



# LINEAMIENTOS OPERATIVOS

Para los Servicios  
Ambulatorios Intensivos  
(SAI)

2025

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Lineamientos operativos para los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)”. Lineamientos. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental. 2025.

- \* Lineamiento
- \* Servicio Ambulatorio Intensivo
- \* SAI
- \* Salud Mental
- \* Tratamiento Integral

Ministerio de Salud Pública  
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social  
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan,  
Quito 170146, Ecuador  
Teléfono: (593 2) 381 4400  
[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

Edición general: Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Lineamientos operativos para los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)”. Lineamientos. Quito: Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental; Ministerio de Salud Pública – MSP; 2025. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador:

## Autoridades

Dr. Jimmy Daniel Martín Delgado, Ministro de Salud Pública.

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

Mgs. Wendy Brasília Gavica Vásquez, Viceministra de Atención Integral de la Salud.

Ing. Evelyn Patricia Montenegro Navas, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Encargada.

Mgs. Omar Esneiber Torres Carvajal, Subsecretario de Redes de Atención Integral en Salud, Encargado.

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

Med. Lucía Cevallos Paredes, Directora Nacional de Atención Integral en Salud, Encargada.

Mgs. Luis Eduardo Caguana Mejía, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

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

Esp. Gina Lorena Chiriboga Estrella, Gerente del Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental.

## Equipo de redacción y autores

Almeida Sandoval Daniela, magister, analista del Proyecto Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Quito.

Girón Ortiz Jenny, bioquímica farmacéutica, especialista de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito.

Guerra Moreno Karina, magister, especialista de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Quito.

## Equipo de revisión y validación

Benavides Salcedo Andrés, magister, especialista de Cuidado Permanente, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Quito.

Troya Segovia Maritza, psicóloga clínica, especialista de Cuidado Permanente, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Quito.

Medina Luna David, psicólogo clínico, analista del Proyecto Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Quito.

Segura Flores Stalin, magister, especialista de la Dirección Nacional de Centros Especializados, Quito.

Espinoza Huaipatin Francisco, magister, paramédico Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, Quito.

Agato Silvana Elizabeth, doctora, analista de la Gestión Interna de Desarrollo Organizacional, Quito.

Carrión Ochoa Milady, magister, especialista de la Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, Quito.

Cruz Llumiquinga Fausto, magister, analista del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilidad de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional, Quito.

Cuesta Benavides Janella, magister, especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito.

Placencia Galeano Aida, magister, analista de Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 1, Tulcán.

Cadena Villegas Anita, magister, especialista de la Gestión Zonal de Gestión y Evaluación de Redes de Atención en Salud, Coordinación Zonal 1, Tulcán.

Valencia Hernández Nancy, psicóloga clínica 1, Dirección Distrital 04D01, UO Centro de Salud N1 Salud Mental, Tulcán.

Juanacio Quilca Katherine, terapeuta ocupacional, Dirección Distrital 04D01, UO Centro de Salud N1 Salud Mental, Tulcán.

Moreno Báez María, trabajadora social, Dirección Distrital 04D01, UO Centro de Salud N1 Salud Mental, Tulcán.

Guamangate Pazmiño Gladys, psicóloga clínica, analista de Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 2, Tena.

Castillo Santin Priscila, magister, analista de Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 2, Tena.

Guevara Reinoso Jeannette, psicóloga clínica, psicóloga de la Gestión Zonal de Implementación y Evaluación de Redes de Atención en Salud, Coordinación Zonal 2, Tena.

Auqui Siguencia Mónica, magister, psicóloga clínica, Distrito 17D11, CS Sangolquí.

Cesar Eduardo Carrera Davalo, terapeuta ocupacional, Distrito 17D11, CS Sangolquí.

Cossio Tipan Cristina, trabajadora social, Distrito 17D11, CS Sangolquí.

Oña Cedeño Julia, psicóloga clínica, Distrito 17D11, CS Aloasí.

Cadena Pilatax Edwin, magister, terapeuta ocupacional, Distrito 17D11, CS Aloasí.

Quinaluisa Chamorro Luisa, trabajadora social, Distrito 17D11, CS Aloasí.

Garzon Saravia Ivon, médico, técnica administrativa, Distrito 17D11, CS Aloasí.

Morales Cajas Emilie, médico, técnica administrativa, Distrito 17D11, CS Cotogchoa.

Róman Tarapués Nancy, médico, especialista en psiquiatría, Hospital General José María Velasco Ibarra, Gestión Asistencial Hospitalaria / Rehabilitación y Terapia en Salud Mental, Tena.

Narváez Oleas Gabriela, magister, analista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 3, Riobamba.

Lozada Cuji Luis, magister, especialista, de la Gestión Interna Zonal de Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Coordinación Zonal 3, Riobamba.

Rodriguez Reinoso Cristina, Médico, Especialista en Psiquiatría, Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Riobamba.

Sinchiguano León Gissela, trabajadora social, DZPSS Centro de Salud Tipo C ESPOCH, Riobamba.

Ramírez Baldeon Jhon, magister, psicólogo clínico, DZPSS Centro de Salud Tipo C ESPOCH, Riobamba.

Leal Urribarri Darwin, magister, analista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 4, Portoviejo.

Pico Hernández Tania, magister, especialista zonal de Atención Preventiva y Morbilidad- Salud Mental, Coordinación Zonal 4, Portoviejo.

Barre Tello Bella, trabajadora social, Distrito 13D12, Centro De Salud Tipo C, Tosagua.

Gines Palma María, terapeuta ocupacional, Distrito 13D12, Centro De Salud Tipo C, Tosagua.

Caicedo Zamora Silvia, psicóloga clínica, Distrito 13D12, Centro De Salud Tipo C, Tosagua.

Llanos Campozaño Jennifer, psicóloga clínica, especialista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 5, Milagro.

Jara Alvarado Juan, psicólogo clínico, especialista, Implementación y Evaluación de Redes de Atención en Salud - Atención Preventiva y Morbilidad, Coordinación Zonal 5, Milagro.

González Molina Susan, psicóloga clínica, Distrito 09D14, Centro Materno Infantil, Pedro Carbo.

Fajardo Lozano Lisbeth, terapeuta ocupacional, Distrito 09D14, Centro Materno Infantil, Pedro Carbo.

Figueroa Gonzalez Kerly, trabajadora social, Distrito 09D14, Centro Materno Infantil, Pedro Carbo.

Carchi Samaniego Jessenia, psicóloga clínica, analista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 6, Cuenca.

Arévalo Iñiguez Pablo, psicólogo clínico, Coordinador Tratamiento Ambulatorio Intensivo del Distrito 01D04, Unidad de Salud Centro 1, Cuenca.

Guzmán Vega Ana, magister, psicóloga clínica de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud del Distrito 01D04, Cuenca.

Olga Ríos Vanegas, doctora, psicóloga, Distrito 01D04, Unidad de Salud Centro 1, Cuenca.

López Villacís Julia, terapeuta ocupacional, Distrito 01D04, Unidad de Salud Centro 1, Cuenca.

Peralta Zumba Jenny, trabajadora social, Distrito 01D04, Unidad de Salud Centro 1, Cuenca.

Sánchez Palacios Andrés, psicólogo clínico, analista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 7, Loja.

Azanza Villacis Freddy, magister, especialista, Servicios de Discapacidades, Rehabilitación y Recuperación, Coordinación Zonal 7, Loja.

Gabriela Castillo Obando, psicóloga clínica, Distrito 11D01, Centro de salud tipo B N° 2 Hugo Guillermo Gonzales, Loja.

Agila Acurio Jessenia, terapeuta ocupacional, psicóloga clínica, Distrito 11D01, Centro de salud tipo B N° 2 Hugo Guillermo Gonzales, Loja.

Andrade Ordoñez Anahí trabajadora social, psicóloga clínica, Distrito 11D01, Centro de salud tipo B N° 2 Hugo Guillermo Gonzales, Loja.

Castillo Torres Adriana, médico especialista en psiquiatría, Hospital General-Isidro Ayora, Rehabilitación y Terapia en Salud Mental, Los Ríos.

Araque Bohorquez Cindy, psicóloga clínica, especialista, Gestión Interna Zonal de Atención Preventiva y Morbilidad - Coordinación Zonal 8, Guayaquil.

Cedeño Moreno Martha, psicóloga clínica, analista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 8, Guayaquil.

Loor Crespo Kleber, master, psicólogo responsable del servicio ambulatorio intensivo, Centro de salud N 3, Guayaquil.

Cabrera Altamirano Edwin, psicólogo clínico, Dirección Distrital 09D01, Centro de salud N 3, Guayaquil.

Espinel Pizarro Marcos, trabajadora social, Dirección Distrital 09D01, Centro de salud N 3, Guayaquil.

Guerra Rodríguez María, terapeuta ocupacional, Dirección Distrital 09D01, Centro de salud N 3, Guayaquil.

Saguay Nieto Mirtha, médico, especialista en psiquiatría, Hospital General Guasmo Sur, Rehabilitación y Terapia en Salud Mental, Guayaquil.

Tobar Jiménez Carlos, magister, analista del Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Coordinación Zonal 9, Quito.

Cadena Castro Liliana, Psicóloga Infantil y Psicorehabilitador, Gestión Interna Zonal de Atención Preventiva y Morbilidad, Coordinación Zonal 9, Quito.

Vallejo Llerena Carlos, doctor en psicología, psicólogo, Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas Carlos Díaz Guerra, Quito.

Gómez Bastidas Segundo, magister, responsable del S.A.I, Distrito 17D06, Centro de Salud Tipo C Chimbacalle, Quito.

Mayorga Escobar Bolívar, psicólogo clínico, Distrito 17D06, Centro de Salud Tipo B Chimbacalle, Quito.

Camino Alarcón Jonathan, terapeuta ocupacional, Distrito 17D06, Centro de Salud Tipo B Chimbacalle, Quito.

Torres Córdova Paola, trabajadora social, Distrito 17D06, Centro de Salud Tipo B Chimbacalle, Quito.



## Contenido

1	Presentación	8
2	Marco Legal	9
3	Introducción	11
4	Antecedentes y Justificación	12
5	Objetivos	13
5.1	Objetivo General	13
5.2	Objetivos Específicos	13
6	Alcance	13
7	Glosario de términos	13
8	Desarrollo	15
8.1	Fundamento Teórico	15
8.2	Gestión Administrativa para el Funcionamiento del Servicio	18
8.2.1	Talento Humano	18
8.2.2	Infraestructura, Equipamiento y Mobiliario	19
8.2.3	Materiales	21
8.2.4	Medicamentos	21
8.3	Gestión Asistencial para el Funcionamiento del Servicio	23
8.3.1	Criterios de Inclusión	23
8.3.2	Criterios de Exclusión	25
8.3.3	Programa Terapéutico de los Servicios Ambulatorios Intensivos (PTSAI)	25
8.3.4	Fortalecimiento de Capacidades y Autocuidado del Talento Humano	45
8.3.5	Flujo de Atención	46
9	Abreviaturas y Símbolos	46
10	Referencias bibliográficas	47
11	Anexos	49

## 1 Presentación

Los “Lineamientos operativos para los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)” son una guía fundamental para la atención integral de personas con trastornos mentales moderados y graves, así como para quienes enfrentan riesgo suicida, consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas. Su propósito es brindar un marco normativo y operativo que permita estandarizar y optimizar los procesos de intervención centrados en el paciente. A través de la implementación de estos lineamientos, se espera mejorar esencialmente la atención oportuna y la calidad de estos servicios.

El presente documento detalla procedimientos de admisión, criterios de inclusión y exclusión, evaluación integral, fases del tratamiento y seguimiento, adaptados a las necesidades de un entorno ambulatorio intensivo. Destaca la importancia de un enfoque interdisciplinario que aborde los aspectos médicos, psicológicos y sociales del paciente, con el objetivo de favorecer su recuperación y fomentar la adherencia al tratamiento. Su contenido se apoya en modelos terapéuticos como la terapia cognitivo-conductual y el modelo transteórico de cambio, los cuales han demostrado su efectividad en el ámbito de la salud mental y el tratamiento de adicciones.

La atención en los SAI, permite que los pacientes reciban un tratamiento intensivo sin la necesidad de internación, lo que posibilita su continuidad en el contexto familiar y comunitario. Este enfoque no solo favorece la reducción de conductas de riesgo y el desarrollo de habilidades personales, además propicia un tratamiento menos disruptivo que facilita la integración social del paciente. Estos servicios representan una alternativa de atención que combina la efectividad de un modelo intensivo con la accesibilidad y flexibilidad de un servicio ambulatorio.

Dr. Jimmy Daniel Martin Delgado  
**Ministro de Salud Pública**



## 2 Marco Legal

### 2.1 Constitución de la República (Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008)

El Artículo 32 señala: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” [...]

El Artículo 363 menciona: “El estado será responsable de: literal 1. “Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.” [...]

El Artículo 364 estipula que: “Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. [...]”

### 2.2 Ley Orgánica de Salud (Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006 Última modificación: 18-dic.-2015)

El Artículo 14 menciona: “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.”

El Artículo 38 dispone que: “[...] Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social.”

### 2.3 Ley Orgánica de Salud Mental (Registro Oficial Suplemento 471 de 5-ene.-2024 Última reforma 18-mar.-2024)

El Artículo 9 de la mencionada ley establece que: “En materia de salud mental, toda persona tendrá derecho a: “Recibir programas de promoción de la salud mental, que incluya el conocimiento de los factores de riesgo que puedan producir trastornos mentales; [...]”

El Artículo 27 menciona que: “Se reconocen como problemas de salud pública a los trastornos del estado de ánimo o afectivos, la violencia en todas sus formas, ideación suicida, suicidio e intento suicida, trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, la lesión, disfunción cerebral o enfermedad física; y, otras enfermedades que la Autoridad Sanitaria Nacional reconozca como tal, según el perfil epidemiológico y la incidencia y prevalencia de las enfermedades de salud mental en la población.”

“Estos problemas se atenderán mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de familiares, usuarios y la población en su conjunto; y, requerirán un abordaje interdisciplinario,

integral e intersectorial, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, de vivienda, laboral y social.”

“Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas de atención y medicamentos e inclusión para las personas que sufren trastornos mentales, especialmente para los grupos de atención prioritaria.”

El Artículo 28 estipula que: “La Autoridad Sanitaria Nacional desarrollará programas de promoción de la salud que incluirán acciones de promoción por ciclo de vida en salud mental, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y adultos mayores; [...]”

El Artículo 29 señala que: “La prevención integral en salud mental es el conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el Estado, [...]”

El Artículo 30 señala que: “La atención integral de la salud mental comprenderá la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y cuidados paliativos de las problemáticas de salud mental, con enfoque prioritario a la continuidad de los cuidados en la comunidad y el territorio de residencia de los usuarios. Este proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e intercultural, basado en los principios de la atención primaria de la salud.” [...]

El Artículo 31 menciona que: “la atención en salud mental debe ser provista, preferentemente, en primer nivel de atención, en las unidades de salud más cercanas al lugar de residencia de la persona.” [...]

El Artículo 35 señala que: “Se prohíbe cualquier tratamiento que atente contra la integridad física y psicológica de los usuarios, incluidos los tratamientos para modificación de la identidad de género, o uso de violencia física o psicológica en el contexto terapéutico, así como toda vulneración a los derechos humanos. El cometimiento de esta falta se sancionará conforme lo dispuesto en esta Ley, sin perjuicio de las acciones penales a las que hubiere lugar.”

#### **2.4 Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (Registro Oficial Suplemento 615 de 26-oct.-2015 Última modificación: 13-ago.-2020)**

En su Artículo 5 Literal c, Salud menciona: “Toda persona en riesgo de uso, que use, consuma o haya consumido drogas, tiene derecho a la salud, mediante acciones de prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, respetando los derechos humanos, y a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida, con un enfoque bio-psico social, que incluya la promoción de la salud”.

El Artículo 18 menciona que: el “Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación. – “Es obligación primordial no privativa del Estado prestar servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas consumidoras ocasionales, habituales y problemáticas de drogas.” [...]

#### **2.5 Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco (Registro Oficial 497 de 22-jul.- 2011)**

El Artículo 10, literal b, dispone: “Ofrecer tratamiento y rehabilitación a las y los fumadores que así lo requieran y crear centros especializados para el efecto.”

## **2.6 Manual Gestión de Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud (Acuerdo Ministerial No. 00031 – 21 dic. - 2021)**

Esta norma constituye un instrumento normativo y técnico que establece los lineamientos para asegurar y mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Su aplicación es obligatoria en los establecimientos de salud y en los niveles de gestión territorial, en concordancia con el marco legal vigente en materia de calidad en salud.

## **2.7 Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo Ministerial No. 00004431 – 26 dic.- 2013)**

Esta norma establece los procedimientos para coordinar eficazmente la atención entre los diferentes niveles del sistema de salud. Su objetivo es garantizar el acceso oportuno, la continuidad y la calidad de la atención, definiendo criterios y responsabilidades en los procesos de referencia, contrareferencia, referencia inversa y transferencia de pacientes. Promueve una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, asegurando un sistema equitativo y eficiente.

## **2.8 Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Registro Oficial 382 de 23-oct.- 2006)**

El Artículo 14 establece: “Cada parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.”

## **3 Introducción**

El modelo comunitario de salud mental promueve una visión integral del individuo, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y políticos, fomentando la participación activa de la comunidad en el cuidado, prevención, detección y seguimiento de los trastornos mentales, disminuyendo el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas.

