. Así mismo declaro que dicho trabajo no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo como autores la responsabilidad ante las reclamaciones que pudieran presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de cualquier responsabilidad al respecto.

Que de conformidad con el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social, conocimientos, creatividad e innovación, concedo a favor de la Universidad de Otavalo licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos, conservando a mi/ nuestro favor los derechos de autoría según lo establece la normativa de referencia.

Se autoriza a la Universidad de Otavalo para la digitalización de este trabajo y posterior publicación en el repositorio digital de la institución, de acuerdo a lo establecido en el artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior. Por lo anteriormente declarado, la Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes otorgados, por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

SOFIA ESTEFANÍA LEÓN SÁNCHEZ

CC. 171459604-4

II

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el perfil de trabajo de investigación titulado “VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL POR SATURACIÓN LABORAL EN ACTORES HUMANITARIOS QUE ATIENDEN A GRUPOS PRIORITARIOS: ANÁLISIS DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS EN SERVICIOS SOCIALES DE CARAPUNGO, QUITO, PROVINCIA PICHINCHA, 2025” bajo mi dirección y supervisión, para aspirar al título de Magister en Derechos Humanos y Sistemas de Protección, de la estudiante Sofía Estefanía León Sánchez, y cumple con las condiciones requeridas por el programa de maestría.

Dr. Franklin Alcides Ponce Montoya Mgtr.

CC. 1103017834

CONTENIDO

resumen	6
Abstract	6
Palabras Clave	6
Keywords	6
INTRODUCCIÓN	6
1. Revisión documental	12
CAPÍTULO I	14
La salud mental como derecho humano	14
El derecho a la salud mental como derecho humano fundamental	15
Políticas públicas de salud mental en Ecuador: avances y limitaciones	21
presentación de percepciones de actores humanitarios	29
Percepciones de seguridad	30
Percepción de carga laboral	32
Estudios en Ecuador sobre riesgo psicosocial y salud mental laboral	37
Propuesta de PROTOCOLO con Enfoque de Derechos para la Salud Mental de Actores Humanitarios	43
Artículo 1. Objeto del Protocolo.	44
Artículo 2. Ámbito de aplicación.	44



Artículo 3. Enfoques y principios rectores.....	44
Artículo 4. Alcance y población objetivo.....	48
Artículo 5. Unidad competente.	48
Artículo 6. Horarios y canales de atención:	48
Artículo 7. De los equipos de la unidad competente:.....	49
Artículo 8. Finalidad del eje de prevención	52
Artículo 9. Diagnóstico de riesgos psicosociales.....	53
Artículo 10. Monitoreo de alertas tempranas	53
Artículo 11. Medidas de organización saludable del trabajo.	53
Artículo 12. Desconexión digital y límites de disponibilidad.....	53
Artículo 13. Formación en salud mental y enfoque de derechos.	54
Artículo 14. Grupos de apoyo psicosocial y cultura de cuidado.....	54
Artículo 15. Transversalización de enfoque de género, interseccionalidad e inclusión.	54
DEL EJE DE ATENCIÓN EN CRISIS.....	55
Artículo 16. Finalidad del eje de atención en crisis.	55
Artículo 17. Canales de ingreso de casos.....	55
Artículo 18. Registro y clasificación de la situación.....	55
Artículo 19. Activación de la brigada psicosocial y jurídica.....	56
Artículo 20. Coordinación jurídica y administrativa.....	56



Artículo 21. Derivación terapéutica y plan inmediato de cuidado.....	56
Artículo 22. No revictimización y confidencialidad.....	57
DEL EJE DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO	57
Artículo 23. Finalidad del eje de rehabilitación y seguimiento.....	57
Artículo 24. Plan integral de acompañamiento.....	57
Artículo 25. Reintegración laboral gradual y ajustes razonables.....	57
Artículo 26. Seguimiento periódico y evaluación de impacto.....	58
Artículo 27. Medidas restaurativas y de transformación institucional.....	58
EJE DE PREVENCIÓN.....	58
Artículo 28. Objetivo del eje.....	58
EJE DE ATENCIÓN EN CRISIS.....	61
Artículo 29. Objetivo del eje.....	61
EJE DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	63
Artículo 30. Objetivo del eje.....	63
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	71
Referencias Bibliográficas	73

Tabla 1 Cuadro comparativo de brechas teórico - prácticos 28

Tabla 2 Matriz de ejes, actividades, responsabilidades e innovación del protocolo 66

RESUMEN

El presente trabajo explora la vulneración de los derechos a la salud mental en el entorno laboral de actores humanitarios que provisionan servicios sociales a poblaciones con alta complejidad y conflictos en el tejido social. Presenta un análisis normativo de orden deductivo, analítico y comparativo de los pisos de protección normativos vigentes en cumplimiento de convenciones y convenios internacionales ratificados por Ecuador, así como la normativa secundaria aplicable al ámbito evidenciando un cumplimiento parcial inaplicable que no garantiza el acceso menos aún el goce efectivo de la salud mental como parte de los derechos laborales de los actores humanitarios, profundizando brechas en la atención y prevención de riesgos psicosociales que deterioran la dignidad, calidad y proyecto de vida en el trabajo, entorno familiar, afectivo y social.

Fruto del análisis normativo y la investigación efectuada se plantea una estructura de protocolo que promueve la eliminación de las falencias de la normativa existente, triangula el servicio de atención especializada e incluye lo establecido por la OIT sobre reparación e incluye la trazabilidad desde la prevención hasta el cierre abordando todos los ejes de entorno, mediación de conflictos, asesoría jurídica y vigilancia para recuperar el entorno afectado por el deterioro de la salud mental por efecto del ejercicio laboral.

ABSTRACT

This paper explores the violation of mental health rights in the workplace of humanitarian actors who provide social services to highly complex populations and conflicts in the social fabric. It presents a deductive, analytical, and comparative regulatory analysis of the regulatory protection floors in force in compliance with international conventions and agreements ratified by Ecuador, as well as the secondary regulations applicable to the field, revealing partial and unenforceable compliance that does not guarantee access, let alone the effective enjoyment of mental health as part of the labor rights of humanitarian actors, deepening gaps in the care and prevention of psychosocial risks that undermine dignity, quality, and life plans at work and in family, emotional, and social environments.

As a result of the regulatory analysis and research carried out, a protocol structure is proposed that promotes the elimination of the shortcomings of the existing regulations, triangulates the specialized care service, and includes the provisions of the ILO on reparation and traceability from prevention to closure, addressing all aspects of the environment, conflict mediation, legal advice, and monitoring to restore the environment affected by the deterioration of mental health as a result of work.

Palabras Clave

Salud mental; derecho laboral; Actores Humanitarios; Salud y Seguridad
Ocupacional

Keywords

Mental health; labor law; humanitarian actors; occupational health and safety

INTRODUCCIÓN

¿Cómo se manifiesta la vulneración del derecho a la salud mental en los actores humanitarios que prestan servicios sociales del sector de Carapungo, y qué factores territoriales, institucionales y laborales contribuyen a esta situación en un entorno de pobreza, violencia e inseguridad?

En Ecuador, el trabajo humanitario dirigido a grupos prioritarios se ha intensificado en los últimos años como respuesta a la profundización de la crisis social, económica y de seguridad que atraviesa el país, caracterizada por el incremento de la pobreza, el desempleo y los índices de violencia (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023; Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado, 2023). En sectores urbanos periféricos como Carapungo, ubicado en la parroquia Calderón al norte del cantón Quito, provincia de Pichincha, las condiciones de vulnerabilidad social se han visto agravadas por factores estructurales como la pobreza multidimensional, la marginalidad territorial y la limitada presencia estatal, elementos que inciden en el deterioro del tejido social (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2022). La configuración territorial del sector que se organiza progresivamente desde la vía E45 hasta San José de Morán, comprendiendo diversas etapas (A, B, C, D, E/F) y aproximadamente 400 barrios refleja dinámicas diferenciadas de acceso a servicios, seguridad y oportunidades, reproduciendo desigualdades intraurbanas características de procesos de expansión periférica no planificada (Jordi Borja, 2003).

Carapungo se configuró como un proyecto habitacional estatal destinado a reducir el déficit de vivienda en el norte de Quito durante la década de 1980. Su desarrollo se enmarcó en el programa gubernamental **Pan, Techo y Empleo (1984–1988)**, mediante el cual se entregaron viviendas de interés social de aproximadamente 60 m², inicialmente sin

acceso completo a servicios básicos y emplazadas en una zona geográficamente condicionada por quebradas y cursos de agua, lo que incrementó su vulnerabilidad territorial (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2015; Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010). Posteriormente, parte de estas soluciones habitacionales particularmente aquellas con mayores déficits de infraestructura y riesgo estructural fueron adjudicadas a excombatientes del conflicto del Cenepa, generándose una configuración poblacional con importante presencia de población afrodescendiente (Secretaría de Territorio, Hábitat y Vivienda, 2018).

Según el Observatorio Metropolitano de Seguridad en Carapungo se concentra el 20 % de los delitos de todo Calderón, identificado como uno de los cinco puntos de mayor incidencia delictiva en la capital (Primicias, 2023a) Adicionalmente, el sector sufre una elevada incidencia de delitos como robo, microtráfico y extorsión, sobre todo, en comerciantes formales e informales de Carapungo donde se han presentado agresiones con bombas molotov, amenazas y cobros extorsivos (“vacunas”). Se estima que ocurren entre 43 y 45 asaltos semanales en avenidas principales como Geovany Calles, lo que representa un promedio aproximado de 1.5 robos diarios por cada 250 000 habitantes del distrito (El Telégrafo, 2023).

Por otro lado, la violencia intrafamiliar representa otro componente crítico. El Municipio de Quito registró denuncias por violencia física, psicológica o sexual que ubica a la parroquia como una de las de mayor incidencia dentro del Distrito Metropolitano (El Comercio, 2023). En Ecuador el 44% de la población son de jefas de hogar y madres solteras, en la parroquia de Carapungo se registra el mayor índice de madres solteras de la capital, lo que impulsa otro tipo de necesidades y condicionalidades del acceso a los servicios sobre todo porque del total el 37.3% tiene trabajos irregulares o con ingresos bajo el salario mínimo, el 29.9% se vincula a trabajo del hogar no remunerado y cuidado de familiares. Lo que indica que 7 de cada 10 madres solteras de la parroquia atraviesa condiciones económicas críticas por lo que depende de los servicios sociales.

En este entorno se encuentran servicios sociales, gestionado por el gobierno autónomo descentralizado de Quito, que ofrece atención directa a niños, niñas,

adolescentes y familias en condiciones de vulnerabilidad que incluyen los siguientes servicios:

- Centro de Desarrollo Infantil Quito Wawas Carapungo
- Centro de Atención a Discapacidades Carapungo
- Casa Somos Carapungo
- Bus de la Salud
- Unidad móvil de asesoría legal gratuita
- Directorio Municipal de Servicios Sociales (478 ONG's que brindan servicios sociales a grupos vulnerables)

Los actores humanitarios que prestan servicios sociales en este entorno son: gestores, antropólogos, trabajadores sociales, psicólogos, educadores, promotores, técnicos de campo, por el tipo de provisión de servicios y las condiciones sociales de su población, considerando de forma esquemática que, en poblaciones con alta complejidad se requiere garantizar los derechos de grupos prioritarios, por lo que, estos equipos cumplen funciones que van desde la intervención en crisis hasta el acompañamiento familiar, muchas veces en contextos de extrema presión, sin contar con sistemas adecuados de cuidado psicosocial, espacios de contención emocional, ni protocolos institucionalizados para enfrentar el desgaste profesional (Organización Internacional del Trabajo -OIT, 2021).

El Municipio de Quito, cuenta con la Ordenanza Metropolitana No. 071-2024, el Plan Metropolitano de Salud Mental en el cual se integran las acciones estratégicas en materia de salud mental para grupos prioritarios donde no se contemplan acciones específicas para la atención y cuidado de la salud mental en el ámbito laboral, constituyéndose en una doble vulneración, por un lado a los trabajadores del servicios y por otro a los grupos prioritarios, ninguna persona que no cuente con herramientas para la gestión de sus emociones puede atender con calidez a víctimas, más aún cuando los actores humanitarios en muchas ocasiones se convierten en el único vínculo institucional de protección para familias en riesgo, exponiéndose a cargas emocionales elevadas, falta de

reconocimiento profesional y condiciones de trabajo precarias, generando un progresivo desgaste psicológico.

En este contexto, la salud mental del personal humanitario se ve directamente afectada. El estrés crónico, el agotamiento emocional y la frustración profesional, en ausencia de medidas de prevención y atención integral, se traducen en la vulneración de su derecho a la salud, consagrado en el artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador (2008), así como en el Código del Trabajo, el Código Orgánico de la Salud (2021) y diversos tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Esta vulneración no solo afecta al trabajador, sino que también pone en riesgo la calidad y continuidad de los servicios dirigidos a poblaciones vulnerables, perpetuando el ciclo de desprotección.

Los actores humanitarios son definidos por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) como aquellos profesionales que prestan asistencia basada en principios humanitarios: humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia en contextos de emergencia, pobreza o vulnerabilidad extrema. En Ecuador, su rol es clave en la protección de derechos, pero aún no existen políticas públicas específicas que reconozcan su riesgo psicosocial ni protocolos obligatorios de salud mental laboral en instituciones municipales o estatales.

La ausencia de una política integral que proteja la salud mental de estos actores en contextos de alta presión social y territorial configura un problema de derechos humanos. Esta falta de respuesta institucional perpetúa condiciones de desprotección laboral, invisibiliza el sufrimiento psíquico como problema estructural y normaliza la saturación emocional como parte del trabajo, cuando en realidad constituye una forma de violencia institucional.

Desde esta perspectiva el presente trabajo se justifica ya que, los actores humanitarios desempeñan un rol clave en la atención directa de grupos prioritarios (personas en situación de movilidad humana, víctimas de violencia, niños/as en acogimiento, personas con discapacidad, etc.). Sin embargo, enfrentan jornadas extensas,

falta de recursos institucionales, presión emocional constante y exposición permanente a situaciones traumáticas.

Esta sobrecarga produce consecuencias psicológicas significativas como ansiedad, trastornos del sueño, depresión, desgaste profesional y burnout. A pesar de que el derecho a la salud mental está garantizado en la normativa nacional e internacional, en la práctica se evidencia una vulneración estructural de este derecho en los entornos laborales humanitarios, dada la escasa atención institucional al autocuidado, la salud emocional del personal y las condiciones laborales adecuadas.

