



**CEDES**

Centro de Estudios de  
Estado y Sociedad



**FLACSO**  
ARGENTINA

Facultad Latinoamericana de Ciencias  
Sociales, FLACSO-Sede Argentina

---

## **Maestría en Ciencias Sociales y Salud**

# **Análisis de Redes Sociales de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires: flujo de información y derivaciones de usuarios.**

**Verónica Benbenaste**

**COLECCIÓN TESIS**

Dirección: Ignacio Llovet

---

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la  
**Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud**

---

**Benbenaste, Verónica**

Análisis de redes sociales de la red infanto-juvenil de salud mental de ciudad de Buenos Aires : flujo de información y derivaciones de usuarios.  
- 1a ed. - Buenos Aires : el autor, 2008.

96 p. ; 22x15 cm.

ISBN 978-987-05-3999-5

1. Salud Mental. I. Título

CDD 362.2

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida ni en todo ni en parte, ni registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo escrito del autor.

Libro de edición argentina.

Copyright by Verónica Benbenaste

Impreso por Ricardi Impresos

Honorio Pueyrredón 1618

ricardiventas@2vias.com.ar

(C1414CES) Buenos Aires - Argentina

en el mes de Febrero de 2008

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera expresar mi gratitud hacia todos los profesionales que brindaron su tiempo y buena disposición para responder a los cuestionarios administrados, así como a colegas y amigos que, al facilitar la conexión con los informantes o colaborando de otras maneras, permitieron que la investigación sea llevada a cabo.

Muy especialmente agradezco todo el apoyo y la ayuda de mi director de tesis, Dr. Jorge Vivas. También deseo agradecer el apoyo otorgado para la realización de este trabajo por la Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud y los diferentes aportes de docentes y personal administrativo de las instituciones CEDES y FLACSO-Argentina.

Finalmente, agradezco a mi familia y amigos por el sostén, acompañamiento y ayuda que siempre me brindan.

---

---

## CONTENIDOS

Índice de Tablas	7
Índice de Figuras	8
Índice de Gráficos	9
Introducción	11
<b>Capítulo 1. Contextualización de la problemática abordada</b>	14
1.1. El interés por las redes interorganizacionales de servicios de salud	14
1.2. La Red Infanto-juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires	16
1.3. Las redes de servicios de salud como objeto de estudio	18
<b>Capítulo 2. Marco analítico-conceptual</b>	24
2.1. Flujo de derivaciones e intercambio de información	24
2.2. Objetivos	27
2.3. Perspectiva de Redes Sociales	28
2.4. Definiciones operacionales	31
<b>Capítulo 3. Diseño metodológico</b>	34
3.1. Nivel de análisis y delimitación de la red	34
3.2. Selección de informantes	35
3.3. Recolección de datos	36
3.4. Consideraciones éticas	39
3.5. Procesamiento y análisis de los datos	40
3.5.1. Atributos nodales	40
3.5.2. Análisis de redes sociales	41
<b>Capítulo 4. Resultados</b>	48
4.1. Atributos individuales de los miembros de la RIF	48
4.1.1. Características de los servicios que componen la RIF y de los establecimientos que integran	48
4.2. Análisis de Redes Sociales	53

4.2.1. Información poseída por los informantes acerca de las prestaciones de Salud Mental Infanto-juvenil disponibles en otros establecimientos de la red	53
4.2.2. Existencia y características de las derivaciones de pacientes recibidas y enviadas entre los miembros de la red	56
4.2.3. Existencia y características de intercambio de información relativa a la atención entre los miembros de la red.	65
4.3. Análisis interrelacional	68
<b>Capítulo 5. Discusión y comentarios finales</b>	71
5.1. Conclusiones y recomendaciones	71
5.2. Alcances y limitaciones de los resultados de este estudio	77
<b>Referencias</b>	81
Anexo I. Instrumento de recolección	89
Anexo II. Modelo del consentimiento informado entregado a los participantes	93
Anexo III. Definiciones de los indicadores de ARS utilizados	94

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Motivos más frecuentes para que se realicen derivaciones entre servicios de salud mental infanto-juvenil (2006)	52
Tabla 2. Medidas de centralidad para la relación intercambio de información	67
Tabla 3. QAP-correlation para la relación de reconocimiento y el envío y recepción de derivaciones	68
Tabla 4. Correlaciones no paramétricas entre los grados nodales de las relaciones de reconocimiento y el envío y recepción de derivaciones	69

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Conocimiento de la oferta en SMIJ de cada otro establecimiento miembro	53
<b>Figura 2:</b> Envío de derivaciones entre septiembre y noviembre de 2006 a miembros y no miembros	57
<b>Figura 3:</b> Envío de derivaciones entre septiembre y noviembre de 2006 entre miembros de la RIF	58
<b>Figura 4:</b> Recepción de derivaciones entre septiembre y noviembre de 2006 de miembros y no miembros	60
<b>Figura 5:</b> Recepción de derivaciones entre septiembre y noviembre de 2006 desde miembros de la RIF	61
<b>Figura 6:</b> Derivaciones entre los miembros de la RIF confirmadas por emisor y receptor	63
<b>Figura 7:</b> Intercambio de información referido por los informantes con miembros y no-miembros	65
<b>Figura 8:</b> Intercambio de información entre miembros de la RIF	66



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Cantidad de profesionales de la salud mental por servicio por tipo de inclusión (2006)	49
<b>Gráfico 2:</b> Cantidad de consultas de primera vez recibidas por servicio en octubre de 2006	49
<b>Gráfico 3:</b> Prestaciones de salud mental infanto-juvenil ofrecidas por cada establecimiento con representación en la Red Infanto-Juvenil (2006)	50
<b>Gráfico 4:</b> Información poseída por los informantes acerca de las prestaciones de salud mental infanto-juvenil de los demás miembros (2006)	55

---

---

## Introducción

En la provisión de servicios públicos de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires se ha recurrido a la implementación de redes interorganizacionales para contrarrestar los efectos negativos de la fragmentación entre sus componentes. Se ha propuesto que estas redes de servicios se conformen de acuerdo a problemáticas emergentes o poblaciones específicas, como es el caso de los servicios de salud mental para niños/as y adolescentes. Si bien esta propuesta se oficializa en normativas a partir del año 2000, su puesta en práctica por parte de los trabajadores de la salud mental comienza previamente, a partir de la necesidad percibida por los mismos de aunar esfuerzos y compartir recursos en pos de la mejor atención de la población.

Sin embargo, la mejora en la calidad de atención y la mayor eficiencia que se esperaría conseguir con una coordinación interorganizacional no sólo acarrearán desafíos administrativos, sino también desafíos relativos al desarrollo de relaciones de intercambio entre proveedores de servicios y a la distribución de información y poder entre los distintos miembros de la red asistencial. Estos desafíos se multiplican en el área de la salud mental, en buena parte debido a la escasa producción de conocimientos en torno a modelos de gestión adecuados a las características que este campo adquiere tras el movimiento global de desinstitucionalización de las patologías mentales.

Para conocer cómo se enfrentan estos retos, un camino posible es dilucidar cómo se distribuye la capacidad de influencia entre los miembros de una red y qué características asumen los intercambios en su estructura relacional. Siguiendo este camino, el presente trabajo adopta una perspectiva de red interorganizacional, a partir de la cual las derivaciones<sup>1</sup> de usuarios entre establecimientos de salud se entienden como relacio-

---

<sup>1</sup> El término "derivación" equivale a lo que también se llama "referencia" (transferencia formal para la atención de un usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un mayor nivel de complejidad) y "contrarreferencia" (transferencia formal de un proveedor de mayor nivel de complejidad a uno de menor complejidad para el seguimiento del caso).

nes fundamentales para la función de proveer servicios y, junto a los intercambios de información relevante a dicha función, permiten dar cuenta de las características de coordinación existente.

De este modo, el estudio analiza la estructura de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental (RIF) de Ciudad de Buenos Aires, con el objetivo de conocer las características que asumen las relaciones de intercambio de información y de derivación de usuarios en la red y la capacidad de influencia que cada miembro posee en estas relaciones. Para ello, se utiliza la metodología del Análisis de Redes Sociales o ARS, cuyo centro de interés son las conexiones entre actores sociales. Si bien el ARS ha sido poco aplicado aún en Argentina, su participación en la investigación social, y particularmente en la investigación organizacional, ha crecido globalmente en los últimos años (Borgatti y Foster, 2003).

En el presente estudio se analizan datos obtenidos de informantes clave de once servicios de salud mental infanto-juvenil de Ciudad de Buenos Aires, quienes respondieron entre diciembre de 2006 y febrero de 2007 a un cuestionario construido en el marco de esta investigación. El cuestionario tenía como propósito recoger datos relativos a la estructura y función de los servicios y datos relativos a tres relaciones: conocer la oferta en salud mental de los demás miembros, intercambiar derivaciones con otros servicios e intercambiar información relativa a la atención en salud mental con otros servicios. Sobre estos datos relacionales se calcularon medidas que caracterizan la conectividad de la red y la posición de cada nodo en la estructura de conexiones (densidad, reciprocidad, grado de centralidad, entre otras), para realizar luego la comparación inter-matrices y la evaluación de posibles asociaciones entre los datos relacionales y los datos atributivos recavados.

El desarrollo de este trabajo se describe en las próximas páginas con la siguiente organización. El primer capítulo presenta una contextualización de la problemática abordada, considerando la importancia creciente de las redes

interorganizacionales para la coordinación de una atención integral de la salud, describiendo la conformación y características de la red que es objeto del estudio y recorriendo algunos antecedentes empíricos del uso de la metodología y perspectiva elegidas en campos similares.

El siguiente capítulo expone el marco analítico y conceptual del trabajo. En primer lugar define y caracteriza las tres relaciones analizadas, presentando a continuación los objetivos de la investigación, los aspectos más relevantes de la perspectiva teórico-metodológica de redes sociales y la operacionalización de los conceptos reticulares y las relaciones analizadas.

El tercer capítulo se refiere más específicamente a aspectos metodológicos relativos al diseño del trabajo de campo y del procesamiento de los datos. En sus primeros cuatro apartados, el capítulo describe la delimitación de la red, la forma en que se seleccionaron los informantes y se llevó a cabo la recolección de datos y los aspectos éticos considerados. El quinto apartado del capítulo expone el diseño propuesto para el procesamiento y análisis de los datos, haciendo hincapié en el análisis de los datos relacionales. Los resultados del análisis se incluyen en el capítulo siguiente, donde se presentan las características individuales más relevantes de los servicios indagados y luego se dedican sucesivos apartados a lo hallado respecto de cada relación y al análisis interrelacional. Finalmente, el capítulo quinto de este trabajo se dedica a formular algunas conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos y en el marco de referencia de este estudio.

Se espera que este trabajo contribuya a conocer la forma en que se desarrollan relaciones de colaboración entre los establecimientos que conforman el sector público de salud mental infanto-juvenil (SMIJ) de Ciudad de Buenos Aires y, dentro de sus alcances y limitaciones, pueda realizar un aporte a la reflexión acerca de los modelos de gestión más adecuados a las características de este campo de la salud.

# Capítulo 1

## Contextualización de la problemática abordada

### 1.1. El interés por las redes interorganizacionales de servicios de salud

La creciente complejidad de la provisión de servicios de salud y la necesidad de optimizar el uso de la capacidad instalada para satisfacer la demanda de la población con la mayor calidad y equidad posibles, vuelven esenciales la coordinación y colaboración entre los diversos efectores y especialmente entre los diferentes niveles de atención. En este contexto, ha cobrado relevancia el concepto de redes interorganizacionales de servicios, como medio en el que puede desarrollarse una acción coordinada dirigida a la atención integral de la salud de las personas.

La decisión de organizar redes de servicios de salud suele fundamentarse en ventajas que se asocian teóricamente a las redes sociales: capacidad de utilizar más eficientemente los recursos, evitar solapamiento y duplicación, democratizar conocimientos y nivelar la calidad de atención en todos los servicios (Dabas y Perrone, 1999), reducir costos para prestadores y financiadores, compartir riesgo y capacidad escasa, desarrollar ideas y promover innovación (Goodwin, 6, Peck *et al.*, 2004: 304-5), estimular la colaboración y mejorar el acceso a los servicios (Nikbakht-Van de Sande, Van Der Rijt, Visser *et al.*, 2005).

Sin embargo, estas ventajas potenciales implican ciertos desafíos relacionados con mecanismos de negociación, participación, construcción de consenso y distribución de recursos materiales e informacionales entre miembros (Fleury, 2002) y, en muchos países, la reestructuración de la oferta en redes de servicios no ha logrado contrarrestar los efectos negativos de la fragmentación de sus sistemas de salud, que se traducen en ineficiencia, duplicidad, subutilización de los niveles primarios y congestión de los niveles más complejos, y una tenden-

cia a la intervención puntual en detrimento de una integral (Socios para la Reforma del Sector Salud, 2004).

Los problemas estructurales y funcionales derivados de la fragmentación del sector salud argentino, y su agudización a partir del proceso de reformas llevado a cabo durante los 90s, han sido analizados en diversas publicaciones (Banco Mundial, 2003; Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, 2002; Cetrángolo y Devoto, 2002; Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, OMS-OPS, 2004; Rodrigáñez Riccheri y Tobar, 2003; Rubinstein, 2004). La salud mental pública no escapa a los problemas del sector más amplio que integra, pero en su caso, a la disparidad de recursos, superposición o duplicación de la oferta, heterogeneidad en conductas y aislamiento de actores, que se derivan de la fragmentación general, deben sumarse las características que emergen de un proceso global tendiente a la desmanicomialización.

Este movimiento ha incrementado la importancia de los servicios locales, y la concomitante complejización de actores y roles en el sistema de salud mental demanda una red integrada con mayor coordinación entre proveedores para asegurar la continuidad de la atención (Oliver y Montgomery, 1996). En Argentina, la incorporación de nuevos dispositivos a los servicios de salud mental no ha sido acompañada por la producción de evidencias empíricas que permitan delimitar prioridades y modelos de gestión apropiados para esta área (Barrionuevo, s.f.) y, fuera de Argentina, pese al creciente volumen de publicaciones relacionadas con redes interorganizacionales de servicios de salud (para una revisión, véase Goodwin, 6, Peck *et al.*, 2004), la investigación en el campo de la salud mental parece ser aún escasa, focalizándose principalmente en aspectos de financiación y utilización de servicios, y en menor medida en la formación de relaciones de colaboración entre organizaciones y/o su efecto en la estructura del sistema de salud mental (Fried, Johnsen, Starrett *et al.*, 1998; Morrissey, Johnsen y Calloway, 1997; Provan, Roussin Isset y Milward, 2004).

Conocer cómo se desarrollan relaciones de colaboración entre organizaciones que integran una red asistencial es un paso importante en la búsqueda de una atención más eficiente de las necesidades de la población. En el presente trabajo, se intenta avanzar en este sentido dentro del área de la salud mental y, específicamente, en el caso de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

## 1.2. La Red Infanto-juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires

Para enfrentar la desarticulación entre sus prestadores, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) ha puesto énfasis en la coordinación de redes de servicios. Así, en 1997, se crea por resolución (Ciudad de Buenos Aires, 1997) un programa de redes de atención de la salud, y en 1999, la Ley Básica de Salud (Ciudad de Buenos Aires, 1999) establece la organización del sector salud en redes de servicios y niveles de complejidad. Estas redes son definidas, como:

...formas de organización que vinculan, coordinan, redistribuyen y ponen a disposición de la población, en forma equitativa, eficaz y eficiente, todos los recursos de una rama de atención de la salud dispersos en un área determinada, promoviendo una atención de calidad y el uso racional de la capacidad instalada (Ciudad de Buenos Aires, 1997: 1558)

En 2000, se extiende la estrategia al área de la salud mental (Ciudad de Buenos Aires, 2000), y dos años más tarde, el Plan de Salud Mental (Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Salud Mental, 2002) propone coordinar una red municipal de atención y diferentes redes de servicios en torno a problemas emergentes, como los trastornos de alimentación y las adicciones, y a grupos específicos, como los adultos mayores y la población infanto-juvenil.

Si bien la Red Infanto-juvenil de Salud Mental es incorporada a este marco normativo en calidad de sub-programa, su gestación se produce a mediados de los 90s, cuando represen-



---

tantes de equipos de salud mental infanto-juvenil de hospitales públicos de Ciudad de Buenos Aires (CBA) comienzan a reunirse para tratar conjuntamente temas de atención, docencia e investigación (Coordinación de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental, comunicación personal, 27 de abril de 2006). La periodicidad de estas reuniones lleva en el año 2000 a la producción de un reglamento de trabajo en red, aún no oficializado, que denomina "Red Infanto-Juvenil de Salud Mental" a la comisión de representantes de los Hospitales Públicos dependientes de la Dirección de Salud Mental del GCBA, y define como "miembros" a los coordinadores de áreas y/o profesionales del servicio hospitalario que sean designados como representantes por la Jefatura del Servicio de Psicopatología de cada establecimiento. Entre los objetivos de la red, se propone: la discusión interdisciplinaria de actividades relacionadas con asistencia, derivación, prevención, docencia e investigación; la interacción entre los diferentes servicios articulando niveles de complejidad; y el desarrollo de programas a través de discusiones académicas, normas de organización y atención, y análisis y evaluación de posibilidades terapéuticas (Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires, 2000).

Actualmente, el sitio en Internet del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2007) publica que la Red Infanto-juvenil de Salud Mental se compone de 24 establecimientos asistenciales, entre los que se incluyen tres hospitales Infanto-juveniles (uno de ellos monovalente-neuropsiquiátrico), dos Centros de Salud Mental, un hospital de emergencias psiquiátricas con servicios para adolescentes, y diferentes servicios de psicopatología que, con modalidades de organización y ofertas disímiles, integran a los 18 establecimientos restantes. Adicionalmente, existirían en la ciudad otros seis hospitales públicos con servicios de salud mental para niños y/o adolescentes que no pertenecerían formalmente a la red.

El acercamiento al campo involucrado en este estudio, sin embargo, dejó ver que el número de establecimientos que efec-

tivamente poseen representación en la coordinación de la RIF sería menor al publicado, pudiéndose identificar 13 servicios de salud mental infanto-juvenil cuyos representantes participaron de las reuniones de la red al menos una vez durante el año 2006. Adicionalmente, el trabajo de campo mostró que la mayor parte de los referentes representan a un área dentro del sector de salud mental infanto-juvenil de su establecimiento, a pesar de que formalmente se les atribuye la representación de todo el sector. En este sentido, es conveniente tener en cuenta que muchas veces el/la referente solamente dispone de información de su propio equipo para compartir con la red y solamente comparte con su equipo la información a la que accede en las reuniones de la red.

Finalmente, en el capítulo dedicado a los resultados de esta investigación, puede encontrarse una caracterización más detallada de los servicios que componen la red infanto-juvenil, incluyendo información sobre aspectos estructurales y de funcionamiento de los servicios que fuera ofrecida por los informantes al ser entrevistados.

### 1.3. Las redes de servicios de salud como objeto de estudio

Si bien en Argentina el estudio de redes sociales comunitarias ha ido desarrollándose en los últimos años a partir de la relevancia que estas organizaciones adquirieron como formas de enfrentar la crisis económica y social del país (Barreiro y Leite Lucimeire, 2004; Cejas, Diyarjan, Longo *et al.*, 2002; Forni, 2002; Mallimaci, 1995; Shapira y France, 1996), las redes de servicios de salud, como modalidad interorganizacional, no han sido foco de interés, limitándose su incorporación en los estudios a los resultados que en términos de estado de salud de la población producen los efectores que integran estas redes. Así, por ejemplo, un estudio transversal (Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud, 2005), dirigido a identificar inequidades en la atención materno-infantil y su relación con el estado de salud, evaluó la accesibilidad, cobertura, calidad e integración de los

establecimientos de 10 provincias argentinas que conformaban redes de atención. Para ello se utilizaron datos secundarios de los establecimientos asistenciales y datos primarios provenientes de entrevistas a informantes institucionales y encuestas a la comunidad. Pese a no constituir su centro de interés, el estudio aporta algunos resultados relevantes acerca de la red de atención, como ser: la existencia de diferentes procesos de participación y organización social en la conformación de las redes; diferentes mecanismos de articulación entre niveles de atención y entre efectores del mismo nivel; y la contradicción entre una proporción significativa de responsables de establecimientos que refieren no contar con estructura acorde a la demanda y el análisis de los recursos disponibles en la red como conjunto.