En este modelo se considera “la organización de una red de servicios de salud mental, donde los servicios, la comunidad y el individuo colaboran de manera conjunta, favoreciendo así el proceso de desinstitucionalización”. (1)

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública, busca implementar estrategias en el sistema de salud mental centradas en los derechos de las personas con trastornos mentales, riesgo suicida y consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas; promoviendo el fortalecimiento de redes de apoyo, la integración social, mejorando la calidad de vida y reduciendo el estigma asociado a la salud mental, ofreciendo servicios ambulatorios intensivos, enfocados en la rehabilitación psicosocial a través de la implementación y provisión adecuada de recursos necesarios para su recuperación y reinserción.

Los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI), se encuentran dentro de establecimientos de salud, ya sea en el primer, segundo y tercer nivel de atención, y cuentan con las prestaciones de psicología, trabajo social, terapia ocupacional y psiquiatría; tiene como objetivo principal brindar atención continua y especializada,

centrada en la prevención secundaria y terciaria en salud mental, que incluye la intervención temprana, para prevenir y/o reducir la cronicidad de las enfermedades mentales, riesgo suicida y abordar el consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas.(3)

## 4 Antecedentes y Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un trastorno mental como una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo. Los Trastornos Mentales Graves (TMG), en cambio, son condiciones psiquiátricas de amplia duración que generan discapacidad y afectan la interacción social, requiriendo cuidados y apoyo. (4)

La OMS, señala que los trastornos por consumo de drogas son una causa importante de muerte prematura y discapacidad en las Américas. En 2019, estos trastornos ocuparon el noveno lugar en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), el quinto en años vividos con discapacidad (AVD) y el decimoquinto en años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad temprana. No obstante, estas pérdidas se pueden evitar mediante intervenciones preventivas oportunas, atención adecuada y gestión de los riesgos asociados. (5)

En Ecuador, según el registro de camas y egresos hospitalarios del instituto nacional de estadísticas y censos, se observa una asignación del 3,1% de camas hospitalarias para psiquiatría en el año 2022. Dentro de los principales diagnósticos se encuentra: episodios depresivos, representando el 15,9%, seguido por los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, así como los trastornos de ansiedad, que conforman el 12,5%. Los trastornos por esquizofrenia con un 9,3%, seguidos de los trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de alcohol con un 8%, y finalmente, los trastornos depresivos recurrentes con un 7,6%.

La carga de trastornos mentales en la población es significativa como para ser ignorada. Por ello, resulta imperativo ofrecer una atención adecuada que disminuya la brecha entre la prevalencia de estos trastornos y el acceso efectivo al tratamiento, asegurando que más personas reciban la atención necesaria. (6)

En este contexto, el Estado debe desarrollar programas coordinados de prevención y control del consumo de alcohol, nicotina y otras drogas, así como de los trastornos mentales otorgando el tratamiento y rehabilitación a personas con dinámicas ocasionales, habituales o problemáticas.

Se debe recordar que las personas con trastornos mentales, riesgo suicida y problemas de adicciones se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad, principalmente debido a la estigmatización y discriminación que enfrentan. Estas condiciones representan barreras significativas para el acceso a servicios de salud, tratamiento adecuado y su plena interacción social. Para abordar esto el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado Servicios Ambulatorios Intensivos a nivel nacional.

Por lo tanto, la aplicación de los lineamientos del presente documento normativo garantiza la optimización de los procesos para atención en salud mental, su fortalecimiento, y la mejora de la red de servicios para la atención de pacientes con trastorno mentales graves moderados, riesgo suicida y problemas de consumo de alcohol, nicotina y otras drogas a nivel nacional.

## 5 Objetivos

### 5.1 Objetivo General

- Proporcionar lineamientos para la gestión de los procesos de atención y tratamiento en los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI), que permita garantizar un servicio de calidad y centrado en el bienestar integral de pacientes con trastorno mental moderado, grave, riesgo suicida y consumo problemático, de alcohol, nicotina y otras drogas.

### 5.2 Objetivos Específicos

- Definir los roles, responsabilidades y actividades del equipo interdisciplinario de los Servicios Ambulatorios Intensivos, para optimizar la organización, administración y funcionamiento del servicio.
- Establecer un programa terapéutico integral, orientando a la recuperación y la reintegración social de los pacientes del SAI, promoviendo intervenciones que aborden tanto aspectos clínicos como psicosociales.

## 6 Alcance

Los “Lineamientos Operativos para los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)” son de aplicación obligatoria para todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), que cuenten con un SAI.

## 7 Glosario de términos

**Adherencia al tratamiento:** grado en que los pacientes siguen las recomendaciones médicas y terapéuticas para su recuperación y bienestar. (7)

**Atención ambulatoria:** servicios de salud mental que se ofertan fuera de un entorno residencial, permitiendo que los pacientes continúen con sus actividades diarias y mantengan su autonomía. (8)

**Apoyo familiar:** contribución y participación de la familia en el cuidado y tratamiento de un paciente, brindando apoyo emocional y práctico. (9)

**Autonomía del paciente:** capacidad y derecho de los pacientes para tomar decisiones sobre su propio tratamiento y cuidado. (10)

**Consentimiento informado:** “proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud”. (26)

**Consumo problemático de drogas:** estado de necesidad recurrente a nivel psicológico y fisiológico que se manifiesta en el consumo compulsivo de drogas, mismas que ocasiona un deterioro y alteración del estado cognitivo. (11)

**Criterios de exclusión:** condiciones que impiden que una persona reciba ciertos servicios de salud mental debido a riesgos o limitaciones específicas. (12)

**Criterios de inclusión:** conjunto de condiciones que determinan la elegibilidad de una persona para recibir servicios de salud mental o tratamiento específico. (13)



**Cronificación de la enfermedad:** se refiere al proceso mediante el cual una enfermedad aguda, que inicialmente podría haber sido tratada o resuelta, se convierte en una condición crónica, es decir, de larga duración, persistente y, en muchos casos, incurable. (27)

**Desinstitucionalización:** proceso en el ámbito de la salud mental que implica la reducción o cierre de instituciones psiquiátricas tradicionales y la transferencia de la atención a entornos más comunitarios. Su objetivo es permitir que las personas con trastornos mentales graves reciban tratamiento y apoyo en la comunidad, en lugar de estar internadas de manera prolongada en hospitales o instituciones psiquiátricas. (14)

**Inserción social:** proceso de integración de individuos en diferentes aspectos de la vida social, como el trabajo, la educación y las relaciones interpersonales. (13)

**Interconsulta:** “es la solicitud de la valoración de otro profesional de diferente especialidad en el mismo establecimiento. Se utiliza el formulario de interconsulta de la historia clínica”. (31)

**Mindfulness:** técnica que consiste en prestar atención al momento presente, con calma y sin juzgar lo que está pasando. Ayuda a sentirse más tranquilo, concentrado y a manejar mejor el estrés y las emociones. (28)

**Modelo de Atención de Salud Mental:** Marco que guía la prestación de servicios de salud mental, enfocándose en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. (15)

**Modelo de Atención Integral de Salud:** enfoque que aborda las necesidades de salud de manera holística, considerando aspectos físicos, mentales y sociales. (1)

**Planificación terapéutica:** Proceso de elaboración de planes individuales y grupales para el tratamiento y la atención de personas con trastornos mentales. (16)

**Plan anticipado:** se refiere a un acuerdo o plan elaborado por una persona con condiciones de salud mental que establece sus preferencias y decisiones respecto a su cuidado y tratamiento en situaciones futuras en las que pueda no ser capaz de tomar decisiones por sí misma.

Este tipo de plan busca garantizar que los derechos, deseos y valores de la persona sean respetados, permitiendo que los profesionales de la salud y los familiares actúen en concordancia con sus preferencias en momentos en los que pueda estar incapacitada para expresar sus decisiones. La OMS promueve la importancia de la planificación anticipada para mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, fomentando que participen activamente en la toma de decisiones sobre su atención. (29)

**Plan Integral Terapéutico Individualizado:** conjunto de acciones terapéuticas planteadas de forma sistemática y personalizada entre el equipo técnico interdisciplinario del establecimiento de salud, el paciente y su entorno, el cual se ajusta a las necesidades físicas, psicológicas, familiares, sociales y económicas de cada paciente para su recuperación e inclusión social. Este instrumento se basa en metas concretas, medibles a corto y mediano plazo y es revisado periódicamente



entre el paciente y el equipo interdisciplinario, para establecer y evaluar los logros en las diferentes fases del tratamiento. (17)

**Promoción de la salud:** constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. (18)

**Red de apoyo:** conjunto de personas y recursos que brindan ayuda y respaldo a los individuos en situaciones de necesidad, incluyendo familiares, amigos, grupos de apoyo y servicios comunitarios. (19)

**Red de apoyo formal:** conjunto de recursos y actores institucionales organizados como servicios de salud, instancias educativas, autoridades locales, organismos judiciales y programas sociales que, de manera coordinada y bajo marcos normativos, brindan atención, acompañamiento y seguimiento a la persona usuaria, en función de sus necesidades de salud mental y bienestar psicosocial. (19)

**Red de apoyo informal:** conjunto de vínculos personales significativos familiares, amistades, vecinos, compañeros de trabajo u otras personas de confianza que ofrecen apoyo emocional, social o práctico a la persona usuaria de manera no institucionalizada, constituyendo un recurso esencial para su contención, integración comunitaria y proceso de recuperación. (19)

**Referencia:** “es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor o igual nivel de atención o de complejidad; cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud. La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053”. (31)

**Salud comunitaria:** enfoque de salud que se centra en las necesidades de salud de una comunidad en su conjunto, promoviendo la participación activa y la colaboración entre sus miembros. (20)

**Síndrome de Burnout:** una respuesta causada por el estrés laboral crónico integrado por el agotamiento físico, emocional y mental. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios. (30)

## 8 Desarrollo

### 8.1 Fundamento Teórico

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) establece las directrices para un sistema de salud que responda a las necesidades específicas de la población desde un enfoque de derechos, equidad y participación social. Dentro de este modelo, se contempla la atención en salud mental como una dimensión transversal e integral, promoviendo la desinstitucionalización progresiva y el fortalecimiento de servicios comunitarios.

En este marco, el SAI, se configura como una estrategia fundamental para la atención especializada en salud mental, al integrar la intervención clínica con un abordaje comunitario e interdisciplinario, dirigido a personas con trastornos

mentales moderados a graves, riesgo suicida y con problemas de consumo de alcohol, nicotina y otras drogas; que requieran un seguimiento intensivo, pero que no necesiten hospitalización. Este servicio busca favorecer la continuidad del tratamiento, prevenir recaídas, reducir la estigmatización y promover la reintegración social, familiar y laboral del paciente.

El enfoque interdisciplinario de este servicio implica la participación activa de equipos conformados por psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, entre otros; quienes desarrollan planes integrales terapéuticos individualizados y acciones comunitarias orientadas a la inclusión y recuperación del paciente. Asimismo, se propicia el trabajo colaborativo con redes de apoyo formales e informales.

Este modelo se alinea con los principios que promueven la atención comunitaria, la participación activa del usuario en su proceso terapéutico y la integración de servicios de salud mental.

### **8.1.1 Caracterización de los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)**

Este servicio ofrece atención integral continua y preventiva, operando de manera interdisciplinaria tanto en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, que cuentan con áreas físicas definidas y un equipo interdisciplinario de profesionales de salud especializados para el tratamiento de pacientes con problemas de salud mental, riesgo suicida y problemática de consumo de alcohol, nicotina y otras drogas (Gráfico 1: Talento humano requerido ), (2) como en la comunidad, integrando a la población en general y actores locales clave que forman parte de los procesos de inclusión social. También, se enfoca en la prevención secundaria y terciaria para evitar que los trastornos mentales se vuelvan más crónicos.

El SAI se caracteriza por brindar atención a la población en sus distintos ciclos de vida, lo que incluye a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas adultas mayores; adaptada a las necesidades específicas del paciente y su entorno; considerando los ámbitos socioculturales y geográficos del lugar de residencia.

### **8.1.2 Enfoque Comunitario para la Atención a Personas con Trastornos Mentales Moderados-Graves, Riesgo Suicida y Consumo Problemático de Alcohol, Nicotina y otras Drogas**

El enfoque comunitario del SAI se orienta a una atención integral al individuo, la familia, la comunidad, y el entorno, considerando los determinantes sociales de la salud. Este enfoque aplica los principios de derechos, equidad de género, interculturalidad e intergeneracional, mediante la participación activa de actores sociales en las fases de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos. El equipo de salud deberá identificar las necesidades del paciente y articular redes comunitarias que fortalezcan su recuperación, asegurando una atención continua, pertinente y centrada en la persona.

Es importante contar con prácticas estratégicas efectivas enmarcadas en la atención a la comunidad que promuevan la salud mental, e incidan en los determinantes sociales de la salud, con el fin de reducir el estigma asociado a los trastornos mentales, riesgo suicida y el consumo problemático de alcohol nicotina y otras drogas.

### 8.1.3 Programa Terapéutico de los Servicios Ambulatorios Intensivos (PTSAI)

El PTSAI ofrece atención integral dirigida a personas con trastornos mentales de moderados a graves, riesgo suicida, consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas; debe garantizar un abordaje intersectorial, participativo y comunitario. Este programa se lleva a cabo de forma ambulatoria, el que permite a los pacientes recibir tratamiento efectivo mientras viven en sus comunidades y mantienen sus responsabilidades diarias, sin necesidad de hospitalización o internamiento.

Se encuentra centrado en la recuperación y la autonomía del paciente, que se caracteriza por utilizar diversas terapias las cuales se adaptan a las necesidades específicas de cada paciente para asegurar la atención periódica, frecuente y necesaria para el tratamiento a fin de brindar continuidad al proceso de rehabilitación.

El programa está estructurado en tres fases:

- **Primera fase:** acogimiento y estabilización,
- **Segunda fase:** intervención terapéutica,
- **Tercera fase:** reintegración y autonomía e incluye terapias individuales, grupales, familiares y multifamiliares (Anexo 5: Detalle de actividades grupales en sistema de registro oficial), además de un seguimiento farmacoterapéutico, conforme a lo establecido en la normativa en salud mental vigente.

### 8.1.4 Estándares de Calidad en Establecimientos que Brindan Atención a Personas con Trastornos Mentales Moderados-Graves, Riesgo Suicida y Consumo Problemático de Alcohol, Nicotina y otras Drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad en la atención médica como “la medida en que los servicios de atención médica brindados a las personas y las poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados.” (21)

El proceso de aseguramiento de calidad es esencial para garantizar la eficacia y eficiencia en los servicios de atención de salud mental. En este contexto, todos los establecimientos de salud que cuenten con un SAI, deben implementar un Plan Anual de Calidad, conforme lo estipulado en el “Manual Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud” (31), o el documento vigente al momento de su aplicación, en concordancia con la normativa sanitaria correspondiente.

Para cumplir con este objetivo, cada establecimiento de salud deberá conformar un Equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC), responsable de elaborar, documentar y reportar al jefe inmediato la ejecución de al menos un Ciclo Rápido (CR) de Mejora de la Calidad (Anexo 8: Ciclos rápidos de mejoramiento continuo de la calidad). Este proceso debe cumplir con las siguientes etapas:

1. Identificar: ¿Cuál es el problema? Definir y priorizar que hay que mejorar
2. Analizar: Comprender el problema y encontrar las causas
3. Desarrollar: Formular Hipótesis de los cambios para solucionar problema
4. Probar e implementar (PEVA): Planificar, Ejecutar, Verificar, Actuar

Una vez obtenidos los resultados, será necesario evaluar el impacto del proceso implementado, con el fin de determinar si se debe dar continuidad a las acciones aplicadas o si es necesario replantear estrategias para responder de manera eficaz a las necesidades identificadas.

## 8.2 Gestión Administrativa para el Funcionamiento del Servicio

De acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud, los servicios en el primer y segundo nivel en salud permiten resolver oportunamente problemas de salud, descongestionando así las unidades del tercer nivel de atención. En este sentido, la aplicación de la salud mental comunitaria, con un enfoque centrado en la familia, el individuo y la comunidad, permite la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y una atención oportuna.

En este contexto, los SAI, ofrecen una atención integral basada en un enfoque comunitario e interdisciplinario a personas con problemas de salud mental moderados a graves, riesgo suicida y consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas. Para la implementación de este servicio es necesario contar con los componentes esenciales: talento humano capacitado, infraestructura adecuada, equipamiento necesario, y mobiliario funcional.

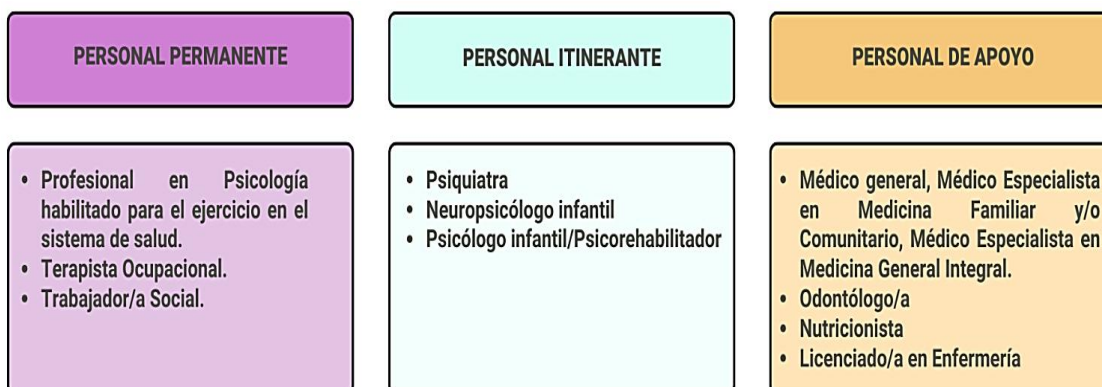
### 8.2.1 Talento Humano

De acuerdo con los parámetros mínimos de implementación se requiere contar con un equipo técnico interdisciplinario con formación académica especializada en la atención integral de pacientes con problemas de salud mental de moderados a graves, riesgo suicida y consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas, que asegure el cumplimiento adecuado del Programa Terapéutico de los Servicios Ambulatorios Intensivos.