En este contexto, se hace urgente analizar cómo la saturación laboral vulnera el derecho a la salud mental de estos profesionales y generar propuestas integrales que promuevan su cuidado.

El enfoque de derechos humanos reconoce la salud mental como un componente esencial del derecho a la salud integral (OMS, 2001; PIDESC, art. 12). En Ecuador, el Código del Trabajo, la Ley Orgánica de Salud y los instrumentos de la OIT establecen el derecho a condiciones laborales saludables. No obstante, los trabajadores humanitarios, que enfrentan situaciones de alta carga emocional y exposición al sufrimiento, no siempre cuentan con mecanismos de protección ni acompañamiento psicológico institucional.

Este estudio busca visibilizar la vulneración del derecho a la salud mental en contextos laborales humanitarios y ofrecer herramientas para que las instituciones garanticen el bienestar de sus equipos desde una perspectiva ética, legal y psicosocial.

Para el efecto del informe de investigación se empleó el método deductivo como estrategia principal para la realización de esta investigación. La elección de este método responde a la necesidad de partir de conceptos y teorías generales sobre el derecho a la salud mental y la saturación laboral, para luego llegar a conclusiones específicas en el contexto particular de los actores humanitarios en el área de estudio.

El método deductivo es una estrategia lógica que permite partir de premisas generales, leyes o teorías previamente establecidas para llegar a conclusiones particulares y

específicas (González & Arias, 2014). En el contexto de la investigación social, este método es útil para verificar hipótesis y explicar fenómenos particulares, apoyándose en marcos teóricos existentes.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), el método deductivo es especialmente apropiado en estudios que buscan comprobar hipótesis derivadas de teorías previamente establecidas, permitiendo una estructuración lógica que facilita la interpretación de los datos en función de conceptos y categorías teóricas.

Asimismo, para investigaciones relacionadas con derechos humanos y salud mental, el método deductivo proporciona un marco conceptual sólido que ayuda a vincular las teorías generales del enfoque de derechos con las condiciones específicas observadas en la población estudiada (Miller & Salkind, 2010).

En este estudio, el proceso deductivo se inicia con la revisión bibliográfica y teórica sobre el derecho a la salud mental, saturación laboral y su impacto en actores humanitarios, a partir de las cuales se establecen hipótesis y supuestos generales. Posteriormente, se diseñan instrumentos y estrategias de recolección de datos que permiten contrastar estas hipótesis en el contexto específico de Carapungo Centro Quito Wambras Norte.

El proceso deductivo facilita, además, la estructuración de categorías analíticas y la interpretación de los resultados en relación con las teorías y marcos conceptuales existentes, contribuyendo a obtener conclusiones fundamentadas y coherentes con el marco teórico.

La presente investigación adopta un enfoque cuali-cuantitativo con un carácter descriptivo y analítico, sustentado en un diseño de investigación explicativa, centrado en comprender y analizar la vulneración del derecho a la salud mental de los actores

humanitarios en Carapungo Centro Quito Wambras Norte, mediante la aplicación del método deductivo.

Para la recolección y análisis de datos en esta investigación, se emplearán técnicas cualitativas que permitan profundizar en la comprensión del fenómeno de la vulneración del derecho a la salud mental por saturación laboral en actores humanitarios en Carapungo. Las principales técnicas seleccionadas son las siguientes:

1. Revisión documental

La revisión documental será fundamental para sustentar teóricamente la investigación, permitiendo recopilar información relevante sobre el marco legal, teorías sobre salud mental, saturación laboral y derechos humanos (Hernández et al., 2014). Se consultarán fuentes primarias y secundarias, como normativas nacionales e internacionales, informes institucionales, artículos científicos y documentos académicos.

El análisis de contenido será empleado para interpretar y categorizar la información recolectada en las entrevistas, grupos focales y documentación, permitiendo identificar impacto de la saturación laboral en sus condiciones psicoemocionales y del análisis del cumplimiento de sus derechos laborales en servicios sociales de Carapungo, 2025 patrones, categorías y relaciones relevantes para responder a las preguntas de investigación (Hsieh & Shannon, 2005).

Con ello se determina como objetivo general: analizar la vulneración del derecho a la salud mental en actores humanitarios que trabajan con grupos prioritarios, a partir del

1. Identificar los factores de saturación laboral presentes en los entornos de trabajo humanitario que afectan a la salud mental de actores humanitarios.

2. Examinar las afectaciones a la salud mental derivadas de las condiciones laborales y el grado de cumplimiento de las garantías del derecho a la salud mental desde el enfoque normativo a través de minería documental de la política institucional.

3. Desarrollar una propuesta orientada a prevenir y contrarrestar los efectos que genera la afectación a la salud mental de actores humanitarios a causa de la saturación mental.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS CAPÍTULO I

LA SALUD MENTAL COMO DERECHO HUMANO

La salud mental forma parte integral del derecho a la salud reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que establece el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966). En su Observación General N.º 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) aclara que este derecho abarca servicios de salud mental accesibles, aceptables, de calidad y culturalmente adecuados.

El derecho a la salud mental se reconoce como una dimensión inseparable del derecho a la salud, tal como lo establece la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 32, donde se garantiza el acceso a servicios integrales y de calidad como parte del Buen Vivir. Esta garantía implica una obligación del Estado no solo de prestar atención médica, sino también de diseñar políticas públicas que prevengan, atiendan y rehabiliten problemas de salud mental en todas las esferas sociales, incluidas aquellas de alta exposición psicosocial, como es el caso de los actores humanitarios (García Guerra, 2022; Garzón Loor, 2025). Además, el artículo 66, numeral 1, consagra el derecho a la integridad personal, que incluye la salud psíquica. Más aún, el artículo 326, numeral 5, reconoce la salud laboral como componente esencial del trabajo digno, comprometiendo al Estado a garantizar condiciones adecuadas que protejan la salud física y emocional de las y los trabajadores.

Desde el enfoque de derechos, la salud mental debe concebirse más allá del modelo biomédico tradicional. Esto implica entenderla en su dimensión política, comunitaria y estructural, reconociendo que las condiciones de trabajo, las relaciones institucionales y los entornos sociales son determinantes fundamentales para el bienestar psicosocial de las personas (Quevedo & Lanchi Zuñiga, 2022). En este marco, los actores humanitarios, voluntarios, trabajadores de ONG, profesionales de protección social y respuesta a emergencia; requieren un reconocimiento especial debido a la exposición constante a

eventos críticos, sufrimiento ajeno, alta demanda emocional y presiones institucionales que afectan directamente su salud mental.

El derecho a la salud mental como derecho humano fundamental

El marco conceptual se reconoce la salud mental laboral como un derecho derivado del derecho a la salud y de las obligaciones estatales de garantizar condiciones de trabajo dignas que no perjudiquen la integridad psicosocial de las personas. Diversos análisis sistemáticos y revisiones publicadas entre 2020–2025, periodo en el que se enfatiza los estudios por la pandemia; muestran que los trabajadores humanitarios enfrentan riesgos psicosociales estructurales incluyendo *burnout*, estrés traumático secundario y depresión que comprometen tanto su salud como la eficacia de las respuestas humanitarias (Cameron et al., 2024; Nasrullah, 2025).

La mayoría de actores humanitarios, profesionales de ciencias sociales, de la salud y el derecho; son, adicionalmente, voluntarios en actividades de asistencia social ante eventos adversos, peligrosos o conflictos. Este grupo puede o no ser profesional, generalmente vinculado a las áreas de las ciencias sociales y humanas, ciencias de la salud y bienestar, ciencias de la educación entre otros; no obstante, los niveles de satisfacción en el trabajo en relación a al proyecto de vida de actores humanitarios dista mucho con el goce efectivo de los derechos laborales y económicos.

La extensa carga laboral, horarios rotativos, alta complejidad en el acceso a los lugares y composición social, merman la salud de los actores humanitarios, por ello experimentan sensaciones de ser exprimidos emocionalmente y expresan frustraciones ocultas como: Autocrítica y sobredimensión de su rol frente al empleo, frustración por ausencia de valoración explícita del trabajo efectuado, insatisfacción permanente por carestía de recursos y gestión salarial, remuneración limitada y poco competitiva, sensación que la comunidad percibe que el trabajo efectuado no es bueno, tienen

referencias negativas sobre las actividades y que la complejidad progresivamente demanda más atención del actor humanitario. (Davidoff, 1998)

En igual sentido, los actores humanitarios vinculados a la provisión de servicios de asistencia social, deben lidiar generalmente con supervisores y jerárquicos exigentes y hostiles, cargas pesadas de trabajo, extralimitación de horarios, irrespeto del tiempo de descanso, trabajo administrativo sin afinidad a las actividades laborales, entre otras actividades como representación sin que esto implique, un poder de decisión real. (Davidoff, 1998)

“El desgaste transforma a la gente dedicada en individuos ineficientes, apáticos, frustrados y que se estancan” (Davidoff, 1998), en el caso expreso de actores humanitarios, estas actitudes generan vulneraciones en la atención de calidad y con calidez a los usuarios, más aún cuando estos requieren por su entorno e historias de vida, atención especializada y contextualizada, generando problemas en el relacionamiento; aunque, gran parte de los actores humanitario son capacitados de forma permanente en salud mental y atención psicosocial, en la práctica son herramientas para impulsar la atención en su trabajo, pero no para su autocuidado saturando más la salud mental de los mismos.

En este ámbito la protección jurídica requiere medidas preventivas institucionales financiadas para el acceso efectivo a servicios de salud mental, no sólo *paroles* de buenas prácticas suscritas en acuerdos, resoluciones o protocolos. Además, Convenios Internacionales de OIT, por ejemplo, plantean que la responsabilidad es compartida entre Estados, agencias donantes y organizaciones empleadoras, por lo que los estándares de derechos humanos deben traducirse en protocolos obligatorios de prevención, atención y reparación; no obstante, la aplicación difiere de la realidad; por tanto, es imperante articular marcos jurídicos ejecutables con financiamiento para disminuir progresivamente las vulneraciones por saturación laboral y falta de acceso a servicios.

En cuanto a prevalencia y manifestaciones clínicas, los estudios efectuados con mayor prevalencia a partir de la pandemina, reportan tasas elevadas de malestar psicológico entre personal humanitario y personal sanitario en contextos de emergencia,

con prevalencias variables; pero clínicamente relevantes de depresión, ansiedad, síndrome de burnout y trastorno por estrés postraumático (Nasrullah, 2025; Cameron et al., 2024). Estas investigaciones implementadas con escalas validadas y meta-análisis para asociar la carga de trabajo, la exposición a violencia y la precariedad organizacional con peores desenlaces mentales, confirman que la “saturación laboral” es un factor determinante en la calidad de vida de actores humanitarios.

Es indispensable, indicar que, si bien la pandemia como efecto global puso en la palestra con énfasis la salud mental, el personal humanitario que enfrentó y enfrenta una exposición sostenida y menor acceso a recursos psicosociales, aún no cuenta con accesos efectivos a servicios robustos constituyéndose una vulneración al derecho a la salud mental, de sobremanera, porque este es un ámbito estereotipado, subyacente de financiamiento y ampliamente vinculado al discurso académico.

Ecuador presenta avances significativos en políticas públicas laborales, cuidado al cuidador y salud mental, no obstante, las prácticas institucionales como capacitación y provisión de servicios, esquematizan la profundidad del problema al no establecer recursos, espacios y servicios accesibles para quienes provisionan atención humanitaria, menos aun cuando estos se encuentran en zonas con tejidos sociales complejos y de trayectoria de marginalidad.

Estas prácticas laborales y de gestión que amplifican la vulnerabilidad mental: rotaciones prolongadas, falta de pausas y supervisión, carencia de políticas formales de salud mental y ausencia de caminos claros de derivación para atención especializada (Lavdas, 2024; capítulo sobre salud ocupacional humanitaria, 2021–2023). Desde la perspectiva de derechos, estas prácticas configuran una omisión mitigable por parte de empleadores y, cuando opera con la aquiescencia o falla regulatoria del Estado, generan responsabilidad por vulneración de un derecho humano fundamental, el derecho a la salud.

La jurisprudencia interamericana ha reforzado obligaciones de los Estados respecto al acceso a la salud y a medidas reparatoras concretas, lo que tiene implicaciones directas para la protección de la salud mental laboral. Las recientes interpretaciones del Sistema

Interamericano han reafirmado que el derecho a la salud no se limita a la prestación de servicios médicos, sino que impone a los Estados obligaciones estructurales de diseño e implementación de políticas públicas, adopción de protocolos institucionales y medidas preventivas orientadas a garantizar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En la Opinión Consultiva OC-23/17, la Corte Interamericana de Derechos Humanos señaló que los derechos económicos, sociales y culturales generan deberes inmediatos y progresivos que exigen acciones estatales concretas para prevenir vulneraciones estructurales. Asimismo, en el caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile* (2018), el mismo tribunal reconoció el derecho a la salud como derecho autónomo derivado del artículo 26 de la Convención Americana, estableciendo que los Estados deben adoptar marcos normativos adecuados, mecanismos de supervisión y protocolos que garanticen atención integral y oportuna. Más recientemente, la jurisprudencia interamericana ha enfatizado que la falta de regulación, supervisión o protocolos adecuados puede constituir una violación directa al deber de garantía previsto en el artículo 1.1 de la Convención Americana (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018; 2023).

Casos recientes de la Corte construye normas sobre deberes estatales de garantía y reparación que pueden adaptarse para exigir medidas específicas frente a vulneraciones de la salud mental por condiciones laborales, por ejemplo, protocolos clínicos, formación obligatoria y medidas de reparación integral. La doctrina interamericana también ha puesto énfasis en la jurisprudencia que vincula salud y trato digno, apoyando reclamaciones que argumenten la omisión estatal frente a condiciones laborales nocivas. En consecuencia, la combinación de evidencia empírica y estándares interamericanos fortalece la posibilidad de reclamos estratégicos para la protección de trabajadores humanitarios.

En el caso ecuatoriano, estudios y evaluaciones recientes ofrecen evidencia contextualizada sobre la interacción entre violencia, saturación laboral y acceso deficiente a servicios psicosociales. Informes de contexto y análisis de sensibilidad al conflicto muestran que el aumento de violencia y la precariedad institucional (2023–2024) elevan la demanda de atención y aumentan la exposición del personal humanitario a situaciones de riesgo (International Rescue Committee, 2024). Investigaciones piloto en Ecuador que integran Salud Mental y Apoyo Psicosocial MHPSS con programas socioeconómicos

demuestran factibilidad y beneficios en la mitigación de síntomas, aunque subrayan la necesidad de escalamiento y de financiamiento sostenido (Moyano et al., 2024).