Estudios cuyo interés central son las características relacionales que asumen determinadas redes de atención de la salud están proliferando en otros países. Estos estudios se dirigen a explorar la estructura vincular y el flujo de intercambio de las redes con diferentes objetivos. En algunos casos, se busca describir aspectos específicos, como las necesidades de información de los miembros y su acceso a la información disponible en la red (Thain y Wales, 2005); estudiar los efectos de una intervención formativa en los distintos actores miembros (Heikkinen, Puura y Mattila, 2005); o establecer relaciones entre la pertenencia a una red y la mayor eficiencia en la provisión de determinados servicios de salud (Rosko y Proenca, 2005).

En otros casos, se privilegia la percepción de los miembros acerca de los logros, oportunidades y restricciones que se asocian a su pertenencia a una red de servicios (Connelly, McAveary y Griffiths, 2005; Lettl, 2005; Richardson, Sitzia y Cotterell, 2005; Nikbakht-Van de Sande, Van Der Rijt, Visser *et al.*, 2005). Así, en un estudio interesado en los resultados de la reforma organizacional iniciada en el sistema de salud inglés para impulsar la participación de pacientes y personal de primer nivel de atención en la toma de decisiones, Connelly, McAveary y Griffiths (2005) realizaron una encuesta nacional a los trabajadores de la salud para conocer si estarían disponibles los recursos humanos y de otros

tipos necesarios para lograr la meta de la reorganización. A través de cuestionarios enviados a una muestra aleatoria, los autores encontraron que 83% de los encuestados decían que los recursos eran poco adecuados o totalmente inadecuados, 68% respondieron que las redes de salud pública eran inadecuadas, y un 28% reportó alta sobrecarga en el trabajo.

Otros estudios se dirigen a explorar las estructuras y patrones de intercambio de las redes, contribuyendo a visualizar problemáticas relacionadas con la distribución de poder entre los actores de una determinada red de servicios (Cott, 1997; Dunlop y Holosko, 2004; Lemieux-Charles, Chambers, Cockerill *et al.*, 2005; West, Barron, Dowsett *et al.*, 1999) o la capacidad de influencia de ciertos actores en el conjunto de las conexiones (Heng, McGeorge y Loosemore, 2005; Pappas, Flaherty y Wooldridge, 2004; Zuvekas, 2005). Por ejemplo, en Canadá se estudió (Cott, 1997) la estructura de una red local de atención geriátrica para analizar la relación entre patrones de intercambio y posiciones jerárquicas. Utilizando el enfoque ARS, Cott realizó entrevistas auto-administradas a 93 trabajadores de la salud de tres equipos, hallando que existían dos subredes, una multiprofesional y una de enfermería, cada una de las cuales poseía diferente estructura y diferentes grados de involucramiento en las tareas. Si bien se observaba un creciente trabajo-en-equipo, el sub-grupo profesional se ocupaba de la toma de decisiones y resolución de problemas, mientras que el sub-grupo de enfermería realizaba tareas más mecánicas y focalizadas, reforzándose de esta forma la estructura jerárquica.

En términos generales, los estudios de redes de servicios como estructuras vinculares con determinados patrones de intercambio y distribución de poder, constituyen un aporte valioso en la detección y comprensión de problemas de funcionamiento en los servicios de salud, así como en la identificación de características estructurales que favorecen el accionar de los efectores. En ambos casos, la información obtenida abre la puerta a indagaciones más detalladas e intervenciones que mejoren

los aspectos obstaculizantes o refuercen aquellos favorables.

En el área de la salud mental, como se señaló previamente, los estudios que abordan la coordinación interorganizacional no son tan frecuentes como en otras áreas. Entre los trabajos revisados, se ha encontrado que el análisis de relaciones de derivación de usuarios aparece reiteradamente en la caracterización de redes de servicios de salud mental y como representación de su funcionamiento coordinado (Fried, Johnsen, Starrett *et al.*, 1998; Morrissey, Johnsen y Calloway, 1997; Oliver y Montgomery, 1996; Provan, Roussin Isett y Milward, 2004; Ridgely, Lambert, Goodman *et al.*, 1998).

Partiendo de la concepción de que la coordinación de servicios de salud puede ser examinada a nivel de redes interorganizacionales, Oliver y Montgomery (1996) realizaron un estudio sobre redes de servicios de salud mental de tres condados de Oregon, Estados Unidos. El estudio buscaba relacionar la influencia organizacional atribuida con tres tipos de intercambios: asignación de fondos, derivaciones enviadas y derivaciones recibidas. Para ello, se realizaron entrevistas a los directores de organizaciones de salud mental de los tres condados, hallando que la organización con mayor influencia en la asignación de fondos no era la que tenía un rol más importante en la coordinación de contactos rutinarios, ya que esto último se asociaba a la habilidad para derivar pacientes. Los autores concluyeron que esta discrepancia podría indicar debilidades en la coordinación y efectividad de la red, dado que la organización más influyente en la asignación de recursos económicos podía no ser la que mayor conocimiento tuviera acerca de las necesidades del sistema. Adicionalmente, los autores hallaron una correlación positiva entre centralidad en la derivación enviada y centralidad en los contactos, concluyendo que para predecir la centralidad en una red de contactos o información, el recurso más importante parecía ser la centralidad en la red de derivación (envío) de pacientes. Este hallazgo puede ser importante para conocer las características de los servicios de salud mental, ya que, a diferencia de lo que puede pasar en otros campos de la salud, donde se

espera que la institución que recibe derivaciones sea más central, en los servicios de salud mental la centralidad en la interacción estaría más ligada a la capacidad de producir derivaciones.

Diferentes estudios realizados sobre otros tipos de redes interorganizacionales de servicios de salud han considerado importante el examen de variables relacionadas con la derivación de usuarios para dar cuenta de la coordinación entre diferentes prácticas de atención (Goldszmidt, Levitt, Duarte-Franco *et al.*, 1995), entre niveles de atención (Alonso Pérez de Ágreda, Febrel Bodejé y Huelin Domeco de Jarauta, 2000; Forrest, Glade, Baker *et al.*, 2000; Forrest, Glade, Starfield *et al.*, 1999) y entre servicios orientados a un mismo grupo poblacional (Bolland y Wilson, 1994).

Un estudio fuera del campo de la salud mental pero con características similares a las del trabajo aquí propuesto en cuanto a metodología, número de organizaciones incluidas y algunas de las variables contempladas, fue realizado por Kwait, Valente y Celentano (2001). El estudio utilizó la metodología ARS para abordar una red local preestablecida de atención de pacientes con VIH/SIDA. A través de entrevistas a informantes clave de 30 organizaciones, los autores analizaron los siguientes vínculos: derivaciones de pacientes, intercambio de información acerca de pacientes en común, acuerdos escritos de derivación de pacientes y programas conjuntos. Entre sus hallazgos, se menciona que las cinco organizaciones con posición más central en los vínculos tendían a ser aquellas creadas específicamente para la atención en VIH/SIDA. También hallaron una correlación entre intercambio de información y derivación de pacientes, y que para estos dos vínculos, la colaboración interorganizacional ocurría de forma *ad hoc* a partir de necesidades emergentes de la atención con mayor frecuencia que a partir de los vínculos formales (programas conjuntos y acuerdos escritos). Las entrevistas mostraron que los vínculos personales tenían gran valor como promotores de coordinación interorganizacional, mientras que

los acuerdos escritos eran completados sólo a fines de obtener financiación y no cobraban sentido como mecanismos de promoción de derivaciones.

Conclusiones similares fueron obtenidas localmente, en un estudio (Bello, 2002) que abarcó tres hospitales y sus servicios periféricos en Ciudad de Buenos Aires, Bahía Blanca y Partido Alte. Brown, para conocer los factores que hacen que referencia y contra-referencia no tengan aplicación efectiva en la práctica habitual de las instituciones de salud. A través de una revisión del marco normativo y registros disponibles y encuestas a profesionales de los servicios, el estudio halló que pese a existir reconocimiento del valor de referencia/contrarreferencia en la mejor atención, su uso era escaso y ligado mayormente a prácticas informales y no tanto a normas explícitas. El autor concluyó que las características idiosincrásicas de la práctica profesional, relacionadas con factores históricos, institucionales y culturales, la falta de normas comunes de atención y los obstáculos administrativos dados por la estructura institucional, condicionaban una efectiva vinculación entre los actores y dificultaban el funcionamiento de referencia/contrarreferencia en la red de servicios.

Estos dos últimos estudios sugieren que la implementación formal de una red asistencial no necesariamente determina las relaciones que se establecerán entre organizaciones, las cuales pueden emerger de necesidades prácticas o vínculos informales no inmediatamente visibles para las instancias de decisión política.

## Capítulo 2

### Marco analítico-conceptual

#### 2.1. Flujo de derivaciones e intercambio de información

Según Bolland y Wilson (1994), al crecer la cantidad de proveedores de servicios, una comunidad adquiere mayor capacidad para atender las necesidades sociales comprehensivamente, pero este mismo crecimiento dificulta que los servicios funcionen como sistema coordinado. Desarrollar coordinación interorganizacional se vuelve entonces una prioridad en los intereses de la salud pública. Para estos autores, la esencia de tal coordinación, es que:

*When organizations providing one type of service refer clients to, get information about, and otherwise interact with organizations providing other types of services, the interests of multiple-need clients are served more effectively than if such interaction does not occur. This is the essence of integrative coordination in the delivery of services (Bolland y Wilson, 1994: 346)<sup>2</sup>.*

Con el propósito de contribuir a conocer cómo se desarrolla coordinación entre servicios de salud mental dirigidos a niños/as y adolescentes de CBA, el presente trabajo analiza la estructura relacional de la Red Infanto-juvenil de Salud Mental (RIF) y, particularmente, las relaciones de derivación que en ella se producen, el flujo de recursos informacionales relevantes para su tarea asistencial y la capacidad de influencia que poseen los servicios miembros de la red sobre estos intercambios.

Las características de los vínculos de derivación, que fundamentan en parte la implementación de esta red (Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Salud Mental, 2002), pueden arrojar luz sobre una posible relación entre los atributos estructurales de la red y la capacidad de usar eficientemente los recursos dis-

---

<sup>2</sup> Cuando las organizaciones que proveen un tipo de servicio derivan pacientes a, obtienen información acerca de, y de otro modo interactúan con organizaciones que proveen otros tipos de servicios, los intereses de los pacientes con necesidades múltiples son atendidos más efectivamente que si tal interacción no ocurre. Esta es la esencia de la coordinación integrativa en la provisión de servicios [traducción propia].



ponibles (Bolland y Wilson, 1994; Socios para la Reforma del Sector Salud, 2004). Adicionalmente, las características del flujo de derivaciones suele relacionarse con la existencia de coordinación en una red asistencial (Bolland y Wilson, 1994; OPS/OMS, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, 1998; Socios para la Reforma del Sector Salud, 2004) y han sido utilizadas como indicadores de la forma más o menos centralizada de las conexiones de una red de servicios (Oliver y Montgomery, 1996).

Siguiendo a Bolland y Wilson (1994) y a otros autores (Fried, Johnsen, Starrett *et al.*, 1998; Krauss, Mueller y Luke, 2004; Morrissey, Johnsen y Calloway, 1997; Oliver y Montgomery, 1996; Provan, Roussin Isett y Milward, 2004), en este trabajo se sostiene que las derivaciones entre servicios de salud son relaciones interorganizacionales, que estas relaciones son esenciales a la función de proveer servicios de salud, y que, en tanto relaciones, pueden concebirse como redes y analizarse desde el enfoque del Análisis de Redes Sociales.

La importancia de estudiar el flujo de información entre los miembros de la red reside, en parte, en que a diferencia de otras áreas asistenciales que requieren tecnología e insumos específicos para su función, el instrumento primordial en la atención de la salud mental es el recurso humano, sus conocimientos y acceso a recursos informacionales en general. De esta forma, puede suceder que, en asociación o independientemente de las derivaciones de usuarios, las relaciones de colaboración más importantes entre los miembros de la red estén basadas en intercambios de conocimientos, experiencias asistenciales u otros recursos informacionales relevantes para la tarea que realizan.

Además de las dos redes mencionadas, el análisis incluye una tercera red, llamada de "reconocimiento", cuyos lazos están definidos por la posesión de información acerca de las características de la oferta disponible en los demás nodos. La inclusión de esta red se justifica porque la coordinación entre servicios de salud, y en consecuencia el funcionamiento adecuado del siste-

ma de derivaciones, depende de que cada miembro de la red asistencial reconozca a los demás como proveedores de servicios y conozca las características de las prestaciones posibles en ellos (Socios para la Reforma del Sector Salud, 2004).

Conteniendo estos tres tipos de relaciones, y estableciendo la capacidad de influencia o posición que los distintos servicios poseen sobre ellas, el análisis estructural de la RIF puede ofrecer un panorama más preciso de las conexiones existentes entre los servicios miembros, dando cuenta de las oportunidades y restricciones que los miembros poseen respecto del acceso a recursos y la posibilidad de influir en el desempeño del conjunto (Hanneman y Riddle, 2005).

Este análisis brinda información acerca de las características de un sector particular de la provisión de servicios de salud mental, pero puede también contribuir, en la medida de sus alcances, a la producción de conocimientos sobre la coordinación interorganizacional de servicios de salud mental y, de este modo, a la toma de decisiones sobre su gestión.

Concluyendo este apartado y antes de continuar con los objetivos de investigación, es conveniente señalar algunas restricciones en el recorte del campo estudiado. Por un lado, múltiples factores sociales, políticos y económicos que atraviesan la red no fueron examinados en este trabajo por exceder sus posibilidades, así como tampoco se exploraron otras redes que coexisten o que engloban a la red infanto-juvenil.

Por otro lado, no era posible para este trabajo abordar otros elementos de la propia red, de modo que el análisis se limitó a la estructura reticular y a determinados flujos que se consideran básicos para la función específica de los servicios de salud (Bolland y Wilson, 1994) y que pueden ser aprehendidos a través de instrumentos accesibles.

Finalmente, si bien se mantuvo abierta la posibilidad de hallar información o relaciones relevantes en torno a diferencias en la posesión de recursos tangibles como pueden ser los de

infraestructura y los recursos humanos, éstos aspectos no constituyeron el foco de interés primario del trabajo.

## 2.2. Objetivos

El presente estudio analiza la estructura relacional de la Red Infanto-juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires (RIF), con el objetivo de conocer qué características asumen los flujos de recursos informacionales y de derivación de usuarios desde y hacia los servicios miembros<sup>3</sup> (nodos), y potencialmente otros servicios de salud no-miembros, y cómo se distribuye la capacidad de influencia sobre estos intercambios entre los nodos de la red. Sus objetivos específicos, son:

1.Describir la relación de intercambio de derivaciones de usuarios que se produce en las conexiones de los nodos de la RIF, considerando presencia, intensidad y direccionalidad de la relación desde y hacia los nodos miembros.

2.Describir la relación de intercambio de información que se produce en las conexiones de los nodos de la RIF, en términos de presencia y contenido de intercambios espontáneos desde y hacia los nodos miembros y de su participación en actividades estructuradas de intercambio.

3.Indagar si existen o no intercambios de información o derivación de usuarios entre los nodos miembros y organizaciones no pertenecientes a la RIF que den cuenta de una red informal diferente o superpuesta a la RIF.

4.Establecer la capacidad de influencia que los nodos de la RIF poseen respecto de los intercambios de recursos informacionales y de derivaciones de usuarios, a través del análisis de la posición que ocupa cada uno de ellos en la estructura relacional de la red.

5.Identificar aspectos facilitadores y obstaculizantes en la estructura de la red que puedan ser tenidos en cuenta en inter-

---

<sup>3</sup> Por razones de síntesis, se llama "servicios miembros" a las entidades que pertenecen a la Red Infanto-juvenil de Salud Mental (RIF), independientemente de que sean hospitales, centros de salud, unidades de salud mental o grupos de trabajo dentro de una unidad.

venciones tendientes a la organización más eficiente del sistema.

### 2.3. Perspectiva de Redes Sociales

Si bien existe una creciente producción conceptual y metodológica en torno a las “redes sociales”, en este contexto se incluyen algunas definiciones básicas que delimitan la perspectiva de este trabajo y que permiten un acercamiento a la operacionalización de las dimensiones a estudiar.

En primer lugar, una “red” es un conjunto de conexiones relativamente estables entre entidades individuales o colectivas (nodos), a través de las cuales fluyen elementos materiales y/o inmateriales. Cuando este concepto se aplica a fenómenos sociales, las redes son configuraciones vinculares entre actores (personas, grupos, organizaciones, estados) cuyo flujo de intercambios involucra recursos tangibles (económicos, tecnológicos, humanos) y/o intangibles (afectivos, informacionales).

Una “red de servicios de salud” se define como un conjunto articulado de unidades (personas y/u organizaciones) prestadoras de servicios que, estando ubicadas en determinado espacio geográfico y poseyendo diversa capacidad resolutive, se interrelacionan funcionalmente y se apoyan en normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2005; Inglaterra, Department of Health, 2005).

Al tratar las relaciones entre actores sociales, la literatura muestra dos líneas de abordaje que, sin ser excluyentes entre sí, contienen diferencias en cuanto a lo que designan “red social” (Borgatti y Foster, 2003; Goodwin, 6, Peck *et al.*, 2004). Para algunos autores interesados particularmente en la gestación e implementación de políticas ligadas a determinadas estructuras comunitarias y/o institucionales (Arteaga, Bernardo y Roa, 2002; Dabas y Perrone, 1999; Fleury, 2002; Madariaga Orozco, Abello Llanos y Sierra García, 2003; Rovere, 1999), las redes sociales representan una alternativa novedosa a las formas de orga-

nización tradicionales. Estos autores oponen la horizontalidad del poder y democratización de recursos de las redes sociales a los dispositivos regulados por mecanismos del mercado y a las jerarquías o burocracias.

Desde otra perspectiva, las estructuras sociales pueden ser pensadas como redes en tanto son conjuntos de relaciones entre personas o grupos de personas que interactúan a partir de tareas, problemáticas o propósitos comunes, intercambiando recursos en esa interacción (Sanz Menéndez, 2003; Scott, 2000; Tindall y Wellman, 2001; Wasserman y Faust, 1994). La idea subyacente a esta perspectiva es que los fenómenos sociales emergen de las interacciones entre actores, y por lo tanto se puede alcanzar un mejor conocimiento de sus propiedades estudiando los flujos de intercambio que se producen en dicha interacción (Sanz Menéndez, 2003). Se sostiene que las características de los vínculos de una red afectan tanto los resultados de la tarea realizada, como las actitudes, valores, comportamientos y grados de satisfacción de sus miembros (Sanz Menéndez, 2003; Tindall y Wellman, 2001).

En este trabajo, sin desestimar los postulados del primer grupo, se prefirió mantener una definición amplia de "red". En primer lugar, porque dado que la red estudiada se estableció en estructuras tradicionales preexistentes sin modificarlas, el análisis desde una visión restrictiva podía quedar solapado por la pregunta evaluativa de si se trata realmente de una red o no. En segundo lugar, porque la perspectiva más amplia permite pensar que los mismos tipos de factores (entre ellos, la distribución de poder y el acceso a la información) pueden estar asociados con la forma más o menos jerárquica que adquieren los vínculos entre y dentro de las organizaciones (Goodwin, 6, Peck *et al.*, 2004). Un supuesto importante al pensar en redes sociales es que sus patrones vinculares generan tanto oportunidades como restricciones en el acceso de sus miembros a recursos escasos de información y poder, pudiendo éstos encontrarse centralizados o distribuidos homogéneamente entre sus nodos (Sanz

Menéndez, 2003; Tindall y Wellman, 2001).