Los profesionales de salud que integran este servicio deberán estar debidamente registrados o reconocidos ante la autoridad competente en materia de educación superior en el campo de la salud y encontrarse habilitados para el ejercicio profesional.

Este equipo interdisciplinario se estará conformado de la siguiente manera:

**Gráfico 1:** Talento humano requerido



**Fuente:** Adaptado de Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental Buenos Aires; 2019.

**Elaborado por:** Equipo redactor, 2025

El personal itinerante no es exclusivo del servicio, pero apoyarán en la atención del SAI si cuentan con esa prestación, con previa organización de agendas y definiendo los días de itinerancia de acuerdo a la necesidad del establecimiento y de sus funciones asignadas.

## **8.2.2 Infraestructura, Equipamiento y Mobiliario**

Para el adecuado funcionamiento de los Servicios Ambulatorios Intensivos, se requiere cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

### **8.2.2.1 Consultorio de Psicología:**

- El consultorio de psicología debe ser una área privada, tranquila, libre de ruidos y distracciones, para garantizar la privacidad, confidencialidad y comodidad del paciente.
- Debe contar con mobiliario funcional, tales como: un escritorio para tomar notas, una silla ergonómica para el/la psicólogo/a y una silla o sillón cómodo para el paciente.
- Debe disponer de armario, vitrina o archivador que permita el almacenamiento del material terapéutico.
- Debe disponer de computador para el registro correspondiente de información de los pacientes.
- Debe contar con una iluminación adecuada que combine luz natural y artificial de manera equilibrada, así como con un sistema de climatización y ventilación apropiado, considerando las condiciones geográficas del lugar donde se presta el servicio.
- Se deberá contar con dispensador para solución hidroalcohólica, papel toalla, espejo empotrado a la pared de al menos 1.5 m de altura por 2 m de ancho.
- Recipiente (basurero) para el manejo de desechos comunes que cumpla con la normativa vigente para el efecto.

### **8.2.2.2 Consultorio/Sala de Terapia Ocupacional:**

- El consultorio de terapia ocupacional debe ser un área amplia, con una iluminación adecuada que combine luz natural y artificial de manera equilibrada, así como con un sistema de climatización y ventilación apropiado, considerando las condiciones geográficas del lugar donde se presta el servicio.
- Debe contar con mobiliario adecuado, incluyendo escritorio y sillas ergonómicas, así como mesas, estantería o armario para el almacenamiento de materiales y equipos terapéuticos.
- Debe estar equipado con herramientas y recursos específicos para las actividades terapéuticas, como material sensorial, juegos didácticos, herramientas de estimulación motriz y cognitiva, entre otros.
- Debe disponer de un computador para el registro y seguimiento de los pacientes.
- Debe contar con dispensador para solución hidroalcohólica, papel toalla.
- Recipiente (basurero) para el manejo de desechos comunes que cumpla con la normativa vigente para el efecto.
- Cabe indicar que la sala de terapia ocupacional podrá ser la sala de uso múltiple del establecimiento de salud al que pertenece, siempre y cuando sea utilizada por este profesional.



### 8.2.2.3 Consultorio Polivalente de Medicina/Psiquiatría:

- El consultorio polivalente debe ser una área privada y tranquila, libre de ruidos y distracciones, para garantizar la privacidad, confidencialidad y comodidad del paciente.
- Debe contar con iluminación y ventilación adecuadas que combine luz natural y artificial de manera equilibrada, así como con un sistema de climatización y ventilación apropiado que garantice la confidencialidad y el confort del paciente durante las atenciones clínicas.
- Debe contar con un escritorio, silla ergonómica para el/la profesional, un archivador o estantería para el almacenamiento de material de referencia y una silla cómoda para uso exclusivo del paciente.
- Debe disponer de un computador para registro de información y el adecuado seguimiento de los casos.
- El consultorio debe tener un lavamanos provisto de dispensador para solución hidroalcohólica, papel toalla.
- Set de recipientes (basureros) para el manejo de desechos comunes, peligrosos, farmacéuticos y cortopunzantes que cumplan con la normativa vigente para el efecto.
- Para la atención médica se requiere tensiómetro, lámpara, mesa auxiliar rodable y una camilla de exploración.

### 8.2.2.4 Oficina de Trabajo Social:

- La oficina de trabajo social debe ser una área privada y tranquila, que garantice la confidencialidad en la orientación y asesoramiento a los usuarios y sus familias.
- Debe contar con un escritorio, silla ergonómica para el/la profesional, sillas cómodas para la intervención y un archivador para la organización de documentos y expedientes sociales.
- Debe disponer de un computador para el seguimiento de casos, facilitando la gestión de información y coordinación con otras instituciones.
- Debe contar con una iluminación adecuada que combine luz natural y artificial de manera equilibrada, así como con un sistema de climatización y ventilación apropiado, considerando las condiciones geográficas del lugar donde se presta el servicio.
- Dispensador para solución hidroalcohólica y papel toalla.
- Recipiente (basurero) para el manejo de desechos comunes que cumpla con la normativa vigente para el efecto.

### 8.2.2.5 Sala de Uso Múltiple:

- La sala de uso múltiple debe ser amplia, que garantice comodidad y seguridad para el desarrollo de diversas actividades terapéuticas.
- En este entorno los profesionales de psicología, terapia ocupacional, medicina general, medicina general integral, psiquiatría y trabajo social participan de manera alternada en sesiones terapéuticas y otras intervenciones.
- Debe contar con mobiliario adaptable como sillas y mesas modulares, así como armarios o vitrinas que permitan organizar el espacio según la actividad a realizar.
- Debe estar equipada con recursos y materiales para terapias grupales, psicoeducación, actividades lúdicas y recreativas, incluyendo pizarras, proyectores, colchonetas, material artístico y juegos terapéuticos.



- Debe contar con una iluminación adecuada que combine luz natural y artificial de manera equilibrada, así como con un sistema de climatización y ventilación apropiado, considerando las condiciones geográficas del lugar donde se presta el servicio.
- Debe facilitar un ambiente inclusivo y participativo, promoviendo la interacción entre los pacientes y el equipo interdisciplinario.
- Además, la sala puede ser utilizada para reuniones del equipo técnico, capacitaciones y otras actividades institucionales relacionadas con la atención en salud mental.
- Es necesario contar con un computador, proyector multimedia o sistema audiovisual, así como un equipo de amplificación que incluya micrófono, consola y caja amplificadora.
- Recipiente (basurero) para el manejo de desechos comunes que cumpla con la normativa vigente para el efecto.

### 8.2.3 Materiales

El equipo interdisciplinario que brinda atención en el SAI junto con su responsable, deberá identificar y solicitar de manera documentada las necesidades de materiales en función de la prestación del servicio. Estas solicitudes se remitirán a la máxima autoridad del establecimiento de salud, asegurando que cumplan con los requisitos establecidos para las áreas de terapia ocupacional y psicología. En esta línea la autoridad deberá garantizar que esta necesidad se incluya en los presupuestos anuales del nivel central y/o desconcentrado, para asegurar un abastecimiento adecuado y oportuno en este servicio.

Los materiales mínimos recomendados para los Servicios Ambulatorios Intensivos se encuentran descritos en el Anexo 2. Insumos sugeridos. Entre ellos se detalla materiales terapéuticos de arte, juegos terapéuticos e instrumentos musicales, equipos, y cualquier otro recurso necesario para apoyar las actividades terapéuticas y de rehabilitación.

### 8.2.4 Medicamentos

Es responsabilidad del establecimiento de salud coordinar con la autoridad sanitaria correspondiente, asegurar la disponibilidad oportuna, y adecuada de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para cubrir las demandas de tratamiento de sus pacientes con base en las necesidades identificadas por el Comité de Farmacoterapia, conforme a las directrices establecidas en el Acuerdo Ministerial 00049-2022 “Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Dispositivos médicos y Control Administrativo y Financiero”, o la norma que lo sustituya.

En caso de no contar con bioquímico farmacéutico para la entrega de los fármacos prescritos por el psiquiatra o médico tratante; se deberá realizar la articulación con el establecimiento de salud más cercano que se encuentre en capacidad resolutive de atender este requerimiento.

La prescripción podrá ser efectuada en recetas físicas o electrónicas conforme a lo establecido en la normativa vigente establecida para el efecto.

La lista de medicamentos esenciales a ser prescritos en el SAI deberá estar acorde a los problemas de salud de los pacientes, con base a lo estipulado en el Cuadro

Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) vigente y las mejores prácticas clínicas.

Los Servicios Ambulatorios Intensivos que se encuentren en establecimientos del primer nivel de atención, que no cuenten con medicamentos que estén fuera del CNMB (Acuerdo Ministerial 00018-2021) y su reforma (Acuerdo Ministerial 00098-2023) o la norma que lo sustituya; deberán referir al usuario a un establecimiento de salud de mayor complejidad para la dotación farmacológica requerida.

### 8.2.5 Registro y Manejo de Información

El equipo interdisciplinario debe cumplir con lo dispuesto en el “Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud”, (Acuerdo Ministerial 5216 A). Para ello, es fundamental garantizar la confidencialidad de los documentos que contienen información de salud, mediante la implementación de medidas que resguarden los datos del paciente, respeten la cadena de manejo de la historia clínica y se alineen con las normativas éticas y legales vigentes.

Las medidas a cumplir son:

- Brindar al paciente y a su red de apoyo una explicación clara sobre el diagnóstico y las alternativas de tratamiento, facilitando así el consenso entre los involucrados sobre la opción más adecuada para abordar su situación en un entorno confidencial.
- Solo se puede compartir información con acompañantes si el paciente lo autoriza y da su consentimiento explícitamente.
- En pacientes con discapacidad, la autorización recae en el representante legal.
- En niños es obligatoria la presencia del representante legal; en adolescentes, es opcional.
- El intercambio de datos clínicos entre el personal de salud debe mantenerse en ámbitos privados y sin divulgar datos identificativos en lugares públicos o medios inseguros.
- Informar al paciente que el equipo interdisciplinario del SAI será quien tendrá acceso a su historia clínica y para qué fines, obteniendo su consentimiento.
- Los equipos interdisciplinarios de los Servicios Ambulatorios Intensivos deberán ser capacitados continuamente en prácticas de confidencialidad, ética profesional y protección de datos.

Además, para garantizar un registro adecuado de la información, los profesionales deberán documentar las atenciones individuales, grupales y demás actividades realizadas, utilizando exclusivamente los sistemas y herramientas de información autorizados y acreditados por el ente rector de salud:

- PRAS, RDACCA u otros sistemas /plataformas designadas para este fin.
- Historia clínica única del paciente (HCU) formulario 001.
- Formularios específicos como: el 038 trabajo social, 121 psicología clínica, 022 para administración de medicamentos, el 005 para evolución y prescripciones, 007 interconsulta.
- Para el proceso de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia, el personal que brinda atención en los SAI debe cumplir con lo establecido en la norma técnica, utilizando el formulario N° 053.

- Consentimiento informado y acuerdo terapéutico, que deberá conservarse en archivo físico y/o digital conforme lo determine la normativa vigente.
- Informes de pacientes, informes de gestión periódica, certificados de atención según lo requerido, y otros documentos adicionales de acuerdo al requerimiento y solicitud de la autoridad competente.

### 8.3 Gestión Asistencial para el Funcionamiento del Servicio

#### 8.3.1 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión abarcan una serie de variables que deben cumplir los pacientes para ser incluidos en un tratamiento ambulatorio intensivo, que incluye la gravedad, duración, recurrencia y la presencia de comorbilidades con otras patologías mentales, también conocidas como patología dual, múltiple o co-ocurrente. Se debe considerar la frecuencia, cantidad y el tipo de fármaco que utiliza. Por lo tanto, estos criterios están determinados por una evaluación integral al paciente realizado por el equipo interdisciplinario, (3) determinando la idoneidad de un paciente para el tratamiento ambulatorio intensivo, asegurando que el enfoque sea adecuado para sus necesidades terapéuticas sin requerir hospitalización temporal u hospitalización completa:

Se considerarán los siguientes criterios:

- Pacientes con presencia de trastornos mentales moderados a graves con riesgo de cronificar su condición.
- Pacientes que han intentado mejorar su estado mental, emocional y/o dejar el consumo de alcohol, nicotina o drogas previamente sin éxito prolongado, pero que mantienen un cierto grado de motivación para cambiar y participar en el tratamiento.
- Pacientes cuyo estado de salud mental, que pueda ser manejados en entornos ambulatorios mediante terapia, monitoreo frecuente, tratamiento farmacológico ajustado y soporte familiar o comunitario.
- Pacientes adultos, adultos mayores, niños y niñas, adolescentes con riesgo suicida que no necesitan hospitalización.
- Pacientes que presenten un riesgo de recaída o conductas autodestructivas (autolesiones, auto-heteroagresividad por síntomas mentales), comportamiento compulsivo, conflictos legales que pueden ser manejadas en un entorno ambulatorio con seguimiento intensivo, sin requerir una intervención hospitalaria de emergencia.
- Pacientes que, además del tratamiento psicoterapéutico, requieren o están recibiendo tratamiento farmacológico para controlar la sintomatología asociada al consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas; o trastornos mentales moderados y graves.
- Pacientes con dependencia a sustancias como alcohol, nicotina o drogas, y que presentan una co-ocurrencia con otros trastornos mentales o viceversa.
- Pacientes que después de haber recibido tratamiento ambulatorio básico, tienen serias dificultades para alcanzar los objetivos planteados en el acuerdo terapéutico.
- Pacientes que después de haber recibido o finalizado tratamiento hospitalario especializado o tratamiento residencial en CETAD; requieren abordaje integral y seguimiento para su recuperación y/o mantenimiento.
- Pueden incluirse casos de retraso mental leve y moderado (según el CIE-10) o trastorno del desarrollo intelectual leve (según el CIE-11), que se

encuentran en comorbilidad con trastorno mental, consumo de drogas y/o riesgo suicida.

- Pacientes que presenten capacidad para desarrollar habilidades básicas de la vida diaria, como higiene personal, alimentación y movilidad, con un nivel de apoyo mínimo o moderado. En casos de deterioro funcional significativo, se evaluará la necesidad de un enfoque terapéutico en un entorno residencial que brinde mayor soporte.
- Pacientes con consumo de nicotina que según código CIE-10 presenten subcategorías 2 y 3, requieren del tratamiento intensivo con terapia combinada interdisciplinaria.

Respecto a este último criterio se aclara que, por su alto nivel adictivo y las graves consecuencias a la salud, la dependencia a la nicotina debe ser abordada en todos los pacientes que presenten esta problemática, aunque su demanda inicial esté relacionada a otro trastorno mental atendido en este servicio.

#### **a) Factores Clínicos para la Inclusión en el SAI de Pacientes con Trastornos Mentales Moderados, Graves y Riesgo Suicida.**

Los siguientes factores clínicos se refieren a las condiciones de salud mental que justifican la inclusión en el tratamiento ambulatorio intensivo de acuerdo a la guía de diagnóstico CIE 10.

- Trastornos psicóticos (F20-F29).
- Trastornos del estado de ánimo (F30-F39).
- Trastornos de ansiedad graves (F40-F48).
- Trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y factores somáticos (F50-F59).
- Trastornos de la personalidad (F60-F69).
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98).
- Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional (R45.8) ideación suicida.
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60–X84).
- Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente, autoenvenenamiento, intento de suicidio, parasuicidio (Z91.5).

De acuerdo con la guía de diagnóstico CIE 11 los trastornos considerados son los siguientes:

- Trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos primarios psicóticos (6A20 - 6A29).
- Trastornos esquizoafectivos (6A21).
- Trastornos del estado de ánimo (6A60 - 6A8Z).
- Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (6B00 - 6B0Z).
- Trastornos de la personalidad (6D10 - 6D1Z).
- MB23.S Conducta suicida.
- MB26.A Ideación suicida.
- PL10 Lesión autoinfligida por envenenamiento.
- PL11 Lesión autoinfligida por otros medios.
- QC4B Antecedentes personales de autolesión.

## **b) Factores Clínicos - Consumo Problemático de Alcohol, Nicotina y otras Drogas**

De acuerdo a la guía de diagnóstico CIE 10 los trastornos considerados son los siguientes:

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19).

Subcategoría:

- .2 Síndrome de dependencia.
- .3 Estado de abstinencia (leve a moderado).

De acuerdo a la guía de diagnóstico CIE 11 los trastornos considerados son los siguientes:

- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias y comportamientos adictivos (6C40 - 6C4H).

Subcategoría:

- .1 Patrón nocivo.
- .2 Dependencia.
- .4 Síndrome de abstinencia (leve a moderado).

Los diagnósticos referentes a los trastornos mentales moderados - graves y al consumo de alcohol y otras drogas con códigos CIE 10 y CIE 11, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, se detallan en el Anexo 3. Diagnósticos CIE 10, Anexo 4. Diagnósticos CIE 11, Anexo 5. Detalle de actividades grupales en sistema de registro oficial.