Adicionalmente, investigaciones realizadas durante la pandemia documentan altos niveles de malestar psicológico entre trabajadoras y trabajadores de la salud en Ecuador, lo que sirve como proxy para comprender fenómenos similares en el sector humanitario local (Ruiz-Frutos et al., 2022). Estos estudios constituyen evidencia nacional clave para diseñar políticas públicas y protocolos laborales que respondan a la saturación y garanticen el acceso.

En cuanto a acceso y brechas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que Ecuador destina menos del 2 % de su presupuesto nacional de salud a salud mental, lo que genera déficits en infraestructura, personal y cobertura territorial (OPS, 2022). Esta falta de inversión incide directamente en la imposibilidad de ejercer efectivamente el derecho a la salud mental, especialmente en contextos laborales de atención psicosocial a población vulnerable.

Un estudio de Valenzuela Mendieta (2022) analizó la ansiedad disfuncional en profesionales ecuatorianos en entornos urbanos post-pandemia, hallando que el 73 % presentaba signos clínicos de estrés crónico, asociados a sobrecarga laboral, jornadas prolongadas y falta de acompañamiento psicológico institucional. Este estudio muestra la urgencia de articular políticas de salud mental específicas para el entorno laboral.

De igual forma, Muñoz-Ortega et al. (2024) documentan que, aunque Ecuador cuenta con legislación progresista, el acceso real a servicios de salud mental laboral es limitado, fragmentado y centralizado. Las y los trabajadores del sector social y sanitario, especialmente en territorios periféricos o altamente violentos, enfrentan barreras estructurales como ausencia de protocolos internos, escasez de psicólogos laborales y nulo seguimiento posterior a eventos críticos.

Por otro lado, el Estudio Nacional sobre Condiciones de Trabajo y Salud Ocupacional (ENCTS, 2021), realizado por el Ministerio de Trabajo y la Universidad Andina Simón Bolívar, reveló que el 46 % de trabajadores del sector público reportan

sintomatología de desgaste emocional y el 39 % reporta haber experimentado acoso o violencia institucional, sin canales de denuncia efectivos. El estudio concluye que la falta de mecanismos de protección a la salud mental del trabajador es uno de los principales déficits del sistema de seguridad ocupacional en Ecuador.

A nivel municipal, Quito ha adoptado medidas específicas para gestionar y promover salud mental comunitaria. El Concejo Metropolitano aprobó en marzo de 2024 la Ordenanza Metropolitana No. 071-2024 para la Promoción, Prevención, Atención y Gestión Comunitaria de la Salud Mental en el Distrito Metropolitano de Quito, que lo convierte en ente rector local junto con la Secretaría de Salud. Esta ordenanza define competencias municipales para generar políticas públicas locales alineadas con la normativa nacional, con énfasis en grupos vulnerables, y establece la conformación de una Red Distrital de Salud Mental (Concejo Metropolitano de Quito, 2024).

Otra dimensión normativa en el sistema ecuatoriano es la relacionada con la seguridad social y la salud laboral, donde el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) tiene regulaciones que pueden afectar al personal humanitario afiliado. La Resolución C.D. 513 regula el Seguro General de Riesgos del Trabajo, obligando al cuidado de la salud física y mental en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, incluyendo su rehabilitación y reinserción. Aunque no está centrada exclusivamente en salud mental comunitaria o humanitaria, esta normativa provee un componente legal para reclamar condiciones laborales que consideren riesgos psicosociales (IESS, 2016).

En cuanto a convenios y cooperación interinstitucional, existe evidencia de colaboración entre la municipalidad de Quito, el Ministerio de Salud Pública y organismos internacionales como OPS/OMS para fortalecer la salud mental como parte de políticas de salud pública. Estos acuerdos técnicos incluyen vigilancia epidemiológica, prevención del consumo de sustancias y acciones específicas para poblaciones vulnerables, lo cual amplía

la cobertura hacia grupos expuestos como los actores humanitarios (Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 2023).

A pesar de estos avances normativos y de gestión, los análisis y reportes destacan desafíos persistentes. Entre estos se cuentan la falta de cumplimiento efectivo, la variabilidad en la implementación entre municipios, las dificultades para garantizar continuidad de servicios, y la escasa especificidad en protocolos para actores humanitarios expuestos a contextos de alto conflicto y vulnerabilidad. Aunque existen obligaciones legales, los servicios siguen siendo insuficientes en cobertura y calidad (Herrera Acosta et al., 2023).

El derecho a la salud en el entorno laboral se encuentra reforzado por los convenios internacionales ratificados por Ecuador, en particular el Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo OIT (2019) sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, y su Recomendación 206, que promueven ambientes laborales libres de violencia psicológica, estrés y condiciones de sobrecarga emocional (OIT, 2021).

La aplicación del C190 en Ecuador impone al empleador público o privado la obligación de identificar factores psicosociales de riesgo, implementar programas de prevención de desgaste psicológico y establecer canales de apoyo y reparación frente a vulneraciones de salud mental en el entorno laboral (Dentons, 2022).

En su análisis jurídico, Bravo-Salas (2021) señala que, pese al reconocimiento normativo del trabajo digno y la salud mental como derechos, las entidades públicas ecuatorianas presentan bajos niveles de institucionalización de estos principios: no existen unidades de atención psicológica laboral, ni protocolos de prevención ni capacitación estructurada, lo cual constituye una omisión estatal y genera responsabilidad por daño psicológico institucional.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN ECUADOR: AVANCES Y LIMITACIONES

Las políticas públicas orientadas a proteger la salud mental y las condiciones laborales de los trabajadores humanitarios en América Latina han ganado visibilidad tras

las múltiples crisis recientes en la pandemia, desplazamientos y conflictos locales que expusieron las debilidades de los sistemas de protección social. Organismos regionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsaron agendas y recomendaciones que enfatizan la integración de la salud mental en la respuesta sanitaria, protocolos de continuidad de servicios y medidas específicas para poblaciones vulnerables y sus equipos de atención.

Estas iniciativas impulsan a que la protección de los trabajadores humanitarios debe entenderse como parte de la seguridad sanitaria y la continuidad operativa en emergencias, lo cual implica acciones desde normativas laborales hasta mecanismos de apoyo psicosocial y financiamiento sostenido (OPS, sf, 2023).

A nivel regional, la OPS consolidó recomendaciones post-pandemia enfatizando la protección del personal sanitario y humanitario mediante programas nacionales con énfasis en prevención, formación y acceso a servicios. La estrategia planteada incluye:

1. Capacitación en Salud Mental y Apoyo Psicosocial para equipos de territorio
2. Sistemas de referencia y contrarreferencia para atención del personal;
3. Protocolos de gestión de carga laboral y rotaciones;
4. Financiamiento para sostenibilidad de los servicios de apoyo psicosocial.

Estas orientaciones sirven como insumo técnico para que los Estados adapten sus normativas laborales y de salud pública a realidades complejas de violencia, pobreza y desplazamiento en la región (OPS, 2023).

En las últimas dos décadas, Ecuador ha iniciado una transición normativa desde un modelo hospitalocéntrico hacia uno de atención comunitaria en salud mental, inspirado en principios de inclusión, desmanicomialización y participación social. No obstante, investigaciones como la de García Guerra (2022) han demostrado que esta transición ha sido parcial e inconstante. El modelo de atención comunitaria propuesto desde 2015 a

través del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y el Plan Nacional de Salud Mental 2018–2025 no se ha consolidado estructuralmente ni territorialmente.

Por otro lado, el Estudio Nacional sobre Condiciones de Trabajo y Salud Ocupacional (ENCTS, 2021), realizado por el Ministerio de Trabajo y la Universidad Andina Simón Bolívar, reveló que el 46 % de trabajadores del sector público reportan sintomatología de desgaste emocional y el 39 % reporta haber experimentado acoso o violencia institucional, sin canales de denuncia efectivos. El estudio concluye que la falta de mecanismos de protección a la salud mental del trabajador es uno de los principales déficits del sistema de seguridad ocupacional en Ecuador.

En efecto, las políticas, programas y proyectos, progresivamente han ido fraccionándose con el tiempo y destinándose menos recursos para su implementación, sin embargo, la temática es vigente como un discurso para gestionar recursos que se destinan en procesos de investigación y no de aplicación de los instrumentos, ampliando con ello de forma progresiva la dificultad de tener personal con capacidad para sostener procesos de asistencia humanitaria sin poner en el medio su salud mental, física, emocional, afectiva, familiar y sexual, entre otras vinculadas al bienestar humano. Es decir, todos los procesos normativos de política pública al no ser implementados, efectivamente, vulneran los derechos humanos fundamentales de actores humanitarios, en tanto que los mismos deben garantizarlos a terceros.

Las políticas nacionales han fortalecido el marco normativo en salud mental y, de manera progresiva, han incorporado lineamientos que pueden beneficiar de forma colateral a los trabajadores humanitarios. El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha publicado y validado instrumentos estratégicos; incluyendo la Política Nacional de Salud Mental 2024–2030, el Plan Decenal de Salud 2022–2031 y evaluaciones del Plan Nacional Estratégico, que plantean la necesidad de fortalecer la atención comunitaria, los servicios de primera línea y la articulación interinstitucional para poblaciones en contextos de vulnerabilidad. Estas políticas ofrecen un andamiaje jurídico y técnico para diseñar normas laborales y protocolos específicos de protección del personal que atiende emergencias y poblaciones en contextos de pobreza y riesgo (MSP, 2022a; MSP, 2022b; MSP, 2024); sin embargo,

estas políticas están enfocadas a la provisión del servicio comunitario y no esbozan la cobertura y acceso por parte de los mismos actores humanitarios.

No obstante, los análisis de implementación señalan brechas persistentes: fragmentación interinstitucional, carencia de recursos humanos especializados, limitaciones en financiamiento sostenido y ausencia de protocolos obligatorios dirigidos al cuidado del personal humanitario. Estudios recientes de política pública en Ecuador muestran que, pese a avances normativos, la transferencia hacia prácticas estandarizadas sigue limitada y depende en muchos casos de iniciativas puntuales de ONG o gobiernos locales. Esto implica que, sin instrumentos laborales específicos (p. ej., límites de jornadas en contextos de crisis, permisos de recuperación, acceso garantizado a servicios MHPSS para personal), las políticas nacionales quedan insuficientes frente a la saturación operativa que enfrentan los equipos (Loor, 2025).

De igual manera, Garzón Loor (2025) identifica que los principales desafíos en la implementación de la política pública de salud mental en Ecuador se relacionan con la débil asignación presupuestaria, la escasa formación de personal especializado y la falta de indicadores de evaluación. Estos factores estructurales dificultan el desarrollo de protocolos específicos para la atención a trabajadores expuestos a contextos de sufrimiento crónico, violencia o desastres, como es el caso de los actores humanitarios.

En Ecuador existen instrumentos clave que configuran obligaciones legales en materia de salud mental laboral y condiciones laborales dignas:

El Convenio 161 de la OIT (1985) exige que los empleadores implementen servicios de salud ocupacional que consideren dimensiones físicas y mentales del trabajador;

El Convenio 190 de la OIT (OIT,2019) sobre a violencia y el acoso en el ámbito laboral que fue ratificado por Ecuador en mayo de 2021 y vigente desde el 2022, reconoce

explícitamente que la violencia y el acoso constituyen violaciones a los derechos humanos, la dignidad humana, el proyecto de vida y amenazas a la igualdad de oportunidades.

En el artículo 9, obliga a los Estados a adoptar medidas para instrumentar medidas normativas y efectivas para identificar, prevenir, controlar y actuar de forma eficiente ante los factores que generan los riesgos psicosociales en los espacios laborales de todo tipo de actividad económica, excluyendo de forma expresa entornos de comercio informal por estar subalternos y subvalorados dentro de los estándares laborales. Estas medidas deben guardar consistencia con la salud mental y el bienestar psicológico de las personas trabajadoras (OIT, 2019).

Por su parte, el Código del Trabajo ecuatoriano (última reforma 2023) y su reglamento en materia de seguridad e higiene exigen que los empleadores con más de diez trabajadores mantengan planes de salud ocupacional multidisciplinarios, incluyendo componentes de salud mental laboral, con el fin de reducir riesgos psicosociales (Ministerio del Trabajo, 2023)

En paralelo, el Código del Trabajo y la Ley Orgánica de Salud Mental, exigen entornos laborales seguros, reconocimiento del derecho a la salud mental laboral, acceso a apoyo psicosocial y formación continua en salud mental ocupacional; exigen la implementación de reglamentos de higiene y seguridad laboral, y planes de salud ocupacional multidisciplinarios cuando existen más de diez trabajadores.

El Decreto Ejecutivo N.º 465 (2024) que reglamenta la Ley Orgánica de Salud Mental (2023), establece que los empleadores deben capacitar al personal en salud mental, designar responsables psicológicos en RRHH, implementar primeros auxilios psicológicos, promover ambientes sanos y ofrecer apoyo continuo para trabajadores con trastornos

mentales (Ministerio de Salud Pública, 2024).; instrumento que determina obligaciones concretas para las instituciones públicas y privadas, entre ellas:

- 1) Capacitar al personal en prevención y promoción de la salud mental;
- 2) Designar responsables psicológicos o psicosociales en los departamentos de talento humano;
- 3) Implementar protocolos de primeros auxilios psicológicos;
- 4) Desarrollar ambientes laborales saludables;
- 5) Garantizar apoyo continuo para trabajadores con trastornos mentales

A nivel jurídico-formal, Ecuador ha incorporado los principios del Convenio 190 y del derecho a la salud mental dentro de su legislación y reglamentación. La Ley Orgánica de Salud Mental (2023) reconoce la salud mental como parte integral del derecho a la salud (art. 4) y dispone la promoción de ambientes laborales sanos (art. 28), lo que cumple con los compromisos internacionales (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Asimismo, el Plan Nacional de Salud Mental 2024–2030, aprobado por el MSP, contempla una línea estratégica denominada “Salud mental en el trabajo y entornos productivos”, que prevé capacitación, vigilancia de riesgos psicosociales y acompañamiento institucional (MSP, 2024). Desde el punto de vista jurídico, por tanto, Ecuador ha alineado su marco normativo con las obligaciones internacionales.

En cuanto al cumplimiento sustantivo y operativo, en la práctica, los instrumentos de salud mental ecuatorianos presentan limitaciones operativas frente a los estándares del Convenio 190 y las recomendaciones de la OIT.