Por otro lado, en consonancia con esta posición, una corriente de investigación ligada a la Sociometría ha desarrollado un conjunto de conceptos e instrumentos metodológicos específicos para el estudio de redes sociales, conocido como Análisis de Redes Sociales o ARS. La revisión bibliográfica muestra que, cuando el objeto de interés son las características de una red y no sólo los atributos individuales de sus integrantes, cada vez más estudios utilizan ARS (Cott, 1997; Forni, Siles y Barreiro, 2004; Heng, McGeorge y Loosemore, 2005; Krauss, Mueller y Luke, 2004; Lemieux-Charles, Chambers, Cockerill, *et al.*, 2005; Pappas, Flaherty y Wooldridge, 2004; Scott, Tallia, Crosson, *et al.*, 2005; Totterdell, Wall, Holman, *et al.*, 2004).

El ARS combina el concepto de Sociograma (representación visual de las relaciones en un grupo social) con elementos de la Teoría del Grafo para analizar patrones de interacción entre actores sociales, a través de comparaciones cuantitativas de las propiedades estructurales de la red que conforman, utilizando instrumentos matemáticos específicos<sup>4</sup> y partiendo de datos cuantitativos y cualitativos que deben ser transformados en datos relacionales (Sanz Menéndez, 2003; Scott, Tallia, Crosson, *et al.*, 2005; Velázquez Álvarez y Aguilar Gallegos, 2005).

Para este enfoque, la unidad de análisis no es el individuo con sus atributos como elemento independiente, sino la relación entre pares de actores (Hanneman y Riddle, 2005; Tindall y Wellman, 2001). Los sistemas sociales no son tratados como suma de atributos individuales, sino que se busca relacionar datos atributivos con datos relacionales y estructurales (Tindall y Wellman, 2001). En la aproximación a los datos, el interés recae tanto en los atributos relacionales individuales, que dan cuenta de las oportunidades y restricciones que posee un miembro a partir de su imbricación en la red, como en las características estructurales de la red entera, que dan cuenta de propiedades

---

<sup>4</sup>Debido a que los datos relacionales no son observaciones independientes, y por lo tanto no satisfacen los requisitos de las herramientas estadísticas usuales, el ARS utiliza instrumentos matemáticos basados en la teoría de grafos, de matrices y el álgebra relacional.

emergentes de las interacciones locales. Así, por ejemplo, un miembro de la red con muchas conexiones puede tener acceso a mayor cantidad de información y ser capaz de influir o ser influenciado por otros. Para la red en su conjunto, la mayor conectividad puede permitir movilizar recursos con mayor eficiencia e incorporar múltiples perspectivas para solucionar problemas (Hanneman y Riddle, 2005).

## 2.4. Definiciones operacionales

Los datos básicos a obtener de la estructura de la red, son: la cantidad de nodos que posee, la cantidad de conexiones existentes y la cantidad de conexiones posibles. El análisis de esta información permite calcular ciertas medidas que dan cuenta de propiedades de la estructura global de la red, como su nivel de integración y conectividad, su centralización, la presencia de grupos de actores más fuertemente conectados, etc.

La posición o "capacidad de influencia" de un nodo se define como su capacidad de acceder a, y regular los intercambios de, los recursos materiales e inmateriales disponibles en la red. En términos de análisis, la posición de un nodo en la estructura relacional se representa a través de medidas de centralidad<sup>5</sup>, que son conjuntos de algoritmos calculados a partir de la cantidad de conexiones directas que posee un nodo con otros nodos, la distancia de estas conexiones (cantidad de nodos por los que tiene que pasar para acceder a los demás nodos) y la frecuencia en que el nodo aparece como intermediador en las conexiones de otros nodos (Hanneman y Riddle, 2005). En el contexto de este trabajo, la posición de cada nodo está dada por su centralidad en los patrones de derivaciones enviadas y recibidas, y en los intercambios de información que realiza con los demás servicios.

Desde el punto de vista metodológico, las derivaciones enviadas y recibidas entre los nodos y la existencia de intercam-

---

<sup>5</sup> La forma en que un actor está imbricado en una estructura relacional le impone limitaciones y oportunidades, y de esta forma, determinadas posibilidades de obtener beneficios en los intercambios, poseer influencia y recibir atención. En este sentido, las posiciones más centrales tienden a ser posiciones más poderosas y las medidas de centralidad constituyen aproximaciones a la noción de "poder" (Hanneman y Riddle, 2005).

bio de información entre los mismos nodos constituyen redes diferentes.

Por “derivación”, se entiende la transferencia explícita de la atención de usuarios desde un establecimiento que provee servicios de salud mental infanto-juvenil (SMIJ) a otro que también provee servicios de SMIJ, según lo refieren los informantes<sup>6</sup> de cada nodo. La relación entre nodos puede expresarse como “intercambia derivaciones con” y se trata de una relación direccional, incluyendo derivaciones recibidas (“recibe derivaciones de”) y derivaciones enviadas (“envía derivaciones a”). En ambos casos, se consideró: a) presencia/ausencia de intercambio de derivaciones entre los nodos miembros y entre los nodos miembros e instituciones externas a la red en un período de tiempo delimitado; b) direccionalidad del intercambio; y c) frecuencia o intensidad del intercambio en el período establecido (escala de 0 a 3, donde 0 indica ausencia de intercambio y 3 indica más de seis veces en el período indagado).

El “intercambio de información” se define como la existencia de conexiones entre los nodos de la red por donde puedan enviarse y/o recibirse recursos informacionales relevantes para su función específica (atención de la salud mental infanto-juvenil), como pueden ser conocimientos teóricos y técnicos, experiencias de la práctica, datos epidemiológicos, normativas, disponibilidad de recursos en la red, etc. La relación entre nodos puede expresarse como “intercambia información con” y es definida como relación bidireccional: si A intercambia información con B, B intercambia información con A. Para esta relación se consideraron dos modalidades de conexión: la participación del nodo en actividades de formación y/o intercambio relativamente estructuradas (como ateneos, jornadas, congresos) con otros servicios de salud mental infanto-juvenil durante un período predefinido, y la presencia o ausencia de intercambios regulares, directos y espontáneos entre los distintos nodos miembros y

---

<sup>6</sup>Al no existir un protocolo de derivación ni documentación formal de seguimiento, no se puede contar con registros escritos de las derivaciones efectivamente realizadas.



entre los nodos miembros y otras instituciones no pertenecientes a la red. Para la modalidad de intercambio directo nodo a nodo, interesaba también el contenido predominante del intercambio.

El tercer tipo de relación de interés corresponde a lo que se ha llamado "reconocimiento", que se define aquí como la posesión por parte de cada nodo de información acerca de las características de la oferta disponible en los demás nodos y, en términos de relación, como "conocer la oferta de". Para apreciar este tipo de relación, se consideraron cinco tipos de prestaciones básicas de salud mental infanto-juvenil (guardia, internación, hospital de día, tratamientos ambulatorios individuales y tratamientos ambulatorios familiares) y se recogieron las respuestas de los informantes acerca de si cada otro establecimiento poseía cada una de estas prestaciones o no.

## Capítulo 3

### Diseño metodológico

#### 3.1. Nivel de análisis y delimitación de la red

El presente es un estudio transversal de la estructura relacional de la Red Infanto-juvenil de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (RIF) que utiliza la metodología del Análisis de Redes Sociales (ARS). El enfoque ARS permite diferentes niveles de análisis, pudiendo focalizarse en la red particular de un nodo individual, en díadas, tríadas o subgrupos de nodos, o en la red como un todo (Wasserman y Faust, 1994). Adicionalmente, dada la interdependencia de sus unidades de análisis, en la metodología ARS las diferentes técnicas de muestreo consisten en criterios de delimitación de la “población” que se define como “red”, ya sea a partir de los vínculos que refieren los propios actores (*snowball*), o de características comunes a un conjunto de actores definidas *a priori* (Verd Pericás y Martí Olivé, 1999).

En este estudio se decidió abordar la estructura completa de la RIF, porque al tratar la totalidad de las conexiones, este nivel permite identificar actores periféricos, centrales e intermediadores en el flujo de recursos (Vivas, 2001). La delimitación de la red objeto de estudio estuvo dada, en primer lugar, por la pertenencia jurisdiccional-institucional de los servicios de salud y la participación de sus representantes en las reuniones de la red, y, en segundo lugar, por decisiones metodológicas que se mencionan a continuación.

Si bien en una etapa preeliminar se definió como red completa al listado de 24 establecimientos que oficialmente formarían parte de la RIF (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007), un primer acercamiento al campo reveló que no todas estas instituciones poseen representantes ante la coordinación de la red, ya sea porque han dejado de asistir a las reuniones o porque nunca lo han hecho. Paralelamente, se decidió excluir a los establecimientos que limitan su atención a patologías orgánicas es-

pecíficas por considerarse que los intercambios con estas instituciones obedecen a motivos particulares diferentes de los intercambios entre el resto de los establecimientos, pudiendo su número y dinámica distorsionar el análisis de los intercambios en su conjunto. Estos establecimientos, igualmente, no fueron mencionados como miembros activos de la red.

De este modo se redefinió como red completa el conjunto de establecimientos que han designado un representante que concurre o ha concurrido en el año 2006 a una o más reuniones de la RIF y que no limitan su atención a patologías orgánicas específicas. Estos establecimientos fueron identificados a través de la información otorgada tanto por la Coordinación de la RIF como por los referentes de la misma a medida que se los entrevistaba. Finalmente, el número de servicios que pudieron incluirse como miembros de la red fue de 13, abarcando: un Centro de Salud y Acción Comunitaria; dos Centros de Salud Mental; seis Hospitales Generales; dos Hospitales Generales de Niños; y dos Hospitales Monovalentes.

De los 13 establecimientos miembros, se accedió a información de 11 y durante la recolección se puso en evidencia que en la mayoría de los casos no era todo el sector de SMIJ del establecimiento lo que estaba representado en la RIF, sino un área o equipo dentro del sector donde se desempeñaba el/la referente de la RIF<sup>7</sup>. En este sentido, cuando a continuación se habla de "servicio" o de "miembro de la red", debe entenderse el área del sector de SMIJ de cada establecimiento que tiene representación en la Coordinación de la RIF.

### 3.2. Selección de informantes

Se recolectó información en once servicios de SMIJ identificados como nodos de la red a través de la administración a informantes clave de un cuestionario construido para los fines

---

<sup>7</sup> Esta característica se comprende mejor si se tiene en cuenta que algunos establecimientos dividen su Unidad de Salud Mental en diferentes sectores, por ejemplo de acuerdo a la banda etarea atendida (niños, preadolescentes, adolescentes, por ejemplo) o al nivel resolutorio de cada equipo (consultorios externos, hospital de día, internación psiquiátrica, etc.).

de este trabajo. Basándose en la literatura consultada (Bolland y Wilson, 1994; Krauss, Mueller y Luke, 2004; Kwait, Valente y Celentano, 2001; Oliver y Montgomery, 1996) y en las características de la red a estudiar, se consideró que la información que se podría obtener de informantes clave sería suficiente para satisfacer los objetivos aquí propuestos.

Si bien el proyecto de esta investigación proponía entrevistar a los referentes de la RIF en cada servicio y a otros informantes calificados de los mismos, esta modalidad resultó inviable y poco adecuada en la mayoría de los servicios debido a alguna de las siguientes situaciones. En algunos establecimientos, por su posición y/o por el tamaño del servicio de SMIJ, el/la referente era la única persona disponible y/o que poseía la información requerida. En otros establecimientos, dada la distribución de la información en su estructura interna, el/la referente tenía a su disposición la mayoría de la información requerida y ciertos datos debían ser aportados por otros actores. Finalmente, se presentó la situación de que la persona con mayor disponibilidad y acceso a la información requerida no era el/la referente de la red, de modo que se identificó a otro informante con la ayuda del personal de ese servicio.

De esta manera, se completó un cuestionario por servicio visitado, variando el número de informantes entre uno y dos, de acuerdo al tamaño y/o a la distribución interna de la información de cada servicio.

### 3.3. Recolección de datos

El instrumento de recolección utilizado fue un cuestionario construido para los fines de esta investigación en base a su marco analítico-conceptual, los antecedentes empíricos revisados y los objetivos propuestos. El uso de cuestionarios para la recolección de datos relacionales aparece recurrentemente en la literatura científica que aborda el campo de las redes de servicios (Connelly, McAveary y Griffiths, 2005; Cott, 1997; Heikkinen, Puura y Mattila, 2005; Lemieux-Charles, Chambers, Cockerill, *et*

*al.*, 2005; Richardson, Sitzia, y Cotterell, 2005; Thain y Wales, 2005; Nikbakht-Van de Sande, Van Der Rijt, Visser, *et al.*, 2005) y permite obtener información de las dimensiones relevantes para el análisis estructural de una red y satisfacer la necesidad de comparabilidad de la metodología usada.

El cuestionario construido (incluido como Anexo I) se estructuró en seis áreas, para las cuales se formularon preguntas cerradas, preguntas abiertas y grillas a ser completadas por el/la informante. Dichas áreas, fueron:

1) características del/la informante (sexo, profesión, posición jerárquica, etc.);

2) características del establecimiento (prestaciones de salud mental ofrecidas, recursos comunicacionales disponibles, cantidad de profesionales, cantidad de consultas recibidas en un mes determinado);

3) características de la participación del/a referente en la red;

4) información poseída acerca de las prestaciones disponibles en otros establecimientos pertenecientes a la red;

5) existencia y características de las derivaciones de pacientes recibidas y enviadas a los demás miembros de la red;

6) existencia y características de intercambio de información relativa a la atención (conocimientos, experiencias, datos epidemiológicos, etc.) entre los miembros de la red.

Las grillas auto-administrables fueron diseñadas para recoger información acerca de las tres áreas referidas a la existencia de vínculos entre miembros de la red: información poseída acerca de otros establecimientos; existencia y características de los intercambios de información entre miembros de la red; y existencia y características de las derivaciones de pacientes enviadas y recibidas por los miembros. En estas grillas se incluyeron los nombres de los establecimientos que oficialmente se consideran miembros de la red, de modo que los informantes caracte-

rizaran sus vínculos con cada una de estas instituciones. Adicionalmente, cada grilla ofrecía espacio suficiente para agregar instituciones no preestablecidas que el/la informante considerara importantes en los intercambios con su propio servicio. Si bien los vínculos con las entidades externas a la RIF se registraron, no se entrevistó a los nuevos nodos porque esto excedía las posibilidades y los objetivos de este estudio.

El diseño de estas grillas se corresponde con la técnica sociométrica de construcción de una lista fija de nodos (*Roster*) sobre la que luego los actores caracterizan sus relaciones con cada otro nodo (Reagans y McEvily, 2003). Esta técnica tiene la ventaja potencial de ofrecer información de todas las conexiones de la red predefinida, pero puede suceder que los individuos brinden datos más precisos de la parte de la red que les es más familiar (Reagans y McEvily, 2003), y se omitan posibles vínculos con entidades externas a la red. Dados los objetivos del presente trabajo y teniendo en cuenta que el mismo constituye una primera aproximación a una estructura inter-organizacional sobre la cual existe muy poca información disponible, esta limitación no se considera un obstáculo significativo.

Las preguntas abiertas del cuestionario se formularon para recoger tres tipos de información: datos numéricos, valoración del/la informante de su interacción con otros miembros y opinión del/la informante acerca de aspectos específicos de la interacción. El resto del cuestionario se conformó con preguntas de respuesta dicotómica y de opciones múltiples preestablecidas.

Para evaluar la viabilidad y precisión del instrumento se realizó una prueba piloto con colaboradores que no serían luego entrevistados en el trabajo de campo definitivo. A partir de la administración del cuestionario a cinco colaboradores, se formularon con mayor precisión y/o modificaron algunas preguntas.

En las entrevistas definitivas se obtuvo completa colaboración por parte de los informantes. A excepción de un caso en el que se respondió a la grilla sobre intercambios de información

de manera incompleta y otro caso en el que el establecimiento no disponía de un registro sobre la cantidad de consultas recibidas, todos los colaboradores respondieron al cuestionario en su totalidad sin inconvenientes, omitiendo solamente aquellas respuestas que no se aplicaban a sus características individuales y/o institucionales.

### 3.4. Consideraciones éticas

Previo a la recolección de datos, se solicitó la colaboración de las autoridades competentes: la Coordinación General de la Red Infanto-Juvenil y, en los casos donde correspondía, los/as Jefes/as de Unidades de Salud Mental. Para los informantes, se elaboró una solicitud de consentimiento escrita (incluida como Anexo II) que contenía el propósito general de la investigación, su marco institucional-académico, las implicancias de la participación con sus riesgos y beneficios potenciales, y aspectos de anonimato, confidencialidad y carácter voluntario de la participación. Igual información fue entregada a los/as informantes junto con los datos de la investigadora.

Como les fuera explicitado a quienes participaron, la colaboración con este estudio no les brindará beneficios inmediatos, pero se espera que los resultados ayuden a comprender algunas de las condiciones en que desarrollan su tarea y puedan ser tenidos en cuenta para introducir mejoras que faciliten tanto su trabajo como los servicios que brindan a la población. En cuanto a potenciales riesgos, ni la recolección de datos ni su elaboración y presentación implican, hasta donde pudo preverse, riesgos físicos, psíquicos o sociales para quienes brindaran información.

La identidad de los/as informantes no será dada a conocer en ningún momento y los nombres de los establecimientos representados por los/as informantes no aparecen en el presente escrito ni se divulgarán posteriormente. Pese a esto, es posible que los resultados del análisis vuelvan identificable/s a alguna/s institución/es. Esta posibilidad ha sido advertida a los/as cola-

boradores/as y cuidadosamente evaluada en el marco de la investigación. En este sentido, se omitió la inclusión en este escrito de toda la información recogida que pudiera poner en evidencia la procedencia de los datos y cuyo análisis no aportaba un mejor entendimiento de los resultados.

Tanto por escrito como verbalmente, se ofreció a todas las personas que brindaron información para este estudio la posibilidad de acceder al material resultante, ya sea a través de una exposición presencial grupal o del envío de un resumen a los/as interesados/as.

### 3.5. Procesamiento y análisis de los datos

Como se detallara en el apartado sobre recolección, el instrumento construido para este trabajo proporcionó datos de diferente tipo. Por un lado se obtuvieron datos atributivos de cada nodo de la red por medio de preguntas cerradas y preguntas abiertas. Por otro lado, se recavaron datos relacionales a partir de los ítems auto-administrables. Estos datos requirieron tratamientos diferentes, que se detallan a continuación.

#### 3.5.1. Atributos nodales

Los atributos nodales, que incluyeron características de los informantes, características de los servicios de SMIJ miembros de la RIF y características de la oferta en SMIJ de los establecimientos donde se insertan, se recogieron a través de preguntas cerradas pre-codificadas y preguntas abiertas, codificadas *a posteriori* utilizando categorías que se construyeron inductivamente a partir de las temáticas emergentes.

Los datos atributivos se utilizaron para caracterizar a los integrantes de la red y para explorar posibles asociaciones entre los patrones de intercambio y las características de cada nodo. Dado que los datos no presentaban una distribución normal, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para establecer la presencia de asociación entre variables.