### **8.3.2 Criterios de Exclusión**

Para la exclusión de pacientes se deberán considerar los siguientes criterios clínicos:

- Retraso mental grave y severo.
- Pacientes que requieran estabilización de una crisis aguda y atención en los servicios de emergencia, urgencia u hospitalización (una vez estabilizado el cuadro, puede acceder a la atención ambulatoria intensiva). (2)
- Trastornos orgánicos con déficit cognitivo no funcional.

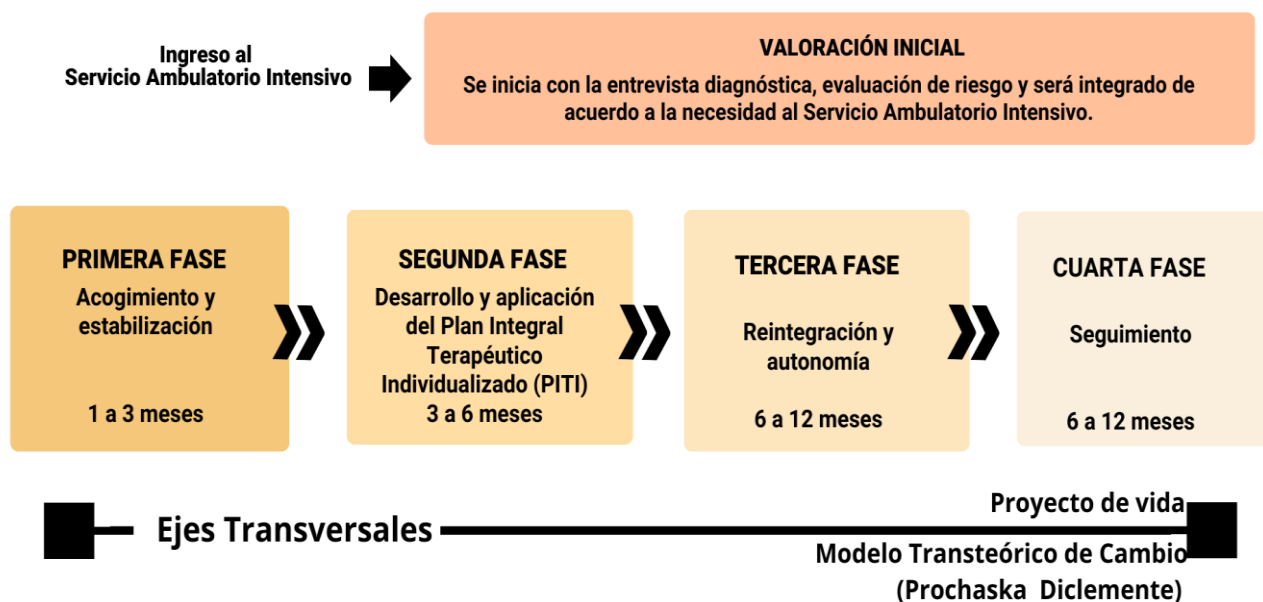
### **8.3.3 Programa Terapéutico de los Servicios Ambulatorios Intensivos (PTSAI)**

El objetivo del programa es promover la recuperación y autonomía de los pacientes, que cumplen los criterios de inclusión; a través de un tratamiento ambulatorio intensivo, que contempla cuatro fases estructuradas que permiten ajustar la intervención según la evolución clínica; cada una con criterios clínicos definidos, enfocándose en intervenciones terapéuticas personalizadas, continuas de tipo individual, grupal, familiar y comunitario organizadas en un horario estructurado para garantizar el acceso de los pacientes y sus familias al servicio, buscando



mejorar la salud mental del paciente mientras mantiene su vida cotidiana; de acuerdo a la siguiente estructura:

**Gráfico 2:** Programa Terapéutico de los Servicios Ambulatorios Intensivos (PTSAI)



**Fuente:** Adaptado de OMS-UNODC Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas, 202

**Elaborado por:** equipo redactor, 2025

### 8.3.3.1 Proceso de ingreso al servicio

El proceso de ingreso al programa ambulatorio intensivo debe iniciarse con la atención de un profesional de psicología, medicina general, medicina general integral, medicina familiar y/o comunitaria ya sea del primer nivel de atención (consulta externa o de los Servicios Ambulatorios Intensivos) o segundo nivel (servicios de emergencia u hospitalización).

Este profesional será responsable de realizar la valoración inicial que implica:

- Realizar entrevista diagnóstica, la cual puede ser en la primera cita o subsecuente.
- Registrar la historia clínica en el sistema de información vigente.
- Aplicar instrumentos de tamizaje o cribado clínico el cual permite identificar signos de riesgo psicosocial, riesgo suicida, o la severidad del trastorno mental y/o consumo de sustancias diagnóstico presuntivo y nivel de severidad del caso, lo que orienta la determinación del tipo de tratamiento requerido.
- Registro y firma del acuerdo terapéutico.

Con base en los hallazgos, se procederá con la derivación, referencia o contrarreferencia correspondiente.

Una vez realizada la referencia o interconsulta, el equipo del SAI; debe validar la información, realizar la evaluación integral interdisciplinaria y decidir su admisión formal, integrando al paciente a las distintas fases del programa terapéutico.



En caso de que el paciente sea evaluado inicialmente por el psicólogo del SAI (intra o extramural), y cumpla con los criterios de inclusión, se deberá seguir el mismo proceso, ser integrado a las actividades terapéuticas según sus necesidades.

Esto implica su incorporación a cada uno de los componentes del proceso terapéutico brindado por el equipo interdisciplinario del SAI. Caso contrario se deberá asegurar la referencia o contrareferencia al servicio o nivel de atención y complejidad correspondiente.

Este proceso de ingreso tendrá una duración estimada de 1 a 3 sesiones por el profesional tratante y dependiendo de la complejidad del caso podrá extenderse a 4 máximo.

### 8.3.3.2 Intervención Terapéutica

Durante la intervención terapéutica, los equipos interdisciplinarios de los Servicios Ambulatorios Intensivos, deberán desarrollar las acciones necesarias para favorecer el progreso del paciente, abordando ejes transversales y fases específicas de tratamiento.

#### Ejes Transversales del Programa

1. **Modelo Transteórico de Cambio:** Se aplicarán estrategias para guiar al paciente a través de las diferentes etapas del cambio, desde la precontemplación hasta la terminación del tratamiento, apoyando la motivación y la toma de decisiones saludables, especialmente en los casos de patología co-ocurrente.
2. **Proyecto de Vida:** El paciente desarrollará metas personales y profesionales, con el apoyo del equipo terapéutico, de su entorno familiar y comunitario.

#### Primera Fase: Acogimiento y Estabilización

Una vez que el paciente ingresa al Servicio Ambulatorio Intensivo, todos los profesionales del equipo interdisciplinario (psicólogo/a, psiquiatra, terapeuta ocupacional, trabajador/a social) deben realizar una evaluación integral según sus competencias, con el objetivo de crear un vínculo terapéutico, estabilizar al paciente y recopilar información clínica y psicosocial relevante que respalde la determinación del diagnóstico definitivo. Esta evaluación permitirá estructurar un plan integral terapéutico individualizado, a través de las siguientes actividades:

- Encuadre del tratamiento, estableciendo normas y expectativas. Se dará prioridad a la demanda inicial del paciente con el fin de prevenir la deserción y promover una adherencia sólida al tratamiento.
- Evaluación integral por profesionales de Psicología, Medicina General, General Integral, Medicina Familiar y/o Comunitaria, Psiquiatría, Terapia Ocupacional y Trabajo Social.
- Elaboración y aplicación del Plan Integral Terapéutico Individualizado (PITI), teniendo en consideración los resultados de la evaluación interdisciplinaria, el diagnóstico clínico y los intereses del paciente. Este plan debe ser registrado en la plataforma PRAS y será desarrollado de manera colaborativa entre el paciente y el equipo de profesionales, que debe ser revisado y ajustado periódicamente según sea necesario para garantizar su efectividad. Debe establecer objetivos terapéuticos específicos e identificar las intervenciones

necesarias para alcanzarlos; abordando los diferentes aspectos del bienestar del paciente, incluyendo la salud física, mental, emocional y social.

- El formulario de consentimiento informado (Anexo 1: Consentimiento Informado) deberá ser aplicado una vez que cada profesional de la salud haya proporcionado al paciente una explicación clara y completa sobre el proceso de tratamiento o intervención, incluyendo sus riesgos, beneficios, alternativas disponibles (en caso de existir) y las posibles consecuencias de no recibir dicha intervención. Se podrá usar un solo formulario en el que se detalle los tipos de intervenciones terapéuticas que el usuario recibirá como parte de su programa de tratamiento, (psicoterapia individual, grupal familiar, farmacoterapia, rehabilitación, apoyo psicosocial etc.).

La firma de este documento no podrá ser exigida como condición para la admisión o ingreso de una persona a un establecimiento de salud, sino cuando se haya establecido su plan integral terapéutico individualizado.

- Visitas domiciliarias programadas, especialmente dirigidas a personas que residen en zona rurales o de difícil acceso.

Tiempo de duración de la fase: de 1 a 3 meses, dependiendo de la complejidad del caso.

### **Segunda Fase: Desarrollo y Aplicación del Plan Integral Terapéutico Individualizado (PITI)**

Tiene por objetivo desarrollar y aplicar el Plan Integral Terapéutico Individualizado en el cual el equipo interdisciplinario, (psicólogo/a, psiquiatra, terapeuta ocupacional, trabajador/a social), posterior a la valoración de cada especialidad y considerando el diagnóstico y las necesidades del paciente, diseñará e impulsará estrategias orientadas a promover el cambio positivo y la adherencia al tratamiento. Este plan se fundamentará en un enfoque cognitivo-conductual, con apoyo psicosocial, orientado a la modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales. Además, buscará desarrollar habilidades de afrontamiento y mejorar las interacciones sociales del paciente, a través del desarrollo de actividades como:

- Terapias individuales, grupales y familiares, con un enfoque en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales abordadas por el equipo interdisciplinario según la planificación.
- Talleres de psicoeducación y gestión emocional.
- Terapias ocupacionales que permitan el desarrollo la salud, autonomía y participación activa mediante evaluaciones, intervenciones y adaptaciones personalizadas para mejorar la independencia y calidad de vida de los pacientes.
- El profesional en trabajo social, realizará la articulación intersectorial, involucrando a líderes comunitarios para fomentar la creación de asociaciones de pacientes y familiares, grupos de apoyo o redes solidarias que permitan al paciente ampliar las redes para su respaldo, asegurando su bienestar incluso en ausencia del personal de salud. Fomentará la autonomía del paciente, con la implementación de actividades educativas de escolarización, talleres pre-laborales, inclusión en ámbitos de recreación y cultura vinculados con áreas de deportes, GAD's, ministerios o comunidad.
- Estructuración del proyecto de vida: El paciente desarrollará metas personales y profesionales, con el apoyo del equipo terapéutico, de su entorno familiar y comunitario.

Dentro de la terapia individual el psicólogo incorporará un Plan Anticipado (PA), que constituye una herramienta estructurada y personalizada para planificar de manera proactiva el cuidado del paciente en el momento de una crisis en la que no pueda tomar decisiones de su proceso de tratamiento.

Se lo elaborará considerando las posibles evoluciones y necesidades futuras del paciente, anticipándose a posibles crisis, retrocesos, situaciones que puedan requerir ajustes en el tratamiento (24). Y que sea una guía para orientar a la familia o al cuidador, en el manejo antes, durante y después de situaciones de crisis del paciente. (ver Anexo 6: Plan Anticipado (PA))

Para el desarrollo del plan anticipado, el/la psicólogo/a deberá elaborar el documento de manera consensuada con el paciente estableciendo objetivos, compromisos, y horarios individuales y familiares para la participación, en las actividades propias del programa de tratamiento o se definan actividades individuales con horarios específicos de acuerdo a la necesidad del paciente

#### Características del Plan Anticipado:

- Debe construirse cuando el paciente está en uso de sus facultades, con poder de decisión y no en un momento de crisis.
- Puede ser construido de forma gradual, sin presionar al paciente a decidir todo de una sola vez.
- No debe ser rígido y debe permitir que la persona lo modifique, por lo que se deberá revisar periódicamente y ajustarlo de acuerdo a la necesidad del paciente.
- Especifica las opciones de atención, tratamiento y apoyo que desea el paciente y no lo que el profesional cree que debería tener.
- El paciente deberá estar informado sobre las opciones de tratamientos e intervenciones, cuidados y alternativas de apoyo que están disponibles. Los efectos se aceptarán o rechazarán; el paciente puede requerir discutirlo con sus familiares, en el caso de adolescentes este es un requisito indispensable.
- Puede ser enunciado por la persona que el paciente ha designado para que lo haga cumplir en el momento crítico.

No se permitirá ningún tratamiento que comprometa la integridad física o psicológica del paciente. Esto incluye modificaciones forzadas de identidad de género, uso de violencia o cualquier vulneración de derechos humanos.

Tiempo de duración de la fase: de 3 a 6 meses, ajustado a la evolución clínica de cada paciente.

#### Tercera Fase: Reintegración y Autonomía

Tiene por objetivo facilitar la reintegración social del paciente, promoviendo su autonomía para lo cual el equipo multidisciplinario, (psicólogo/a, terapeuta ocupacional, trabajador/a social y líderes comunitarios), desarrollará las siguientes actividades:

- Reintegración del paciente en su entorno social promoviendo su participación activa e inclusión en programas educativos, recreativos y talleres con el apoyo de recursos comunitarios.

- Participación en actividades educativas, laborales y culturales vinculadas a servicios locales de salud mental y programas de rehabilitación social.
- El cierre y egreso del proceso terapéutico en el Servicio Ambulatorio Intensivo, se debe realizar cuando se cumple los objetivos terapéuticos establecidos; notificando al paciente en consulta individual o grupal la retroalimentación resumen del proceso y se entrega un informe clínico elaborado con un plan de alta y firmado por el equipo interdisciplinario recalcando los logros alcanzados. De acuerdo a la organización interna del SAI, el cierre podrá realizarse a través de actos simbólicos de reconocimiento del esfuerzo de los pacientes para marcar transición o cambio, y fortalecer la identidad grupal o individual.
- Visitas domiciliarias programadas, especialmente dirigidas a personas que residen en zona rurales o de difícil acceso.

Tiempo de duración de la fase: de 6 a 12 meses, puede ser ajustado de acuerdo a la evolución clínica de cada paciente.

#### **Cuarta fase: Seguimiento:**

Una vez culminado el proceso de cierre y realizada el alta terapéutica se debe iniciar el proceso de seguimiento que incluya herramientas complementarias de contacto y acompañamiento para fortalecer el proceso terapéutico, tales como:

- Visitas domiciliarias programadas, especialmente dirigidas a personas que residen en zonas rurales o de difícil acceso.
- Llamadas telefónicas periódicas, utilizadas como recurso de monitoreo motivacional y reforzamiento de vínculos terapéuticos.
- Grupos de chat, que sirvan como espacios de apoyo con el equipo terapéutico.
- Participación en terapias grupales, con el fin de sostener los avances logrados y fortalecer el mantenimiento de las redes de apoyo formales e informales.

El equipo interdisciplinario deberá monitorear sistemáticamente el cumplimiento del plan de alta individual, lo que implica revisar periódicamente las metas establecidas, los compromisos asumidos por el paciente y la efectividad de las estrategias implementadas.

En caso de identificarse retrocesos clínicos o dificultades significativas en el sostenimiento de su recuperación, se deberá considerar el reingreso del paciente al proceso terapéutico dentro del SAI y retomar el proceso dentro de la fase que corresponda, siguiendo nuevamente las distintas fases del tratamiento, conforme a los criterios clínicos establecidos por el equipo interdisciplinario.

Para pacientes que por dispersión geográfica u otras condiciones dificulten el acceso a los Servicios Ambulatorios Intensivos, el psicólogo, deberá realizar la referencia al servicio ambulatorio básico correspondiente, de acuerdo a lo establecido en la normativa legal vigente.

De manera coordinada, el/la profesional de trabajo social será responsable de facilitar el agendamiento oportuno en el establecimiento de referencia, a fin de garantizar la continuidad del proceso terapéutico.

El establecimiento que recibe al paciente deberá realizar el seguimiento clínico y psicosocial durante un período de 6 a 12 meses, con revisiones periódicas que permitan:

- Garantizar la estabilidad clínica.
- Reforzar los logros terapéuticos alcanzados.
- Prevenir recaídas o retrocesos.
- Monitorear la reintegración y participación del paciente en actividades comunitarias.

### **8.3.3.3 Actividades de los Profesionales Permanentes de los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI)**

Para mantener una adecuada organización interna de los Servicios Ambulatorios Intensivos, cada establecimiento de salud coordinará de manera articulada con el nivel central y desconcentrado para designar el responsable del SAI, que podrá ser cualquier profesional que integre el equipo interdisciplinario permanente.

