



Provincia de Río Negro  
2025

**Nota**

**Número:**

**Referencia:** Protocolo de derivación para los equipos de Salud Mental y dispositivos APASA

**A:** Directores (Hospitales Área Programa),

**Con Copia A:**

---

**De mi mayor consideración:**

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. con el objeto de hacerles llegar el **“Protocolo de derivación para los equipos de Salud Mental Comunitaria y dispositivos APASA”** que ha sido elaborado conjuntamente entre los trabajadores y organismos centrales de los Programas de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos y APASA. El fin del mismo es la organización y estandarización del proceso de derivación, a fin de contar con la información necesaria y pertinente que asegure un proceso correcto y ordenado llevado a cabo desde una perspectiva de derechos.

El protocolo adjunto está destinado a los Servicios de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos, a los dispositivos de APASA y a trabajadores de Salud donde no existiera referentes de ninguno de estos Programas y requirieran realizar una derivación.

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by GDE RIO NEGRO  
DN: cn=GDE RIO NEGRO, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, ou=SECRETARIA DE LA MODERNIZACION E INNOVACION TECNOLOGICA DE RN, serialNumber=CUIT 30711731721  
Date: 2025.03.19 10:25:55 -03'00'

Digitally signed by GDE RIO NEGRO  
DN: cn=GDE RIO NEGRO, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, ou=SECRETARIA DE LA MODERNIZACION E INNOVACION TECNOLOGICA DE RN, serialNumber=CUIT 30711731721  
Date: 2025.03.19 11:10:32 -03'00'

Digitally signed by GDE RIO NEGRO

DN: cn=GDE RIO NEGRO, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, ou=SECRETARIA DE LA MODERNIZACION E INNOVACION TECNOLOGICA DE RN, serialNumber=CUIT 30711731721  
Date: 2025.03.25 08:40:43 -03'00'

Digitally signed by GDE RIO NEGRO

DN: cn=GDE RIO NEGRO, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO, ou=SECRETARIA DE LA MODERNIZACION E INNOVACION TECNOLOGICA DE RN, serialNumber=CUIT 30711731721  
Date: 2025.03.25 14:45:47 -03'00'

Digitally signed by GDE RIO NEGRO  
DN: cn=GDE RIO NEGRO, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO,  
ou=SECRETARIA DE LA MODERNIZACION E INNOVACION  
TECNOLOGICA DE RN, serialNumber=CUIT 30711731721  
Date: 2025.03.25 14:45:52 -03'00'



## Guía de procedimiento ante solicitudes de internación y traslado de usuarios/as con consumos problemáticos

**Objetivo:** Instrumentar la operatoria relacionada con la solicitud de derivación y traslado de usuarios que atraviesan consumos problemáticos, garantizando el correcto desarrollo del circuito.

### OPERATIVO DE DERIVACIÓN

#### 1º Fase: Solicitud de derivación:

Para iniciar la solicitud, se podrá realizar el pedido correspondiente tanto a la Coordinación de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos como al Programa de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (APASA) teniendo en cuenta que es una medida excepcional, que se tomará una vez agotadas las instancias en la red pública. Dicha solicitud deberá realizarse por escrito con un breve informe de la situación actual del usuario/a, explicitando los motivos por los cuales se considera su derivación.

Posteriormente, los equipos técnicos centrales de ambos Programas, evaluarán la solicitud y, de ser necesario, podrán comunicarse con el equipo solicitante a fin de pedir alguna ampliación sobre determinado punto, realizar recomendaciones, o cualquier tipo de indicación a fin de considerar (o no) la viabilidad de la derivación.

En caso de considerarse viable la derivación, el equipo tendrá que consultar cupos y convenios vigentes con los que cuentan ambos organismos y comunicarse con las instituciones a fin de consultar disponibilidad vigente.

Si la institución confirma la posibilidad de recepción del usuario/a, se deberá enviar al organismo central (APASA o Coordinación de Salud Mental) la siguiente documentación necesaria, junto con el consentimiento informado (requisito indispensable) a fin de otorgar el aval administrativo:

- Formulario 922 e Informe Social (para los servicios de salud mental).
- Informe interdisciplinario (**FICHA: Solicitud de derivación**)
- Certificado negativo de ANSES: Constancia de usuario sin cobertura (de no ser así, la gestión y cobertura de dicha internación se realizará por medio de su obra social). Se obtiene aquí <https://servicioswww.anses.gob.ar/censite/>
- Copia del DNI (en el caso de extravío o robo del mismo, copia de la denuncia policial).
- Consentimiento informado (**FICHA: Consentimiento informado**)



## 2º Fase: traslado de usuarios/as:

Para dicha acción, el equipo solicitante evaluará el estado de situación del/la usuario/a con respecto a su consumo. En algunas ocasiones podría ser necesario contar con un acompañante que pueda contener y asistir al usuario/a y activar las redes de cuidado en caso de ser necesario. También se recomienda incluir en el traslado a un miembro del grupo afectivo más cercano conforme a una perspectiva de derecho.