Estudios nacionales (Torres Toala et al., 2021; Amaguaña Toasa et al., 2021) evidencian que las políticas institucionales aún no integran plenamente la vigilancia de riesgos psicosociales ni la atención continua del personal. Los servicios de salud mental laboral son mayormente reactivos (intervención en crisis) y no preventivos, lo que contradice el enfoque del art. 9 del Convenio 190 y del art. 15 del Decreto 465, que demandan

evaluación periódica del clima organizacional, aplicación de instrumentos validados (como el ISTAS-21 o MBI), y medidas de mitigación temprana.

El Reglamento del Decreto 465 (2024) es claro en exigir responsables psicológicos en talento humano, pero la mayoría de instituciones públicas no han creado aún dichos cargos ni cuentan con psicólogos laborales permanentes o asignados de forma exclusiva a la aplicación de procesos de prevención, atención y derivación efectiva a servicios de salud mental para el personal, menos aún, lineamientos determinados para la especificidad acorde al nivel de riesgo expuesto.

Según informes de la Red Ecuatoriana de Salud Mental (2024), el 68 % de entidades del sector público carece de un plan estructurado de salud mental laboral y solo el 21 % realiza capacitaciones periódicas sobre primeros auxilios psicológicos destinados a los usuarios o atención de soporte frente a emergencias y no destinados exclusivamente al autocuidado o a la identificación temprana de problemas de salud mental propios y del personal humanitario.

En la tesis de Coello Cadena (2023) se plantea que la gestión adecuada de los riesgos psicosociales es parte integral del derecho laboral: los empleadores deben garantizar un ambiente de trabajo libre de violencia, estrés crónico y desgaste emocional. La omisión institucional en estas áreas se traduce en responsabilidad legal por vulneración de derechos fundamentales laborales y de salud mental.

En concordancia, Bravo-Salas (2021) afirmó que la falta de implementación de unidades psicológicas laborales, canales de denuncia y programas de prevención constituye una omisión estatal, afectando la dignidad y salud mental de los trabajadores del sector público.

A nivel técnico, el modelo de salud mental ocupacional del MSP (2023) sigue siendo fragmentado y biomédico, centrado en la enfermedad y no en la promoción de

bienestar integral o clima organizacional positivo, a diferencia del enfoque de trabajo decente y saludable de la OIT (2021).

A nivel transversal, se puede identificar algunas brechas entre la documentación legal, normativa y técnica existente frente al nivel práctico de cumplimiento de instrumentos internacionales:

Tabla 1 Cuadro comparativo de brechas teórico - prácticos

Norma / Estándar	Nivel de cumplimiento	Brecha técnica identificada
Convenio 190 de la OIT (2019)	Parcial	Falta de protocolos institucionales obligatorios para todos los empleadores; escasa supervisión estatal.
Ley Orgánica de Salud Mental (2023)	Formalmente cumplida	Limitada operativización en el sector laboral; ausencia de indicadores específicos de salud mental ocupacional.
Decreto Ejecutivo 465 (2024)	Parcial	Falta de capacitación sistemática y asignación de recursos para responsables psicológicos.
Código del Trabajo (2023)	Parcial	Poca vigilancia de cumplimiento de planes de salud ocupacional y debilidad en sanciones.

Elaboración: Análisis documental, Sofía León Sánchez; 2025

A nivel subnacional, experiencias municipales como el Plan Metropolitano de Salud Mental de Quito (2025–2028) evidencian intentos por materializar acciones concretas: mapeo de riesgos psicosociales, formación comunitaria, redes de apoyo y rutas de atención que incluyen componentes para trabajadores locales. Los planes municipales sirven de laboratorio para políticas de protección laboral y psicosocial que luego escalarán a nivel nacional, siempre que se articulen presupuestos, monitoreo y obligaciones regulatorias claras. Las experiencias locales son cruciales para contextualizar medidas que aborden exposición prolongada al conflicto, pobreza y marginalidad, y que protejan tanto a la población atendida como al personal que despliega las respuestas (Municipio de Quito, 2025).

Román Aguinda (2023), en su evaluación de las políticas públicas en Quito, sostiene que los servicios de salud mental son limitados, centralizados en zonas urbanas y carentes de un enfoque preventivo. Esta situación genera barreras para sectores vulnerables

o periféricos, precisamente donde suelen operar actores humanitarios. La ausencia de un modelo institucional de cuidado psicosocial para este grupo profesional refleja una omisión crítica en la planificación estatal, lo cual contraviene el principio de progresividad de los derechos sociales.

PRESENTACIÓN DE PERCEPCIONES DE ACTORES HUMANITARIOS

En el marco de la presente investigación se realizó un análisis cuantitativo con actores humanitarios que prestan servicios profesionales en zonas de alto conflicto y tejido social complejo de Carapungo – Quito y profesionales de talento humano. Esta información se enmarca en la colaboración personal y no institucional por lo que se detalla la información recabada en entrevistas semiestructuradas – cuantitativas, de forma anonimizada para salvaguardar la identidad de los y las participantes del estudio.

Las técnicas aplicadas para el levantamiento de información fueron:

- Entrevista abierta y silla vacía
- Grupo focal

La entrevista abierta permitió explorar sobre las emociones, permisos y condiciones laborales identificadas, situaciones familiares y socioeconómicas vinculadas al ejercicio profesional. La técnica de silla vacía se empleó con la finalidad de evitar el sesgo sobre el informante cuando el mismo comenta situaciones de complejidad asociadas a su condición, esta técnica permitió la fluidez en las expresiones y dotación de datos de relevancia, no obstante, bajo la estructura de la investigación y enmarcado en el ámbito de derechos las personas optaron por registro manual o grabación bajo confidencialidad absoluta.

Los grupos focales se efectuaron bajo la metodología de redes neuronales para analizar los puntos en común sobre la percepción de vulneración de derechos y sus condiciones laborales como actores humanitarios, en este ámbito, los informantes

participaron con menor facilidad en la comunicación al sentir expuesto su criterio, aunque, compartieron puntos de vista.

Enmarcado en ese ámbito se trabajaron los siguientes ámbitos vinculados a los ejes de saturación laboral que afectan a la salud mental acorde al entorno sociodemográfico donde se desarrollan las actividades laborales:

Percepciones de seguridad

Referente a la percepción de seguridad se identificaron tres ejes:

- Seguridad en el traslado al empleo
- Seguridad en el espacio
- Seguridad en la atención

Acorde a las entrevistas y grupos focales, se identificó que el eje, los actores humanitarios indicaron que, por cuestiones de distancia, se invierte mensualmente entre 50- 80 USD, rubro que implica transporte en bus, mantenimiento de bicicleta, metro y uso de Uber, ya que deben trasladarse de forma permanente y no planificada desde el centro de atención a la unidad desconcentrada a 30 minutos y a la unidad central a 120 minutos de distancia, sin tomar en consideración traslados adicionales para retirar alimentación, insumos y suministros en otros servicios, afectando su fluidez económica en relación al salario lo que genera tensión al cubrir gastos personales como vivienda, alimentación, distracción, priorizando los valores para solventar lo básico y el empleo.

Durante el trayecto dependiendo del mes y la actividad que se disponga, puede sumarse un rubro adicional de 100 usd en fletes, este lo cubren entre todos, sin embargo, si es un mes complicado (determinado así por eventos adicionales como ingreso a clases, fiestas patronales, paros etc), la gestora cubre el rubro de forma integral, quien a su vez promueve alianzas para reducir el impacto económico a su flujo financiero, con la finalidad de ayudarse para cubrir sus gastos personales, asimismo reconocen que no es justo, no obstante con la situación actual del país sumado a la situación de los usuarios, no se

pueden identificar más opciones y solicitar a otra instancia institucional puede ser un proceso de 3 a 4 meses para recibir un no.

Al respecto los actores humanitarios, identifican que al menos una vez al mes viven condiciones adversas en el transporte público, donde el mayor temor expresan es “que me roben y no tenga que me saquen” (Grupo Focal 3;2025), así mismo, indican que como se han presentado las condiciones políticas en el último año, las condiciones actuales serán dignas frente a la precarización que se presentan en la ciudad.

Sobre la seguridad en el espacio de trabajo, indican que cuentan con guardiana 24/7 mientras los procesos de contratación se encuentren efectuados, caso contrario dependen de los vecinos y escasamente de la Unidad de Policía, a quienes no acuden por demora en la atención y miedo a represalias desde la ciudadanía, generando en ellos una permanente sensación de inseguridad, alerta y desesperación cuando hay actividades en horarios extensos.

En cuanto a los usuarios el mayor temor es que puedan captar a adolescentes para consumo de drogas, pandillas o trata de personas, factor que indican eleva sus condiciones de estrés porque deben vigilar y cuidar de sus usuarios. En el 2025 se presentaron varios eventos, pero uno en particular se vinculó con trata de personas y captación de adolescentes, en el cual, la ayuda fue proporcionada directamente por la gestora coordinadora del servicio y familiares, la coordinación con autoridades en seguridad no fue factible.

Posterior al evento, tras la notificación administrativa del evento, se solicitó un informe a detalle de los hechos y tras las indagatorias y solicitud de vídeos a vecinos, la unidad de coordinación, preguntó si necesitaban apoyo psicológico porque los actores humanitarios fueron percibidos como tensos. Al respecto ninguno aceptó la atención ya

que la persona asignada para el efecto es la misma profesional de la salud mental que estuvo durante el evento adverso en el servicio y cursaba un ataque de pánico al momento.

En el desarrollo de las entrevistas, el personal de talento humano, indicó:

“... es una pena no poder tener como contribuir más allá de las políticas o talleres sueltos de motivación a los y las compañeras, muchos facturan y no están vinculados a riesgos laborales y los otros son los que nos dan soporte a nosotros cuando estamos estresados, pero la verdad, luego de talleres con autoridades donde todos saltamos alegres y terminamos en tragos, no existe un plan efectivo ni un equipo que sepa hacerlo, total el contrato termina en diciembre” (Grupo Focal 2; 2025)

La percepción de seguridad en el entorno no se logra distinguir por parte de los actores humanitarios, identifican como normal y natural del entorno, en tanto se mantenga el trabajo por el tiempo que exista las condiciones de salud mental y física, no son consideradas como prioritarias.

En cuanto a la seguridad en la atención indican que mientras estén puertas abiertas y puedan verse entre los profesionales, no existe la percepción de peligro, mientras que, si las puertas en atención se cierran, el nivel de angustia se eleva. Los usuarios son percibidos como peligrosos y violentos; los actores humanitarios aceptan que es un trabajo difícil, no obstante, reconocen que si no son quienes asumen esa responsabilidad, sería una población que no tendría cabida de atención en ningún servicio.

Percepción de carga laboral

Dentro de los esquemas laborales, se contempla a nivel contractual lo estipulado en la normativa nacional para actores humanitarios bajo relación de dependencia en cuanto a los que prestan servicios profesionales se marca la clara diferencia sobre accesos a derechos laborales, como afiliación al seguro social, pues, indican que para obtener el contrato deben evidenciar el pago del rubro de forma personal, es decir, con aporte voluntario. Si bien es una clara evasión al artículo 284 de la Constitución de la República del Ecuador, que indica en el numeral 6 como obligación de la política económica

“Impulsar el pleno empleo y valorar todas las formas de trabajo, con respeto a los derechos laborales; para los actores humanitarios es una opción laboral y un sustento, por lo que, no identifican una vulneración de derechos, sino una oportunidad para lograr el sustento.

La carga laboral de actores humanitarios bajo relación de dependencia contempla 8 horas diaria, una de almuerzo, 30 días de vacaciones, descanso obligatorio en fines de semana y feriados, y permiso de maternidad acorde al Reglamento de Seguridad Ocupacional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, no obstante, a términos efectivos, se asignan actividades en días de descanso y se compensa con días de descanso que no son efectivos debido a la carga laboral, jornadas ampliadas sin pago de horas extras o suplementarias y jornadas intensivas de trabajo sin aplicación de medidas de prevención de riesgos laborales como pausas activas, descansos visuales, equipamiento ergonómico.

Adicionalmente, los rubros relacionados con insumos y suministros son cubiertos por el personal, ya que, la tramitología interna puede demorar de uno a 8 meses para la entrega y representa más carga laboral.

Los actores humanitarios, acorde a su declaración de actividades que no precisamente están vinculados a sus contratos, tienen los siguientes roles:

Gestor: ejerce la coordinación de la provisión del servicio, tutoría, gestión administrativa, acompañamiento, gestión interinstitucional, planificación, administración de contratos, gestión financiera de pagos, gestión logística, participación en reuniones, desplazamiento a otros centros, seguimiento a usuarios y usuarias, contactabilidad en caso de extravíos, gestión de transporte y alimentación, gestión de recursos institucionales, promoción del servicio, atención ante emergencias de seguridad, casos de vulneración de derechos, representación en procesos judiciales, gestión de planes de emergencia,

contingencia y desastres de origen natural o antrópico, captación de usuarios y gestión, programación y participación en eventos internos y externos.(Entrevista 2; 2025)

Trabajador/a Social: acompañamiento a casos y visitas domiciliarias a usuarios y usuarias, gestión de eventos, gestión de traslado, derivación y atención a casos de vulneración de derechos. (Entrevista 1; 2025)

Usuario promedio por servicio: 60

Grupo poblacional: mujeres gestantes, niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas adultas mayores, jóvenes, adultos.

Psicólogo/a: atención psicológica, seguimiento a casos, resolución de conflictos, implementación de protocolos de atención, prevención y derivación y generación de planes comunitarios. (Entrevista 3; 2025)

Usuario promedio por servicio: 120

Grupo poblacional: mujeres gestantes, niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas adultas mayores, jóvenes, adultos.

Dentro de este grupo poblacional se atiende todos los tipos de violencia.

La organización del talento humano por contrato civil se compone por talleristas cuya función es planificación, ejecución, evaluación y generación de informes para el pago de sus remuneraciones. (Entrevista 2; 2025)

Si bien su trabajo es por hora, no se reconoce las actividades relacionadas a la carga administrativa y gestión de insumos para la realización de sus funciones, así como, no se reconoce que son mediadores de conflictos dentro del servicio, la primera fuente de identificación de vulneración de derechos ni que su función como seguimiento a la ausencia de usuarios o usuarias.

.

Los dos grupos consideran que la carga laboral es inmensa, no tiene relación con el pago ni hay reconocimiento a su trabajo, no obstante, de forma reiterada indican que no cuentan con otro recurso para tomar una decisión y dejar el empleo que tienen

Reconocen que se sienten explotados y que, cuando deben colaborar con cuotas adicionales para realizar las actividades, muchas de último momento, entienden que su rol no solo es el trabajo individual, sino que sostienen vidas de personas con las cuales muy pocos profesionales con mejor remuneración o con actividades de oficina, no lo realizarían por cuestiones de discriminación, estereotipo, miedo y clasismo.