Las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo en mención, serán las siguientes:

#### **a) Responsables de los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI):**

- Organizar y supervisar internamente el servicio, asegurando su correcto funcionamiento, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente; estableciendo estrategias para asegurar la provisión del servicio aun en situación de emergencias.
- Verificar que todo el personal del SAI realice el correcto llenado de la siguiente documentación:
  - Registro de toda la información del paciente y su evolución en la Historia Clínica Única (HCU).
  - Llenado del plan terapéutico.
  - Verificar que el consentimiento informado y el acuerdo terapéutico cuenten con todos los datos y firmas de responsabilidad.
  - Verificar el cumplimiento de la realización de terapias grupales y demás actividades planificadas para el tratamiento.
  - Verificar el cumplimiento de este lineamiento y normativa en salud mental vigente y normativa conexas, acorde a las necesidades terapéuticas.
- Coordinar la remisión y/o recepción de toda información del SAI, y guardar la debida confidencialidad según corresponda.
- Documentar y gestionar la dotación de material necesario como insumos para solventar las necesidades del equipo interdisciplinario del servicio, según las directrices emitidas por esta Cartera de Estado para este efecto.
- Elaborar con el equipo técnico un cronograma trimestral para el desarrollo de reuniones interdisciplinarias para el estudio de casos y la mejora continua del servicio, donde se registre su periodicidad.
- Elaborar con el equipo interdisciplinario el horario de prestaciones y actividades que se desprendan del programa terapéutico, que debe ser expuesto a los pacientes para el adecuado cumplimiento.
- Incluir dentro del cronograma de actividades del SAI, al menos una actividad de autocuidado mensual del equipo interdisciplinario. Para ello, se deberá



articular las gestiones administrativas necesarias con el responsable del nivel central y/o desconcentrado designado para el efecto, según corresponda, a fin de organizar las agendas del SAI en coordinación con otros servicios, conforme a la planificación establecida.

- Representar al servicio en las reuniones convocadas por el establecimiento de salud, en el nivel central y/o desconcentrado.
- Promover y garantizar procesos de capacitación del equipo de trabajo, promoviendo un enfoque basado en derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.

#### b) Psicólogo:

El profesional de psicología del SAI debe realizar la evaluación, diagnóstico e intervención psicológica a nivel individual, familiar, grupal y multifamiliar, utilizando enfoques y técnicas terapéuticas basadas en evidencia científica. Deberá gestionar interconsultas y derivaciones pertinentes, e integrarse a las acciones de promoción de la salud mental y prevención de riesgos psicosociales tanto en el establecimiento como en la comunidad.

A continuación, se detalla en la siguiente tabla, con las actividades específicas a desarrollar:

**Tabla 1.** Actividades de la prestación de psicología

ATENCIÓN INDIVIDUAL	
Tiempo de atención: 45 minutos	
Actividades intramurales	Detalle
Registrar datos en la historia clínica	Recopilar y registrar información relevante del paciente en un documento legal y en los sistemas informáticos de historia clínica vigentes, detallando antecedentes, estado actual, tratamientos y procedimientos recibidos, con el fin de garantizar la trazabilidad y continuidad de la atención.
Realizar observación clínica	Observar manifestaciones del paciente que podrían considerarse abstractas, como variaciones en el estado de ánimo, el grado de interés en su recuperación y el estado de conciencia.
Aplicar entrevista clínica	Una vez realizado el encuadre terapéutico y establecido el vínculo entre el paciente y el profesional, donde se acentúa sobre la confidencialidad de la información. Se desarrollará un intercambio de información sobre su situación de salud, que permita alcanzar un diagnóstico y tratamiento.
Realizar evaluación psicométrica	Aplicar pruebas estandarizadas (con evidencia científica y vigentes), para medir aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y/o psicológicos y registrar la información al sistema informático.
Establecer diagnóstico presuntivo y definitivo	El diagnóstico presuntivo responde a una primera evaluación basada en síntomas y pruebas preliminares, sugiriendo una posible condición médica y/o psicológica. El diagnóstico definitivo confirma con certeza mediante instrumentos complementarios (con evidencia científica), e integración de la evaluación de los demás profesionales que forman parte de los Servicios Ambulatorios Intensivos.



Elaborar y ejecutar Plan Terapéutico Individualizado	Mediante un proceso colaborativo entre profesionales del equipo interdisciplinario del SAI, y el paciente se deberá elaborar y ejecutar el plan terapéutico, estableciendo metas y objetivos de tratamiento que respondan a las necesidades del paciente, describiendo las acciones para alcanzarlos.
Aplicar técnicas psicológicas	Las metodologías y técnicas que se utilicen deberán estar basadas en la evidencia científica para mejorar el bienestar psicológico del paciente, ayudándolo a abordar sus problemas emocionales, cognitivos y conductuales, así como a desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento y habilidades para mejorar su calidad de vida.
Elaborar informes	Elaborar, integrar y remitir los respectivos informes que la unidad requirente demande como informes psicológicos, certificados, entre otros. De acuerdo a la normativa en salud mental vigente.
Actividades extramurales	Detalle
Atención - Visitas domiciliarias	Brindar seguimiento a los pacientes y al entorno familiar de los pacientes que son parte del SAI. Brindar asesoramiento sobre la atención que brinda el Servicio. Captar pacientes que presenten trastorno mental moderado, grave, riesgo suicida, consumo problemático de alcohol, nicotina y otras drogas.
Actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades psicosociales y estigma	Organizar talleres para el desarrollo de habilidades para la vida, campañas de sensibilización, ferias educativas, impulso de estilos de vida y espacios saludables entre otras, las cuales deberán ser adaptadas a las necesidades y características de la población objetivo.
Articulación y activación de la Red de Atención de Salud Mental con enfoque comunitario	Articular y gestionar la colaboración entre distintas instituciones y actores locales clave. Promover la colaboración intersectorial. Activación de mesas de trabajo donde se fomente la intervención conjunta entre diferentes sectores y la organización comunitaria para abordar los problemas prioritarios de la localidad en materia de salud mental y favorecer la inclusión social de los pacientes.
<b>ATENCIÓN GRUPAL</b>	
Duración: 90 minutos	
Actividad	Detalle
Realizar terapia psicológica aplicando técnicas y enfoques clínicos grupales	Abordar y tratar problemas psicológicos y emocionales en un entorno grupal. Estas intervenciones deben ser desarrolladas por profesionales calificados en salud mental, utilizando enfoques psicoterapéuticos adecuados a las necesidades y características de cada caso.
Realizar promoción y prevención	Ejecutar actividades de promoción de la salud mental y prevención de trastornos, a través de: ferias, talleres, campañas, periódico mural y otras conforme lo establecido en el MAIS.

Salidas terapéuticas	<p>Promover el desarrollo de habilidades sociales, la expresión emocional, el trabajo en equipo y la aplicación práctica de estrategias aprendidas en entornos externos.</p> <p>En caso de tratarse de pacientes menores de edad, se deberá contar con una autorización firmada por su representante legal para su participación en la salida terapéutica. Y de ser pertinente coordinar el acompañamiento de un familiar o tutor durante la actividad.</p> <p>La planificación de las salidas terapéuticas deberá responder a las necesidades individuales y grupales de los pacientes, al análisis del contexto territorial y objetivos terapéuticos definidos por el equipo.</p>
<b>ATENCIÓN FAMILIAR - REDES DE APOYO</b>	
Tiempo mínimo de atención: 60 minutos	
Actividad	Detalle
Realizar encuentros con el paciente y sus redes de apoyo.	Articular y establecer espacios psicoterapéuticos para mejorar las relaciones del paciente con su red de apoyo.
<b>ATENCIÓN MULTIFAMILIAR - REDES DE APOYO</b>	
Tiempo mínimo de atención: 90 minutos	
Actividad	Detalle
Organizar la participación de redes de apoyo	Intervención y participación de varias familias o redes de apoyo, con el fin de compartir experiencias comunes que contribuyan al proceso terapéutico.
<b>ACTIVIDADES ADICIONALES</b>	
Realizar demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción.	

**Fuente(s):** Adaptada de Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas, OMS-UNODC, 2023; Entrevistas a profesionales de las nueve coordinaciones zonales del MSP.

**Elaboración:** Equipo redactor, 2025

### c) Terapeuta ocupacional

El profesional de terapia ocupacional del SAI, realizará intervenciones con el paciente para desarrollar y mejorar su desempeño ocupacional favoreciendo su participación activa en roles significativos de la vida; promoviendo la autonomía a pesar de las limitación físicas, mentales, emocionales o sociales del paciente.

Adicionalmente, se debe integrar a la programación y participación de actividades extramurales de promoción de la salud y prevención de riesgos psicosociales con enfoque comunitario.

**Tabla 2.** Actividades de la prestación de terapia ocupacional

<b>ATENCIÓN INDIVIDUAL</b>
Tiempo de atención: 45 minutos

Actividades Intramurales	Detalle
Registrar datos en la historia clínica	Recopilar la información relevante en un documento legal que detalla datos del paciente, incluyendo antecedentes, estado actual, tratamientos y procedimientos recibidos, los que serán registrados en los sistemas informáticos vigentes.
Realizar evaluación del desempeño ocupacional	Realizar una valoración inicial, mediante una entrevista semiestructurada, que cuente con el levantamiento del perfil ocupacional y, dependiendo de la particularidad de cada caso, aplicar instrumentos que le permitan evaluar el desempeño ocupacional.
Elaboración y ejecución plan terapéutico	Mediante un proceso colaborativo entre profesionales del equipo interdisciplinario del SAI, y el paciente se deberá elaborar y ejecutar el plan terapéutico, estableciendo metas y objetivos de tratamiento que respondan a las necesidades del paciente, describiendo las acciones para alcanzarlos.
Aplicación de técnicas y enfoques terapéuticos para rehabilitación del paciente	<p>Planificar la intervención enfocada en potenciar el desarrollo de habilidades realizando actividades como:</p> <p>Evaluación ocupacional, elaboración de hoja de vida, asesoría laboral, desarrollo de roles ocupacionales, reeducación familiar, reinserción educativa, construcción de rutinas y hábitos saludables, estimulación cognitiva (ejercicios de memoria, atención, y concentración) entre otras.</p> <p>Las técnicas que se utilicen en esta intervención deberán tener evidencia científica y estar orientadas al entrenamiento de habilidades, adquiriendo nuevos patrones de ejecución. De esta manera, se incorporan técnicas que fomenten la recuperación o el desarrollo de habilidades, roles eficientes para mejorar competencias ocupacionales, estrategias de adaptación que permita asumir responsabilidades y tomar decisiones.</p>
Realizar seguimiento del plan terapéutico	Mediante atenciones subsecuentes evaluar el progreso en la autonomía del paciente en áreas que han sido afectadas, con el fin de promover su reinserción integral. El profesional podrá realizar modificaciones en el tratamiento según la necesidad del caso.
Elaborar informes	Elaborar, integrar y remitir los informes requeridos por la unidad solicitante, siempre dentro del marco de sus competencias. Estos informes estarán principalmente centrados en los resultados de la evaluación ocupacional, el análisis de desempeño funcional del paciente y la evolución en el proceso terapéutico.
Brindar primeros auxilios psicológicos	Proveer contención emocional al paciente, a su familia o redes de apoyo en momentos de crisis cuando no puedan ser atendidos por la prestación de psicología o en casos de emergencias
Actividades extramurales	Detalle
Atención - Visitas domiciliarias	<p>Brindar seguimiento a los pacientes y al entorno familiar de los pacientes que son parte del SAI.</p> <p>Brindar asesoramiento sobre la atención que brinda el Servicio.</p> <p>Captar pacientes que presenten trastornos mentales de moderados a graves, riesgo suicida y consumo problemático de alcohol y otras drogas</p>

Actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades psicosociales	Organizar y participar en talleres para el desarrollo de habilidades para la vida, campañas de sensibilización, ferias educativas, impulso de estilos de vida y espacios saludables entre otras; las cuales deberán ser adaptadas a las necesidades y características de la población objetivo.
Articulación y activación de la Red de Atención de Salud Mental con enfoque comunitario	Articular con los actores locales clave la promoción y colaboración intersectorial. Esto implica la activación de mesas de trabajo donde se fomenta la intervención conjunta entre diferentes sectores y la organización comunitaria para abordar los problemas prioritarios de la localidad en materia de salud mental.
<b>ATENCIÓN GRUPAL <sup>1</sup></b>	
Duración: 90 minutos	
Actividad	Detalle
Aplicación de técnicas y enfoques terapéuticos para rehabilitación del usuario	Desarrollar actividades grupales que promuevan el fortalecimiento de habilidades y destrezas  Observar y evaluar el desempeño ocupacional del paciente durante actividades sociales, culturales, expresivo-creativas, manipulativas (para estímulo de destrezas), deportivas, lúdico-recreativas, de ocio.
Promover la inclusión social	Implementar talleres ocupacionales con el objetivo de fomentar la inclusión social y la reducción de daños para mejorar el bienestar ocupacional. Se consideran los riesgos psicosociales actuales para adaptar los espacios y organizar las áreas de ocupación.
Realizar promoción y prevención	Coordinar y participar activamente en la articulación de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades mentales como: ferias de salud, talleres, campañas, periódico mural y otras conforme lo establecido en el MAIS.
Salidas terapéuticas	Promover el desarrollo de habilidades sociales, la expresión emocional, el trabajo en equipo y la aplicación práctica de estrategias aprendidas en entornos externos.  En caso de tratarse de pacientes menores de edad, se deberá contar con una autorización firmada por su representante legal para su participación en la salida terapéutica. Y de ser pertinente coordinar el acompañamiento de un familiar o tutor durante la actividad.  La planificación de las salidas terapéuticas deberá responder a las necesidades individuales y grupales de los pacientes, al análisis del contexto territorial y objetivos terapéuticos definidos por el equipo.
<b>ATENCIÓN FAMILIAR Y REDES DE APOYO</b>	
Tiempo mínimo de atención: 60 minutos	

<sup>1</sup> Dependiendo de las características y realidad de la población atendida, el psicólogo podrá participar y brindar apoyo al Terapeuta. Trabajo social podrá brindar apoyo en estos espacios para la convocatoria y verificación de asistencia de los pacientes y familias. Todas las terapias grupales deben ser correctamente registradas en el sistema de información vigente.

Actividad	Detalle
Realizar encuentros del usuario y sus redes de apoyo.	Articular la ejecución de espacios terapéuticos para involucrar a la familia y redes de apoyo en general.  Entrenar a las familias sobre las actividades a realizar con los pacientes de acuerdo a sus necesidades y potencialidades, considerando la adaptación en el entorno.
<b>ATENCIÓN MULTIFAMILIAR</b>	
Tiempo mínimo de atención: 90 minutos	
Actividad	Detalle
Organizar la participación familiar y redes de apoyo	Intervención y participación de varias familias o redes de apoyo, con el fin de compartir experiencias comunes que contribuyan al proceso terapéutico.
<b>ACTIVIDADES ADICIONALES</b>	
Realizar demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción.	

**Fuente(s):** Adaptada de Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas, OMS-UNODC, 2023; Entrevistas a profesionales de las nueve coordinaciones zonales del MSP.

**Elaboración:** Equipo redactor, 2025

#### d) Trabajador/a social

Deberá promover el bienestar social, así como la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Su función principal consistirá en orientar a los pacientes, familiares y grupos para superar problemas sociales que afectan su capacidad de vivir de manera autónoma, plena y satisfactoria en su entorno habitual. Además, brindará asesoría en derechos, acceso a servicios, mediación y apoyo emocional.

**Tabla 3.** Actividades de la prestación de Trabajo Social

<b>ATENCIÓN INDIVIDUAL</b>	
Tiempo de atención: 45 minutos.	
Actividades Intramurales	Detalle
Entrevista social y valoración socioeconómica	Realizar entrevista semiestructurada que permita evaluar de manera integral y recopilación de información para conocer la condición socioeconómica del paciente.  Identificar los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto el paciente.  Recopilar información siguiendo la normativa legal vigente mediante instrumentos adecuados para el estudio socioeconómico, asegurando el registro en el formulario 038 de la HCU de forma física y/o en el sistema informático vigente, de todos los datos relevantes del paciente para garantizar la precisión y legalidad del proceso.
Identificación de redes de apoyo	Identificar las redes de apoyo como familia, amigos y otros recursos que puedan ser útiles durante el proceso terapéutico.



Brindar primeros auxilios psicológicos	Proveer contención emocional al paciente, a su familia o redes de apoyo en momentos de crisis cuando no puedan ser atendidos por la prestación de psicología o en casos de emergencias.
Integrar sus acciones al plan integral terapéutico individualizado	Participar en la integración social de los pacientes, contribuir en la elaboración del Plan Integral Terapéutico Individualizado que les permita vincularse a la comunidad en el ámbito laboral, familiar, educativo (durante y después del tratamiento).
Promover la participación y organización social	Educar en derechos de los pacientes y fomentar la organización de grupos o asociaciones de pacientes para que sean gestores de cambio.
Coordinar y gestionar la derivación, referencia y contra referencia	Coordinar, gestionar y dar seguimiento a los trámites en el sistema de derivación, referencia, contra referencia, demanda espontánea para brindar continuidad del tratamiento de acuerdo a la necesidad del paciente.  Coordinar el agendamiento oportuno de citas subsecuentes e interconsultas de acuerdo a la necesidad del paciente.  El profesional deberá llevar un registro interno de cada caso para el respectivo seguimiento y acompañamiento.
Seguimiento de casos con posible deserción del tratamiento	Identifica casos que puedan manifestar una posible deserción del tratamiento y brinda un seguimiento personalizado con el fin de promover su adherencia.  Sensibilizar al paciente y su familia sobre la importancia del tratamiento residencial en los establecimientos que brinden el servicio requerido de acuerdo a la necesidad individual del paciente, en caso de ser necesario.  Mantener el seguimiento durante y posterior al proceso terapéutico a fin de prevenir posibles recaídas, fortaleciendo el proceso de recuperación.
Elaborar informes	Elaborar informes sociales y demás solicitados por el área requirente.
Seguimiento, acompañamiento y coordinación	Realiza el seguimiento, coordinación y acompañamiento en pacientes del SAI, que se encuentren institucionalizados ya sea a nivel hospitalario como en otras instituciones residenciales.  Coordina la búsqueda de la familia o redes de apoyo en casos de posible abandono o vulneración de derechos.  Promueve acciones de articulación con entidades legales, de salud, de promoción de derechos humanos, gestiones interinstitucionales, en función a las particularidades de cada caso.
Actividades extramurales	Detalle
Atención - Visitas domiciliarias	Brindar atención y seguimiento a los pacientes.  Brindar seguimiento al entorno familiar de los pacientes que son parte del SAI.  Brindar asesoramiento sobre la atención del Servicio.  Captar pacientes que presenten trastorno mental moderado, grave y consumo problemático de sustancias.

Actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades psicosociales	Organizar talleres para el desarrollo de habilidades para la vida, campañas de sensibilización, ferias educativas, impulso de estilos de vida y espacios saludables entre otras, las cuales deberán ser adaptadas a las necesidades y características de la población objetivo.
Articulación y activación de la Red de Atención de Salud Mental con enfoque comunitario	Articular con actores locales clave para promover la colaboración intersectorial. Esto implica la activación de mesas de trabajo donde se fomente la intervención conjunta entre diferentes sectores y la organización comunitaria para abordar los problemas prioritarios de la localidad en materia de salud mental.
Salidas terapéuticas	<p>Apoyo en las actividades que realizan los profesionales de psicología y terapia ocupacional, que promueven el desarrollo de habilidades sociales, la expresión emocional, el trabajo en equipo y la aplicación práctica de estrategias aprendidas en entornos externos.</p> <p>En caso de tratarse de pacientes menores de edad, se deberá contar con una autorización firmada por su representante legal para su participación en la salida terapéutica. Y de ser pertinente coordinar el acompañamiento de un familiar o tutor durante la actividad.</p> <p>La planificación de las salidas terapéuticas deberá responder a las necesidades individuales y grupales de los pacientes, al análisis del contexto territorial y objetivos terapéuticos definidos por el equipo.</p>

#### ATENCIÓN FAMILIAR Y REDES DE APOYO

Duración: 60 minutos

Actividad	Detalle
Realizar encuentros con el paciente y sus grupos de apoyo	Planifica atenciones para orientar sobre redes o servicios que favorezcan la restitución de derechos e inclusión social del paciente y sus redes de apoyo.

#### ATENCIÓN MULTIFAMILIAR

Duración: 90 minutos

Actividad	Detalle
Organizar e intervenir en la participación familiar	Coordina las actividades con el equipo interdisciplinario del SAI, las redes de apoyo y el paciente para orientar sobre redes o servicios que favorezcan la restitución de derechos e inclusión social, así como su integración en el proceso terapéutico.
Promover la participación y organización social	<p>Sensibilizar acerca de derechos a familiares de los pacientes con problemas de salud mental y fomentar la organización de grupos o asociaciones de familiares para que sean gestores de cambio.</p> <p>Ejecutar actividades socioeducativas para el desarrollo de habilidades sociales, laborales y de autocuidado, fortaleciendo su integración en la comunidad.</p>

#### ACTIVIDADES ADICIONALES

Brinda apoyo en terapias grupales de acuerdo a la necesidad de psicología o terapia ocupacional.

Realizar demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción.

**Fuente(s):** Adaptada de Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas, OMS-UNODC, 2023; Entrevistas a profesionales de las nueve coordinaciones zonales del MSP.

**Elaboración:** Equipo redactor, 2025

### 8.3.3.4 Actividades de Profesionales que Realizan Itinerancia en el SAI

#### a) Psiquiatría

El profesional médico especializado en psiquiatría diagnóstica, trata y previene la cronificación de trastornos mentales y emocionales. Utiliza una combinación de terapias médicas, psicológicas, sociales (basadas en evidencia científica), para abordar una amplia variedad de condiciones, como la depresión, la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia entre otros trastornos psiquiátricos.

En los casos que se requiera brinda apoyo en actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos psicosociales con enfoque comunitario.

**Tabla 4.** Actividades de Psiquiatría

ATENCIÓN INDIVIDUAL	
Tiempo de atención: Primera consulta y subsecuentes 45 minutos.	
Actividad	Detalle
Registrar datos en la historia clínica	Recopila la información del paciente, incluyendo antecedentes, estado actual, tratamientos y procedimientos recibidos, que serán registrados de forma física o en los sistemas informáticos vigentes.
Realizar evaluación médica y establecer diagnóstico	Realiza entrevista clínica, revisa historial médico, explorar síntomas de salud físico y mental. Aplica instrumentos diagnósticos complementarios para el oportuno diagnóstico y tratamiento adecuado.
Solicitar exámenes complementarios (si es necesario)	El profesional especializado deberá solicitar exámenes complementarios de acuerdo a la particularidad de cada caso y registrar la información al sistema informático correspondiente. De acuerdo a la normativa de referencia y contrareferencia vigente.
Abordaje en casos de situaciones de crisis	Mediante una evaluación rápida y segura del paciente, establecerá medidas de contención si es necesario, y luego implementará un plan de manejo que pueda incluir la interconsulta, referencia o derivación. Hará ajustes a la medicación o realizará intervenciones terapéuticas específicas para estabilizar al paciente y garantizar su seguridad.
Prescripción del tratamiento	Determinar el tratamiento y farmacoterapéutico considerando las particularidades de cada caso y según lo establecido en el numeral "7.5 Medicamentos" del presente documento.

Elaborar y ejecutar el Plan Terapéutico	Mediante un proceso colaborativo entre profesionales del equipo interdisciplinario del SAI, y el paciente se deberá elaborar y ejecutar el plan terapéutico, estableciendo metas y objetivos de tratamiento que respondan a las necesidades del paciente, describiendo las acciones para alcanzarlos.
Elaborar documentos	Realizar y remitir los respectivos documentos que la unidad requirente demande (informes, certificados de salud mental, referencias, contrareferencia y demás solicitados)
Realizar Seguimiento del plan Terapéutico	Mediante atenciones subsecuentes evaluar la evolución del tratamiento del paciente. Esto puede implicar ajustes en las intervenciones terapéuticas según la necesidad y la situación actual del paciente.
Realizar Supervisión de enlace	El profesional saldrá de su unidad hospitalaria para fortalecer la capacidad de respuesta de los profesionales del SAI en el abordaje colaborativo e interdisciplinario de trastornos de salud mental y consumo problemático de drogas.  Llevar a cabo actividades de articulación de la red de salud mental y fortalecer la capacidad resolutoria del médico general, médico especialista en medicina familiar y/o comunitario o médico especialista en medicina general integral a través de capacitación, análisis de caso y/o asesoramiento.
Brindar primeros auxilios psicológicos	Proveer contención emocional al paciente, a su familia o redes de apoyo en momentos de crisis cuando no puedan ser atendidos por la prestación de psicología o en casos de emergencias.
<b>ATENCIÓN GRUPAL</b>	
Tiempo mínimo de atención: 90 minutos	
<b>Actividad</b>	<b>Detalle</b>
Realizar psicoterapia grupal	Abordar problemas psicológicos y emocionales en un entorno grupal.
<b>ACTIVIDADES ADICIONALES</b>	
Realizar demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción.	

**Fuente(s):** Adaptada de Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas, OMS-UNODC, 2023; Entrevistas a profesionales de las nueve coordinaciones zonales del MSP.

**Elaboración:** Equipo redactor, 2025

## **b) Medicina General, Medicina General Integral, Medicina Familiar y/o Comunitaria**

El profesional médico se especializa en brindar atención integral, continua a individuos y familias a lo largo de todas las etapas de la vida. Su enfoque se centra en la atención primaria de la salud, lo que implica la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de una amplia variedad de problemas de salud, tanto agudos como crónicos.

El médico general, médico especialista en medicina familiar y/o comunitaria, médico especialista en medicina general integral están capacitados para abordar una

amplia gama de condiciones médicas y coordinar la atención bajo supervisión de enlace desde el profesional de psiquiatría.

A continuación, se detalla en la siguiente tabla las actividades específicas a desarrollar:

**Tabla 5.** Actividades intramurales y extramurales Medicina General, General Integral, Medicina Familiar y/o Comunitaria

ATENCIÓN INDIVIDUAL	
Tiempo mínimo de atención: Primera consulta de 45 minutos y 20 minutos en subsecuentes	
Actividades intramurales	Detalle
Registrar datos en la historia clínica	Recopilar la información relevante en un documento legal que detalla datos del paciente, incluyendo antecedentes, estado actual, tratamientos y procedimientos recibidos, que serán registrados en los sistemas informáticos vigentes.
Realizar Evaluación Médica y Establecer Diagnóstico	Llevar a cabo entrevista clínica, revisar historial médico, explorar síntomas de salud físico y mental, en algunos casos se necesitará de pruebas diagnósticas complementarias para un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado.
Abordaje en casos de situaciones de crisis	Establecer medidas de contención al paciente, y luego implementará un plan de manejo que pueda incluir la interconsulta, referencia o derivación. Hará ajuste de la medicación para estabilizar al paciente y garantizar su seguridad.
Prescripción del tratamiento	Determinar el tratamiento farmacológico y terapéutico, bajo la supervisión de enlace de psiquiatría.
Apoyar en la elaboración del Plan Integral Terapéutico Individualizado	Contribuir y aportar con el equipo del SAI y el paciente para elaborar el plan terapéutico, estableciendo metas y objetivos de tratamiento que respondan a las necesidades del paciente, describiendo las acciones para alcanzarlos.
Realizar Seguimiento del plan de tratamiento	Mediante atenciones subsecuentes evaluar la evolución y el tratamiento farmacológico del paciente. Esto puede implicar ajustes en las intervenciones terapéuticas según la necesidad y la situación actual.
Aplicar el sistema de referencia y contrareferencia	Elaborar y remitir la información necesaria para la derivación, referencia, contrareferencia e interconsultas de los pacientes de acuerdo a su necesidad individual  Orientar al paciente y ejecutar los trámites de referencia, contrareferencia, interconsulta, con el uso de los formularios respectivos.
Brindar primeros auxilios psicológicos	Proveer contención emocional al paciente, a su familia o redes de apoyo en momentos de crisis cuando no puedan ser atendidos por la prestación de psicología o en casos de emergencias.



Actividades extramurales	Detalle
Atención - Visitas domiciliarias	Brindar seguimiento a los pacientes y a su familia. Brindar asesoramiento sobre la atención que brinda el Servicio. Captar pacientes que presenten trastorno mental moderado, grave y consumo problemático de sustancias.
Actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades psicosociales	Organizar talleres para el desarrollo de habilidades para la vida, campañas de sensibilización, ferias educativas, impulso de estilos de vida y espacios saludables entre otras, las cuales deberán ser adaptadas a las necesidades y características de la población objetivo.
ACTIVIDADES ADICIONALES	
Realizar demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción.	

**Fuente(s):** Adaptada de Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas, OMS-UNODC, 2023; Entrevistas a profesionales de las nueve coordinaciones zonales del MSP.

**Elaboración:** Equipo redactor, 2025

### 8.3.3.5 Actividades Integradoras del Equipo Interdisciplinario

Los equipos interdisciplinarios de los Servicios Ambulatorios Intensivos encargados de la atención integral en salud mental, a más de las acciones definidas en cada uno de sus perfiles, deberán realizar las siguientes actividades para garantizar una atención humanizada, personalizada y efectiva:

- Brindar acogida respetuosa y empática a los pacientes desde el momento en que acceden al servicio; garantizando un entorno seguro, libre de prejuicios y dispuesto a ofrecerles acompañamiento y asesoría terapéutica durante su tratamiento.
- Aplicar el consentimiento informado al consensuar el plan de tratamiento con el paciente. El profesional deberá explicar al paciente de manera clara y comprensible los objetivos del tratamiento, los posibles beneficios, riesgos y alternativas disponibles. Se garantizará que el paciente tendrá la oportunidad de realizar preguntas y expresar sus dudas. Una vez comprendida la información, el paciente firmará el consentimiento informado, asegurando su participación voluntaria y consciente en el proceso terapéutico, respetando siempre su autonomía y derechos.
- Diseñar y poner en práctica planes integrales terapéuticos individualizados, elaborados en cooperación con cada paciente, para abordar sus necesidades específicas y promover su bienestar integral, que incluya:
  - Empoderamiento del plan terapéutico para alcanzar sus objetivos personales, tomando un papel activo en su propio proceso de recuperación.
  - Participar en las discusiones sobre las actividades terapéuticas del servicio, contribuyendo con su perspectiva y preferencias para una atención más personalizada y efectiva.
  - Participar de manera activa en su tratamiento y en la construcción de relaciones sociales saludables, reconociendo su papel central en la

- promoción de su propia salud mental y en el fortalecimiento de su red de apoyo social.
- Participar en la construcción de procesos con las redes de apoyo formales e informales, que promuevan el acompañamiento en la recuperación del individuo.
  - Participar en las actividades de integración social que involucre a la comunidad, las familias y grupos de apoyo; como en proyectos de trabajo y acciones comunitarias que son la clave para motivar al paciente a involucrarse en su plan terapéutico, brindando apoyo y estímulo durante todo el proceso.
  - Apoyar en el desarrollo de actividades destinadas a la inserción social, educativa e independencia económica – laboral garantizando el acceso del paciente al gozo de sus derechos sociales.
- Participar activamente en el seguimiento de las actividades de integración psicosocial que el paciente realiza dentro y fuera de la institución, asegurando que estas fortalezcan sus habilidades sociales y emocionales según sus necesidades, y faciliten su inserción en la comunidad.
  - Fomentar espacios de convivencia inclusiva y respetuosa dentro del servicio, para la interacción de los pacientes con sus pares y con el equipo de atención.
  - Acciones para fortalecer el enfoque de derechos:
    - El equipo interdisciplinario habilitará terapia grupal diferenciada por sexo, género, diagnóstico y grupo etario, a fin de prevenir situaciones de revictimización, acoso o violencia.
    - Durante la valoración clínica, el personal abordará las experiencias específicas vinculadas al género y evaluará el trauma como factor de riesgo asociado al consumo de alcohol, nicotina y otras drogas. Y, considerará las particularidades culturales que puedan influir en las causas y en el plan terapéutico.
    - El equipo coordinará acciones con otras instituciones para solventar de forma integral las necesidades particulares de los pacientes. Se prestará especial atención a colectivos con mayor vulnerabilidad e inequidad social (madres, mujeres víctimas de violencia, mujeres con discapacidad, personas en situación de calle o movilidad humana, trabajadoras sexuales, entre otros).
  - Realizar reuniones mínimo una vez al mes de equipo interdisciplinario para el análisis, evaluación y planificación de estrategias terapéuticas a nivel individual, familiar y social de los pacientes; que permita decidir el plan terapéutico adecuado de acuerdo a la situación particular de cada paciente.
  - El personal deberá programar las reuniones de equipo técnico de forma semanal, quincenal o mensual (dependiendo de la necesidad y particularidad territorial), para el análisis de casos y otras actividades propias del servicio como:
    - Actividades intra y extramurales.
    - Participación en ferias, charlas y talleres.
    - Actividades de integración entre pares, la comunidad.
    - Encuentros terapéuticos en áreas abiertas.
    - Actividades de autogestión y emprendimiento.
    - Programar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad.

- Otras.

En estas actividades se podrá contar, como parte del personal de apoyo, con Personas con Experiencia de Vida en Salud Mental (PEVSM), diferenciadas por sexo, género, diagnóstico y grupo etario dentro del servicio de salud mental.

Podrán participar talleristas, pasantes e instructores, siempre que cuenten con la autorización previa y por escrito del equipo técnico interdisciplinario, considerando los siguientes parámetros:

- Previo a la inclusión de este grupo de apoyo, se deberá realizar un análisis del perfil y capacitación por parte del equipo técnico (en cuanto a la integración de PEVSM, es necesario que se encuentre en proceso de abstinencia del consumo de drogas durante al menos dos años después de completar el tratamiento) y contar con la autorización de la máxima autoridad del establecimiento por escrito para integrarlos en las actividades que brinda el servicio.
- La participación de PEVSM no podrá exceder las 5 horas de apoyo a la semana. Estas personas podrán intervenir en espacios grupales abordando temáticas que contribuyan al proceso de recuperación, basándose en su propia experiencia. No está permitida su participación en intervenciones individuales.
- En el caso específico de los pasantes, podrán apoyar además en intervenciones individuales, siempre bajo la supervisión directa del profesional responsable y dentro del marco de sus competencias formativas.
- Todo el personal de apoyo del SAI deberá ser evaluado de forma periódica, conforme a la planificación establecida conjuntamente con ellos.

Cabe recalcar que todas las reuniones deberán contar con el acta de reunión correspondiente que describa las actividades realizadas, el registro de los participantes, y demás respaldos de verificación.

- El equipo debe elaborar y actualizar al menos de manera mensual, la cartelera informativa que brinde información relevante sobre los servicios de salud mental disponibles, los recursos de apoyo, las señales de alerta para problemas de salud mental y consejos para el autocuidado. La cartelera debe ser visualmente atractiva y clara, con información accesible para todas las personas, destacando la importancia de la salud mental y fomentando la búsqueda de ayuda profesional cuando sea necesario.
- Realizar una reunión de asamblea mensual, organizada por el/la profesional de trabajo social, con el acompañamiento de todo el equipo interdisciplinario. La participación de pacientes y familiares será obligatoria para fomentar el diálogo y la resolución de dificultades relacionadas con el servicio.