### 3.5.2. Análisis de redes sociales

Los datos acerca de los vínculos entre los nodos de la red, obtenidos a través de las grillas auto-administrables incluidas en el cuestionario, se analizaron en sucesivos pasos. En primer lugar, los datos relacionales provenientes de cada grilla fueron tratados como redes separadas, creándose para cada una de ellas una matriz de adyacencia<sup>8</sup>. De esta forma se elaboraron cuatro matrices que representaban cuatro relaciones: a) "conoce la oferta de"; b) "envió derivaciones a"; c) "recibió derivaciones de"; y d) "intercambia información con". A partir de cada matriz se calcularon medidas de conectividad<sup>9</sup> y centralidad destinadas a conocer la estructura vincular general y la posición relativa de cada nodo (véase Anexo III para definiciones de los indicadores utilizados). Una vez realizado el análisis individual de cada relación, se procedió al análisis interrelacional a través del cálculo de la correlación entre las matrices obtenidas para las relaciones de reconocimiento, de derivación y de intercambio de información.

El análisis de redes sociales se realizó mediante el software Ucinet 6 (Borgatti, Everett y Freeman, 2002), descrito como el programa más estandarizado y utilizado para el análisis de datos de redes sociales (Hanneman y Riddle, 2005; Sanz Menéndez, 2003; Velázquez Álvarez y Aguilar Gallegos, 2005).

#### *3.5.2.i. Relación "conoce la oferta de"*

La información que poseían los miembros de la red sobre las características de la oferta en los demás nodos fue recogida a través de una grilla que incluía una lista de establecimientos y cinco tipos de prestaciones de salud mental de diferente nivel de resolución. Cada informante debía indicar, para cada establecimiento, si éste poseía o no cada una de las prestaciones. Debido a sus características singulares, se excluyó de este ítem a uno de los servicios indagados.

---

<sup>8</sup> Matriz cuadrada donde filas y columnas representan al mismo conjunto de actores y las celdas registran información acerca de la relación entre las díadas de actores correspondientes.

<sup>9</sup> En este estudio interesaban solamente las conexiones directas ya existentes entre nodos y por lo tanto no se calcularon medidas basadas en la distancia, que darían cuenta de la posibilidad de un nodo de acceder a otros directa e indirectamente

Para el análisis de esta relación se consideraron solamente los establecimientos donde se recolectó información. Las respuestas de cada informante fueron comparadas con la información suministrada por cada otro informante acerca de su propio establecimiento, asignándose "1" a las respuestas coincidentes y "0" a las respuestas no coincidentes. La suma de las respuestas acertadas de un informante para cada establecimiento podía ir de 0 ("todas incorrectas") a 5 ("todas correctas") y el máximo de aciertos posibles por informante era de 45 (para 10 servicios, excluyendo la propia institución). De esta forma se obtuvieron datos direccionales y valorados.

Para el análisis de estos datos se calcularon tres medidas, densidad, grado de centralidad y reciprocidad, primero para los datos dicotomizados (asignando 1 para relación presente y 0 para relación ausente) y luego para los datos valorados. El cálculo de densidad y reciprocidad sobre los datos dicotomizados tenía como fin conocer la estructura relacional en términos de qué conexiones se hallaban presentes entre los nodos miembros y la direccionalidad de estas conexiones (quién conocía a quién), mientras que el cálculo de las mismas medidas sobre los datos valorados buscaba dar cuenta de la intensidad de las relaciones existentes (qué tanto se conocían).

Para conocer la posición relativa de cada nodo se calculó el grado de centralidad (*Degree*) sobre los datos dicotomizados y sobre los datos valorados. El grado nodal indica la cantidad de conexiones directas de un nodo y, al tratarse de datos direccionados, se desglosa en grado de entrada (*InDegree*) y grado de salida (*OutDegree*). El grado de entrada de un nodo calculado sobre datos binarios mostró la cantidad de otros nodos que lo conocían y el grado de entrada de los datos valorados indicó la cantidad de respuestas acertadas que recibió dicho nodo. Paralelamente, el grado de salida calculado sobre datos dicotómicos indicó la cantidad de otros nodos que eran conocidos por el nodo, y, al calcularse sobre datos valorados, la cantidad de respuestas correctas que produjo ese nodo.

### *3.5.2.ii. Relación “envió derivaciones a” y relación “recibió derivaciones de”*

Las derivaciones de usuarios entre nodos para un período preestablecido de tres meses fueron obtenidas a través de dos grillas auto-administrables, una de las cuales abarcaba las derivaciones enviadas por el servicio del informante hacia otros servicios, y la segunda, las derivaciones recibidas por el servicio del informante desde los otros servicios. En ambas grillas, las opciones de respuesta, eran: “ninguna vez” (0), “entre 1 y 3 veces” (1), “entre 4 y 6 veces” (2) y “más de 6 veces” (3), dando lugar a datos valorados y direccionales que se analizaron en diferentes pasos.

Primero, se elaboraron separadamente matrices y grafos relativos a la relación “envió derivaciones a” y la relación “recibió derivaciones de”, incluyendo en cada matriz y grafo las conexiones con entidades externas a la RIF que los informantes agregaron abiertamente y que se clasificaron por tipo de establecimiento al procesar los datos. Las conexiones se dicotomizaron en presentes (1) y ausentes (0) para calcular el grado de centralidad de los nodos. Una vez apreciado el lugar en los intercambios de las entidades externas a la RIF, se procedió al análisis de las conexiones entre los servicios miembros.

Segundo, y todavía tratando envíos y recepciones separadamente, se elaboraron matrices y grafos de las conexiones entre los miembros de la RIF, excluyendo a las entidades externas. Para conocer la conectividad general de la red, qué vínculos estaban presentes, se calculó la densidad de las conexiones dicotomizadas. Para conocer cómo se distribuía la intensidad de las conexiones (dada en este caso por la cantidad de veces en que se enviaron derivaciones de un nodo a otro), se calculó la densidad de los lazos valorados. Se calculó el grado nodal con ambas formas de los datos para conocer los lugares que ocupaban los distintos nodos en estos intercambios.

Finalmente, una vez realizado el análisis básico de las estructuras vinculares de los envíos y de la recepción de derivaciones separadamente, era necesario hacer converger los datos en

una única matriz que representara las dos facetas de la relación “derivación de pacientes” en la red. Debido a que las matrices generadas a partir de los envíos y las recepciones contenían diferencias respecto a la existencia misma de relación y/o a su intensidad (un nodo A podía decir que había enviado pacientes a B en la grilla de envíos y el nodo B no referir haber recibido pacientes de A en la grilla de recepciones, o la diferencia podía radicar en la cantidad de veces en que se produjeron los intercambios)<sup>10</sup>, se procedió de la siguiente forma: se dicotomizó la información para incluir en el análisis solamente la presencia o ausencia de conexión entre dos nodos, representadas por los valores 1 y 0 respectivamente; se asignó 1 a toda conexión que estuviera confirmada por ambas partes y 0 a la ausencia de conexión y a las conexiones mencionadas por una sola de las partes.

Si bien la exclusión de aquellas conexiones no corroboradas implicó una evidente pérdida de información, algunos autores consideran que esta es la aproximación más apropiada cuando no se cuenta con datos objetivos para las conexiones (Bolland y Wilson, 1994; Provan, Milward y Roussin Isett, 2002; Provan, Roussin Isett y Milward, 2004).

Sobre la matriz elaborada de esta forma, que contenía datos binarios direccionados, se calcularon la densidad y la reciprocidad de las conexiones y el grado de entrada y de salida de los nodos.

### *3.5.2.iii. Relación “intercambia conocimientos con”*

El intercambio de información entre los miembros de la RIF se formuló de dos formas en el instrumento de recolección. La primera forma consistía en preguntar si el informante y/u otros miembros de su servicio habían participado en actividades de intercambio y/o formación y en caso afirmativo, en cuáles. A través de esta pregunta, se abría la posibilidad de detectar activida-

---

<sup>10</sup> Debe recordarse que no se cuenta con registros institucionales de las derivaciones de pacientes y que, por lo tanto, la información obtenida en este campo dependió de la memoria de los informantes.

des comunes a diferentes nodos y, de esta forma, elaborar matrices de afiliación (matrices donde las filas representan al conjunto de actores y las columnas a un conjunto de eventos a los que los actores pueden pertenecer). Sin embargo, al no encontrarse coincidencias entre las actividades mencionadas por los distintos nodos (solamente seis nodos habrían participado en actividades de formación y/o intercambio en el período indagado y el 64% de todas las actividades mencionadas eran actividades internas de cada servicio donde ocasionalmente podían asistir profesionales de otras instituciones), no se continuó en esta línea.

La segunda forma en que se indagó el intercambio de información utilizó una grilla similar a la usada en las otras relaciones, pidiendo que se indique la existencia o no de intercambios directos regulares con cada uno de los servicios que se listaban. Para este ítem se obtuvo respuesta incompleta desde uno de los nodos de la red, pero de igual forma se lo incluyó en el análisis por tratarse de un nodo con una posición preponderante en las otras relaciones y disponerse de los datos referidos al mismo que ofrecieron los demás informantes.

Al igual que con las relaciones ya expuestas, primero se consideraron todas las conexiones mencionadas por los informantes, incluyendo a las entidades externas a la RIF. Las respuestas por presencia o ausencia de intercambio se ordenaron en una matriz de adyacencia dicotómica no simétrica, que permitió una primera apreciación de la estructura general y las posiciones relativas de los nodos. Una vez observadas las características generales del intercambio y el lugar de las entidades no pertenecientes a la RIF en esta relación, se pasó al análisis de las conexiones entre miembros.

Para analizar el intercambio de información entre los miembros de la RIF se debía primero simetrizar los datos, ya que la relación se definió como bidireccional, y para ello se utilizó el promedio entre lo que refirió cada par de nodos. Se prefirió este procedimiento por sobre el utilizado para las derivaciones (in-

cluir solamente las conexiones confirmadas) u otros posibles porque, al no tratarse de datos valorados y al plantearse el intercambio de información como lazo bidireccional, de esta forma era posible distinguir conexiones confirmadas y no confirmadas a través de la fuerza del lazo, e incluir al servicio del cual no se obtuvieron datos completos sobre la presente relación.

Sobre la matriz binaria y simétrica que resultó de este procedimiento, se calcularon la densidad y el grado de centralidad nodal como en las relaciones anteriores, y otras dos medidas de centralidad: el grado de intermediación (*Betweenness*) y el grado de cercanía (*Closeness*). El primero se utiliza para indicar la frecuencia con que un nodo aparece en el camino más corto que conecta a otros dos nodos, es decir la capacidad de un nodo de interceder en las conexiones de otros nodos, y el segundo, para representar la capacidad que tiene un nodo de alcanzar a los demás, directa o indirectamente a través de otros nodos.

#### 3.5.2.iv. *Análisis interrelacional*

Para evaluar la existencia de asociación entre las tres matrices resultantes se calculó correlación mediante el *Quadratic Assignment Procedure* (QAP), método que permite comparar matrices utilizando un test de permutaciones no paramétrico (Krackhardt, 1987). Este método es utilizado en el ARS como alternativa a los procedimientos estadísticos tradicionales, cuya aplicación a datos relacionales se ve obstaculizada, entre otras cosas, por no poderse asumir la independencia de las observaciones.

La correlación inter-matriz fue calculada tanto entre las matrices de datos dicotomizados como entre las matrices de datos valorados. El cálculo se llevó a cabo con Ucinet 6, donde la función *QAP-correlation* procede de la siguiente forma: en primer lugar, computa el coeficiente de correlación de Pearson entre las celdas correspondientes de las matrices de datos; luego, permuta filas y columnas de una de las matrices de forma sincrónica y al azar, calculando nuevamente la correlación. La permutación es llevada a cabo cientos de veces para computar

la proporción de veces en que una correlación al azar es mayor o igual a la correlación observada en el primer paso, de modo tal que una proporción baja (menor a 0.05) sugiere una relación fuerte entre las matrices que poco probablemente se deba al azar (Borgatti, Everett y Freeman, 2002).

Adicionalmente, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar posibles asociaciones entre los grados de centralidad de los nodos (de entrada y salida cuando correspondía) en cada una de las relaciones estudiadas.

## Capítulo 4

### Resultados

#### 4.1. Atributos individuales de los miembros de la RIF

A continuación se exponen los resultados hallados respecto de las características estructurales y funcionales de los servicios de salud mental indagados, y los resultados de las respuestas a preguntas referidas a opiniones y conocimientos que se considera amplían la caracterización de la red. Para preservar la identidad de los/as informantes y sus instituciones, en todo lo que sigue se utiliza un sistema de codificación donde a cada establecimiento se lo identifica con una sigla de tres letras independiente de su nombre.

##### 4.1.1. Características de los servicios que componen la RIF y de los establecimientos que integran

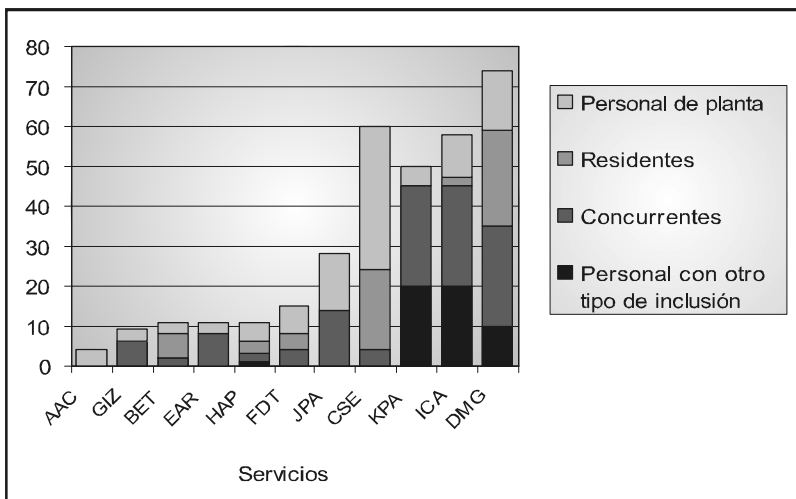
La información obtenida acerca de los servicios de SMIJ que componen a la RIF mostró que, en lo relativo al tamaño de los servicios y al volumen de la demanda, la RIF incluye como miembros a sectores organizacionales de características diferentes. Los mismos pueden constituir lo que usualmente se llama Servicio o Unidad de SMIJ, que es el sector completo de SMIJ de un establecimiento, o alguna división de la unidad definida por su función (como los “consultorios externos”) o por la edad de la población atendida (como “servicio de adolescencia”). Además del diferente estatuto institucional, los nodos de la RIF se diferencian por la cantidad de profesionales que los conforman, que van desde un grupo de 74 a uno de 4 personas, y por el tamaño de la demanda que reciben, respecto de lo cual mientras que en un extremo se refiere recibir 3000 consultas de primera vez<sup>11</sup> en un mes, en el otro extremo se recibirían 4. La cantidad de profesionales por servicio y la cantidad de consultas de primera vez recibidas en un mes, referidas por los informantes, se muestran en los siguientes dos gráficos.

---

<sup>11</sup> Las consultas de primera vez se definieron como la primer entrevista que mantiene el servicio con quien consulta, pudiendo derivar o no en uno o más encuentros posteriores.

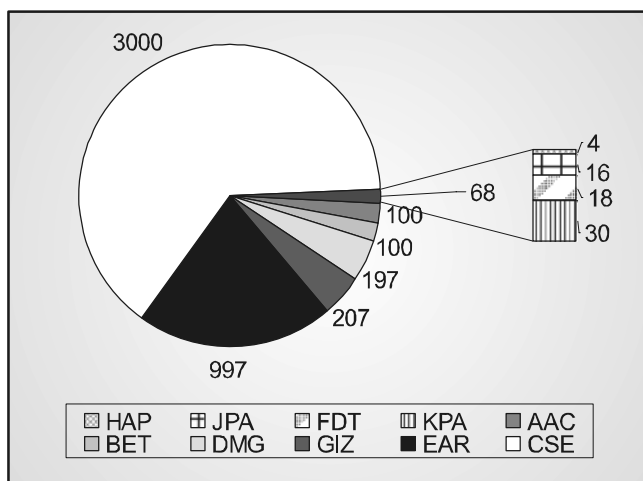


Gráfico 1. Cantidad de profesionales de la salud mental por servicio por tipo de inclusión (2006)



Fuente: elaboración propia

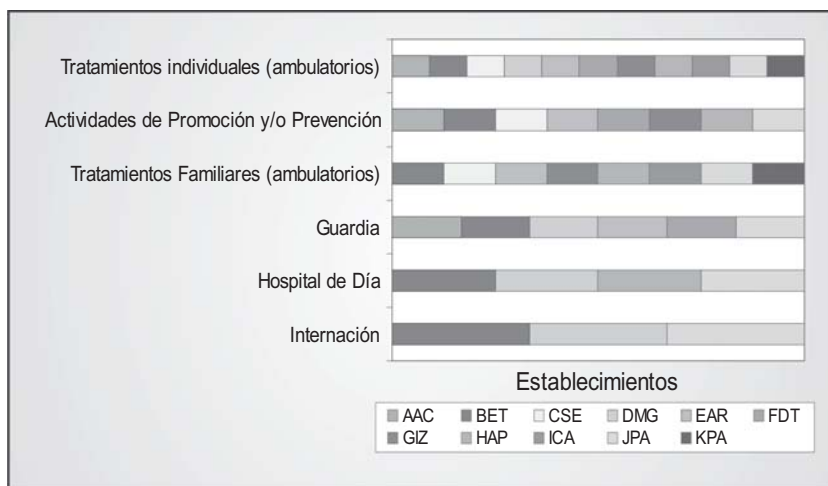
Gráfico 2. Cantidad de consultas de primera vez recibidas por servicio en octubre de 2006



Fuente: elaboración propia

Respecto de los establecimientos en que se incluyen los servicios-nodos, un aspecto indagado fue el conjunto de prestaciones de SMIJ que estaban disponibles en cada uno. En el siguiente gráfico, donde cada establecimiento está representado por un color, se observa que todos ofrecen tratamientos ambulatorios, mientras que el número de establecimientos con prestaciones de mayor complejidad es inferior.

Gráfico 3. Prestaciones de salud mental infanto-juvenil ofrecidas por cada establecimiento con representación en la Red Infanto-Juvenil (2006)



Fuente: elaboración propia.

Si bien en la mayoría de los establecimientos se afirma poseer actividades de prevención y/o promoción de la salud ligadas al sector de salud mental infanto-juvenil, la indagación posterior indica que se trata de actividades dirigidas a problemáticas específicas ya existentes en los grupos destinatarios (como violencia doméstica, adicciones, patologías infantiles graves, etc.).

Respecto de la distribución de los dispositivos más complejos (internación y hospital de día), la red cuenta con tres esta-

blecimientos que realizan internaciones psiquiátricas, dos de los cuales son establecimientos especializados en salud mental (uno solamente atiende pacientes mayores de 16 años de edad) y el tercero es un hospital general de agudos. Estos tres establecimientos, junto con otro establecimiento de salud mental, poseen además hospital de día (dos de ellos solamente admiten adolescentes en los hospitales de día).

Otro aspecto indagado abarcó los recursos comunicacionales de los que dispone cada servicio en el establecimiento al que pertenece. Todos los informantes refirieron contar con teléfono, 10 de los servicios poseerían espacio para reuniones o cursos y 9 tendrían acceso a una computadora, pero solamente cuatro servicios tendrían posibilidad de acceder a Internet. Este dato resulta interesante si se tiene en cuenta que, según las respuestas obtenidas a través del cuestionario, el medio más frecuente por el que los referentes recibirían información relativa a la RIF es el correo electrónico (representando el 25% de las respuestas afirmativas, seguido por las propias reuniones de la RIF con un 22% y las comunicaciones al teléfono particular del/la referente, con 17%), mientras que las comunicaciones telefónicas en la institución y los medios formales serían menos utilizados (13 y 16%, respectivamente) y el intercambio directo con otro/s referente/s sería escaso (aproximadamente 8% de respuestas afirmativas).