Al respecto de lo antes mencionado, cada uno guarda una percepción de aceptación de las circunstancias como un método de validación y auto-reconocimiento a su trabajo aun en la precarización laboral en la que se encuentran.

Entre las observaciones colectivas de los grupos focales implementados, se identifica que el estrés y la carga laboral, afecta a sus relaciones interpersonales y familiares, que se expresan en discusiones permanentes, divorcios y separaciones, percepción de insatisfacción, ganas de llorar de forma permanente e injustificada, dolor de cabeza y muscular, taquicardia y necesidad inmediata de responder el teléfono.

Además, de forma reiterativa se identificó con frecuencia la discusión entre los integrantes, generación de círculos personales que se rompen tras cambios de poder en el nivel jerárquico superior, siendo un método de supervivencia al entorno laboral.

Al respecto desde la unidad de talento humano se reconoce que se tiene conocimiento de la condición de los actores humanitarios, no obstante, están claros que no existe un equipo adecuado para su atención por ciclo, es decir, desde la prevención hasta la aplicación de medidas y seguimiento.

Se proporcionan talleres y pausas activas que son los mismos equipos de los servicios quienes lo desarrollan, convocan y muchas veces provisionan debido a su

experticia, y es sobre carga laboral; al respecto se requiere un área adicional con protocolos propios que articule con las áreas competentes. Actualmente se realizan traslados por condiciones económicas, charlas con inmediatos superiores y derivación al seguro social en casos emergentes, no obstante, no es suficiente ni mínimamente necesario.

De la información esencial recabada se evidencia que la política nacional e institucional no está destinada efectivamente a salvaguardar la integridad de la salud mental de actores humanitarios, por lo que, se constituye una vulneración de sus derechos.

CAPÍTULO II

ESTUDIOS EN ECUADOR SOBRE RIESGO PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL LABORAL

La evidencia sistematizada más reciente muestra una elevada prevalencia de problemas de salud mental entre trabajadores humanitarios, incluida la depresión, el estrés postraumático y el agotamiento (burnout). Estos hallazgos sugieren que la saturación laboral definida como cargas prolongadas, múltiples despliegues y responsabilidades sin apoyos se asocia con disminuciones detectables en el bienestar psicológico y en la retención del personal (Cameron et al., 2024).

Aunque no existen estudios específicos sobre actores humanitarios en Ecuador, la evidencia científica desarrollada en torno a profesionales sanitarios resulta pertinente por analogía funcional. Diversas investigaciones han demostrado que médicos, personal de enfermería y profesionales psicosociales expuestos de manera sostenida a contextos de alta demanda emocional, presión institucional y contacto permanente con poblaciones en situación de vulnerabilidad presentan mayores niveles de agotamiento emocional, desgaste profesional y riesgo de afectaciones en salud mental (Christina Maslach & Michael P. Leiter, 2016; OPS, 2019). La Organización Mundial de la Salud reconoce el síndrome de burnout como un fenómeno ocupacional derivado del estrés laboral crónico no gestionado adecuadamente, caracterizado por agotamiento, cinismo y reducción de la eficacia profesional. En este sentido, el personal técnico y humanitario que interviene en territorios con alta concentración de población vulnerable como Carapungo enfrenta riesgos psicosociales comparables a los descritos en entornos sanitarios, especialmente cuando confluyen precariedad institucional, sobrecarga laboral y exposición continua a situaciones de crisis.

Estudios en otros países muestran que la exposición continua a trauma y la falta de acompañamiento institucional son determinantes del burnout en trabajadores humanitarios (Foo et al., 2023; Adwi et al., 2025) resultados que se aplican al contexto ecuatoriano de escaso soporte estructural, sobre todo en zonas donde la población requiere por su construcción social procesos sostenidos para la reducción de la brecha, el acceso a

servicios de calidad y la estabilización de la inversión social para lograr cambios sostenidos y sostenibles; empero, cuando la atención que requiere es precarizada y quienes implementan las estrategias están saturados, se convierte en una rueda de vulneraciones de derechos fundamentada en la gestión de optimización de recursos y nula inversión efectiva.

Investigaciones periodísticas especializadas en cooperación internacional y reportes institucionales de organizaciones humanitarias internacionales han advertido sobre la magnitud del impacto psicosocial en su personal. Un reportaje de Devex (2024), basado en encuestas internas y testimonios de trabajadores humanitarios, señaló que hasta el 75% del personal había estado expuesto a eventos potencialmente traumáticos durante su labor. De manera complementaria, evaluaciones promovidas por el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios han reconocido que el desgaste profesional en contextos humanitarios no se explica únicamente por la exposición al trauma, sino también por la falta de apoyo institucional sostenido, condiciones laborales precarias y ausencia de políticas sistemáticas de protección psicosocial.

Estudios académicos recientes coinciden en que el abandono laboral suele vincularse a la combinación de carga emocional acumulada, inseguridad contractual y frustración del proyecto de vida profesional (Parra-Sánchez, 2024). En este sentido, la saturación laboral debe comprenderse como un fenómeno sistémico: no se reduce al volumen de trabajo, sino que emerge de la interacción entre exigencia emocional, precariedad estructural y ausencia de medidas organizacionales de cuidado.

Orozco Moreno et al. (2023) aplicaron el cuestionario COPSOQ y el GHQ-12 a 100 empleados en distintos sectores del país, encontrando altos niveles de exigencias emocionales y conflicto trabajo-familia. Se detectaron niveles moderados de ansiedad y estrés percibido, con deficiencias significativas en apoyo social y comunicación institucional. Ávila Verdeseto (2023), en una revisión sistemática con meta análisis de estudios en Ecuador (2020-2022), concluyó que alrededor del 78 % de las publicaciones reportaron impactos negativos de los riesgos psicosociales sobre salud mental, productividad y entorno familiar. Se mencionan ansiedad, estrés, depresión, burnout e

incluso ideación suicida como consecuencias frecuentes, exacerbadas por condiciones laborales de emergencia sanitaria.

Estudios similares como el ejecutado en Ecuador sobre Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia, Torres et al. (2021) señalaron prevalencias severas en el estudio efectuado Ecuador a 368 profesionales de la salud entre los meses de abril a septiembre de 2020; de los datos significativos se desprende: agotamiento emocional en 47,8 % y despersonalización en el 95 % del personal evaluado, lo que indica que las presiones externas y los contextos adversos son factores que influyen potencialmente en la salud mental de los actores humanitarios y personal expuesto a la ayuda humanitaria como el personal de salud.

Granja Moreno et al. (2022) analizaron riesgo psicosocial y satisfacción laboral entre 55 profesionales de un hospital privado en Cuenca. El 23.6 % reportó acoso laboral elevado y el 10.9 % condiciones de trabajo adversas, encontrando una asociación significativa entre altos riesgos psicosociales y baja satisfacción laboral ($p = 0.008$) Chimbo Chimbo et al. (2022) evaluaron riesgos psicosociales en 70 trabajadores de la industria florícola de Riobamba, revelando que el 41 % presentaba riesgos significativos, especialmente en recuperación (61 %) y vinculados a variables sociolaborales como género, edad o etnia, otros factores necesarios para incluir en el proceso de análisis de exposición a condiciones laborales complejos.

En la práctica, esto significa que la saturación laboral en equipos que trabajan en barrios marginales o zonas de conflicto en Ecuador tiene detrás un aumento real de casos por atender y pocos mecanismos institucionales de apoyo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2022, 2024).

Aunque la literatura sobre actores humanitarios es de nula a escasa en el contexto ecuatoriano, algunos estudios como el de Terán Andrade (2017), han abordado el derecho a la salud mental en profesiones que enfrentan altos niveles de estrés operativo y que se vinculan a la atención humanitaria, como lo es, el sector sanitario; empero, se han investigado otros tipos de poblaciones con alta exposición, por ejemplo, analizó las

condiciones psicosociales de miembros de la Policía Nacional en Quito, y propuso lineamientos de política pública institucional para prevenir afectaciones mentales. Estos lineamientos incluyen la creación de protocolos de atención inmediata, servicios de seguimiento psicológico, formación en primeros auxilios emocionales y campañas de desestigmatización.

Estos aportes resultan interesantes para su réplica en el ámbito humanitario, ya que los actores que trabajan en emergencias o atención social también enfrentan trauma secundario, desgaste emocional y falta de contención institucional. La propuesta de Terán resalta la importancia de que las instituciones garanticen condiciones estructurales y organizativas que protejan la salud mental de sus trabajadores, lo cual representa un imperativo ético y legal desde una perspectiva de derechos humanos.

Por su parte, Holguín Espinoza (2022) evidenció cómo los servicios de protección integral en Ecuador operan bajo un modelo asistencial tradicional que limita la autonomía y empoderamiento de las personas atendidas, así como de quienes prestan los servicios. En este sentido, tanto los usuarios como los trabajadores de protección se ven inmersos en una lógica institucional que reproduce relaciones de poder verticales, limitando las posibilidades de cuidado colectivo y autogestión emocional. En contextos humanitarios, este modelo es especialmente insuficiente, ya que el trabajo con poblaciones afectadas por violencia, pobreza y desplazamiento requiere una aproximación empática, horizontal y resiliente.

La ética profesional en la gestión de la salud mental ha sido abordada por Quevedo y Lanchi Zuñiga (2022), quienes advierten que en Ecuador persisten prácticas clínicas que vulneran derechos como el consentimiento informado, la confidencialidad y la autonomía personal. Aunque su análisis se dirige principalmente a los usuarios del sistema de salud, resulta pertinente considerar que los propios profesionales incluidos los humanitarios

también requieren entornos de trabajo que respeten su autonomía, permitan expresar emociones sin temor a represalias y promuevan una cultura del cuidado.

En Ecuador y en América Latina la evidencia muestra que otro personal humanitario que participan en la respuesta a emergencias, como gestores de riesgos, rescatistas y personal operativo presentan elevadas tasas de agotamiento emocional y despersonalización, así como una fuerte asociación entre factores psicosociales laborales (carga de trabajo, turnos, violencia laboral) y el síndrome de burnout, como lo documentan estudios empíricos e investigaciones que muestran que la exposición a factores de riesgo psicosocial incrementa el desgaste emocional, el cinismo, la despersonalización y la disminución de realización profesional, lo que refuerza la hipótesis de que los gestores de riesgo, rescatistas y personal operativo por su rol de toma de decisiones en contextos adversos están expuestos a riesgos psicosociales comparables a los de otros primeros intervinientes (Amaguaña Toasa et al., 2021; estudios de Guayaquil, 2019–2021).

Dado que marcos técnicos regionales y guías de MHPSS subrayan la necesidad de proteger la salud mental del personal de respuesta, primera intervención y actores humanitarios asignando y planificando recursos organizacionales como reducción de jornada, apoyo social y capacitación, resulta metodológicamente injustificable que al presente la documentación e investigación siga dando cuenta de forma reiterada del problema con soluciones teóricas y normativas en tanto no se implementan de forma efectiva las intervenciones dirigidas con efectividad.

La salud mental en el trabajo humanitario, por lo tanto, no puede desvincularse de la ética organizacional, equidad en accesibilidad y la diferenciación del trato para mejorar la respuesta institucional ante los dos problemas, atención a grupos vulnerables y dotación de servicios de calidad para actores humanitarios que proveen la atención a los grupos antedichos. La negación de espacios seguros para la expresión emocional, la sobrecarga sin límites, y la ausencia de protocolos de apoyo configuran una forma de violencia institucional. Por tanto, los marcos institucionales deben ser simplificados, accesibles, ejecutables y éticos contemplando no solo el trato hacia las poblaciones objetivo, sino

también hacia quienes sostienen operativamente las respuestas de protección, atención y emergencia.



CAPÍTULO III

PROPUESTA DE PROTOCOLO CON ENFOQUE DE DERECHOS PARA LA SALUD MENTAL DE ACTORES HUMANITARIOS

La salud mental de los actores humanitarios constituye un eje central en el marco de los derechos humanos, especialmente en contextos de saturación laboral que generan riesgos psicosociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) reconoce la importancia de garantizar entornos laborales saludables que promuevan el bienestar integral de quienes brindan asistencia a poblaciones vulnerables. En el caso de Ecuador, la Constitución de 2008 asegura el derecho a la salud integral, lo cual implica también la protección de la esfera psíquica. Sin embargo, la evidencia refleja limitaciones en el acceso oportuno y adecuado a servicios especializados, lo que afecta la sostenibilidad del trabajo humanitario (García & Vargas, 2021). De este modo, un enfoque de derechos se vuelve imprescindible para cerrar estas brechas estructurales.

El diseño de un protocolo de salud mental con enfoque de derechos responde a la necesidad de superar las barreras de accesibilidad que enfrentan los trabajadores humanitarios debido a la sobrecarga laboral. Estudios en América Latina evidencian altos niveles de desgaste emocional, estrés crónico y depresión asociados con jornadas extensas y exposición constante a escenarios de sufrimiento humano (Pérez et al., 2020). En Ecuador, las normativas laborales y de seguridad social, como el Código del Trabajo y la Ley de Seguridad Social, aún no garantizan protocolos específicos para esta población en situación de riesgo. La implementación de un marco de acción permitirá no solo prevenir afectaciones, sino también fortalecer la calidad de la atención brindada a comunidades prioritarias (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2021).

El protocolo se fundamenta en principios universales como la dignidad humana, la igualdad y la no discriminación, en concordancia con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) y el Protocolo de San Salvador (1988). Asimismo, incorpora el enfoque de trabajo decente promovido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019), que reconoce la importancia del equilibrio entre la

vida personal y laboral. En el ámbito nacional, se articula con el Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador, que prioriza la atención comunitaria y preventiva (MSP, 2020). Estos lineamientos garantizan que los actores humanitarios no sean vistos únicamente como prestadores de servicio, sino también como sujetos de derechos cuya salud integral debe protegerse.

Artículo 1. Objeto del Protocolo.

