

Título Flujo de información y derivación de usuarios con consumo problemático de alcohol

Tipo de Producto Ponencia (texto completo)

Autores Duffy, Débora; Strikic, Sebastián & Kildof, Denise

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de psicología, Noviembre 2017

Código del Proyecto y Título del Proyecto

C17S09 - Análisis de Redes Formales e Informales de Salud: flujo de información y derivación de usuarios con problemáticas de adicciones

Responsable del Proyecto

Duffy, Débora

Línea

Psicología Clínica

Área Temática

Psicología

Fecha

Noviembre, 2017

INSOD

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas
Proyectuales

UADE 

Flujo de información y derivación de usuarios con consumo excesivo de alcohol.

Information flow and derivation of users with excessive consumption of alcohol.

Mg. Débora Duffy

Fundación UADE

Lima 775 - C1073AAO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 0800-122-8233 / (5411) 4000-7600

deboraduffy@yahoo.com.ar

Resumen

La presente fue una investigación exploratoria-descriptiva que tuvo como principal objetivo indagar la preeminencia que poseen las redes informales de salud (parroquias, alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, grupos de familiares, granjas y otras Organizaciones No Gubernamentales) a la hora de dar respuesta ante la problemática de las adicciones, específicamente ante el consumo excesivo de alcohol. La investigación consistió en la realización de 20 entrevistas semiestructuradas a saber: 10 a informantes clave del sector salud de cuatro Centros de Salud de zona norte de la Provincia de Buenos Aires y a 10 informantes del sector informal de salud de Ciudad de Buenos Aires como del Conurbano Bonaerense.

Los resultados indicaron que los servicios que componen la Red Formal de Salud, 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 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 limitada. Los mismos resultados fueron obtenidos en relación al intercambio y flujo de información y de pacientes entre sectores formales e informales de la Red.

Palabras clave: Redes Formales – Redes Informales- Consumo excesivo de alcohol

Abstract

The present study was an exploratory-descriptive investigation whose main objective was to investigate the pre-eminence of informal health networks (parishes, anonymous alcoholics, anonymous narcotics, family groups, farms and other non-governmental organizations) in responding to The problem of addictions, specifically to excessive consumption of alcohol. The research consisted of 20 semi-structured interviews, namely: 10 key informants from the health sector of four Health Centers in the north of the Province of Buenos Aires

and 10 informants from the informal health sector of the City of Buenos Aires and the Conurbano Bonaerense.

The results indicated that the services that make up the Formal Health Network have relatively few connections to each other, both when it comes to refer patients and when it comes to sharing information related to the task they perform. Regarding the latter, it is understood that if the services do not share knowledge, data and / or experiences with other teams that perform similar tasks in similar conditions, the opportunity to produce new knowledge and / or develop actions more appropriate to the needs of the population is limited. The same results were obtained in relation to the exchange and flow of information and patients between formal and informal sectors of the Network.

Introducción

Conocer cómo se desarrollan las relaciones de colaboración entre organizaciones que integran una Red Asistencial -redes formales e informales de salud- es un paso importante en la búsqueda de una atención eficiente de las necesidades de la población (García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. P., 2004) y más aún ante una problemática acuciante para la Salud Pública como es el abuso y la dependencia de sustancias (OMS, 2014).

Ante dicha problemática, la provisión de servicios públicos ha recurrido a la implementación de redes inter-organizacionales compuestas por profesionales de diversas disciplinas que trabajan en distintos sectores para contrarrestar los efectos negativos de la fragmentación al cual las redes formales de salud están expuestas, para que de este modo, se pueda brindar una respuesta eficaz y efectiva a las problemáticas de salud prevalentes (García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. P., 2004).

Para este cometido, se ha propuesto que las redes de servicios se conformen de acuerdo a problemáticas emergentes o poblaciones específicas (Saforcada, E., 2008). Sin embargo, la mejora en la calidad de atención y la mayor eficiencia que se esperaría conseguir con una coordinación inter-organizacional no sólo plantean desafíos administrativos, sino también retos vinculados con el desarrollo de relaciones de intercambio entre proveedores de servicios y con la apertura de la información y la distribución del poder entre los

distintos miembros de la red asistencial (García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. P., 2004).

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 (De Lellis, M., 2015). En este sentido y en función a la problemática de adicciones la Ley de Salud Mental N°26657 establece en su artículo 4 que: *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*.

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 y dinámica relacional. 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, eficacia y equidad posibles, vuelven esenciales la coordinación y colaboración entre los diversos efectores y especialmente entre los diferentes niveles de atención (Nikbakht-Van de Sande, Van Der Rijt, Visser et al., 2005). En este contexto, ha cobrado relevancia el concepto de redes inter-organizacionales de servicios e instancias comunitarias de respuesta, como medio en el que puede desarrollarse una acción coordinada y dirigida a la atención integral de la salud de las personas con resultados sostenidos en el tiempo que permita integrar los componentes del sistema formal, informal y cuasiformal de salud (Saforcada, E, 2008).

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, 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, con una tendencia a la intervención puntual en detrimento de una integral (Socios para la Reforma del Sector Salud, 2004). A esto se debe sumar la cuestión de instancias y procedimientos, aunque sencillos, de evaluación de resultados; la finalidad es constatar la existencia o inexistencia de las mismas.

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 la década de los noventa, 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 (De Lellis, 2015).

Este movimiento ha incrementado la importancia de los servicios locales. 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 y la evaluación de resultados en el tiempo (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, 2005) y, fuera de Argentina, pese al creciente volumen de publicaciones relacionadas con redes inter-organizacionales de servicios de salud (para una revisión, véase Goodwin,

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 instalación 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).