Al solicitarse la opinión de los informantes acerca de las funciones más importantes de la RIF, se encontró que para el 73% el sólo hecho de poner en contacto y/o permitir el intercambio en general entre las instituciones era la función más importante; el 45% hizo referencia a la oportunidad de compartir y/o planificar conjuntamente estrategias de atención; en tercer lugar se mencionaron el facilitar las derivaciones entre los servicios (36%) y la producción académica conjunta y/u organización de actividades de intercambio (36%). Otros temas menos recurrentes que surgieron como funciones importan-

tes de la RIF fueron: el agrupamiento y la contención de los profesionales, el relevamiento de datos del sistema de SMIJ y la resolución conjunta de problemas institucionales y/o profesionales.

Otro aspecto que se preguntó de forma abierta fueron los motivos más frecuentes, según la experiencia de los informantes, para que su servicio de SMIJ derive pacientes a otro servicio de SMIJ y viceversa, para que otro servicio de SMIJ le derive pacientes al suyo. Para ambas preguntas se identificaron cuatro unidades temáticas en común y respecto de las razones por las que otros servicios de SMIJ enviaban derivaciones al servicio del informante se identificó un tema adicional. Las categorías temáticas correspondientes a cada pregunta y la proporción de informantes cuyas respuestas se incluyeron en cada categoría, se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Motivos más frecuentes para que se realicen derivaciones entre servicios de salud mental infanto-juvenil (2006)

Temáticas identificadas	Desde el propio servicio a otros	Desde otros servicios al propio
El servicio que deriva no posee los dispositivos necesarios (internación u hospital de día)	73%	45%
El servicio al que se deriva es más cercano al domicilio del paciente	36%	45%
El servicio que deriva no atiende ese tipo y/o nivel de complejidad de la patología	36%	45%
El servicio que deriva no cuenta con personal y/o turnos suficientes	27%	27%
El servicio que deriva no atiende pacientes de ciertas edades	---	9%

Fuente: elaboración propia

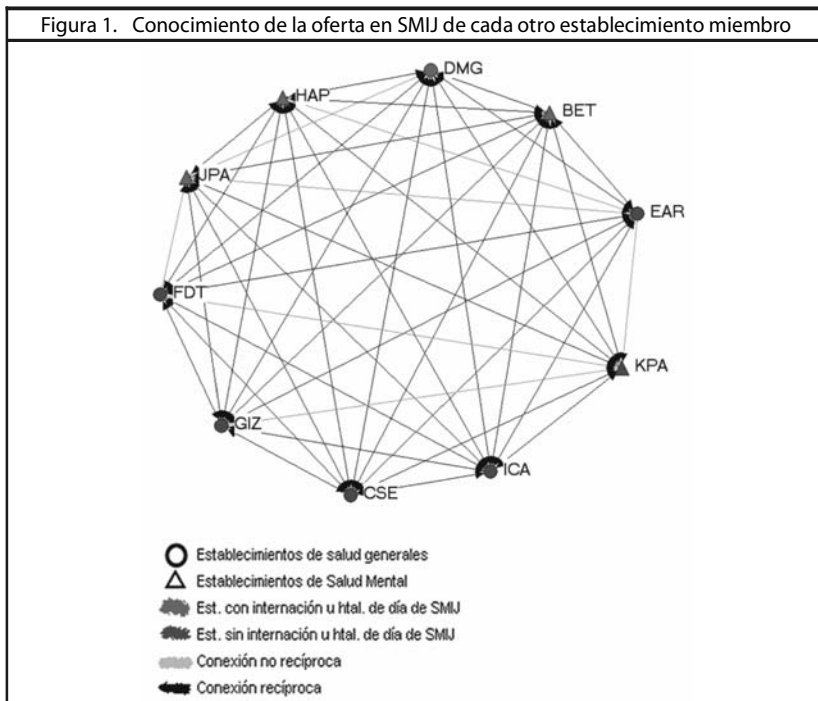
Finalmente, también se recogió información acerca de los contenidos predominantes en los intercambios de información con otros servicios de salud o instituciones en general. Al respecto, algunas de las respuestas obtenidas fueron muy vagas, haciendo referencia por ejemplo a "conocimientos en general", mientras que en otras surgieron contenidos un poco más restringidos pero sin mostrar recurrencia entre los diferen-

tes informantes. Algunos de estos contenidos, fueron: "información jurídico-asistencial", "información sobre pacientes en común", "información sobre recursos" y "estrategias de atención".

## 4.2. Análisis de Redes Sociales

### 4.2.1. Información poseída por los informantes acerca de las prestaciones de Salud Mental Infanto-juvenil disponibles en otros establecimientos de la red

A partir de los datos valorados y direccionados que se obtuvieron respecto de la relación "conocer la oferta de", se elaboró una matriz de adyacencia y se creó el siguiente grafo, donde pueden verse las conexiones existentes en forma de flechas entre nodos.



Fuente: elaboración propia

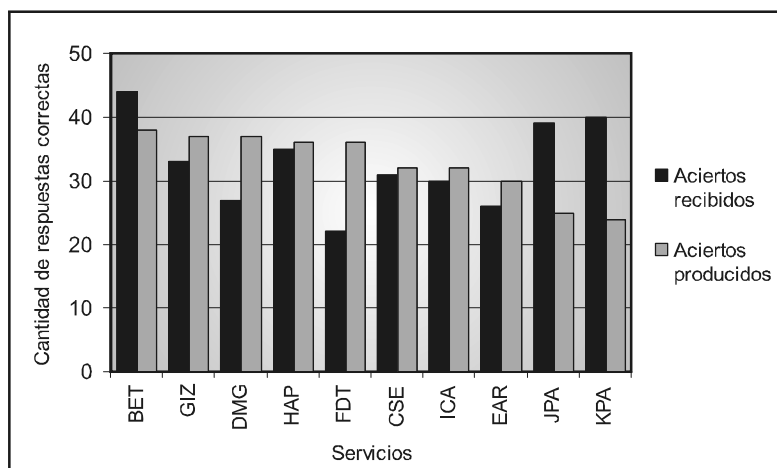
La densidad para la matriz dicotomizada (considerando solamente presencia/ausencia de la relación) es de 0,9222, lo que significa que 92% de todos los lazos posibles están presentes y, de esta forma, sugiere que la mayoría de los informantes conoce al menos parcialmente la oferta de todos los demás establecimientos de la RIF.

El 91,6% de los lazos existentes, sin considerar su valoración, son recíprocos. En todos los establecimientos de los cuales ICA, CSE y BET conocen al menos parcialmente la oferta, también se conoce en mayor o menor medida la oferta de ICA, CSE y BET; la oferta de HAP, DMG y GIZ es al menos parcialmente conocida en un 89% de los establecimientos que ellos conocen al menos parcialmente; para FDT existe esta reciprocidad en 78% de sus lazos; y para KPA, JPA y EAR, en un 67%.

Si se tienen en cuenta las cantidades de aciertos como fuerza de la relación "conocer la oferta de", la densidad (la fuerza de relación promedio para todos los lazos posibles en la red) es de 3,63, con un desvío estándar de 1,53. La reciprocidad para cada nodo es más baja al tenerse en cuenta el valor asignado a la conexión, encontrándose que BET es el servicio con mayor proporción de lazos recíprocos (55%). A continuación aparecen GIZ (44%) y HAP (33%), y el resto de los servicios posee una proporción baja de reciprocidad (11%).

La media de aciertos por informante fue de 32,7. Los totales se consideraron tanto por informante como por establecimiento, obteniéndose por un lado la distribución de los aciertos que recibió cada institución y, por el otro, la distribución de los aciertos que produjeron los informantes de cada servicio. El siguiente gráfico muestra los totales de respuestas acertadas que obtuvo cada establecimiento junto a los totales de respuestas acertadas que produjo el informante del mismo establecimiento.

Gráfico 4. Información poseída por los informantes acerca de las prestaciones de salud mental infanto-juvenil de los demás miembros (2006)



Fuente: elaboración propia

BET produjo la mayor cantidad de respuestas correctas (38) y aparece como el miembro de la RIF cuya oferta es más conocida por los otros miembros ya que recibió la mayor cantidad de aciertos (44). En los siguientes dos establecimientos aparentemente más conocidos (KPA y JPA, con 40 y 39 aciertos recibidos respectivamente), sin embargo, se produjeron las menores cantidades de respuestas acertadas (24 y 25 respectivamente). FDT resultó ser el establecimiento menos conocido (22 aciertos), aunque la cantidad de respuestas acertadas allí producidas superó la media (36). Del resto de los servicios, DMG recibió 27 respuestas acertadas mientras que produjo 37; GIZ recibió 33 y produjo 37; HAP recibió 35 y produjo 36; CSE recibió 31 y produjo 32; ICA recibió 32 y produjo 30; EAR recibió 30 y produjo 26.

Para resumir, 1R aparece como una red densamente conectada (densidad de 0,92), donde la mayor parte de los informantes conoce al menos parcialmente las prestaciones de salud mental más importantes que se ofrecen en los

demás nodos de la red, aunque el nivel en que se conocen es variable de un nodo a otro (la fuerza de relación promedio para todos los lazos posibles en la red es de 3,63 con un desvío estándar de 1,53). Se observa que los cuatro nodos con Grado de Entrada (*InDegree*) más alto, y por lo tanto los que aparecen como los más conocidos en la red, corresponden a los establecimientos especializados en salud mental. Entre ellos, BET tiene el grado más alto, tanto de entrada (44) como de salida (38), ubicándose como el nodo más central en esta red.

#### 4.2.2. Existencia y características de las derivaciones de pacientes recibidas y enviadas entre los miembros de la red

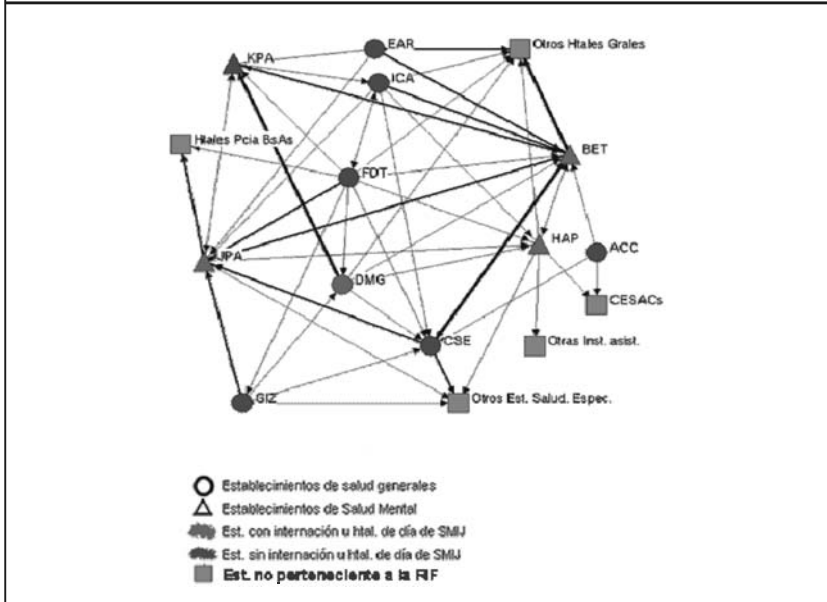
A continuación se presentan los resultados de las tres estructuras reticulares generadas a partir de los datos obtenidos sobre las derivaciones en la red: la red de derivaciones enviadas, la red de derivaciones recibidas y la red de derivación que sintetiza a las dos anteriores.

##### *4.2.2.i. Derivaciones enviadas por el servicio del informante a otros establecimientos.*

Los establecimientos externos a la RIF que surgieron en este ítem se clasificaron en cinco grupos: hospitales generales de Ciudad de Buenos Aires externos a la RIF, Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), establecimientos de salud especializados de CBA (de Salud Mental o patologías orgánicas específicas), instituciones asistenciales no sanitarias de CBA (educativas, sociales o judiciales), y hospitales de la Provincia de Buenos Aires. El siguiente grafo muestra todos los lazos registrados, y la intensidad de los mismos a través del ancho de las líneas que unen a los nodos.

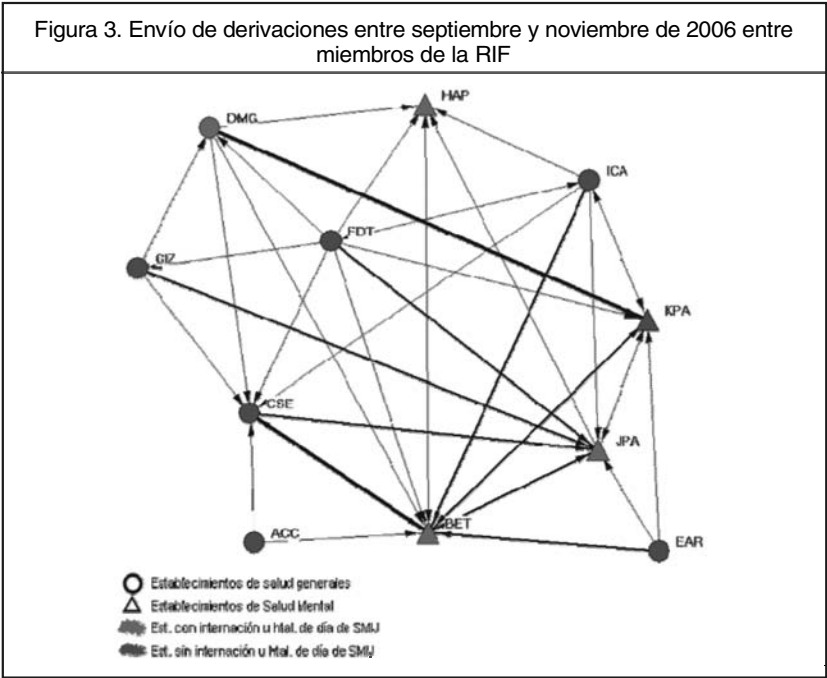


Figura 2. Envío de derivaciones entre septiembre y noviembre de 2006 a miembros y no miembros



Fuente elaboración propia

De las entidades externas a la RIF que habrían recibido derivaciones de sus miembros, en primer lugar aparecen "otros hospitales generales" de CBA (*InDegree* de 6 en la matriz dicotomizada), luego aparecen "otros establecimientos de salud especializados" de la misma ciudad (*InDegree* de 4), "CESAC" (2) y "hospitales de Provincia de Buenos Aires" (2) y, finalmente, "otras instituciones asistenciales no sanitarias" de CBA (1). Los establecimientos más frecuentemente mencionados como receptores de derivaciones, sin embargo, fueron miembros de la RIF. El siguiente grafo muestra solamente las relaciones entre los miembros.



Fuente: elaboración propia

Para la estructura conformada por los miembros de la RIF, y teniendo en cuenta únicamente la presencia o ausencia de conexiones, se encontró una densidad de 0,3545 con un desvío estándar de 0,4784, lo cual indica una conectividad relativamente baja (35% de las conexiones posibles). Al tener en cuenta la valoración de las conexiones, la fuerza de relación promedio para todos los lazos posibles en la red es de 0,4545 con desviación estándar de 0,6959.

La centralización encontrada en la relación "derivó pacientes a" es del 49% en el grado de salida y del 60% en el de entrada. Respecto de este último, BET es nombrado por la mayor cantidad de informantes como receptor de derivaciones, con un grado de entrada de 9, que pasa a ser de 12 si se consideran los lazos

valorados. El siguiente establecimiento más nombrado es JPA, con grado de entrada de 7 y grado de 11 al considerar la valoración. BET y JPA, como puede observarse en el apartado sobre las características individuales de los miembros (apartado 4.1.1.), pertenecen a establecimientos especializados que ofrecen todas las prestaciones básicas de SMIJ.

Luego aparecen CSE y KPA, con 6, y HAP, con 5. Los demás servicios no son nombrados tan frecuentemente como receptores de pacientes: ICA y DMG tienen un grado de entrada de 2, y FDT y GIZ un grado de entrada de 1. EAR y ACC no son nombrados como lugares a donde se habrían enviado derivaciones por los demás nodos.

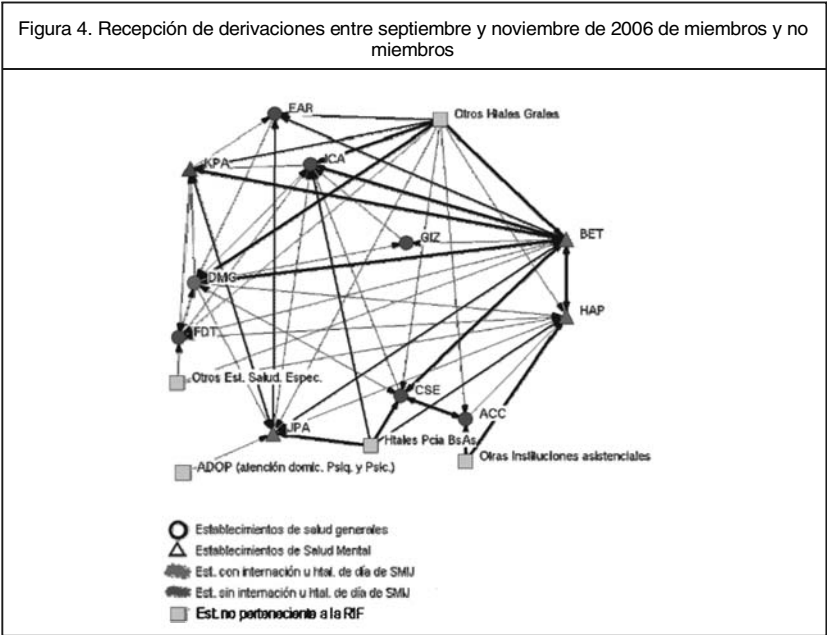
Respecto del grado de salida en la red de derivaciones enviadas a otros miembros de la RIF, se encontró que FDT, nodo que resultó ser el menos conocido en la relación previamente analizada, habría derivado pacientes a la mayor cantidad de otros nodos, con un grado de salida de 8 (10 si se incluyen establecimientos externos a la RIF). El siguiente nodo que habría derivado a más servicios es ICA, con un grado de salida de 6, seguido por DMG y BET con 4, GIZ, KPA, EAR y JPA con 3, ACC y CSE con 2 y, finalmente, HAP con grado de salida de 1.

En síntesis, el envío de derivaciones parece constituir una red con conectividad relativamente baja (conteniendo 35% de los lazos posibles, con desvío estándar de 0,48), donde tanto la conectividad como la intensidad de las conexiones se distribuyen de forma heterogénea entre sus nodos (fuerza de relación promedio de 0,44, con desvío estándar de 0,69). En esta red, la recepción de derivaciones se encuentra levemente centralizada (índice de centralización para el grado de entrada del 60%), encontrándose a los cuatro servicios pertenecientes a establecimientos de salud mental (BET, JPA, KPA y HAP) entre los cinco que recibirían más derivaciones. Entre estos, BET ocupa el primer lugar (grado de entrada de 9). Respecto de la emisión de derivaciones, el nodo más central es FDT (grado de salida de 8). Los intercambios con establecimientos externos a la RIF parecen ser

menos frecuentes que los intercambios entre miembros, aunque algunos servicios mantendrían lazos relativamente intensos con instituciones externas particulares.

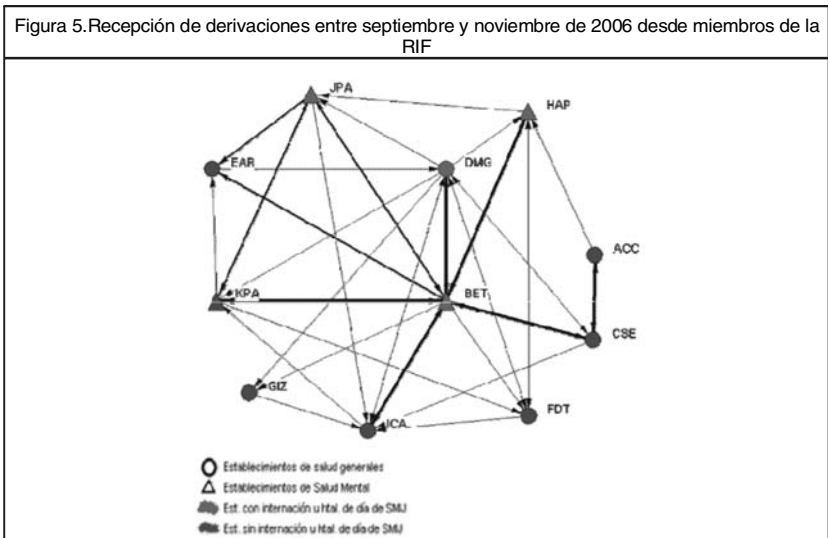
4.2.2.ii. Derivaciones recibidas por el servicio del informante desde otros establecimientos.