El presente Protocolo con Enfoque de Derechos para la Salud Mental de Actores Humanitarios tiene por objeto establecer lineamientos, procedimientos y mecanismos de prevención, atención en crisis y rehabilitación integral, destinados a garantizar el derecho a la salud mental de las personas que realizan trabajo humanitario en contextos de violencia, pobreza y vulnerabilidad, en concordancia con la Constitución de la República, los instrumentos internacionales de derechos humanos y la normativa laboral vigente.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

El Protocolo será de aplicación obligatoria para todas las unidades, programas, proyectos y servicios en los que intervengan actores humanitarios vinculados laboralmente o mediante modalidades afines a la institución, incluidas personas voluntarias, pasantes y consultores/as que desarrollen sus actividades en contextos de riesgo psicosocial.

Artículo 3. Enfoques y principios rectores.

La interpretación y aplicación de este Protocolo se regirá por los siguientes enfoques y principios:

Derechos Humanos

Reconoce que todas las personas son titulares de derechos sin distinción alguna por sus características culturales, económicas, sociales o de cualquier otra especificidad. Este principio se fundamenta en los instrumentos internacionales de derechos humanos, que orientan la normativa nacional y las políticas públicas. En el ámbito de la salud mental

implica garantizar el acceso efectivo, digno y eficiente asegurando equidad e igualdad en los servicios y trato con especial atención a quienes enfrentan discriminación o exclusión.

Enfoque de Género

Promueve la igualdad entre mujeres, hombres y personas con diversas identidades de género, donde se promueve el no cuestionamiento basado en estereotipos y relaciones de poder, para generar entornos seguros para la atención priorizada en el bienestar humano. En la salud mental el principio subyace a la pertinencia en la atención con igualdad de trato y de forma diferenciada para eliminar toda forma de discriminación por identidad de género u orientación sexual.

Dignidad humana

Es el valor intrínseco e inalienable que corresponde a toda persona por su condición humana, reconocido por el derecho internacional como principio fundante y finalidad de los derechos humanos, que exige el respeto, la protección y la promoción integral del bienestar físico, mental, moral y social de cada individuo, en condiciones de libertad, igualdad y justicia.

Igualdad

Principio jurídico y ético que reconoce el mismo valor y los mismos derechos a todas las personas, exigiendo del Estado y la sociedad acciones para garantizar el acceso equitativo a oportunidades, recursos y trato digno, en todas las escalas promoviendo la eliminación de barreras administrativas, financieras y demás que puedan vulnerar el derecho de las personas.

No discriminación

Es el principio jurídico que prohíbe toda forma de distinción, exclusión o restricción que anule o menoscabe el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos en condiciones de igualdad, y obliga al Estado y a las instituciones a garantizar el

trato equitativo, el respeto a la diversidad y la eliminación de barreras estructurales de exclusión.

Inclusión

Reconoce y valora la diversidad individual en todas sus expresiones, incluyendo discapacidad, movilidad humana, diversidad sexual y diferencias culturales. En el ámbito laboral se refiere a la accesibilidad efectiva y pertinente para el servicio de salud mental desde una perspectiva equitativa y adaptada a las condiciones y necesidades de la población.

Interculturalidad

Parte del reconocimiento y respeto a la diversidad cultural de comunidades, pueblos y nacionalidades; así como, extranjeros. Este principio promueve el acceso efectivo, pertinente y adaptado culturalmente para atender a las manifestaciones culturales como un derecho prohibiendo de todas las formas rechazos, discriminación, segregación o racialización en la gestión de la salud mental del talento humano.

Restaurativo

Fomenta una cultura de paz a través de la implementación de acciones efectivas de orden preventivo, pertinente y restaurativo que involucran al entorno laboral de forma que permita reparar la salud mental del talento humano ocasionado por la vulneración de sus derechos laborales con afectación en sus proyectos de vida y dignidad humana ocasionados por riesgos psicosociales.

Interseccionalidad

Incorpora en la gestión del talento humano las diferencias, diversidades y necesidades que generan procesos de exclusión, discriminación y restricción en el ejercicio de sus actividades laborales, principalmente por factores de género, identidad, orientación sexual, edad, discapacidad, etnia, clase social o condición migratoria. Este principio permite actuar bajo la comprensión de las desigualdades y su impacto agravatorio en las

relaciones laborales de poder orientando las medidas a respuestas integrales, sensibles y adaptadas a la condición laboral.

No Revictimización

La revictimización es una repetición de violencias contra quien ha sido previamente víctima de alguna agresión, por acción u omisión. A su vez, se entiende por revictimización institucional a las carencias ligadas a la atención recibida por parte de las unidades administrativas competentes; siendo reiterada cuando la misma aplica los protocolos como un método de cumplimiento normativo y no efectivo, exponiendo a la persona afectada a más vulnerabilidad.

Confidencialidad

Obliga a resguardar la información relacionada con los casos de violencia, protegiendo la identidad y privacidad de las personas involucradas. Este principio exige acceso restringido a la documentación, evitando la exposición innecesaria y garantizando un tratamiento respetuoso y responsable de los datos sensibles.

La información de conformidad con la normativa vigente deberá ser anonimizada y constante en repositorios físicos y/o digitales bajo custodia designada por la institución.

Debida diligencia

Exige que las unidades, servicios y autoridades actúen con celeridad, responsabilidad, agilidad y honestidad en todo el ciclo de la detección desde la detección, notificación, intervención y seguimiento al talento humano con afectaciones a su salud mental, adoptando todas las medidas para garantizar y proteger a la persona o grupo de

personas afectadas, restituir sus derechos y prevenir nuevas situaciones en concordancia con los instrumentos internacionales, Constitución de la República y normativa vigente.

En el caso de presentarse agresiones se incorporará en el proceso todas las acciones legales civiles, penales y administrativas que tuvieran lugar.

Artículo 4. Alcance y población objetivo

Este protocolo aplica a: profesionales y personal humanitario en relación con contextos y comunidades afectadas por hechos de violencia o conflicto. Incluye atención para reacciones leves, moderadas y severas relacionadas con el estrés laboral y la exposición a eventos adversos.

Artículo 5. Unidad competente.

La Unidad Técnica especializada adherida a talento humano y salud y seguridad ocupacional será responsable de la implementación, seguimiento y evaluación del Protocolo, en coordinación con las áreas administrativas, jurídicas y técnicas pertinentes. Esta unidad garantizará la operación continua de los canales de atención (virtual, telefónico, domiciliar y presencial), dispondrá del equipo técnico multidisciplinario y velará por la accesibilidad efectiva de los servicios.

Artículo 6. Horarios y canales de atención:

La unidad competente desempeñará las actividades en los siguientes horarios y canales:

Horario de atención: 24 horas al día 7 días a la semana

Canales de atención: virtual; telefónico; domiciliar; presencial

Artículo 7. De los equipos de la unidad competente:

Este servicio se conformará con el siguiente equipo:

Equipo técnico de gestión integral:

Coordinador/a: perfil Psicólogo/a Clínico/a

Rotación: 8 horas

Equipo de atención - Psicólogo/a Clínico/a

Carga laboral: 3 usuarios por jornada

Tiempo de terapia: 45 minutos

Descanso post terapia: 15 minuto

Carga administrativa: 3 horas, expedientes, calificación de pruebas, historias clínicas, diagnóstico y planificación de tratamiento, asistencia a procesos judicializados.

Rotación: cada 6 horas

Salario: 1501 - 1800



Equipo de asesoría

Abogado/a

Carga laboral: 6 usuarios por jornada

Tiempo de asesoría: 30 minutos

Carga administrativa: 3 horas, expedientes, calificación de pruebas; 3 horas asistencia a procesos judicializados.

Rotación: cada 8 horas

Salario: 1501 - 1800

Equipo de seguimiento

Trabajador/a social

Carga laboral: 4 usuarios

Tiempo atención: 45 minutos

Descanso preventivo post atención: 15 minutos

Carga administrativa: 2 horas, expedientes, calificación de pruebas, historias clínicas, diagnóstico y planificación de tratamiento, asistencia a procesos judicializados; 2 horas visitas domiciliarias.

Rotación: cada 8 horas

Salario: 1501 - 1800

Equipo de resolución de conflictos

Antropólogo/a

Carga laboral: 5-8 conflictos mensuales

Carga administrativa: 3 horas, diagnóstico del problema, gestión de mediación, planificación de intervención, gestión de derivaciones y seguimiento de ambiente laboral, gestión del conflicto, análisis y post análisis a medidas resolutorias, asistencia a procesos judicializados.

Rotación: cada 8 horas

Salario: 1501 – 1800

Equipo de atención virtual y telefónica:

Psicólogo/a Clínico/a

Carga laboral: 6 horas

Tiempo de atención en detección: 8 - 15 minutos

Descanso post atención: 5 minutos

Carga administrativa: 3 horas, derivación, expedientes, toma de pruebas apertura de historias clínicas, diagnóstico presuntivo, agendamiento.

Rotación: cada 6 horas

Salario: 1001 - 1499

Equipo de transversalización administrativa

Psicólogo laboral, organizacional o afín, antropólogo/a, sociólogo/a, pedagogo/a

Carga laboral: 8 horas

Carga administrativa: 4 horas, gestión de planes, análisis de servicio, control de calidad y accesibilidad efectiva, generación e implementación de talleres y actividades preventivas, asistencia a reuniones y seguimiento a casos en el ámbito administrativo, legal y servicios.

Salario: 901 – 1200

Espacio

El área de trabajo deberá contar con distribución de espacios para cada equipo, incluyendo al menos 3 salas para atención grupal, un área equipada para llamadas telemáticas y 2 áreas diferenciadas para contención presencial, equipadas con los insumos necesarios para la provisión digna en el servicio y 2 áreas diferenciadas para atención jurídica.

Las áreas administrativas de coordinación y transversalización, deberán estar separadas del entorno del equipo técnico para resguardar la integridad de los y las actoras humanitarias.

Artículo 8. Finalidad del eje de prevención

El eje de prevención tiene por finalidad identificar tempranamente los riesgos psicosociales asociados a la saturación laboral de los actores humanitarios, así como implementar medidas anticipadas, continuas y estructurales que reduzcan la probabilidad de afectaciones a su salud mental, garantizando entornos laborales seguros, inclusivos y libres de violencia.

Artículo 9. Diagnóstico de riesgos psicosociales.

La Unidad Competente realizará, al menos una vez al año, diagnósticos de riesgos psicosociales mediante la aplicación de instrumentos validados, entrevistas, grupos focales y análisis de clima organizacional. Los resultados se recogerán en informes técnicos que identifiquen factores de riesgo por equipo o dependencia y establezcan recomendaciones específicas de mejora.

Artículo 10. Monitoreo de alertas tempranas.

Las jefaturas inmediatas y la Unidad Competente deberán mantener un sistema de monitoreo permanente de alertas tempranas, que comprenda, entre otros indicadores: permisos médicos recurrentes, aumento de ausencias injustificadas o retardos, conflictos interpersonales sistemáticos, mutismo selectivo en reuniones, malestar gestual y ausencias en espacios de interacción social organizacional. Las alertas deberán ser registradas en una matriz institucional y notificadas trimestralmente a la dirección correspondiente.

Artículo 11. Medidas de organización saludable del trabajo.

La institución deberá implementar medidas de organización saludable del trabajo, que incluirán, como mínimo:

- a) Establecimiento de pausas activas periódicas durante la jornada laboral.
- b) Revisión y ajuste de la carga de trabajo para evitar sobrecargas prolongadas y tareas no planificadas sin reconocimiento compensatorio.
- c) Implementación de mecanismos de suplencias y rotaciones que permitan el descanso efectivo del personal.
- d) Garantía de tiempos de recuperación entre turnos y jornadas.

Artículo 12. Desconexión digital y límites de disponibilidad.

Se establecerá una política formal de desconexión digital, mediante la cual se prohíban llamadas, mensajes y requerimientos laborales fuera del horario de trabajo, salvo en situaciones de emergencia previamente definidas. La asignación de guardias y turnos de disponibilidad deberá ser rotativa y equitativa, evitando la concentración de carga en determinadas personas o perfiles.

Artículo 13. Formación en salud mental y enfoque de derechos.

La institución garantizará programas periódicos de formación dirigidos a talento humano, responsables administrativos y equipos de salud y seguridad ocupacional, que incluyan, al menos, los siguientes contenidos:

- a) Principios de dignidad humana, igualdad, no discriminación, inclusión y no revictimización.
- b) Reconocimiento temprano de signos de estrés, ansiedad, depresión, desgaste profesional y otras afectaciones psicosociales.
- c) Primeros auxilios emocionales entre pares, sin sustituir la intervención clínica especializada.
- d) Información sobre canales institucionales de apoyo y rutas de derivación sin represalias.

Artículo 14. Grupos de apoyo psicosocial y cultura de cuidado.

Se crearán grupos de apoyo psicosocial entre actores humanitarios, guiados por profesionales especializados, con una periodicidad mínima mensual. Estos espacios serán confidenciales, no sancionatorios y orientados al acompañamiento mutuo, la expresión emocional y la construcción de estrategias colectivas de afrontamiento. La información sistematizada de estos espacios se utilizará únicamente para mejorar las políticas internas, preservando la confidencialidad de las personas.

Artículo 15. Transversalización de enfoque de género, interseccionalidad e inclusión.

La institución revisará periódicamente sus políticas internas y prácticas cotidianas para identificar y corregir desigualdades basadas en género, edad, discapacidad, origen étnico, condición migratoria, orientación sexual, identidad de género u otras condiciones. Deberán implementarse ajustes razonables en horarios, distribución de tareas y espacios físicos, garantizando la igualdad material y la prevención de prácticas discriminatorias.

DEL EJE DE ATENCIÓN EN CRISIS

Artículo 16. Finalidad del eje de atención en crisis.

El eje de atención en crisis tiene por finalidad brindar una respuesta inmediata, digna, confidencial y sin revictimización ante situaciones de afectación aguda a la salud mental, violencia laboral, acoso, discriminación o eventos críticos que involucren a actores humanitarios, asegurando su protección integral.

Artículo 17. Canales de ingreso de casos.

Todo actor humanitario podrá solicitar atención o realizar denuncias a través de los siguientes canales:

- a) Atención telefónica y virtual habilitada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- b) Denuncia escrita o verbal ante la Unidad Competente o jefaturas autorizadas.
- c) Derivación realizada por pares, talento humano, equipos de salud ocupacional u otros servicios.

La negativa a recibir denuncias o solicitudes de ayuda por parte de cualquier funcionario constituirá falta grave.

Artículo 18. Registro y clasificación de la situación.

Al momento de la recepción, el Equipo de Atención Virtual y Telefónica deberá:

- a) Registrar el caso en un sistema seguro y confidencial, conforme a las normas de protección de datos.
- b) Aplicar una ficha de valoración rápida (8 a 15 minutos) que permita identificar el nivel de urgencia.
- c) Clasificar la situación en baja, media o alta urgencia, en función del riesgo para la integridad psíquica y física de la persona afectada.