#### **8.3.4 Fortalecimiento de Capacidades y Autocuidado del Talento Humano**

**Fortalecimiento de capacidades del equipo y consultoría de enlace.** - Para fortalecer las capacidades del equipo de salud mental del establecimiento de salud, los responsables del nivel central y/o desconcentrado designados para el efecto

gestionarán capacitaciones en temas priorizados por el personal del SAI, actualizando sus conocimientos y herramientas.

Se deberá fomentar espacios con otros equipos técnicos que brindan servicios de salud mental u otros profesionales de la salud, dentro de su área de influencia con el fin de articular rutas de atención adecuadas a nivel territorial, y compartir experiencias y análisis de casos intercambiar buenas prácticas y desarrollar estrategias conjuntas para abordar las problemáticas más frecuentes del servicio.

**Cuidado y Autocuidado del Equipo.** - Los profesionales que brindan atención en los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI); deberán llevar a cabo actividades conjuntas para fortalecer el bienestar, la cohesión del grupo y el bienestar en el ámbito laboral, mínimo una vez al mes.

Se recomienda la práctica de pausas activas, prácticas de relajación (mindfulness, sesiones de yoga, entre otros) y espacios de descarga emocional, ya que el trabajo en el ámbito sanitario implica enfrentar situaciones emocionalmente intensas por la casuística atendida, lo que puede generar una alta exposición a factores de estrés y al Síndrome de Burnout, Síndrome de Desgaste por Empatía, afectando el desempeño laboral.

### 8.3.5 Flujo de Atención

Los profesionales del SAI, deberán aplicar el flujo de atención conforme a los protocolos establecidos, garantizando una atención integral, oportuna y articulada.

El cumplimiento de este flujo (Anexo 7: Flujo de atención) permite optimizar los recursos del servicio, asegurar la continuidad del tratamiento, evitar omisiones o duplicidad en las intervenciones, preservar la calidad del cuidado brindado y facilitar la coordinación entre niveles de atención y asegura el respeto a los derechos de los usuarios.

## 9 Abreviaturas y Símbolos

**AVAD:** Años de vida ajustados por discapacidad.

**AVD:** Años vividos con discapacidad.

**AVP:** Años de vida perdidos.

**CIE10:** Clasificación internacional de enfermedades décima edición.

**CIE11:** Clasificación internacional de enfermedades onceava edición.

**CR:** Ciclos rápidos

**EOD:** Entidades Operativas Desconcentradas.

**EMC:** Equipo de Mejoramiento de la Calidad.

**HCU:** Historia Clínica Única.

**MAIS-FCI:** Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud – con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

**MSP:** Ministerio de Salud Pública. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**PITI:** Plan Integral Terapéutico Individualizado.

**PTSAI:** Programa Terapéutico de los Servicios Ambulatorios Intensivos.

**PRAS:** Plataforma de Registro de Atenciones en Salud.

**PEVSM:** Persona/s con experiencia de vida en situaciones de salud mental.

**QA:** Aseguramiento de la calidad.

**SAI:** Servicio Ambulatorio Intensivo.

**RDACCA:** Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias.

**TMG:** Trastornos Mentales Graves.

## 10 Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Quito; 2014.
2. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios. Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública. enero de 2017.
3. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos para la Atención Integral a Personas con Consumo Problemático de Alcohol, otras Drogas y Trastornos Mentales Graves. 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado 14 de agosto de 2024]. Trastornos mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
5. Organización Panamericana de la Salud. Carga de trastorno mentales en la región. Washington, DC, 2018 Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf)
6. Baca García Enrique; Fuensanta Aroca. Scielo. 2014 [citado 6 de septiembre de 2024]. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003).
7. Luisa M, Ramos Morales E. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas Adherence to treatment in chronic diseases [Internet]. Vol. 16, Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascular. 2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372015000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006).
8. Sosa María Silvina. Análisis del Modelo de Atención en Salud Mental en los países Estados parte del Mercosur.
9. Soto FL, Cortés CE, Terrazas JV, Terrazas SV. Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia Objective overcharges and familiar support level to adult patients with schizophrenian. 2012.
10. Lacerda felicia J; Pessini leo. Bioética desde la protección Vulnerabilidad de dos pacientes con trastornos mentales. 2009.
11. Abril Victoria; Decca Eugenia; Mercado María. Consumo problemático de drogas, un abordaje desde redes comunitarias. enero de 2019.
12. Intervención con personas en situación en proceso de exclusión y con enfermedad mental severa. diciembre de 2010.
13. Rojo Pardo Carmen; Iñiguez Lupicinio. Inclusión Psicosocial de personas con trastorno mental en España y América Latina. TOG (A Coruña). Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/125>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Iris Paho. 2020. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe.
15. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Model of comprehensive care in family and community health in primary care in Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49524?show=full>.



16. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Plan de Atención Integral a las personas con trastorno mental grave 2018-2022. 2022.
17. Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Promoción de la salud [Internet]. Washington (DC): OPS; [fecha de acceso: 29 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>.
19. Saez DA, Morales AR, Constanzo AZ. Intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicosocial: Un estudio de casos en dos equipos del sur de Chile. Vol. 16, Psicoperspectivas. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; 2017.
20. Carbo JC, Nathaly D, Páez M. La promoción de salud, evolución y retos para América Latina. Vol. 21, MEDISAN. 2017.
21. Organización Mundial de la Salud. 2020. Servicios sanitarios de calidad. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1).
22. Objeto D, Ámbito Y, Aplicación\ DE. Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD).
23. Ministerio de Salud Pública. Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Control. 2011.
24. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 14 de septiembre de 2024]. Materiales de QualityRights para formación, orientación y transformación. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>.
25. Funk M, Drew N, Officer T. Realising supported decision making and advance planning. Geneva; 2017. (WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health). Report No.: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Ecuador M de SP del. Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado. :1–17.
27. León N, Bagnato M, Luzardo M. Proceso de Cronificación en el Campo de la Salud Mental. Revista Uruguaya de Enfermería. 2016.
28. Vicente S. Mindfulness y psicología: presente y futuro. Facultad de Psicología Universidad de Valencia. 2010.
29. Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL. 2012.
30. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Entorno [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 22 de mayo de 2025];(70):110-2. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/entorno/article/view/10371>.
31. Ministerio de Salud Pública. Norma del Subsistema de referencia, derivación, referencia inversa y transferencia del sistema de salud. 2013.
32. Ministerio de Salud Pública. Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud. Manual, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2021. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

## 11 Anexos

## Anexo 1. Consentimiento Informado

[illegible]

SNS-MSP / HCU-form.024/2016

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (1)

**Fuente:** Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado

**Fuente:** Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado

## Anexo 2. Insumos sugeridos

HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA	HORTICULTURA
Tableros de Ejercicios para la Motricidad Fina: Piezas de ensamblaje, botones, cremalleras, clips, cierres de velcro y cerraduras.	Insumos para Horticultura.
Tableros Montessori.	Macetas y contenedores, - Sustratos y abonos.
Ábacos	Herramientas de jardinería manuales: Palas, rastrillos, tijeras de podar, azadas, trasplantadores y regaderas.
Juegos de memoria didácticos (cartillas de juegos con letras, figuras para razonar memorizar, etc.).	Sistema de riego: Mangueras.
Rompecabezas de varios tamaños y piezas.	Semillas y plantones.
Material para motricidad fina, dinero didáctico para imular actividades instrumentales.	Materiales para control de plagas y enfermedades: (Insecticidas orgánicos, fungicidas, trampas para insectos y mallas protectoras).
Juegos de Terapia Cognitiva: Puzzles, juegos de memoria, laberintos, y juegos de mesa adaptados, como ajedrez, parchis, Scrabble, dominó, Rummikub, Jenga, tetra tower, damas o juegos de cartas, rompecabezas y juegos de construcción.	Baldes con asas metal Baldes redondos de 5 litros elaborados con plástico. Altura: 17,5 cm, Diámetro: 22 cm.
Tambores para bordar, hilo y agujas para bordar de distintos tamaños.	<b>PARA RINCÓN DE LECTURA</b>
Herramientas de Escritura: Adaptadores de lápiz, guías de escritura, pizarras borrables y cuadernos de ejercicios.	Estanterías o repisas.
Pizarra 1.50 ancho - 100 alto	Sillas o sillones confortables.
Computadora.	Mesa auxiliar.
Visor de realidad virtual.	Libros.
<b>INSUMOS PARA ARTE Y TERAPIA CREATIVA</b>	<b>EQUIPOS DE MEDITACIÓN Y RELAJACIÓN</b>
Kits Papel de distintos tipos(bond, periódico, corrugado).	Cojines de meditación.
Lienzos de distintos tamaños.	Estera de yoga o alfombra.
Cajas de Lápices de colores, crayones, carboncillo, marcadores permanentes, para foamix y de pizarra, rotuladores.	Banco de meditación.
Kits de Pinceles.	Mantas y almohadas.
Pintura acrílica, pasteles, témperas de varios colores.	Incienso y aceites esenciales distintos aromas.
Cajas de Tizas pastel.	Parlante.
Cajas de Arcilla, plastilina, parafina, masa moldeable, porcelanícron, arena mágica, de distintos colores.	Colchoneta.
Instrumentos de dibujo: Reglas, compas, escuadras, gomas de borrar, sacapuntas, tijera, etc.	Espejo de pared.
Libretas o cuadernos de dibujo.	<b>TALLER DE COCINA</b>
Cintas (Cinta doble faz, cinta aislante, cinta de papel, cinta adhesiva, cinta de embalaje), telas y materiales textiles (fieltros de colores), relleno de algodón.	Moldes de cup cake

Material de escritura: Bolígrafos, lápices, cuadernos, bolígrafo tipo gel, resaltadores.	Utensilios de cocina (cuchillos, cucharones, cucharas, tabla de picar, espátulas, mortero, colador, pinzas, vasos, jarras, etc.).
Material de protección: Delantales, guantes, toallas de papel, etc., para proteger la ropa y facilitar la limpieza.	Ollas y sartenes distintos tamaños.
Caballetes.	Moldes variados (para tortas, para chocolates distintos diseños).
Foamix A4, foamix pliego, en distintos colores y texturas (tipo césped, escarchado, etc.).	Olla para baño maría.
Cartulinas blancas marfil y de colores, A4 y en pliegos.	<b>TALLER DE MÚSICA</b>
Barras de silicona y silicona líquida.	Flauta dulce.
Rollo de alambre Calibre 10.5 .	Panderetas.
Hilo nylon 0.35mm.	Guitarra.
Alicates para artesanías (puntas redondas y para cortar) Alicates metálicos mango forrado en plástico.	Maracas.
Borrador de pizarrón.	Bongó.
Ligas.	<b>TALLER DE DEPORTES</b>
Cambrela diversos colores.	Balón de básquet.
Limpipas diversos colores.	Balón de indor.
Moldes de silicón de letras, Moldes de silicón diversas formas.	Balón de vóley.
Hilo cola de rata diversos colores y grosores.	Cuerda para saltar.
Hilo clave N° 12 diversos colores.	Hula hula grande.
Crochet.	Bandas elásticas.
Chaquiras diversos modelos.	Pesas libres y mancuernas.
Grapadora.	Colchonetas de ejercicio.
Perforadora.	Barras de equilibrio y Bosu.
Contenedor caja multiusos.	Equipos de estiramiento.
Fundas de mullos, pequeños, medianos y grandes.	Cuerdas para saltar.
Glicerina.	Pelotas de ejercicio.
Parafina, moldes para velas, colorante líquido y en polvo, aromatizante en líquido, mecheros.	Tubos de resistencia.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Servicios Ambulatorios Intensivos. Prestación de servicio Terapia Ocupacional, levantamiento de insumos sugeridos.

**Elaborado por:** Equipo redactor, 2025.

### Anexo 3. Diagnósticos CIE 10

F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F17	Trastornos relacionados con la nicotina
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
<b>Subcategoría</b>	
.2	Síndrome de dependencia
.3	Estado de abstinencia

**Fuente:** CIE 10 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud

**Elaborado por:** equipo redactor, 2025

F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastorno delirante persistente
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas
F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
F29	Psicosis no orgánica sin especificar
F30-F39	Trastornos del estado de ánimo.
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y factores somáticos
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
X60-X84	Lesiones autoinfligidas intencionalmente
Z91.5	Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente autoenvenenamiento, intento de suicidio, parasuicidio
(R45.8)	Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional, ideación suicida

**Fuente:** CIE 10 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud

**Elaborado por:** equipo redactor, 2025



#### Anexo 4. Diagnósticos CIE 11

6C40	Trastornos debidos al uso de alcohol
6C41	Trastornos debidos al uso de cannabis
6C42	Trastornos debidos al uso de cannabinoides
6C43	Trastornos debidos al uso de opioides
6C44	Trastornos debidos al uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
6C45	Trastornos debidos al uso de cocaína
6C46	Trastornos debidos al uso de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona
6C47	Trastornos debidos al uso de catinonas sintéticas
6C49	Trastornos debidos al consumo de alucinógenos
6C4A	Trastornos debidos al consumo de nicotina
6C4B	Trastornos debidos al uso de inhalantes volátiles
6C4C	Trastornos debidos al uso de MDMA [metilendioximetanfetamina] o drogas relacionadas, incluida la MDA
6C4D	Trastornos debidos al uso de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]
6C4E	Trastornos debidos al uso de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
6C4F	Trastornos debidos al uso de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
6C4G	Trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas
6C4H	Trastornos debidos al uso de sustancias no psicoactivas
<b>Subcategoría</b>	
.1	Patrón nocivo
.2	Dependencia
.4	Síndrome de abstinencia

Fuente: CIE 11 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud

Elaborado por: equipo redactor, 2025

## Anexo 5. Detalle de actividades grupales en sistema de registro oficial

<b>Nivel de atención:</b>	1er nivel			
<b>REGISTRADORES:</b>	PSICÓLOGO/A /PSICOREHABILITADOR/A			
	TERAPEUTA OCUPACIONAL			
	MÉDICO: Psiquiatra, Médico General, Médico Especialista en Medicina Familiar y/o Comunitario y Médico Especialista en Medicina General Integral			
	TRABAJADOR/A SOCIAL			
NOMBRE BLOQUE	NOMBRE DE LA VARIABLE	PROFESIONALES	DESCRIPCIÓN DEL CATÁLOGO	SUBCATÁLOGO
Rehabilitación en salud mental	Grupal	Psicólogo/a/Psicorehabilitador/a	Psicoterapéutica	N/A
		Psicólogo/a/Psicorehabilitador/a Terapeuta ocupacional Médico/a general Médico/a psiquiatra Médico/a familiar comunitario Médico/a general integral Trabajador/a Social Enfermera	Grupos de Autoayuda	N/A
			Psicoeducación o educación para la salud	Mingas por la salud
				Murgas por la salud
				Salas de espera
				Casa abierta
				Ferías de la salud
				Talleres
				Mesa redonda
				Foro
				Cine - Foro
				Conferencia
				Conversatorios
				Seminario
				Simposio
				Periódico mural
				Asamblea
				Salidas terapéuticas
		Terapeuta ocupacional Trabajador/a Social	Ocupaciones de autocuidado	Actividades de la vida diaria básicas
				Gestión de la salud
				Descanso y sueño
			Juego, ocio y participación social	Salidas terapéuticas
			Expresiones artísticas	Artes plásticas
				Artes corporales
				Artes musicales
		Terapeuta ocupacional Trabajador/a Social	Ocupaciones productivas	Actividades de la vida diaria instrumentales
				Educación
				Trabajo/Aprestamiento laboral
				Asesoramiento
	Familiar	Psicólogo/a/Psicorehabilitador/a	Psicoterapéutica	N/A
		Psicólogo/a/Psicorehabilitador/a Terapeuta ocupacional Médico/a general Médico/a psiquiatra Médico/a familiar comunitario Médico/a general integral Trabajador/a Social Enfermera	Psicoeducación o educación para la salud	N/A
			Asesoramiento	N/A
			Integración-recreativas	N/A
				N/A
				N/A
				N/A
		Psicólogo/a Psicólogo/a/Psicorehabilitador/a Terapeuta ocupacional Médico/a general Médico/a psiquiatra Médico/a familiar comunitario Médico/a general integral Trabajador/a Social Enfermera	Psicoterapéutica	N/A
			Psicoeducación o educación para la salud	N/A
			Asesoramiento	N/A
			Integración-recreativas	N/A

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública – Proyecto DEAI SEDFSM, Dirección NEPCENTFSED, Dirección NAIS, Dirección NGUP

**Elaborado por:** Equipo redactor, 2025.

## Anexo 6. Plan anticipado (Advance Plan) (25)

### Elaboración del Plan anticipado:

**Paso 1:** *Pensar Previamente en:* El paciente que quiera hacer un plan anticipado puede empezar a considerar lo siguiente:

- ¿Qué tipo de tratamiento, atención o apoyo espero o no espero?
- ¿Qué tipo de tratamiento generalmente me hace sentir mejor o peor?
- La última vez que tuve una crisis, ¿qué sucedió?
- De esa experiencia, ¿qué me gustó? Que no me gusto
- ¿En el pasado, qué salió bien o mal con respecto a mi cuidado o tratamiento?
- ¿Quién me ayudó y quién no ayudó y por qué?

Identificar a las personas que pueden ser de apoyo al paciente para informar sobre su plan anticipado, que pueden ser familiares directos, indirectos, pareja, amigos, compañeros, etc.

- ¿En quién puedo confiar para apoyarme y comunicar mi voluntad y preferencias?
- ¿Quién sería una buena persona de contacto si experimentara una crisis?
- ¿Quién me conoce bien?
- ¿Quién comparte las mismas creencias / valores / visión de la vida que yo?