Los establecimientos externos a la RIF emergentes de las respuestas se agruparon por tipo de establecimiento, en: hospitales generales de Ciudad de Buenos Aires externos a la RIF, establecimientos de salud especializados de CBA, instituciones asistenciales no sanitarias de CBA, hospitales de la Provincia de Buenos Aires y, finalmente, el sistema de atención psiquiátrica y/o psicológica domiciliaria de CBA (ADOP). La siguiente figura muestra todos los lazos registrados, y la intensidad de los mismos a través del ancho de las flechas. Nuevamente los establecimientos extra-RIF aparecen como cuadrados grises.



Fuente: elaboración propia

En el grafo se observa que el conjunto de "otros hospitales generales" aparece como el lugar privilegiado de emisión de derivaciones para muchos servicios-miembros (grado de entrada<sup>12</sup> igual a 10). El resto de las entidades no pertenecientes a la RIF no fueron mencionadas tan frecuentemente, obteniendo un grado de entrada de 4 los "hospitales de Provincia de Buenos Aires", de 3 "otros establecimientos de salud especializados", de 2 "otras instituciones asistenciales" y de 1 el ADOP. Quitando a los hospitales generales no-miembros, que fueron analizados en conjunto<sup>13</sup>, los informantes identificaron como emisores más importantes de derivaciones a otros miembros de la RIF. Las conexiones entre miembros se muestran en el siguiente grafo.



Fuente: elaboración propia

<sup>12</sup>El grado se calculó aquí sobre las elecciones de los miembros de aquellos servicios de los que recibieron derivaciones, de modo que se interpreta el indegree como emisión y el outdegree como recepción de derivaciones (relación que se muestra correctamente en el grafo).

<sup>13</sup> En este conjunto de hospitales generales no se encontró ninguno más central o más frecuentemente nombrado, sino que cada miembro de la RIF parecería poseer lazos relativamente fuertes con algún o algunos hospitales externos a la RIF con los que comparte el área programática, la población atendida u otro factor específico.

En la red conformada por los miembros, la densidad encontrada para los datos dicotomizados es de 0,3818, con un desvío estándar de 0,4858, es decir que 38% de las conexiones posibles entre miembros estarían presentes. La fuerza de relación promedio para todos los lazos posibles en la red es de 0,5636 y se presenta con gran variabilidad de un lazo a otro (desvío estándar de 0,8584).

La centralización encontrada en esta relación es del 24% en el grado de salida (los nodos que recibieron derivaciones) y del 57% en el de entrada (los nodos que habrían emitido las derivaciones). Los nodos que habrían recibido derivaciones de mayor cantidad de otros nodos son ICA y BET, con grado de salida de 6, y DMG con grado de salida de 5. Luego aparecen KPA, FDT, JPA y HAP, con grados de salida de 4, CSE y EAR con grado de 3, GIZ con 2 y, finalmente, ACC, con 1.

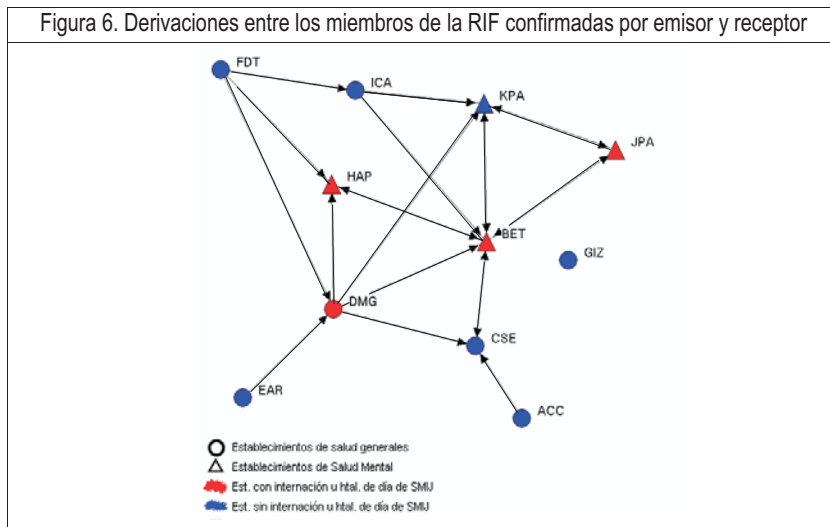
Nótese que si se consideran los lazos valorados, es decir la cantidad de veces en que habrían recibido derivaciones en lugar de la cantidad de nodos de los que las recibieron, se encuentra una mayor diferenciación en las conexiones de algunos nodos y un cambio de posición en el caso de otros. Así, BET obtiene un grado de salida de 17, mientras que ICA y CSE obtienen un grado de salida de 7, KPA obtiene un grado de 6, y DMG y EAR un grado de salida de 5. El resto de los nodos mantienen el mismo grado de salida.

Respecto del grado de entrada, o la emisión de derivaciones entre los miembros, BET y DMG aparecen como los que habrían generado derivaciones a mayor cantidad de nodos, con grados de entrada de 9 y 8 respectivamente. Luego seguirían: KPA, JPA y CSE con grado 4, ICA, FDT y HAP con grado 3, ACC con grado 2 y, finalmente, EAR y GIZ con grado de entrada igual a 1. Si se consideran los lazos con sus valoraciones, BET y DMG continúan en primer lugar, con grados de entrada de 14 y 10 respectivamente, luego aparece JPA con grado de 7, seguido por CSE y KPA con 6, HAP e ICA con 5, ACC con 4, FDT con 3, y GIZ y EAR con 1.

Sintéticamente, la red correspondiente a la relación de recepción de derivaciones parece poseer una conectividad relativamente baja, con un 38% de los lazos posibles presentes (desvío estándar de 0,48), y una fuerza de relación promedio poco intensa (densidad de 0,56) que varía mucho entre las diversas conexiones (desvío estándar de 0,86). Los nodos más centrales en la emisión de derivaciones son BET y DMG (con grados de entrada de 9 y 8 respectivamente) y los nodos que recibirían derivaciones de la mayor cantidad de otros nodos son BET e ICA (ambos con grado de salida de 6). Dentro de los intercambios con establecimientos externos a la RIF, el conjunto de hospitales generales de CBA externos a la RIF parecen tener un lugar importante como emisores de derivaciones.

#### 4.2.2.iii. Red de derivaciones

La resultante estructura de derivaciones, donde convergen los datos referidos a envíos y a recepciones, puede verse en el siguiente grafo.



Fuente: elaboración propia

El grafo muestra una red con baja conectividad, lo cual se refleja en su densidad de 0,1909 (solamente 19% de las conexiones posibles estarían presentes), con desvío estándar de 0,3930. Adicionalmente, puede observarse la existencia de un nodo aislado, GIZ (no posee conexiones corroboradas con otros nodos), y dos nodos *pendants*, ACC y EAR, solamente unidos a la red por un lazo.

De las conexiones existentes en esta red, un 48% son lazos recíprocos. JPA es el servicio con mayor proporción de reciprocidad en sus conexiones (100%), pero solamente tiene conexiones con otros dos nodos. El segundo servicio con mayor reciprocidad es BET (66,7%), que es a la vez el nodo con más alto grado de entrada (6), es decir que recibe derivaciones de la mayor cantidad de otros nodos, y uno de los más altos grados de salida (4). KPA aparece en tercer lugar en cuanto a la reciprocidad de sus lazos (50%) y en segundo lugar en cuanto a su grado de entrada (4), mientras que su grado de salida de 2 lo ubica cerca de la media de la red, que es de 1,9. De los demás nodos de la red, solamente CSE y HAP poseen lazos recíprocos con otros servicios (33,3% cada uno).

La emisión de derivaciones parece estar distribuida entre los servicios más homogéneamente (23% es el índice de centralización de *OutDegree*) que la recepción de derivaciones (índice de centralización de *InDegree* de 45%). Se observa que todos los nodos de la red emiten derivaciones y para algunos nodos, EAR, FDT y ACC, la conexión con el resto de la red solamente consiste en producir derivaciones (sus grados de entrada son de 0 y sus grados de salida son de 1, 3 y 1 respectivamente). La recepción de derivaciones, en cambio, está más centralizada, siendo BET el establecimiento con mayor grado de entrada (6), KPA el que aparece en segundo lugar (4), y CSE y HAP los que le siguen (grado de entrada de 3 en ambos casos). De estos cuatro nodos, tres son establecimientos especializados en salud mental.

Para resumir, la red de derivaciones es una red con muy baja conectividad (densidad del 19%), donde algunos nodos se en-



cuentran en posiciones marginales (GIZ es un nodo aislado y EAR y ACC sólo están conectados por un vínculo con el resto de la red). Tres de los cuatro nodos que reciben derivaciones de mayor cantidad de otros nodos son establecimientos de salud mental que atienden niños y adolescentes, siendo BET el servicio que centraliza la recepción (grado de entrada de 6). Los servicios más centrales en la emisión de derivaciones son BET, DMG y FDT (con grados de salida de 4, 4 y 3 respectivamente), aunque la emisión se encuentra distribuida de forma más uniforme que la recepción entre los miembros de la red.

#### 4.2.3. Existencia y características de intercambio de información relativa a la atención entre los miembros de la red.

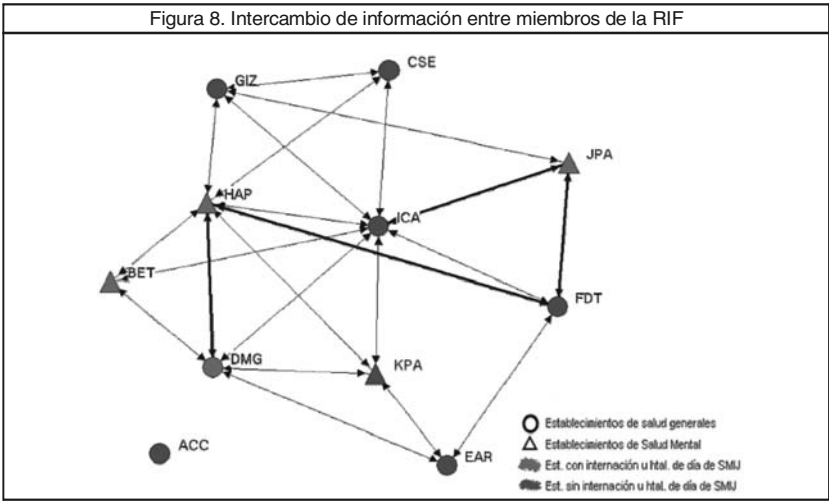
El siguiente grafo se elaboró a partir de los datos relacionales dicotómicos referidos al intercambio de información entre los nodos de la red, incluyendo a entidades externas a la RIF. Si bien el intercambio de información se definió como relación bidireccional, los datos representados por este grafo no fueron simetrizados de modo de apreciar más claramente la estructura generada a partir de las respuestas.



Fuente: elaboración propia

Se observa en el grafo que, de las entidades externas a la RIF, nuevamente sería el conjunto de “otros hospitales generales de CBA” el que tendría mayor intercambio con los miembros de la red. Si se asumiera que cada conexión mencionada es bidireccional (simetrizando los datos para compensar la falta de información sobre los establecimientos externos a la RIF), el conjunto de “otros hospitales generales” tendría un grado de centralidad de 5 en esta red, que lo ubicaría justo por encima de una media de 4,3. Los grados más altos, sin embargo, corresponderían a dos miembros de la RIF, HAP e ICA, con 9. Obsérvese que mediante este procedimiento se ignora que ICA, por ejemplo, tiene un alto grado de salida, pero solamente uno de los nodos con los que tendría conexión lo refiere como interlocutor.

El próximo grafo muestra solamente las conexiones entre los miembros de la RIF, simetrizadas por sus promedios. Las líneas más gruesas muestran aquellas conexiones cuya existencia fue referida por ambas partes del vínculo.



Fuente: elaboración propia

En la estructura reticular construida de esta forma, el 40% de las conexiones posibles entre los nodos están presentes, con una desviación estándar de 0,49. Las conexiones confirmadas representan solamente el 7,2% de las conexiones posibles en esta red, con una desviación estándar de 0,26.

Los nodos más centrales en la relación "intercambio de información" son ICA, con un grado de 8, y HAP, con un grado de 7. Luego se encuentran DMG, con 5, y KPA, GIZ y FDT, con 4. Los nodos EAR, BET, JPA Y CSE tienen un grado de 3 cada uno. Finalmente, el nodo ACC se encuentra aislado, no participando de los intercambios de información relativa a la atención con otros miembros de la RIF.

Además del grado de centralidad, se tomaron sobre estos datos los grados de intermediación o *Betweenness* y de cercanía o *Closeness*. Como puede verse en la siguiente tabla, no se encontraron diferencias importantes al comparar las tres medidas de centralidad.

Tabla 2. Medidas de centralidad para la relación intercambio de información  
Fuente: elaboración propia

Nodo	Degree	Closeness	Betweenness
3 ICA	8	47.6	10.1
1 HAP	7	45.5	6.3
6 DMG	5	41.7	2.6
2 KPA	4	40.0	1.3
9 FDT	4	40.0	2.8
10 GIZ	4	38.5	0.8
4 JPA	3	38.5	0.5
5 CSE	3	37.0	0
7 EAR	3	35.7	0.7
8 BET	3	38.5	0
11 ACC	0	--	0

Fuente: elaboración propia

Resumiendo, la red de intercambio de información aparece con una conectividad relativamente baja (donde se encuen-

tran presentes el 40% de las conexiones posibles), que se distribuye desigualmente entre los nodos miembros (desvío estándar de 0,49). En esta relación, un nodo se encuentra aislado (ACC) y dos nodos (ICA y HAP) ocupan las posiciones más centrales (grados de 8 y 7 respectivamente). En esta relación, se observa que el conjunto de hospitales generales no pertenecientes a la RIF tendría un lugar importante, aunque ninguno de los hospitales individuales fue nombrado con mayor frecuencia que miembros de la RIF.

#### 4.3. Análisis interrelacional

El cálculo de la *QAP-correlation* entre las matrices de datos dicotómicos de las relaciones de reconocimiento, intercambio de información e intercambio de derivaciones no mostró asociaciones. El mismo cálculo entre las matrices de datos valorados, que contemplan la intensidad de las relaciones y no sólo la presencia o ausencia de las mismas, sugirió cierta asociación lineal entre el patrón de intercambio de derivaciones dentro de la red y el nivel en que los miembros se conocen entre sí, que se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. QAP-correlation para la relación de reconocimiento y el envío y recepción de derivaciones

	Matriz de reconocimiento (datos valorados)
Matriz de envío de derivaciones (datos valorados)	r .382 (p<.001; 2500 permutaciones)
Matriz de recepción de derivaciones (datos valorados)	r .314 (p<.005; 2500 permutaciones)

Fuente: elaboración propia

El patrón de intercambio de información entre los servicios de SMIJ indagados, de acuerdo al mismo procedimiento, no estaría asociado a los patrones de intercambio de derivaciones ni al nivel en que en un servicio se conoce la oferta de los demás miembros de la red.

Al calcular la correlación de Spearman para los grados de

centralidad nodales se halló que habría una asociación fuerte (rho de Spearman = 0,826;  $p < 0,01$ ) entre haber recibido derivaciones (InDegree envíos) y que se conociera más la oferta del propio establecimiento (InDegree reconocimiento). También existiría fuerte asociación (rho de Spearman = 0,834;  $p < 0,01$ ) entre haber recibido derivaciones (InDegree envíos) y haberlas enviado (InDegree recepciones<sup>14</sup>). Conocer mejor la oferta de los otros miembros de la red no estaría asociado a los patrones de derivación ni a ser más conocido por los demás. Tampoco mediante este cálculo se halló asociación entre el intercambio de información y los otros tipos de relaciones.

Tabla 4. Correlaciones no paramétricas entre los grados nodales de las relaciones de reconocimiento y el envío y recepción de derivaciones

		InDegree reconocimiento	InDegree envíos	InDegree recepciones	
Rho de Spearman	InDegree reconocimiento	Coefficiente de correlación	1,000	,826**	,538
		Sig. (bilateral)	.	,003	,108
		N	10	10	10
	InDegree envíos	Coefficiente de correlación	,826**	1,000	,834**
		Sig. (bilateral)	,003	.	,001
		N	10	11	11
	InDegree recepciones	Coefficiente de correlación	,538	,834**	1,000
		Sig. (bilateral)	,108	,001	.
		N	10	11	11

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Finalmente, el cálculo de correlación entre los datos atributivos y relacionales, mostró otras relaciones interesantes. Por un lado, conocer mejor la oferta de los demás miembros de la red (OutDegree reconocimiento) estaría relacionado positivamente con la antigüedad del referente en la RIF (rho de Spearman = 0,729;  $p < 0,05$ ).

Por otro lado, haber enviado derivaciones a otros servicios de la red en el período indagado (InDegree recepciones) guardaría relación con poseer internación de SMIJ (rho de Spearman = 0,780;  $p < 0,01$ ); y con poseer Hospital de Día de SMIJ (rho de Spearman = 0,692;  $p < 0,05$ ).

<sup>14</sup> Véase el apartado 4.2.2.b donde se explica la interpretación de los grados de entrada y salida de esta relación.

Adicionalmente, se observó que los servicios miembros que recibieron mayor cantidad de consultas en octubre de 2006 serían a la vez los que participaron en menor cantidad de actividades de formación y/o intercambio de información durante el mismo período ( $\rho$  de Spearman = -0,701;  $p < 0,05$ ).

## Capítulo 5

### Discusión y comentarios finales

#### 5.1. Conclusiones y recomendaciones

El presente estudio realizó una exploración de las características relacionales de un conjunto de servicios públicos de salud mental que conforman la denominada Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires. El eje del estudio lo constituyó el análisis de redes sociales de los intercambios de información, las derivaciones de usuarios y el conocimiento de la oferta disponible entre los miembros de la red, de acuerdo a lo referido por informantes clave de once servicios miembros.

Estas relaciones se analizaron primero separadamente, calculando una serie de indicadores básicos del análisis de redes (densidad, reciprocidad, grado de centralidad, entre otros), y luego se realizó la comparación inter-matrices y la evaluación de posibles asociaciones entre los datos relacionales y algunos datos atributivos recavados, relativos a aspectos estructurales y funcionales de los servicios indagados.

Los datos obtenidos sobre características individuales mostraron que la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental agrupa a sectores institucionales con características muy heterogéneas en cuanto a su estatuto dentro de las instituciones a las que pertenecen (incluyendo unidades de salud mental completas, servicios dentro de unidades de salud mental, áreas dentro de servicios, etc.), a la cantidad de profesionales que son representados en la red (cantidad que va desde 4 hasta 74 personas) y al volumen de la demanda que recibe cada grupo representado (que varía entre 4 y 3000 consultas de primera vez durante octubre de 2006).

Los resultados mostraron también que los dispositivos de atención de la salud mental de diferente nivel resolutivo no necesariamente se distribuyen entre los establecimientos siguien-

do una lógica de niveles de atención. En los once establecimientos indagados se ofrecen tratamientos psicoterapéuticos individuales a niños y/o adolescentes y la mayoría ofrece tratamiento para familias y talleres grupales para tratar problemáticas específicas. Dos establecimientos especializados en salud mental ofrecen el dispositivo de hospital de día para pacientes niños y adolescentes y otros dos establecimientos, un hospital monovalente y un hospital general de niños, proveen de este dispositivo solamente a adolescentes. La RIF cuenta con un hospital general de niños y un hospital monovalente que realizan internaciones psiquiátricas de niños y adolescentes, y otro hospital monovalente que sólo interna a mayores de 16 años de edad.