Artículo 19. Activación de la brigada psicosocial y jurídica.

En casos de alta urgencia o afectaciones graves, se activará inmediatamente la brigada psicosocial y jurídica, que:

- a) Brindará primeros auxilios psicológicos y contención emocional.
- b) Evaluará la necesidad de retirar temporalmente a la persona del contexto laboral o de riesgo.
- c) Coordinará derivaciones inmediatas a servicios de salud mental especializados o emergencias médicas, según corresponda.
- d) Recogerá información mínima necesaria para la adopción de medidas de protección, evitando interrogatorios invasivos.

Artículo 20. Coordinación jurídica y administrativa.

Cuando de los hechos se desprendan posibles vulneraciones de derechos, violencia laboral, acoso, agresiones o discriminación, la Unidad de Asesoría Jurídica:

- a) Informará a la persona afectada sobre sus derechos y las vías administrativas, laborales y judiciales disponibles.
- b) Gestionará las medidas de protección necesarias, incluyendo separación temporal o reubicación del presunto agresor, cambios de área, horarios o modalidad de trabajo.
- c) Coordinará con las jefaturas y niveles directivos las acciones institucionales pertinentes y, cuando proceda, la notificación a instancias externas competentes.

Artículo 21. Derivación terapéutica y plan inmediato de cuidado.

El Equipo de Atención Psicológica elaborará un plan de atención inicial que podrá incluir:

- a) Inicio de proceso terapéutico individual y/o grupal financiado por la institución y/o en coordinación con la red pública y de seguridad social.
- b) Recomendación de descanso médico o pausas laborales específicas.
- c) Medidas de cuidado inmediato como cambios de tareas, espacios o modalidad de trabajo.

La persona usuaria será informada de manera clara sobre la duración estimada, objetivos y condiciones del proceso de atención.

Artículo 22. No revictimización y confidencialidad.

En toda actuación se respetarán estrictamente los principios de no revictimización y confidencialidad. No se permitirá la exposición pública de la persona afectada, ni la repetición innecesaria de su relato. El acceso a la información del caso estará restringido al personal autorizado y únicamente para fines de protección, seguimiento y registro institucional.

DEL EJE DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO

Artículo 23. Finalidad del eje de rehabilitación y seguimiento.

El eje de rehabilitación y seguimiento tiene por finalidad acompañar la restauración progresiva de la salud mental, los proyectos de vida y la capacidad laboral de los actores humanitarios afectados, mediante medidas integrales, interdisciplinarias y restaurativas.

Artículo 24. Plan integral de acompañamiento.

Para cada caso que haya requerido atención en crisis, la Unidad Competente, a través de su equipo interdisciplinario, elaborará un plan integral de acompañamiento que contendrá:

- a) Objetivos terapéuticos y psicosociales.
- b) Medidas de apoyo social, familiar y comunitario.
- c) Ajustes y medidas laborales específicas (carga, horarios, tipo de tareas).
- d) Plazos de revisión y seguimiento.

Artículo 25. Reintegración laboral gradual y ajustes razonables.

La reintegración al trabajo se realizará de forma gradual y respetuosa de la condición de salud de la persona, pudiendo incluir:

- a) Reducción temporal de la jornada laboral.
- b) Implementación de teletrabajo, cuando sea pertinente.
- c) Reasignación de tareas para evitar exposiciones que reactiven el malestar psíquico.

Cualquier presión para el retorno inmediato sin valoración clínica o sin los ajustes convenidos será considerada vulneración al derecho a la salud.

Artículo 26. Seguimiento periódico y evaluación de impacto.

La Unidad Competente efectuará sesiones de seguimiento psicológico y psicosocial con una periodicidad que se adecuará a cada caso, realizando, como referencia, evaluaciones a los tres, seis y doce meses posteriores a la implementación del plan integral, a fin de valorar el impacto en el bienestar de la persona y ajustar las medidas adoptadas.

Artículo 27. Medidas restaurativas y de transformación institucional.

En los casos en que las partes y la naturaleza de los hechos lo permitan, y siempre respetando la voluntad de la persona afectada, se podrán implementar mecanismos restaurativos orientados a la reparación simbólica y a la transformación de las dinámicas laborales que dieron lugar a la vulneración. La institución adoptará las medidas necesarias para que las lecciones aprendidas de cada caso se traduzcan en mejoras estructurales de sus políticas internas.

EJE DE PREVENCIÓN

Artículo 28. Objetivo del eje

Reducir la saturación laboral y los riesgos psicosociales mediante acciones anticipadas, continuas y con enfoque de derechos, género, interseccionalidad e inclusión.

- a. Actividades específicas
 - Diagnóstico periódico de riesgos psicosociales
 - Aplicación semestral de instrumentos validados de riesgos psicosociales.
 - Entrevistas focales y grupos de discusión con actores humanitarios para identificar sobrecarga, violencia, burnout, etc.
 - Informe técnico con:
 - o Mapa de riesgos psicosociales por unidad/equipo.
 - o Recomendaciones de ajuste de carga laboral y clima organizacional.
- b. Monitoreo continuo de señales de saturación laboral

- Revisión mensual de:
- Permisos médicos recurrentes.
- Aumento de ausencias injustificadas o retardos repetidos.
- Incremento de conflictos intradepartamentales.
- Identificación de mutismo selectivo en reuniones, retraimiento social o malestar gestual.
- Registro en una matriz de “alertas tempranas” gestionada por la unidad competente.
- Reporte trimestral al nivel directivo con recomendaciones concretas.
- c. Gestión de clima organizacional y cultura de cuidado
 - Encuestas de clima organizacional anuales.
 - Mesas de diálogo con equipos para recoger percepciones de carga, trato, violencia y apoyo.
- d. Talleres de:
 - Comunicación no violenta.
 - Resolución pacífica de conflictos.
 - Liderazgo empático y sin violencias.
- e. Pausas activas y organización saludable del trabajo
 - Establecimiento de pausas activas obligatorias (5–10 minutos cada 2 horas).
 - Revisión de cronogramas para evitar:
 - Jornadas excesivas.
 - Carga de tareas no planificadas sin reconocimiento compensatorio.
 - Planificación de descansos rotativos y suplencias para evitar acumulación de horas y fatiga.
 - Desconexión digital y límites de disponibilidad
- f. Política formal de desconexión digital:
 - No llamadas ni mensajes fuera del horario laboral, salvo emergencias debidamente definidas.
 - Rotación de guardias para evitar que siempre recaiga en las mismas personas.
 - Difusión y capacitación sobre el derecho al descanso y la desconexión.

- Formación en salud mental y derechos humanos
- g. Módulos obligatorios para:
 - Talento humano.
 - Responsables administrativos.
 - Salud y seguridad ocupacional.
 - o Contenidos mínimos:
 - Principios de dignidad, igualdad, no discriminación, no revictimización.
 - Reconocimiento temprano de signos de estrés, ansiedad, depresión, burnout.
 - Primeros auxilios emocionales entre pares (no terapéuticos, sino de contención básica).
 - Canales institucionales para pedir ayuda sin represalias.
- h. Grupos de apoyo psicosocial entre pares
 - Creación de círculos de cuidado entre equipos humanitarios:
 - Encuentros quincenales o mensuales guiados por un profesional.
 - Espacios seguros para compartir experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento.
 - Registro de temas recurrentes para retroalimentar medidas organizacionales.
- i. Transversalización de enfoque de género, interseccionalidad e inclusión
 - Revisión de políticas internas para identificar:
 - Brechas de género en asignación de tareas y horarios.
 - Discriminación hacia personas LGBTIQ+, con discapacidad, migrantes, etc.
 - Ajustes razonables en:
 - o Horarios.
 - o Espacios físicos.
 - o Distribución de tareas.
 - o Incorporación de indicadores de igualdad y no discriminación en la evaluación institucional.
- j. Flujo del Eje de Prevención
 - Diagnóstico inicial de riesgos psicosociales

- Identificación de alertas tempranas (permisos médicos, conflictos, ausencias)
- Activación de acciones preventivas:
- Talleres, pausas activas, ajuste cargas, grupos de apoyo.
- Seguimiento trimestral del clima organizacional y alertas.
- Informe anual con recomendaciones de mejora estructural.

EJE DE ATENCIÓN EN CRISIS

Artículo 29. Objetivo del eje

Garantizar una respuesta rápida, digna y sin revictimización ante situaciones de crisis emocional, violencia laboral, acoso, agresiones u otros eventos críticos.

- a. Actividades específicas
 - Canales de entrada / detección
 - Línea telefónica interna 24/7.
 - Canal virtual (correo institucional, plataforma interna o chat seguro).
 - Derivación por jefaturas, compañeros/as, talento humano o salud ocupacional.
 - Denuncia escrita (anónima o con identificación, según protocolo).
- b. Recepción y clasificación del caso
 - Equipo de atención virtual y telefónica:
 - Registra el caso en sistema seguro y confidencial.
 - Aplica ficha de screening rápido (8–15 minutos).
 - Clasifica nivel de urgencia:
 - Alta (riesgo inmediato o afectación severa).
 - Media (afectación significativa sin riesgo inmediato).
 - Baja (malestar sostenido, pero sin criterios de urgencia).
- c. Intervención en crisis
 - Activación de brigada psicosocial y jurídica en casos de alta gravedad.
 - Aplicación de primeros auxilios psicológicos:

- Contención emocional inmediata.
- Evaluación de seguridad y necesidad de alejar temporalmente a la persona del contexto laboral.
- Mediación inicial del conflicto cuando sea posible y seguro.
- Evaluación de necesidades urgentes:
 - Descanso inmediato.
 - Traslado a un entorno seguro.
 - Derivación médica emergente.
- d. Coordinación jurídica y administrativa
 - Identificación de posibles vulneraciones de derechos:
 - Violencia laboral.
 - Acoso sexual.
 - Discriminación.
 - Represalias.
 - Asesoría jurídica individual (30 minutos ampliables según necesidad).
- e. Activación de acciones institucionales:
 - Separación temporal o reubicación del presunto agresor.
 - Medidas de protección interna (cambio de área, horarios, teletrabajo temporal).
 - Notificación a instancias ministeriales o judiciales cuando corresponda.
- f. Derivación terapéutica
 - Derivación ágil a:
 - Psicoterapia individual o grupal por parte del equipo clínico institucional.
 - Servicios de salud mental del IESS y MSP, si se requiere mayor nivel de atención.
 - Plan terapéutico mínimo:
 - Sesiones semanales durante 4–8 semanas según el caso.
 - Reevaluación clínica al finalizar el ciclo.
- g. Protección contra revictimización:
 - Entrevistas únicas o condensadas para evitar repetición innecesaria del relato.

- Prohibición de comentarios descalificadores, culpabilización o exposición pública de la persona afectada.
- Control estricto de acceso a la información del caso (confidencialidad).
- h. Flujo del Eje de Atención en Crisis
 - Detección / denuncia / solicitud de ayuda
 - Registro y clasificación por equipo de atención virtual/telefónica.
 - Activación de brigada psicosocial y jurídica (si aplica).
 - Intervención en crisis (primeros auxilios psicológicos, medidas de seguridad, contención).
 - Evaluación jurídica y administrativa → acciones de protección/denuncia.
 - Derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico según valoración.
 - Definición de plan inmediato de cuidado (descanso, cambio de tareas, etc.).

EJE DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO

Artículo 30. Objetivo del eje

Acompañar la recuperación psíquica, social y laboral de los actores humanitarios afectados, asegurando medidas restaurativas y de protección a largo plazo.

- a. Actividades específicas
 - Plan de acompañamiento integral
 - Elaboración de un plan interdisciplinario por el equipo técnico (psicología clínica, trabajo social, jurídico, antropología):
 - Metas terapéuticas: reducción de síntomas, fortalecimiento de recursos personales.
 - Medidas sociales: apoyo familiar, redes comunitarias, ayudas específicas.
 - Medidas laborales: ajustes en carga, horarios y responsabilidades.
- b. Reintegración laboral gradual
 - Evaluación clínica previa a la reintegración total.
 - Modalidades:

- Retorno progresivo (por ejemplo, 4 horas diarias los primeros días).
 - Teletrabajo temporal si la naturaleza del trabajo lo permite.
 - Cambio de tipo de tareas para evitar disparadores traumáticos.
 - Coordinación con talento humano para garantizar el respeto a estas medidas.
- c. Seguimiento psicosocial
- Sesiones de seguimiento:
 - Intensivo: 1 vez por semana durante los primeros 2–3 meses.
 - Luego: cada 15 días o mensual según evolución.
 - Visitas domiciliarias del trabajo social cuando la afectación impacte el entorno familiar o comunitario.
 - Revisiones periódicas del plan, ajustando metas y medidas.
- d. Medidas restaurativas y resolución de conflictos
- Intervenciones restaurativas cuando sea posible y deseado por la persona afectada:
 - Procesos de diálogo restaurativo.
 - Compromisos institucionales de reparación (disculpas públicas/privadas, acciones correctivas).
 - Trabajo con los equipos para:
 - Reconstruir confianza.
 - Modificar patrones de violencia o acoso.
- e. Evaluación de impacto
- Evaluación a los 3, 6 y 12 meses de:
 - Nivel de bienestar percibido por la persona.
 - Continuidad o reducción de síntomas.
 - Satisfacción con las medidas adoptadas.
 - Ajuste de protocolos a partir de los aprendizajes de cada caso.
- f. Flujo del Eje de Rehabilitación y Seguimiento
- Cierre de fase de crisis → derivación formal al eje de rehabilitación.
 - Diseño de plan integral (psicológico, social, jurídico, laboral).

- Implementación de medidas de reintegración laboral (gradual o adaptada).
- Seguimiento periódico con el equipo interdisciplinario.
- Evaluación de impacto y cierre del plan cuando se logre restauración adecuada.
- Análisis de casos, seguimiento, control, derivación y gestión de la restauración progresiva de la salud mental del talento humano.
- Verificación de cumplimiento normativo de derechos laborales.
- Identificación de factores de riesgo psicosociales recurrente y seguimiento a presuntos agresores, judicialización y prevención ante actitudes o acciones de repetición de actos en otros entornos.

Los casos que completen los planes integrales por cada área serán evaluados posterior a tres meses para validar si estos cumplieron el objetivo e impactaron en el bienestar integral de los y las actoras humanitarias.