**Paso 2:** *Dialogar:* Una vez que se ha identificado a la o las personas que participaran con el paciente en la elaboración del plan anticipado, se debe tratar las opciones con estas personas, receptar el deseo del paciente y las opciones en relación a su tratamiento, procedimientos, cuidados y apoyos necesarios, los efectos de rechazarlos o aceptarlos, ofreciendo alternativas viables para su recuperación, permitiendo que las personas elegidas conozcan las implicaciones de las elecciones de los pacientes en ellos.

Ejemplo:

*"Soy hindú y vegetariana estricta. Esto significa que no como carne o pescado. Yo como huevos o productos lácteos, así que estoy muy feliz de recibir estos".*

*"Cuando tengo periodos bajos, hablo mucho sobre la muerte y pienso en voz alta sobre las mejores maneras para acabar con mi vida. Si empiezo a hablar así, no lo alientes, pero tampoco me grites. Significa que estoy en crisis y necesito que alguien esté conmigo y me apoye".*

*"No quiero que me administren terapia electroconvulsiva en ninguna circunstancia, incluso si es una Emergencia y mi vida está en riesgo".*

*"Por favor no me llames compañero. Particularmente odio que la gente que no conozco me llame así".*

**Fuente:** Realising supported decision making and advance planning, WHO, 2017

**Elaborado:** Proyecto Creación e Implementación de la Red de Servicios de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

**Paso 3.** *Formalizar el plan anticipado:* Una vez que se ha delimitado los deseos y decisiones con relación a la atención, cuidado y tratamiento que el paciente necesita en periodos críticos, es necesario dejar constancia por escrito con la fecha y firma de los implicados en la construcción del plan, se hará constar una copia del mismo en la historia clínica del paciente junto con el plan de vida y otra copia para el paciente, también puede llevarla en la billetera del paciente, ante cualquier emergencia

**Paso 4.** *Difundir el plan anticipado:* Es necesario que quienes están en contacto de forma frecuente con el paciente estén al tanto de la existencia del plan adelantado, con el objetivo de que sepan cómo actuar en periodos críticos del paciente, para ello el paciente podrá entregar copia a quienes considere pertinente.

**Paso 5. Evaluación de la aplicación del plan:** Los compromisos y deseos del paciente con respecto a la atención, apoyo y cuidado pueden cambiar con el tiempo, especialmente cuando se presentan cambios significativos en la vida del paciente, lo que hace necesario la actualización del plan adelantado y su nueva difusión a través de fotocopias para reemplazo del anterior a los interesados y ellos continúen en su compromiso de apoyo al paciente. A continuación, se especifica un ejemplo de plan anticipado para mayor comprensión:

<b>PLAN ANTICIPADO</b>		
Nombre y Apellidos		
Fecha:		
Como soy cuando me siento bien:		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Naturalmente introvertido y relativamente tranquilo.</li> <li>– Relajado y de buen carácter.</li> <li>– Se llevan bien con los demás, pero no los buscan a menudo.</li> <li>– Me gusta salir con mi amigo.</li> <li>– Me gusta leer y hacer arte.</li> </ul>
Señales que indiquen que estoy en crisis y me gustaría que otras personas me apoyen en mi cuidado, me mantengan a salvo Y ayúdame a tomar decisiones.		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Me irrito con la gente.</li> <li>– Me quedo en el interior más y me quedo solo.</li> <li>– Me hablo a mí mismo de una manera irritable.</li> <li>– Empiezo a decir y actuar de manera diferente a como solía actuar.</li> </ul>
Personas en las que quiero involucrarme si estoy en crisis:		
Nombre	Su conexión conmigo (por ejemplo, amigo, familiar, social, obrero).	Teléfono y / o correo electrónico
Personas que no quiero involucrarme si estoy experimentando una crisis.		
Nombre (relación)	Ejemplo: Ben (hermano mayor).	
Por lo que no los quiero involucrados (opcional):	Me culpa por todo lo que me ha pasado, y lo hace. No tengo la paciencia para ayudarme cuando me siento triste o deprimido.	
PREFIERO ir a		
Lugar:	Casa - la casa de mis padres - un servicio especificado	
Razón:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Porque es donde me siento más cómodo</li> <li>– Porque me siento seguro</li> <li>– Porque fueron amables y me apoyaron</li> <li>– Porque la estructura ayuda y el personal es amable.</li> </ul>	

Prefiero NO ir a.	<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un servicio especificado</li> <li>– Porque tengo miedo de la gente de allí y nunca</li> <li>– Escúchame</li> <li>– Porque me avergüenzo de que la gente venga a apoyarme</li> <li>– Cuando mi casa está desordenada, que es el estado normal cuando</li> <li>– No estoy bien</li> </ul>
Servicios o apoyos que estoy recibiendo actualmente.	<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psicoterapia individual semanal.</li> </ul>
Servicios o apoyos que me han ayudado cuando he estado en crisis en el pasado.	<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hacer ejercicio todos los días.</li> <li>– Sesiones de psicoterapia individual más frecuentes.</li> <li>– Que mi hermano se quede conmigo en casa por una semana.</li> </ul>
Servicios o apoyos que NO deseo y por qué preferiría evitarlos.	<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Terapia de grupo porque me pone ansioso por hablar de mis pensamientos o sentimientos al frente de otros ECT porque afectó gravemente mi memoria</li> </ul>
Servicios o apoyos para tratar problemas familiares u otras situaciones críticas.	<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tener contacto frecuente con mi compañero de apoyo</li> </ul>
Lo que la gente puede hacer para ayudarme cuando estoy en crisis (enumere):	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Escúchame hablar sobre por qué estoy molesto.</li> <li>– Evita decirme que me calme o que me des un consejo.</li> <li>– Mantenerme a salvo de hacer cosas peligrosas (como lastimarme a mí mismo).</li> <li>– No decirme que lo que estoy viendo o escuchando está mal porque para mí en estos momentos.</li> <li>– Todo lo que veo o escucho es real.</li> <li>– No me protejas en exceso porque no ayuda. Cuando me sobre-proteges, esto a menudo obstaculiza mi recuperación porque entonces no estoy viviendo en el mundo "real".</li> <li>– No me trates como a un niño porque no lo soy. Soy un adulto que puede cometer errores como nadie más.</li> </ul>
Lo que NO encuentro útil.	Por qué no es útil.
<p>Ejemplo:</p> <p>Gritos.</p>	Me pone más ansioso y asustado.



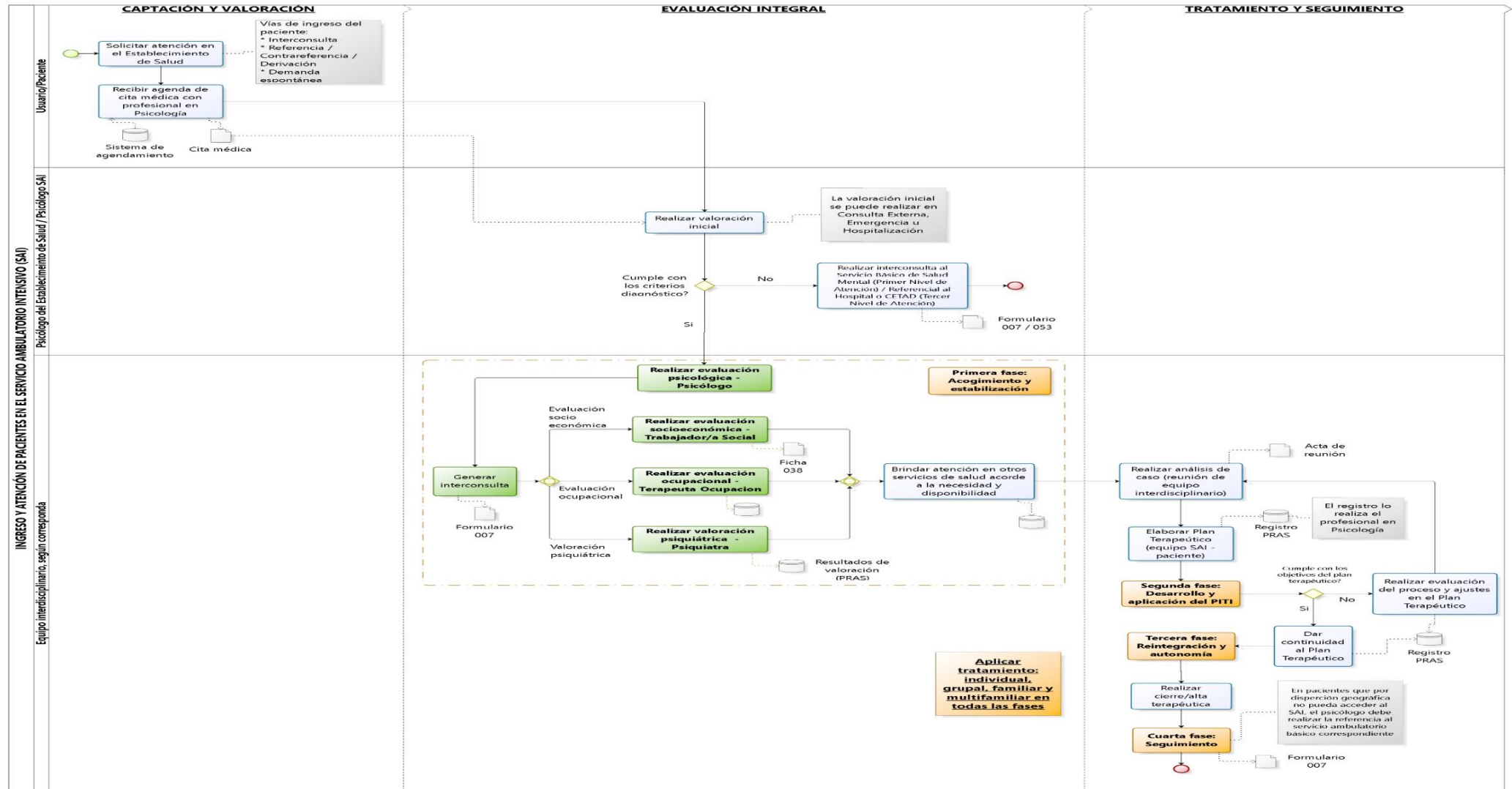


<i>Ejemplo:</i> <i>Diciéndome que me calme.</i>	<i>No me ayuda a sentirme tranquilo, lo empeora.</i>
<i>Ejemplo:</i> <i>Personas que deciden cómo manejar la situación sin preguntarme.</i> <i>“Me conozco mejor y quiero sentirme respetada.”</i>	<i>Para mí todo lo que veo o escucho es real y decirme que está mal me molesta.</i>
<p>-----</p> <p><i>PACIENTE</i></p>	<p>-----</p> <p><i>TESTIGO</i></p>

**Fuente:** Realising supported decision making and advance planning, WHO, 2017

**Elaborado:** Proyecto Creación e Implementación de la Red de Servicios de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, 2022

## Anexo 7. Flujo de atención



## Anexo 8. Ciclos rápidos de mejoramiento continuo de la calidad

<p style="text-align: center;"><b>INSTRUCTIVO</b> <b>APLICATIVO DE CICLOS RÁPIDOS (CR) PEVA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b></p>
<p>En cumplimiento con el Manual de Atención en Salud (MAIS), que dispone lo siguiente: La red pública integral de salud conformará los equipos multidisciplinarios que desarrollen ciclos de mejoramiento continuo de la calidad ubicados en todos los niveles de atención, y de acuerdo a las atribuciones y responsabilidades de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en su literal c. : Planificar e impulsar las acciones y procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, se presenta la siguiente herramienta con el objetivo de orientar la implementación adecuada del Mejoramiento Continuo de la Calidad, a través de la introducción de intervenciones y/o cambios en los procesos de la atención, de manera sistematizada en Ciclos Rápidos para mejorar la calidad de la atención asistencial.</p>
<p><b>PASOS A REALIZARSE:</b></p>
<p>1) Conformar un Equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC): Se refiere a un grupo interdisciplinario seleccionado del conjunto de profesionales del servicio al que se le responsabiliza la gestión de la calidad de la atención en dicho servicio, lo cual implica que deben ser un grupo de 5 a 8 personas en aquellos servicios en los que hay un buen número de integrantes. En aquellos establecimientos en los que la cantidad de personal de todo el establecimiento es muy reducida, todos se constituyen en el EMC del Establecimiento. Conformado el equipo se debe nombrar un coordinador técnico o responsable. Las funciones o responsabilidades de un EMC son: a) Medir indicadores, b) Procesar datos, c) analizar resultado, identificar brechas, identificar las causas.</p>
<p>2) Una vez que se conocen los resultados y se han identificado las brechas de cumplimiento, es fundamental que se inicie un proceso de intervención tendiente a corregir y mejorar los procesos asistenciales, administrativos y de gestión involucrados, cuyo resultado final sea un Plan de acción contextualizado, argumentado, factible de ser cumplido, monitoreado, evaluado y que, sobre todo, genere aprendizajes valiosos que puedan servir a sí mismos y a otros grupos de trabajo. Para esto se considera 4 pasos*: 1) Identificar, 2) Analizar, 3) Desarrollar y 4) Probar e implementar, éste último, que a su vez contiene los subcomponentes de Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar. Cada uno de estos pasos serán explicados a través de comentarios en las casillas correspondientes.</p>
<p>3) El EMC de cada servicio debe elaborar, documentar y reportar al jefe inmediato, al menos un Ciclo Rápido (CR) de mejora de la Calidad, por trimestre según el siguiente formato:</p>
<p>* Se ha tomado como punto de partida el modelo de Mejoramiento Continuo de la calidad de William Edwar Deming; Health Care Institute y Center for Human Service - Quality Assurance Project.</p>

**Fuente:** Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario

**Elaborado:** Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, 2021

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR SUBSECRETARÍA NACIONAL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD					
FORMATO DE CICLOS RÁPIDOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMC					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:					TIPOLOGÍA
ZONA		PROVINCIA		DISTRITO:	
SERVICIO Y PROCESO DE ATENCIÓN:					
NOMBRE/S			CARGO		
COORDINADOR DEL EMC:					
INTEGRANTES DEL EMC:					
CICLO Nro.:		FECHA DE INICIO		FECHA CONCLUSIÓN	
MEJORAMIENTO CONTINUO					
1. IDENTIFICAR: Analizar					
2. ANALIZAR: Comprender el problema y encontrar las causa. NOTA: Si es necesario, utilice aquí herramientas como: Espina de pescado; Árbol de problemas; Diagrama de Pareto, otros					
2.1 Causa/s					
2.2 Clasifique en el recuadro con una X el ámbito o aspecto al que pertenece la causa identificada					
Organizacional	Técnico/Científico	Administrativo	Financiero	Otro (Cuál)	Registre la/s DIMENSIONES DE LA CALIDAD afectadas
3. DESARROLLAR: Formular Hipótesis de los cambios para solucionar problema. Modelo de las TRES preguntas					
PREGUNTA 3.1: ¿Cuál es el Objetivo que se quiere lograr?					
PREGUNTA 3.2: ¿Cómo sabremos que el cambio realizado produjo una mejora en el proceso? Identifique y escriba un indicador que le permita respaldar si hubo o no una mejora de calidad en el proceso de atención involucrado					
PREGUNTA 3.3: ¿Cuáles son los cambios, las estrategias o las intervenciones que se quiere introducir en el proceso?					
CAMBIO 1		CAMBIO 2		CAMBIO 3	

4. PROBAR E IMPLEMENTAR (PEVA): PLANIFICAR, EJECUTAR, VERIFICAR, ACTUAR						
4.1 PLANIFICAR:						
CAMBIO (estrategias, intervenciones)	ACTIVIDADES	DONDE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	RESPONSABLES	
4.2 EJECUTAR: Redacte aquí, en resumen, las observaciones relevantes del equipo técnico de gestión, sobre cómo ocurrió la implementación de los cambios en la realidad. Hubieron dificultades?						
4.3 VERIFICAR: Escriba aquí qué es lo que sucedió con la situación inicial que quería ser mejorada, luego de que se implementó el o los cambio/s en este plan de acción (mejoró, quedó igual, empeoró?) Respalde lo dicho registrando el valor del indicador ANTES del Ciclo Rápido y DESPUÉS del Ciclo Rápido						
					(%) ANTES	(%) DESPUÉS
4.4 ACTUAR: Escriba aquí qué es lo que el Equipo técnico de gestión decidió hacer luego de la implementación de este plan de acción para el mejoramiento y de observar los resultados obtenidos.						
	Nombres	Cargo	Firma			
Aprobado por:						
Revisado por:						
Elaborado por:						

**Fuente:** Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario

**Elaborado:** Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, 2021



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
<b>Aprobado</b>	Esp. Bernardo José Darquea Arias	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	
	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez	Viceministerio de Atención Integral de la Salud	Viceministra	
<b>Revisado</b>	Ing. Evelyn Patricia Montenegro Navas	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria (E)	
	Mgs. Omar Esneiber Torres Carvajal	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Salud	Subsecretario (E)	
	Mgs. Andrés Ricardo Carrasco Montalvo	Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	
	Mgs. Luis Eduardo Caguana Mejía	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.	Director	
	Med. Lucia Cevallos Paredes	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora (E)	
	Mgs. Pablo Francisco Analuisa Aguilar	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas	Director	
	Espc. Gina Lorena Chiriboga Estrella	Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental	Gerente	



<b>Elaborado:</b>	Almeida Sandoval Daniela	Proyecto Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental	Analista	
	Girón Ortiz Jenny	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	
	Guerra Moreno Karina	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Especialista	



**Ministerio de Salud Pública**



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud\_ec

[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)