El análisis de los datos relacionales mostró, en primer lugar, que en la mayoría de los servicios miembros de la RIF se conocen al menos de forma parcial las prestaciones de salud mental infanto-juvenil que ofrece cada uno de los demás establecimientos (densidad de 0,92 en la relación de reconocimiento), aunque el nivel en que se conoce la distribución de los dispositivos mencionados arriba no es tan homogéneo como podría esperarse (fuerza de relación promedio de 3,63 y desvío estándar de 1,53).

Respecto de esta relación, se encontró que los cuatro nodos más conocidos dentro de la red serían los cuatro establecimientos especializados en salud mental (BET, KPA, JPA y HAP, que recibieron 44, 40, 39 y 35 aciertos respectivamente). Entre estos, el establecimiento con una posición más central, tanto por ser el más conocido como por conocer mejor a los demás, es un establecimiento monovalente de salud mental infanto-juvenil (BET), es decir, aquel con mayor especialización en la temática que constituye el eje de la red.

El análisis de los intercambios de derivaciones desde y hacia los miembros de la RIF, mostró una red con baja conectividad (densidad del 35% en la red de envíos, del 38% en la de recepciones y de 19% si solamente se consideraran los vínculos confirmados), sin que pueda reconocerse una red paralela



o superpuesta que incluya establecimientos externos a la RIF como un lugar significativo en los intercambios.

El nodo con una posición más central en las derivaciones resultó ser el mismo que apareció como más central en la relación de reconocimiento, aquel correspondiente a un establecimiento monovalente de salud mental infanto-juvenil (BET). Se encontró además que los nodos que pertenecen a establecimientos mejor conocidos, que en esta red son los que se especializan en salud mental, son aquellos que recibieron derivaciones de mayor cantidad de nodos (rho de Spearman de 0,826 para un nivel de significación de 0,01). Similares hallazgos respecto de la centralidad en los intercambios de los servicios más especializados en el tema que nuclea a una red asistencial fueron identificados por Kwait, Valente y Celentano (2001).

Como expresaran Hanneman y Riddle (2005) respecto de las redes en general, el posicionamiento central de algunos servicios puede constituir al mismo tiempo una ventaja y una desventaja en cuanto a su capacidad de influencia sobre los intercambios ya que, por un lado, un servicio que es mejor conocido puede poseer mayor prestigio y en este sentido mayor posibilidad de influir en los demás, pero también corre el riesgo de saturarse más fácilmente de aquello que constituye el contenido de los intercambios, como son en este caso las derivaciones de pacientes.

Respecto de la emisión de derivaciones, el análisis correlacional sugirió que, contrariamente a lo que expresara la mayor parte de los informantes respecto a los motivos principales para producir derivaciones (el 73% de las respuestas indicaban que la ausencia de dispositivos como internación psiquiátrica era la causa más frecuente de que se derive), los nodos que produjeron más derivaciones son aquellos que poseen internación psiquiátrica (rho de Spearman de 0,780, para un nivel de significación de 0,01). Dado que los establecimientos con internación también tienen consultorios externos, podría pensarse que las derivaciones para seguimiento post-externación esta-

rían más relacionadas con la cercanía del domicilio del paciente del sitio a donde se deriva o bien con la falta de recursos humanos para atención ambulatoria en el establecimiento de internación.

Adicionalmente, el análisis mostró que los servicios que producen mayor cantidad de derivaciones tienden a ser aquellos que a la vez reciben mayor cantidad de derivaciones (rho de Spearman de 0,834 para un nivel de significación de 0,01). Si junto con esta característica se tiene en cuenta la baja densidad de esta red (especialmente cuando se consideran los lazos confirmados por ambas partes), podría interpretarse que la red de derivaciones entre servicios de salud mental infanto-juvenil de CBA es bastante más pequeña que lo que explícitamente se designa como tal, existiendo miembros periféricos que no participan tan intensamente como otros en los intercambios. En este sentido, el análisis de las derivaciones confirmadas mostró la existencia de un nodo aislado (GIZ), dos nodos (ACC y EAR) que solamente se conectan a la red para enviar pacientes a otro único nodo y un servicio (FDT) que solamente tiene tres lazos por los que produce derivaciones. Estos nodos más periféricos forman parte del conjunto de establecimientos menos especializados de la red, ya sea en salud mental o en salud infanto-juvenil.

El análisis de la relación de intercambio directo de información relativa a la atención, desde y hacia los servicios miembros de la RIF, también mostró una red poco conectada (densidad de 0,40), con lazos que se distribuyen de manera heterogénea entre los miembros (desvío estándar de 0,49) y la presencia de dos nodos más centrales (ICA y HAP) y un nodo (ACC) totalmente excluido del intercambio. Tampoco para esta relación se encontraron instituciones externas a la RIF con una prominencia en los intercambios que pueda sugerir una red paralela o superpuesta.

La relación de intercambio de información directa entre nodos no parece estar asociada al intercambio de derivaciones, al conocimiento de los servicios que proveen los demás nodos o

a características estructurales relativas al tamaño de los nodos, a los recursos comunicacionales que poseen o a los dispositivos de SMIJ con que cuentan. Curiosamente, el análisis correlacional sugirió que los nodos que recibieron mayor cantidad de consultas en el período abarcado participaron en menor cantidad de actividades de formación y/o intercambio en igual período ( $\rho$  de Spearman de  $-0,701$  para un nivel de significación de  $0,05$ ).

Para sintetizar, los resultados de este estudio muestran que los servicios que componen la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Ciudad de Buenos Aires disponen de relativamente pocas conexiones entre sí, tanto cuando se trata de derivar pacientes como cuando se trata de compartir información relativa a la tarea que realizan. Respecto de esto último, se comprende inmediatamente que si los servicios no comparten conocimientos, datos y/o experiencias con otros equipos que realizan tareas similares en condiciones similares, la oportunidad para producir nuevos conocimientos y/o desarrollar acciones más adecuadas a las necesidades de la población es muy limitada.

En cuanto a los intercambios de derivaciones, la escasa conectividad podría significar que algunos servicios se saturan rápidamente y no están en condiciones de ofrecer a los usuarios la posibilidad de obtener atención en otro establecimiento, y podría significar también que se envían pacientes a las instituciones más conocidas sin que esto sea siempre lo más conveniente o apropiado para las necesidades del usuario.

En este sentido, se observó que los establecimientos especializados en salud mental tienen una posición preponderante en la relación de recepción de derivaciones, a pesar de que no necesariamente cuentan con los dispositivos específicos (solamente dos establecimientos especializados poseen internación psiquiátrica y uno de ellos no interna niños menores de 16 años de edad) y que en algunos casos poseen menor cantidad de profesionales de la salud mental infanto-juvenil que otros establecimientos no especializados.

Dado que estos establecimientos resultan ser aquellos cuya oferta es mejor conocida dentro de la red, una manera de favorecer el flujo más homogéneo de las derivaciones, y en este sentido el aprovechamiento más eficiente del sistema, podría ser la puesta en común de información completa y actualizada de los recursos disponibles y las prestaciones posibles en cada servicio de la red. Esta medida podría llevarse a cabo a través de la creación de un catálogo de prestaciones (Socios para la Reforma del Sector Salud, 2004) de salud mental infanto-juvenil que contenga todos los dispositivos de salud mental disponibles en cada proveedor, la capacidad resolutive y los criterios de admisión a cada servicio. Un catálogo así debería ser actualizado periódicamente y distribuido a todos los efectores.

Si bien en este estudio no se encontró que el intercambio de información estuviera asociado a otras variables estudiadas, es posible que una medida tendiente a publicar y facilitar el acceso de todo el personal de salud mental a las actividades y producciones científico-académicas de cada servicio mejore a su vez el intercambio de conocimientos, experiencias u otros datos relacionados con la tarea asistencial entre ellos.

De la misma forma podría contribuir el fomento de proyectos científico-académicos conjuntos entre servicios. En este sentido, Nikbakht-Van de Sande, Van Der Rijt, Visser *et al.* (2005) encontraron que la estimulación de proyectos conjuntos entre profesionales de diferentes servicios puede mejorar las relaciones de colaboración tanto entre los individuos participantes como entre las organizaciones a las que pertenecen.

Finalmente, una medida que se cree podría aumentar la fluidez y la eficiencia de las derivaciones dentro de la red al tiempo que permitiría estudios más profundos sobre estos intercambios, es la creación de un instrumento de derivación para atención en salud mental, definido como un documento en el que, respetando el secreto profesional y adoptando los recaudos correspondientes a la protección de la privacidad de la persona, se registren los datos básicos del usuario, los motivos de consulta y

de derivación y lo realizado en el servicio que deriva. Copia de este documento debería ser enviado al servicio receptor de modo que emisor y receptor de las derivaciones cuenten con información útil para la asistencia, se pueda monitorear el derrotero de los usuarios dentro del sistema y sea posible disponer de datos más precisos acerca del funcionamiento de la red.

## 5.2. Alcances y limitaciones de los resultados de este estudio

Al tratarse de una primera aproximación al tema, como era de esperarse, los resultados de esta investigación poseen diversas limitaciones. Entre ellas, algunas se desprenden del diseño y los recursos disponibles, y otras se encuentran más ligadas a características del objeto de estudio.

Dentro de las limitaciones que surgen del campo estudiado, debe ubicarse en primer lugar la escasez de conocimientos empíricamente fundados y de datos sistemáticamente reunidos y publicados, lo cual obligó a dirigir parte del esfuerzo a la recolección de datos básicos que no constituían el interés principal de este estudio pero se consideraban necesarios.

Como se señalara previamente, en este estudio constituye una limitación particular la ausencia de registros, ya sea formales o informales, de las derivaciones que realiza o recibe cada servicio. Al no disponerse de registros ni de datos publicados, un trabajo de las características del aquí expuesto se ve obligado a depender de la memoria y el conocimiento de los informantes. Esta dependencia, además de contar con los sesgos propios de la subjetividad de los informantes, enfrenta al problema de que muchos informantes sólo pueden ofrecer datos muy estimativos de su establecimiento porque la fragmentación intra-institucional hace que no posean mayor información.

Respecto de estas limitaciones externas, se buscó presentar discriminadamente la información referida a los servicios y la referida a los establecimientos, y clarificar en todos los casos que los datos surgen de lo referido por informantes que pertenecen a un sector de cada institución.

La información que involucra a los servicios, que incluye todos los datos relacionales, fue corroborada por distintos informantes del mismo servicio y sirvieron de control las respuestas del resto de los nodos de la red. La información relativa a los establecimientos, por otro lado, debe tomarse con mayor cautela, ya que no se encontró una forma viable para este estudio de corroborarla en todos los casos. De todas formas, la descripción expuesta representa un bosquejo del sector de la salud mental infanto-juvenil que podría servir de antecedente a futuros estudios.

Con relación a las limitaciones derivadas del abordaje utilizado, surge en primer lugar la utilización hasta cierto punto novedosa de la metodología del ARS para el análisis interorganizacional de servicios de salud locales. Esta limitación, que implica carencia de parámetros y modelos, representa al mismo tiempo un posible aporte de este trabajo, en el sentido de que sucesivos abordajes puedan basarse en lo realizado para producir ajustes y mejoras que permitan una aproximación progresivamente más precisa.

Otras dificultades concernientes al trabajo realizado no representaron limitaciones graves. En primer lugar, la ausencia de datos acerca de dos miembros de la RIF podría haber distorsionado los resultados acerca de los intercambios dentro la red si los mismos hubieran sido nombrados como interlocutores por varios de los otros miembros, lo cual no sucedió. En segundo lugar, como podía esperarse dada la ausencia de registros, se encontraron diferencias entre la red de envío y la red de recepción de derivaciones, pero estas diferencias no fueron muy significativas. También faltaron datos respecto al intercambio de información de uno de los establecimientos, lo cual se resolvió suficientemente al utilizar los datos referidos por los demás miembros y calcular el promedio entre los valores asignados a los pares de nodos (apartado 4.2.3.).

Para concluir, este trabajo propuso un abordaje novedoso de las relaciones interorganizacionales de los servicios locales

de salud mental infanto-juvenil que permitió conocer algunas características del funcionamiento de este sector asistencial como conjunto y comenzar a visualizar posibles caminos para mejorar su funcionamiento. El aporte principal de esta investigación lo constituye, posiblemente, su potencial para abrir las puertas a sucesivos y más refinados acercamientos tanto al campo de la provisión de servicios de salud mental como al uso de la metodología elegida en el sector institucional.

---

---



## Referencias

- Alonso Pérez de Ágreda, J. P., Febrel Bodejé, M. y Huelin Domeco de Jarauta, J. (2000). "Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria". *Gac Sanit*, 14(2): 122-130.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, OMS-OPS (2004). *Situación de salud en Argentina 2003*. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación/OPS-OMS.
- Arteaga, J., Bernardo, J. L. y Roa, E. (2002). *Redes promocionales de calidad de vida. Vínculos y respuestas a las necesidades sociales* (Documento de trabajo). Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela/ Agencia de Cooperación Técnica Alemana.
- Banco Mundial (2003). *El sector salud argentino: situación actual y opciones para mejorar su desempeño* (Reporte No. 26144-AR). S.I.e. Banco Mundial.
- Barreiro, L. y Leite Lucimeire, V. (2004). *La confianza en la economía popular: el caso de la red de trueque Nodo Astral* [en línea]. Universidad del Salvador. Sitio Web del Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. Disponible en: <http://www.salvador.edu.ar/csoc/idicso> [obtenido el 30 de septiembre de 2005].
- Barrionuevo, H. (s.f.). *Profesionalizar la gestión en salud mental* [en línea]. ISALUD. Sitio Web de Archivos de Investigación. Disponible en: <http://www.isalud.org/investigacion/documentos.asp> [obtenido el 23 de septiembre de 2005]
- Bello, J. N. (2002). *Cumplimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes en redes locales de salud*. Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina.
- Bolland, J. M. y Wilson, J. V. (1994). "Three faces of integrative coordination: a model of interorganizational relations in community-based health and human services". *Health Serv Res*, Aug, 29(3): 341-66.

- Borgatti, S.P., Everett, M.G. y Freeman, L.C. (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard. Analytic Technologies.
- Borgatti, S.P. y Foster, P.C. (2003). "The network paradigm in organizational research: a review and typology". *Journal of Management*, 29(6): 991-1013.
- Cejas, C., Diyarian, V., Longo, M. E. et al. (2002). *La red Retiro. Redes interorganizacionales y asentamientos populares*. Ciudad de Buenos Aires. Universidad del Salvador.
- Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (2002). *El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal*. Ciudad de Buenos Aires. CEDI.
- Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (2005). *Identificación de inequidades en la atención materno-infantil en el contexto de diferentes espacios sociales* [versión digital]. Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Monografía presentada en el taller Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, junio 2002. Toronto.
- Ciudad de Buenos Aires (1997). *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires* N° 128, 4 de febrero de 1997, Resolución N° 361: Créase el programa redes de atención de la salud.
- Ciudad de Buenos Aires (1999). *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires* N° 703, 25 de febrero de 1999, Ley 153: Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ciudad de Buenos Aires (2000). *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires* N° 1022, 27 de julio de 2000, Ley 448: Ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Salud Mental (2002). *Plan de salud mental*. Tomo I. Ciudad de Buenos Aires. DSM.

- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2005). "Organización de redes. Política de prestación de servicios". *II Encuentro regional por la salud*. Colombia. OPS.
- Connelly, J., McAveary, M. y Griffiths, S. (2005). "National survey of working life in public health after 'shifting the balance of power': results of first survey". *Public Health*, Sep, 15.
- Cott, C. (1997). "We decide you carry it out: a social network analysis of multidisciplinary long-term care teams". *Soc Sci Med*, Nov, 45(9): 1411-21.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Ciudad de Buenos Aires. FUNCER.
- Dunlop, J. M. y Holosko, M. J. (2004). "The story behind the story of collaborative networks: relationships do matter!". *J Health Soc Policy*, 19(3): 1-18.
- Fleury, S. (2002). "El desafío de la gestión de las redes de políticas" [versión digital]. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 12-13: 221-247. Disponible en: <http://www.iigov.org/revista> [obtenido el 30 de agosto de 2005]
- Forni, P. (2002). *Las redes inter-organizacionales y sus implicancias en el desarrollo de las organizaciones comunitarias de los pobres y excluidos. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires durante la década del noventa*. Ciudad de Buenos Aires. Universidad del Salvador.
- Forni, P., Siles, M. y Barreiro, L. (2004). "¿Qué es el Capital Social y cómo analizarlo en contextos de exclusión social y pobreza?". *JSRI Research Report No.25*. Michigan. The Julian Samora Research Institute/ Michigan State University.
- Forrest, C.B., Glade, G.B., Baker, A. E., Bocian, A., von Schrader, S. y Starfield, B. (2000). "Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care". *Arch Pediatr Adolesc Med*, May, 154(5): 499-506.

- Forrest, C.B., Glade, G.B., Starfield, B., Baker, A. E., Kang, M. y Reid, R. J. (1999). "Gatekeeping and referral of children and adolescents to speciality care" [versión en línea]. *Pediatrics*, 104(1): 499-506. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/28> [obtenido el 19 de mayo de 2006]
- Fried, B. J., Johnsen, M. C., Starrett, B. E., Calloway, M. O. y Morrissey, J. P. (1998). "An empirical assessment of rural community support networks for individuals with severe mental health disorders". *Community Mental Health Journal*, 34(1): 39-56.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2007). *Redes Interhospitalarias* [en línea]. Sitio Web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s\\_mental/s\\_m\\_dir\\_infa](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/s_m_dir_infa). [revisado el 22 de febrero de 2007].
- Goldszmidt, M., Levitt, C., Duarte-Franco, E. Y Kaczorowski, J. (1995). "Complementary health care services: a survey of general practitioners views". *Canadian Medical Association Journal*, 153(1): 29-35.
- Goodwin, N., 6, P., Peck, E., Freeman, T. y Posaner, R. (2004). *Managing across diverse networks of care: learning across sectors*. Londres. Health Services Management Centre/ University of Birmingham.
- Hanneman, R. A. y Riddle, M. (2005). *Introduction to Social Network methods* [versión digital]. California. University of California. Disponible en: <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/> [obtenido el 2 de octubre de 2005]
- Heikkinen, A., Puura, K. y Mattila, K. (2005). "Improving health centre physicians child-psychiatric networks". *Scand J Prim Health Care*, Mar, 23(1): 26-7.
- Heng, H. K., McGeorge, W. D. y Loosemore, M. (2005). "Beyond strategy: exploring the brokerage role of facilities manager in hospitals". *J Health Organ Manag*, 19(1): 16-31.
- Inglaterra, Department of Health (2005). *A guide to promote a shared understanding of the benefits of local managed networks*. Londres. DH.

- Krackhardt, D. (1987). "QAP Partialling as a test of spuriousness". *Social Networks* 9:171-186.
- Krauss, M., Mueller, N. y Luke, D. (2004). "Interorganizational relationships within state tobacco control networks: a social network analysis". *Prev Chronic Dis*, 1(4): A08.
- Kwait, J., Valente, T. W. y Celentano, D. D. (2001). "Interorganizational relationships among HIV/AIDS service organizations in Baltimore: a network analysis". *Journal of Urban Health. Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3): 468-87.
- Lemieux-Charles, L., Chambers, L. W., Cockerill, R., Jaglal, S., Brazil, K., Cohen, C., LeClair, K., Dalziel, B., Schulman, B. (2005). "Evaluating the effectiveness of community-based dementia care networks: the Dementia Networks' study". *Gerontologist*, 45(4): 456-64.
- Lettl, C. (2005). "The emergence of radically new health care technologies: inventive users as innovation networkers". *Technol Health Care*, 13(3): 169-83.
- Madariaga Orozco, C., Abello Llanos, R. y Sierra García, O. (2003). *Redes sociales: infancia, familia y comunidad*. Colombia. Universidad del Norte.
- Mallimaci, F. (1995). "Demandas sociales emergentes: Pobreza y Búsqueda de sentido, redes solidarias, grupos religiosos y organismos no gubernamentales". *Pobreza urbana y políticas sociales*. Ciudad de Buenos Aires. CEIL.
- Morrissey, J. P., Johnsen, M. C. y Calloway, M. O. (1997). "Evaluating performance and change in mental health systems serving children and youth: an interorganizational network approach". *J Ment Health Adm*, 24(1): 4-22.
- Nikbakht-Van De Sande, C.V., Van Der Rijt, C.C., Visser, A.P., Ten Voorde, M. A. y Pruyn, J. F. (2005). "Function of local networks in palliative care: a Dutch view". *Journal of Palliative Medicine*, 8(4): 808-816.
- Oliver, A. L. y Montgomery, K. (1996). "A network approach to outpatient service delivery systems: resources flow and system

influence". *Health Serv Res*, Feb, 30(6): 771-89.