Tabla 2 Matriz de ejes, actividades, responsabilidades e innovación del protocolo

Eje	Actividades principales	Responsables	Diferencias respecto a protocolos existentes	Similitudes con protocolos existentes
Prevención	Diagnóstico periódico de riesgos psicosociales; monitoreo de alertas tempranas; pausas activas; políticas de desconexión digital; grupos de apoyo psicosocial; formación en salud mental y derechos; transversalización de enfoque de género, interseccionalidad e inclusión.	Unidad competente; talento humano; jefaturas; equipo de transversalización administrativa.	Incorpora enfoque de derechos humanos y trabajo decente de forma explícita; incluye indicadores de alerta temprana cualitativos; establece desconexión digital como derecho; integra análisis interseccional e intercultural en la organización del trabajo.	Contempla diagnósticos de riesgos psicosociales, capacitación en salud mental y acciones de clima organizacional, como otros protocolos.
Atención en crisis	Recepción de casos por canales 24/7; registro confidencial y clasificación por niveles de urgencia; activación de brigada psicosocial y jurídica; primeros auxilios psicológicos; medidas de protección laboral inmediatas; derivación a atención especializada; coordinación con instancias externas.	Equipo de atención virtual y telefónica; equipo de atención psicológica; asesoría jurídica; jefaturas; unidad competente.	Integra en un solo flujo la dimensión psicosocial, jurídica y administrativa; incluye principio de no revictimización como eje obligatorio; establece criterios claros de urgencia y tiempos de respuesta; prioriza protección laboral inmediata.	Mantiene rutas de derivación y atención en crisis similares a otros protocolos de violencia laboral y salud ocupacional; coordina con red pública de salud y seguridad social.

Re habilitación y seguimiento	Planes integrales de acompañamiento; reintegración laboral gradual con ajustes razonables; seguimiento psicológico y psicosocial; visitas domiciliarias; evaluación de impacto a mediano plazo; medidas restaurativas y de transformación institucional.	<i>Libres Unidos en la diversidad</i> Equipo interdisciplinario; talento humano; unidad competente.	Considera la rehabilitación y el seguimiento como eje autónomo; incorpora mediciones de impacto en bienestar y cambios institucionales; contempla ajustes razonables y retorno gradual como derecho; introduce procesos restaurativos.	Retoma elementos de seguimiento presentes en protocolos de riesgos psicosociales y programas de salud mental ocupacional, como controles periódicos y apoyo psicosocial.
----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaborado: Sofia León Sánchez; 2025

CONCLUSIONES

En relación con el objetivo general, orientado a analizar la vulneración del derecho a la salud mental en actores humanitarios que trabajan con grupos prioritarios en Carapungo durante el año 2025, se concluye que este fue cumplido. El estudio permitió evidenciar que la saturación laboral constituye un factor determinante en la afectación de las condiciones psicoemocionales del personal humanitario, configurando un escenario de riesgo psicosocial que trasciende lo individual y se inscribe en dinámicas estructurales e institucionales. Asimismo, el análisis normativo demostró que, aunque existen estándares internacionales claros particularmente desarrollados por la Organización Internacional del Trabajo y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, su implementación en el contexto estudiado es parcial y presenta brechas significativas.

Respecto al primer objetivo específico, se logró identificar factores concretos de saturación laboral presentes en los entornos humanitarios analizados, tales como sobrecarga de funciones, exposición constante a situaciones emocionalmente demandantes, limitaciones en los recursos institucionales, precariedad contractual y ausencia de mecanismos formales de desconexión y recuperación. Estos factores operan de manera acumulativa y sistemática, incrementando la vulnerabilidad psicoemocional del personal.

En cuanto al segundo objetivo específico, el estudio permitió examinar las afectaciones a la salud mental derivadas de dichas condiciones laborales, evidenciándose manifestaciones asociadas a agotamiento emocional, estrés crónico y desgaste profesional. La minería documental realizada sobre la política institucional demostró que, si bien existen lineamientos generales relacionados con bienestar laboral, no se identificaron protocolos específicos, integrales y operativos que garanticen plenamente el derecho a la salud mental bajo un enfoque de derechos humanos, lo que confirma un cumplimiento normativo formal pero no sustantivo.

Finalmente, en relación con el tercer objetivo específico, se desarrolló una propuesta preventiva y correctiva orientada a mitigar los efectos de la saturación laboral, incorporando medidas como pausas activas, límites razonables de carga, monitoreo preventivo, reintegración progresiva y ajustes razonables. Esta propuesta no solo responde



internacionales en materia de seguridad y salud en el trabajo, constituyéndose en un instrumento viable para avanzar hacia la garantía efectiva del derecho a la salud mental en el ámbito humanitario.

La propuesta reconoce la saturación laboral como un riesgo psicosocial y plantea medidas concretas tales como pausas activas, monitoreo de permisos médicos, límites razonables de carga laboral, derecho a la desconexión digital, reintegración progresiva tras ausencias por salud y ajustes razonables en las funciones. Estas acciones se alinean con el enfoque de trabajo decente promovido por la Organización Internacional del Trabajo y con las obligaciones establecidas en el Convenio 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores, que exige a los Estados formular, implementar y revisar políticas nacionales orientadas a prevenir accidentes y daños a la salud derivados del trabajo. Asimismo, guardan coherencia con el Convenio 187 de la OIT, que establece la obligación de desarrollar una cultura preventiva en materia de seguridad y salud laboral, y con el Convenio 190 de la OIT, que reconoce la violencia y el acoso —incluidos aquellos de carácter psicológico— como riesgos que deben ser prevenidos mediante medidas institucionales adecuadas.

No obstante, mientras la normativa internacional exige condiciones de trabajo seguras y saludables para todas las personas trabajadoras, en el contexto ecuatoriano y particularmente en el ámbito humanitario, muchas de estas prácticas aún son incipientes o dependen de la voluntad organizacional más que de sistemas estructurados de prevención. En consecuencia, el protocolo propuesto constituye un avance hacia el cumplimiento de los estándares internacionales impulsados por la OIT, pero también evidencia que dicho cumplimiento, en la situación actual, continúa siendo parcial y progresivo.

El protocolo incorpora de forma explícita los principios de dignidad humana, igualdad, no discriminación, inclusión, interculturalidad e interseccionalidad, lo que se ajusta a los estándares del sistema universal y del sistema interamericano de derechos humanos. En la práctica, esto implica reconocer a los actores humanitarios como sujetos de derechos y no solo como funcionarios o prestadores de servicios. Sin embargo, hasta que no se evidencie su aplicación concreta (por ejemplo, eliminación de prácticas discriminatorias, ajustes razonables reales, protección de grupos más expuestos), se puede



concluir que el protocolo cumple normativamente con los instrumentos internacionales, pero su efectividad dependerá de la coherencia entre lo escrito y la gestión institucional cotidiana.

El protocolo propuesto avanza de forma significativa hacia el cumplimiento del derecho a la salud mental reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Protocolo de San Salvador, al establecer una unidad competente, canales de atención 24/7 y un enfoque integral de prevención, atención y rehabilitación. Sin embargo, la plena materialización de estos instrumentos internacionales dependerá de su implementación efectiva (recursos humanos suficientes, presupuesto, seguimiento y evaluación), por lo que aún no puede afirmarse un cumplimiento total, sino más bien un alineamiento normativo y técnico sólido.

Finalmente se resalta que, la investigación confirma que la vulneración del derecho a la salud mental en actores humanitarios no responde a eventos aislados, sino a condiciones estructurales que requieren intervenciones institucionales sistemáticas y sostenidas, por ende, desde el eje de la tesis, la realidad de saturación laboral y vulneración del derecho a la salud mental de los actores humanitarios muestra que el Estado y las instituciones aún no cumplen plenamente con sus obligaciones derivadas de los instrumentos internacionales de derechos humanos. El protocolo propuesto se posiciona como una respuesta concreta de reparación y garantía: crea rutas, roles claros, medidas de prevención, atención y rehabilitación. En consecuencia, se concluye que, si bien la vulneración del derecho existe en la situación actual, la propuesta de protocolo sí se alinea con los estándares internacionales y constituye un mecanismo viable para reducir y corregir dichas vulneraciones, siempre que exista voluntad política, presupuesto y control social para su implementación.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que, en el marco de la tesis, el protocolo se presente no solo como una herramienta local para Carapungo – Quito Wambras Norte, sino como un modelo replicable para otras instituciones y territorios, evidenciando su coherencia con los estándares internacionales. Esto implica:

Explicitar cuáles estándares internacionales cumple (PIDESC, Protocolo de San Salvador, OIT, OMS, Corte IDH),

Identificar qué aspectos aún requieren desarrollo para un cumplimiento pleno,

Proponer una hoja de ruta para su escalamiento a nivel municipal, zonal o nacional.

En línea con el enfoque de derechos humanos y los estándares internacionales de participación, se recomienda que los actores humanitarios no sean solo destinatarios del protocolo, sino también coprotagonistas en su construcción, seguimiento y evaluación. La creación de comités de trabajadores, espacios de consulta periódica y mecanismos para recoger su experiencia permitirá ajustar el protocolo a la realidad y evitar que se transforme en un instrumento vertical y distante.

Aunque el protocolo prevé derivaciones al IESS y al MSP, se recomienda formalizar convenios y rutas específicas con estas instituciones para asegurar atención prioritaria a los actores humanitarios, respetando los estándares de la OMS y la OPS en materia de salud mental laboral. Esto incluye acceso a psiquiatría, psicoterapia especializada, medicación cuando se requiera y rehabilitación prolongada. Una articulación débil dejaría el protocolo a medio camino y mantendría incumplimientos frente a las obligaciones internacionales del Estado.

Se recomienda incorporar indicadores que permitan medir de forma periódica:

niveles de saturación laboral,

percepción de bienestar,

frecuencia de casos atendidos,

tiempos de respuesta,

reincidencia de situaciones de violencia o acoso,

impacto de los planes de rehabilitación.

Estos indicadores deben alinearse con los marcos de trabajo decente (OIT) y de derechos económicos, sociales y culturales, de modo que los informes institucionales puedan demostrar, con datos, si se está avanzando o no en el cumplimiento de los compromisos internacionales.

Para garantizar el cumplimiento real de los instrumentos internacionales (PIDESC, Protocolo de San Salvador, OIT, OMS), se recomienda que el protocolo sea formalmente aprobado mediante resolución, acuerdo u otro instrumento normativo interno con carácter obligatorio, y que se incorporen mecanismos de exigibilidad (por ejemplo, vías de queja, indicadores de cumplimiento, auditorías internas y externas). Esto permitirá que los actores humanitarios no dependan solo de la buena voluntad institucional, sino que puedan exigir el cumplimiento de su derecho a la salud mental

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2021). Caso Guachalá Chimbo vs. Ecuador (Sentencia de 26 de marzo de 2021, Serie C No. ____).

Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial No. 449.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del PIDESC). Naciones Unidas.

Inter-American Court of Human Rights. (2025). Advisory opinion (Serie A No. 32). Corte IDH.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). Convenio sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. <https://www.ilo.org>

Ministerio de Salud Pública. (2018). Plan Decenal de Salud Mental 2018–2027. MSP.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Panorama de la salud mental en Ecuador 2022. OPS.

International Rescue Committee. (2024). Conflict sensitivity analysis in Ecuador (Informe).

García Guerra, S. S. (2022). Entre lo hospitalocéntrico y lo comunitario: La inercia de las políticas públicas de salud mental en Ecuador (1930–2017) (Tesis de maestría,



Garzón Loor, D. E. (2025). Análisis de la política pública de salud mental en el Ecuador: 2019–2024 (Tesis de pregrado, Universidad Internacional SEK).

Román Aguinda, K. M. (2023). Políticas públicas para fortalecer la atención de salud mental en el Ecuador (Trabajo de investigación, Universidad Estatal de Bolívar).

Terán Andrade, E. G. (2017). Lineamientos de política pública para la garantía del derecho humano a la salud mental en miembros de la Policía Nacional del Ecuador, Quito 2015 (Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar).

González, R., & Arias, M. (2014). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Editorial Universidad de Colombia.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.

Miller, A., & Salkind, N. (2010). Research design: Quantitative, qualitative, and mixed methods approaches. SAGE Publications.

Bravo-Salas, M. (2021). Condiciones laborales y salud mental: Desafíos del Estado ecuatoriano frente al Convenio 190 de la OIT. *Revista Andina de Estudios Jurídicos*, 17(2), 89–110.

Cameron, L., et al. (2024). The occurrence of and factors associated with mental ill-health among humanitarian aid workers. (Journal indexed in PubMed Central).
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11095667/>

Holguín Espinoza, R. A. (2022). Servicios de protección integral en Ecuador, una mirada desde la salud mental comunitaria. *Salud & Ciencias Médicas*, 2(4), 7–15.
<https://saludycienciasmedicas.uleam.edu.ec/index.php/salud/article/view/38>

Moyano, A., Vergara, D., Mirti, A., et al. (2024). Integrating mental health and psychosocial support into economic inclusion programming for displaced families in Ecuador. *Conflict and Health*, 18, 68. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00629-x>

Muñoz-Ortega, F., Gómez, M., & Sarango, A. (2024). Brechas en la implementación de políticas de salud mental en contextos laborales en Ecuador. *Revista Latinoamericana de Salud Ocupacional*, 24(1), 55–72.

Nasrullah, S. M. (2025). Mental health interventions for humanitarian volunteers: Systematic review. (Journal indexed in PubMed Central).

Quevedo Barberán, M. J., & Lanchi Zuñiga, D. O. (2022). Desafíos éticos en la gestión de servicios de salud mental en Ecuador. *Salud & Ciencias Médicas*, 2(4), 7–15.

Ruiz-Frutos, C., Arias-Ulloa, C. A., Ortega-Moreno, M., Romero-Martín, M., Escobar-Segovia, K. F., Adanaque-Bravo, I., & Gómez-Salgado, J. (2022). Factors associated to psychological distress during the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Ecuador. *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604626>

Torres, X., Pérez, Y., González, Z., & López, W. (2021). Prevalencia de burnout en personal humanitario expuesto a contextos adversos: Agotamiento emocional, despersonalización y factores asociados. *Revista de Salud Mental y Trabajo*.

Valenzuela Mendieta, L. (2022). Ansiedad disfuncional en trabajadores de atención en salud en zonas urbanas del Ecuador. *Revista Médica del Ecuador*, 36(2), 122–133.

Dentons. (2022). El Convenio 190 de la OIT y su aplicación en Ecuador. <https://www.dentons.com>

The Guardian. (2024, 20 de diciembre). International court rules against El Salvador in key abortion rights case (Beatriz v. El Salvador). *The Guardian*