El equipo tratante será el encargado de evaluar si se requiere dicho acompañamiento y recomendar quién será la persona más apropiada para acompañar al usuario/a durante el traslado.

En caso de que el/la usuario/a tenga un esquema farmacológico indicado por el médico tratante, deberá asegurarse que lleve consigo la medicación correspondiente al momento del traslado a la comunidad terapéutica, garantizando así la continuidad del tratamiento.

**Medio de traslado:** Deberá ser gestionado por el equipo derivante (sea CRAIA y/o SSMC) con el nivel central correspondiente (APASA y/o Coordinación de salud Mental Comunitaria) y quedará sujeto a las evaluaciones que puedan realizar los equipos técnicos del nivel central, tomándose como medio más apropiado, lo que estos crean convenientes.

Al momento de la derivación, el nivel central correspondiente enviará una nota aval de la derivación realizada, en la cual explicitará que el alta o egreso de las o los usuarios decidida por la institución, deberá ser informada con antelación.

## 3º fase: Seguimiento

El equipo derivante asume que estará a cargo del seguimiento de la derivación en cuanto a sus incumbencias asistenciales y desde una perspectiva de derecho de las y los usuarios, por lo cual deberá observar el marco legal vigente en cuanto a derivaciones, fundamentalmente el art 18 de la ley 26657. Asimismo deberá sostener comunicación periódica (frecuencia de acuerdo a estrategia terapéutica) con el usuario o usuaria y familiares, así como sostener el trabajo comunitario en pos de generar condiciones para el regreso a la mayor brevedad del usuario a su comunidad.

El seguimiento quedará plasmado en actualizaciones de la estrategia enviadas también con periodicidad al nivel central correspondiente. (**FICHA: Seguimiento**)

**Artículos a tener en cuenta:****Art.30****Ley Nacional N.º 26.657**

"Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona."

**Decreto 603/2013****Art 30**

"La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación."

**FICHA:****Solicitud de derivación****DATOS PERSONALES**

D.N.I: .....

País de emisión: .....

Nombre: .....

Apellido: .....

Sexo asignado al nacer: Mujer/ Hombre /Indeterminado

Identidad de Género: Mujer CIS/ Varón CIS/ Mujer Trans / Varón Trans /No binarie / Travesti/ Desconocido/Otro: .....

Estado civil: Desconocido- Soltero/a- Casado/a- Divorciado/a- Viudo/a- Separado/a-Unión Convivencial

Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento: / / (DD/MM/AAAA)

Provincia de residencia.....

Departamento:.....

Localidad:.....Teléfono:.....

Correo electrónico: .....

Domicilio de residencia:.....Nº .....Piso .....Dept.: .....

Cód. Postal:.....

Cobertura de salud: .....

Ocupación: .....

Máximo nivel educativo alcanzado.....

**EQUIPO DERIVANTE**

Programa: .....(Salud Mental Comunitaria o APASA)

Fecha de solicitud : / / .(DD/MM/AAAA)

Equipo que realizará el seguimiento (nombre y firma de los efectores):  
.....



Nombre de la Institución a derivar: ..... Localidad: .....

Carácter de la solicitud: 1° vez: ..... Prórroga: .....

Motivo de la derivación: .....

Diagnóstico principal al momento de la internación (CIE 10: diagnóstico de salud mental):  
.....

Cantidad de días: 30.... 60.... 90.....

Motivo de internación (debe explicitarse el Riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.....  
.....  
.....

Enfermedad médica (CIE 10: excepto diagnóstico de salud mental):  
.....