- OPS/OMS, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (1998). "Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud". *Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3*. Washington. OPS/OMS.
- Pappas, J. M., Flaherty, K. E. y Wooldridge, B. (2004). "Tapping into hospital champions-strategic middle managers". *Health Care Manage Rev*, Jan-Mar, 29(1): 8-16.
- Provan, K. G., Milward, H. B. y Roussin Isett, K. (2002). "Collaboration and Integration of Community-Based Health and Human Services in a Nonprofit Managed Care System". *Healthcare Management Review*, 27(1): 21-32.
- Provan, K. G., Roussin Isett, K. y Milward, H. B. (2004). "Cooperation and compromise: a network response to conflicting institutional pressures in community mental health". *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(3): 489-514.
- Reagans, R. y McEvily, B. (2003). "Network structure and knowledge transfer: the effects of cohesion and range". *Administrative Science Quarterly*, 48: 240-67.
- Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires (2000). *Reglamento Red Infanto-Juvenil* (documento de uso interno). Disponible en la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Richardson, A., Sitzia, J. y Cotterell, P. (2005). "Working the system. Achieving change through partnership working: an evaluation of cancer partnership groups". *Health Expect*, Sep, 8(3): 210-20.
- Ridgely, M. S., Lambert, J. D. D., Goodman, A., Chichester, C. S. y Ralph, R. (1998). "Interagency collaboration in services for people with co-occurring mental illness and substance use disorder". *Psychiatr Serv*, 49: 236-238.
- Rodríguez Riccheri P. y Tobar F. (2003). *El Consejo Federal de Salud*

*Argentino: actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo.* Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.

- Rosko, M. D. y Proenca, J. (2005). "Impact of network and system use on hospital x-inefficiency". *Health Care Manage Rev*, Jan-Mar, 30(1): 69-79.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario. Secretaría de Salud Pública/ Instituto Lazarte.
- Rubinstein, A. L. (2004). *Impacto de la reforma del sistema de salud en la regulación de la práctica médica y los profesionales de la atención primaria. Estudio comparativo en seis provincias argentinas.* Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Sanz Menéndez, L. (2003). "Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes". *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, 7. Madrid. Unidad de Políticas Comparadas/Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Scott, J. (2000). *Social network analysis.* Londres. Sage Publications.
- Scott, J., Tallia, A., Crosson, J. C., Orzano, A. J., Stroebel, C., DiCicco-Bloom, B., O'Malley, D., Shaw, E. y Crabtree, B. (2005). "Social Network Analysis as an analytic tool for interaction patterns in primary care practices". *Annals of Family Medicine*, 3(5): 443-48.
- Shapira, P. y France, M. (1996). "Las políticas de lucha contra la pobreza en la periferia de Buenos Aires, 1984-1994". *Revista Mexicana de Sociología*, abril-junio 59(2): 73-94.
- Socios para la Reforma del Sector Salud (2004). "Sistemas de referencia y contrarreferencia en los servicios de salud". *Serie Resúmenes Ejecutivos de PHRplus.* Perú. PHRplus.
- Thain, A. y Wales, A. (2005). "Information needs of specialist health care professionals: a preliminary study based on the West of Scotland Colorectal Cancer Managed Clinical Network". *Health Info Libr J*, Jun, 22(2): 133-42.

- Tindall, D. B. y Wellman, B. (2001). "Canada as social structure: social network analysis and Canadian sociology". *Canadian Journal of Sociology*, 26(3), Special edition: "The legacy of Canadian sociology".
- Totterdell, P., Wall, T., Holman, D., Diamond, H. y Epitropaki, O. (2004). "Affect networks: a structural analysis of the relationship between work ties and job-related affect". *J Appl Psychol*, 89(5): 854-67.
- Velázquez Álvarez, O. A. y Aguilar Gallegos, N. (2005). *Manual introductorio al Análisis de Redes Sociales*. México. Universidad Autónoma del Estado de México/ Universidad Autónoma Chapingo.
- Verd Pericás, J. M. y Martí Olivé, J. (1999). "Muestreo y recogida de datos en el análisis de redes sociales". *Quesito*, 23(3): 507-524.
- Vivas, J. R. (2001). "Análisis de redes sociales y procesos de influencia en toma de decisión grupal". *Interdisciplinaria*, 18(1): 87-113.
- Wasserman, S. y Faust, K. (1994). *Social Network Analysis*. Cambridge. Cambridge University Press.
- West, E., Barron, N., Dowsett, J., & Newton, J. (1999). *The Saliency of Social Boundaries in the Health Care Professions: a Study of Social Networks West* [en línea]. Sitio Web del Departamento de Salud de Inglaterra. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/ResearchAndDevelopment> [consultado el 27 de septiembre de 2005]
- Zuvekas, A. (2005). "Health centers and the health care system". *J Ambul Care Manage*, Oct-Dec, 28(4):331-9.



# Anexo I

## Instrumento de recolección

La siguiente es una versión esquemática del instrumento usado, donde algunos ítems se muestran parcialmente a modo de ejemplo.

### I – CARACTERÍSTICAS DEL INFORMANTE

I.1. Sexo:

I.2. En el Hospital o Centro de Salud en que usted trabaja, ¿qué profesión ejerce?

I.3. De las siguientes opciones, ¿cuál describe mejor su rol en esta institución? [Leer opciones]

Jefe/a de Unidad de Salud Mental.....	1
Jefe/a o Coordinador/a de un Área dentro de la Unidad.....	2
Coordinador/a o Responsable de un equipo dentro de un Área.....	3
Miembro sin personal a cargo.....	4
Otro.....	8
[NR].....	9

I.4. ¿Pertenece usted a un área o servicio específico dentro de la unidad de salud mental de su hospital o centro? (¿A cuál?)

I.5. ¿En qué año comenzó a trabajar en esta institución, ya sea con o sin nombramiento?

### II – CARACTERÍSTICAS DEL ESTABLECIMIENTO

II.1. El área de Salud Mental Infanto-Juvenil en que usted trabaja, ¿atiende demanda interna, demanda externa o ambas?

II.2. ¿Cuál o cuáles de los siguientes servicios de Salud Mental ofrece su institución a niños y/o adolescentes?

Guardia.....	1	Tratamientos individuales.....	5
Consultorios externos.....	2	Atención a familias.....	6
Internación.....	3	Actividades de promoción y/o prevención....	7
Hospital de Día.....	4	[Ninguno de estos servicios].....	8

II.3. ¿Tiene a su disposición alguno o algunos de los siguientes recursos en su Hospital o Centro?

Teléfono.....	1	Internet.....	4
Fax.....	2	Espacio para reuniones o cursos.....	5
Computadora.....	3	[Ninguno de estos recursos].....	6

### III –PARTICIPACIÓN EN LA RED INFANTO JUVENIL

III.1. ¿En qué año empezó a ser representante en la Red?

III.2. Dentro de la Red, ¿representa usted a todo el sector de Salud Mental de su institución o a un Área particular? (¿Cuál?)

III.3. ¿Cuántas veces al año se reúne con los demás miembros de la Red?

III.4. ¿A través de qué medios recibe información relacionada con la Red?

Teléfono/Fax en su Hospital o Centro.....	1
En reuniones con todos los miembros.....	2
En comunicaciones con otro/s miembro/s.....	3
Teléfono/Fax/ particular.....	4
Circulares u otros medios formales de comunicación...	5
E-mail.....	6
Otros.....	8

III. 5. ¿Cuáles son, en su opinión, las funciones o actividades más importantes de la Red? Nombre hasta tres.

#### IV. INFORMACIÓN DE OTROS ESTABLECIMIENTOS

IV. 1. [Tabla 1R] En esta tabla se listan instituciones de salud de Ciudad de Buenos Aires que tienen servicios de salud mental para niños y/o adolescentes y se incluyen algunos tipos de prestaciones de salud mental. De acuerdo a lo que usted sabe o recuerda en este momento, ¿cuál o cuáles de las prestaciones de salud mental nombradas presta cada institución a niños/as y/o adolescentes? Marque sus respuestas con un círculo en las casillas correspondientes a cada institución, omitiendo la propia.

INSTITUCIONES	¿Cuál o cuáles de estas prestaciones de salud mental ofrece la institución listada a niños y/o adolescentes?				
	Guardia	Internación	Hospital de Día	Consultorios externos	Atención a familias
Centro Salud Mental N° 1					
Centro Salud Mental N° 3					
Hospital Álvarez					
Hospital ....					

#### V – DERIVACIONES DE PACIENTES

##### V. 1. [Mostrar Tabla 1D]

Esta tabla lista instituciones de Ciudad de Buenos Aires que tienen servicios de salud mental para niños y/o adolescentes. Quisiera saber “aproximadamente cuántas veces su servicio o área ha enviado pacientes al sector de salud mental de cada institución listada en el período septiembre-octubre-noviembre de 2006”.

Marque sus respuestas con una cruz en las casillas que correspondan a cada institución.

Al final de la tabla, usted puede agregar hasta 5 hospitales y/o centros, de Ciudad de Buenos Aires o no, a las que su servicio envía pacientes con regularidad. Para estas instituciones, marque también la cantidad de veces en que le ha derivado pacientes durante el período mencionado.

En el período septiembre-octubre-noviembre de 2006, ¿cuántas veces su servicio ha ENVIADO pacientes al sector de salud mental de cada institución listada? Marque con una cruz.				
INSTITUCIONES	Ninguna vez	Entre 1 y 3 veces	Entre 4 y 6 veces	Más de 6 veces
CSM1 Pedraza				
CSM3 Ameghino				
...				

V. 2. Esta tabla lista las mismas instituciones que la anterior. Quisiera saber “Aproximadamente cuántas veces su servicio o área ha RECIBIDO pacientes del sector de salud mental de cada institución listada en el período septiembre-octubre-noviembre de 2006”. Al final de la tabla usted puede agregar hasta 5 hospitales y/o centros, de Ciudad de Buenos Aires o no, de las que su propio servicio recibe pacientes, y marcar la cantidad de veces como lo hizo previamente.

En el período septiembre-octubre-noviembre de 2006, ¿cuántas veces su servicio ha RECIBIDO pacientes del sector de salud mental de cada institución listada? Marque con una cruz.				
INSTITUCIONES	Ninguna vez	Entre 1 y 3 veces	Entre 4 y 6 veces	Más de 6 veces
CSM1 Pedraza				
...				

V. 3. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son las razones más frecuentes para que su servicio de salud mental derive un paciente a otro servicio de salud mental? Nombre hasta 3 razones.

V. 4. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son las razones más frecuentes para que otro servicio de salud mental envíe pacientes al suyo? Nombre hasta 3 razones.

V. 5. Cuando su servicio tiene que derivar un paciente a otro servicio de salud mental, ¿qué hace más frecuentemente...?

Sugiere al paciente que consulte en otra institución y el paciente elije en cuál.....	1
Sugiere al paciente que consulte en una institución particular.....	2
Establece contacto con el servicio al que deriva y luego envía al paciente.....	3
Otro.....	8
NR.....	9

V. 6. Cuando usted recibe derivaciones, ¿cómo llega el paciente generalmente...?

El paciente derivado eligió venir a su servicio.....	1
El paciente fue enviado específicamente a su servicio.....	2
El servicio que envía al paciente se contacta con el suyo antes de que llegue el paciente.....	3
Otro.....	8
NR.....	9

V. 7. De todos los servicios de salud mental a los que su servicio o área envía pacientes, ¿cuáles son los 3 que usted considera más importantes en las derivaciones que realiza su área o servicio? Ordénelos considerando 1 como el más importante.

V. 8. Entre todos los servicios de salud mental de los que su servicio o área recibe pacientes, ¿cuáles son los 3 que usted considera más importantes en las derivaciones de pacientes que recibe su área o servicio? Ordénelos considerando 1 como el más importante.

#### VI – FLUJO DE INFORMACIÓN

Las siguientes preguntas se refieren a la posibilidad de que su servicio intercambie conocimientos, experiencias de la práctica y/o datos relativos a la atención (por ejemplo, datos epidemiológicos, de capacidad de oferta, de recursos disponibles, etc.) con otros servicios de salud mental infanto-juvenil.

VI. 1. Una forma de compartir información con otros servicios puede ser la participación en actividades de formación o intercambio, como ateneos, cursos, congresos, jornadas, etc. ¿Participa o ha participado su servicio/área de este tipo de actividades con otros servicios de salud mental infanto-juvenil?

VI. 2. En el año 2006, ¿aproximadamente cuántas veces participó su servicio/área de estas actividades?

VI. 3. ¿Ha participado su servicio en alguna o algunas de estas actividades en el período septiembre-octubre-noviembre de 2006? (¿De qué actividad o actividades se trató?)

VI. 4. [Tabla IN] Más allá de las actividades mencionadas, es posible que un servicio comparta información regularmente con otro servicio a través de reuniones o comunicaciones periódicas entre los miembros y/o autoridades de ambos equipos. [Entregar Tabla IN]

Observe la lista de instituciones de esta tabla. Su servicio o área, ¿intercambia conocimientos, experiencias y/o datos relacionados con la atención de forma regular con alguno o algunos de los servicios de salud mental de las instituciones listadas?

Su área o servicio, ¿intercambia conocimientos, experiencias y/o datos relacionados con la atención de forma regular con alguno/s de los servicios de salud mental de estas instituciones?		
¿Con cuáles? [Márquelas con una cruz]	(VI. 5) ¿Ha intercambiado información con este servicio en el período septiembre-octubre-noviembre de 2006?	(VI. 6) ¿De que tipo de información se ha tratado predominantemente?
CSM1 Pedraza	SI NO	
....		

VI. 7. Su servicio tal vez intercambia conocimientos, experiencias y/o datos relativos a la atención de forma regular con servicios de salud mental de instituciones que no están listadas. Al final de la tabla, usted puede agregar hasta 5 instituciones, de Ciudad de Buenos Aires o no, con las que su servicio intercambia información periódicamente, y responder a las preguntas de la tabla.

V. 8. De los servicios de salud mental con los cuales su servicio intercambia conocimientos, experiencias y/o datos relativos a la atención de forma regular, ¿con cuáles 3 considera que estos intercambios son más importantes? Ordénelos considerando 1 como el más importante.

#### IIB – ATRIBUTOS DEL ESTABLECIMIENTO

Para terminar, quisiera pedirle algunos datos más acerca del sector de salud mental que usted representa en la Red.
---

II.4. ¿Cuántos profesionales de la salud mental trabajan con niños y/o adolescentes en su servicio o área? Incluya a todos los profesionales, aunque no sean de planta.

II.5. De los profesionales de la salud mental que trabajan con niños y/o adolescentes en su servicio o área, ¿cuántos son...

- De planta?.....
- Residentes?.....
- Concurrentes?.....
- Otro tipo de inclusión?.

II.6. ¿Cuántas consultas por niños y/o adolescentes recibió su servicio o área durante Octubre de 2006?

## Anexo II

### Modelo del consentimiento informado entregado a los participantes.

---

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja para el/la participante

---

Ciudad de Buenos Aires, □□ de □□ de 200□

Se solicita su colaboración con un estudio acerca de los intercambios de información y derivación de pacientes entre servicios públicos de salud mental infanto-juvenil de Ciudad de Buenos Aires. Este estudio se realiza en el marco de la "Maestría en Ciencias Sociales y Salud" dictada por las instituciones educativas CEDES y FLACSO y corresponde a la tesis final de la misma.

Su participación consiste en responder a un cuestionario de aproximadamente 40 preguntas, y es posible que se le pida, posteriormente, concertar una nueva entrevista para completar o corregir datos.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta o dejar de participar en cualquier momento si así lo desea. Toda la información que usted ofrezca será tratada confidencialmente. Los cuestionarios con sus respuestas solamente serán manejados por los investigadores, de modo que su identidad no será dada a conocer en ningún momento. Si bien el nombre de su institución tampoco será divulgado, existe la posibilidad de que ciertas características la vuelvan identificable en el material resultante de este estudio.

Hasta donde puede preverse, su participación no le acarreará riesgos físicos, psíquicos, sociales o laborales.

Si bien usted y/o su institución no recibirán beneficios inmediatos por participar en este estudio, se espera que los resultados del mismo contribuyan a conocer algunas de las condiciones en que desarrollan su tarea y puedan ser tenidos en cuenta a la hora de introducir mejoras en la atención de la salud mental de niños y adolescentes.

Se le agradece mucho su ayuda y la investigadora queda a su disposición para cualquier pregunta o comentario que desee hacer respecto del estudio y su participación.

.....  
[Firma de la investigadora]

[Datos de contacto de la investigadora y datos institucionales]

## Anexo III

### Definiciones de los indicadores de ARS utilizados

Las siguientes definiciones se basan en los manuales introductorios al Análisis de Redes Sociales de Hanneman y Riddle (2005) y Velázquez Álvarez y Aguilar Gallegos (2005).

#### Densidad (*Density*)

Indica la alta o baja conectividad diádica de una red. Para una matriz binaria, la densidad es la proporción de todos los lazos posibles que están presentes. Para datos valorados, la densidad se calcula como la suma de toda la fuerza de relación – los valores de cada lazo – dividida sobre la suma de todos los lazos posibles en la red. El total de lazos posibles se calcula multiplicando el número total de nodos por el número total de nodos menos uno.

#### Reciprocidad (*Reciprocity*)

Cuando la relación estudiada es direccional, la reciprocidad indica el grado en que los lazos diádicos son bidireccionales. Se puede medir reciprocidad centrándose en la proporción de días que tienen un vínculo recíproco (*dyad method*) o, como se hizo en este trabajo, calcular la proporción de los lazos existentes que están involucrados en vínculos recíprocos (*arc method*).

#### Grado de centralidad (*Centrality Degree*)

Es un indicador de la imbricación o posición de cada nodo en la red. El Grado de Centralidad es el número de actores a los cuales un actor está directamente unido. Cuando se trata de relaciones direccionadas, se tiene un Grado de Salida y un Grado de Entrada, el primero de los cuales es la suma de los lazos que un actor dirige hacia el resto o los lazos que dice tener con los demás, y el segundo es la suma de los lazos que los demás actores le dirigen o que refieren tener con ese actor.

#### Índice de Centralización (*Centralization index*)

El grado de centralización de una red indica cuán cerca o lejos está dicha red de comportarse como una red “estrella”, que es aquella en la que todos los nodos menos uno tienen un grado igual a 1 y el grado del nodo central es igual al número total de nodos de la red menos 1.

#### Grado de Intermediación (*Betweenness*)

Indica la posibilidad que tiene un nodo de intermediar los intercambios entre los demás pares de nodos y se calcula contando las veces en que éste aparece en los caminos geodésicos (el camino más corto posible que puede seguir un nodo para llegar a otro) que conectan a todos los pares de nodos en la red.

#### Grado de Cercanía (*Closeness*)

Indica la capacidad de un nodo de llegar a todos los demás nodos de la red y se calcula contando todas las distancias entre un nodo y los demás.