#### SITUACIÓN DE LA INTERNACIÓN (\*)

Internación voluntaria SI-NO: SI / NO (\*)

Firma consentimiento (persona o representante) SI /NO

¿Tuvo internación/es previa/s en esta institución o en otra? SI - NO - NS/NC

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, HABITACIONAL Y VINCULAR

¿Tiene ingreso monetario por jubilación/pensión/subsidio, beca de externación y/o herencias? SI /NO/ En trámite/ NS

Para su externación dispone de vivienda SI /NO

Posee referentes vinculares y/o grupo de convivencia para la externación SI /NO

#### SITUACIÓN JUDICIAL

¿Posee certificado de discapacidad? SI /NO /En trámite/ NS

¿Posee declaración de incapacidad? SI / NO ¿Posee capacidad restringida? SI / NO

¿Cuenta con apoyo/s designado? SI ¿Cuales?...../ No

Fecha de la sentencia de restricción de la capacidad o de declaración de incapacidad:

/ / DD /MM /AAAA.

¿Se realizó revisión de sentencia? SI / NO

Fecha de la última revisión de sentencia / / DD /MM /AAAA.



Responsable a Cargo (referente vincular) .....

DNI ..... Parentesco:.....

Teléfono: .....

### **ESTRATEGIA DE ABORDAJE AL MOMENTO DE LA DERIVACIÓN.**

Estrategias agotadas y por qué se agotaron

.....  
.....  
.....  
.....

Derivaciones e internaciones previas

.....  
.....  
.....  
.....

Tratamiento psicofarmacológico actual

.....  
.....  
.....  
.....

¿En qué consiste la derivación como parte de la estrategia de abordaje? ¿Qué le aportará la derivación al usuario que no podría encontrarse en su comunidad al momento de la derivación?

### **ESTRATEGIA PROPUESTA PARA LA EXTERNACIÓN DE LA PERSONA**

Qué trabajo realizará en la comunidad el equipo de seguimiento para generar condiciones de modo de garantizar el regreso del usuario a la mayor brevedad posible.

.....  
.....  
.....  
.....



## FICHA: SEGUIMIENTO DERIVACIONES CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Para llevar a cabo el informe de la evaluación actualizada deberá consignarse la siguiente información:

- **Fecha de la evaluación:** (para considerarse actualizada debe realizarse dentro del mes del informe).
- **Modalidad:** presencial/virtual (telefónica, videollamada).
- **Entrevistada/o/s:** usuaria/o, referente (familiar/institucional).
- **Aspectos relevantes de salud integral:** consignar información referida a todas las necesidades de salud que presenta y son relevadas en la entrevista, particularmente aquellos referidos a cómo se encuentra el usuario respecto al tratamiento y a aquello que motivó su derivación así como su estado psíquico actual.
- **Abordaje y seguimiento del equipo interdisciplinario:** consignar las acciones sostenidas por el equipo. Detallar esquema psicofarmacológico y modalidad de entrega de la medicación. Asimismo, puntuar sobre cómo se viene desarrollando la estrategia implementada para el regreso del usuario/a a su comunidad.
- **Fecha de Próxima Evaluación:** Las evaluaciones deben realizarse según estrategia terapéutica planificada. Sin embargo, no podrán exceder los 45 días.
- **Informe:** Una vez realizado el informe con la solicitado en esta proforma, se debe registrar en la HC del usuario/a y hacer llegar el informe a la Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos o a la Agencia APASA.



**FICHA: CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Ley Nacional N° 26.657 (art. 7, incisos j, k y m; art. 10 y art. 16, inciso c)**

Localidad .....; fecha ..... de ..... de 20....

Dejo constancia que yo, .....

nacido en....., el día.....,

identificado con D.N.I: ....., edad....., en mi carácter de usuario autorizo al/los profesional/es intervinientes, abajo firmantes, a realizar las acciones pertinentes y necesarias para concretar la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral correspondientes, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre las situaciones de riesgo que pudieran presentarse.

Comprendo y acepto que durante la ejecución de la estrategia terapéutica y de reinserción social, pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas que puedan requerir la modificación de la estrategia terapéutica inicial, lo que implicará la adopción de decisiones alternativas, que me serán debidamente informadas, tendientes al cumplimiento de los objetivos propuestos para lograr la superación de la situación problema que originó la intervención profesional.

Al firmar este documento, reconozco haber comprendido perfectamente su contenido, que se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas, y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas y explicadas satisfactoriamente.

Por lo antes expuesto, doy mi consentimiento para que se ejecuten las acciones interdisciplinarias e intersectoriales pertinentes, para la recuperación y preservación de mi salud.

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL USUARIO

.....  
FIRMA Y SELLO DE LOS  
PROFESIONALES INTERVINIENTES



Provincia de Río Negro  
2025

**Hoja Adicional de Firmas  
Informe Gráfico**

**Número:**

**Referencia:** Protocolo de derivación SMC y APASA

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 10 pagina/s.