De este modo, la presente investigación propuso, desde una perspectiva exploratoria-descriptiva, analizar el tipo de vinculación entre la estructura de las Redes Formales e Informales de Salud en torno a la problemática del consumo excesivo de alcohol en cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud del Conurbano Bonaerense y otras instituciones por fuera del sector de salud. Los principales objetivos desarrollados fueron conocer las características que asumen las relaciones de intercambio de información, derivación de usuarios en la red y capacidad de influencia en la toma de decisiones que cada unidad o miembro de ellas posee en estas interacciones. Puesto que, a la hora de dar respuesta a la problemática de adicciones en general, siendo el consumo excesivo de alcohol el primero en cuanto a prevalencia e incidencia, los profesionales enuncian que derivan una cantidad importante de usuarios a organizaciones por fuera del sistema formal de salud como por ejemplo: granjas, instituciones religiosas, asociaciones como alcohólicos y narcóticos anónimos, entre otras, y lo hacen como una manera de soslayar las consecuencias de la fragmentación de los servicios y las falencias en la capacitación de los trabajadores.

Metodología

Objetivo

El presente estudio analizó la estructura relacional de las Redes Formales e Informales de Salud ante la problemática del consumo excesivo de alcohol en cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud del conurbano bonaerense y otras instituciones pertenecientes a la Red Informal de Salud.

Objetivos específicos:

1. Describir la relación de intercambio de derivaciones de usuarios que se producen desde el sector estatal de salud hacia organizaciones por fuera de dicho sector.

2. Indagar la relación de intercambio de información que se produce entre las diferentes redes formales e informales, e intra-redes, en términos de presencia y contenido de intercambios espontáneos y de su participación en otras actividades estructuradas de reciprocidad.

3. Establecer la capacidad de influencia de cada estructura 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.

4. Identificar aspectos facilitadores y obstaculizantes en la estructura tanto de la red estatal como de la no-estatal de salud que puedan ser tenidos en cuenta en relación a la problemática de adicciones.

Participantes y procedimiento

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, se seleccionaron 10 informantes clave pertenecientes al sector formal de salud: directores de centros de salud, referentes del área de toxicología, médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y agentes sanitarios. Asimismo se entrevistaron a 10 informantes clave del sector informal de salud como párrocos, referentes comunitarios, curas, personas que trabajan en Organizaciones no Gubernamentales como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, entre otros. Dichos participantes fueron elegidos mediante la técnica Bola de Nieve y la cantidad fue determinada por el criterio de saturación del campo.

Se construyeron cuestionarios a priori que funcionaron como guías para la realización de las entrevistas en profundidad, las cuales fueron realizadas en los Centros de Salud y otras instituciones en forma individual teniendo una duración de aproximadamente 60 minutos. Antes de comenzar con las mismas, se les explicó a los participantes sobre la investigación y se les solicitó que firmaran un consentimiento. El estudio fue totalmente anónimo y en ningún caso se registraron nombres y/o apellidos. Las entrevistas fueron grabadas y luego desgrabadas y se realizó el correspondiente análisis de contenido a través del software Athas Ti.

Resultados

Los resultados de la presente investigación han sido analizados, sistematizados y organizados en cuatro tópicos fundamentales, que se reseñan a continuación:

1. El consumo de alcohol como problema sanitario

El personal sanitario y no sanitario manifiesta tener conciencia del consumo excesivo de alcohol como un problema de salud pública al cual se ve expuesto una parte importante de la comunidad de referencia. Entre los determinantes del consumo identifican aspectos variables: los hábitos y costumbres culturales, la normalización social, la vinculación con el placer y la diversión; utilización del alcohol como facilitador de las relaciones sociales.

Otros factores serían el desempleo, el pesimismo respecto al horizonte laboral de las personas más jóvenes, que influye en los proyectos de vida y refuerzan el valor de lo instantáneo y la necesidad de evadirse.

Las consecuencias más llamativas del consumo excesivo, desde el punto de vista del personal sanitario y no sanitario, son las relativas a las consecuencias en la convivencia familiar, en el medio laboral y el aumento de las conductas agresivas.

Al aludir específicamente al alcoholismo como problema sanitario sobresale la identificación de las secuelas negativas y el deterioro que causa a nivel físico. Sin embargo, el discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol en población adulta enunciando escasas tareas de prevención primaria.

2. Estrategias y recursos de intervención

Por todos los factores anteriormente enumerados que remiten a la visualización del problema, se resaltó la importancia de las estrategias de sensibilización. Se planteó la necesidad de efectuar un trabajo previo con la persona antes de derivar a otro profesional y/o institución para ver si problematiza el consumo o si dicho problema se encuentra naturalizado.

Ante la pregunta de qué se podría hacer idealmente para abordar la problemática del consumo de alcohol y/u otras drogas desde los centros de salud, se esbozó que, en primer lugar, es necesario problematizar: "poner el problema sobre la mesa", citando a una de las entrevistadas. Además, sería indispensable contar con un lugar específico adonde derivar a las personas y tener mayor cantidad de personal trabajando en el centro de salud y que se especialice en dicho tema. En esta misma línea, se habló de la necesidad de que haya una decisión clara de intervención y, para poder realizarla, capacitación en el primer nivel de atención y profesionales del segundo nivel de atención con interés en articular acciones asistenciales.

De acuerdo a los datos relevados en las entrevistas, pese a reconocer la incidencia que tiene el consumo episódico excesivo de alcohol en los adolescentes, los profesionales destacaron la falta de intervenciones preventivas que aborden con eficacia la problemática en este grupo etario. En una de las entrevistas, por ejemplo, se planteó que no se realizan talleres en escuelas secundarias atravesadas por el consumo problemático de sustancias porque no se sabe cómo hacerlo; les resulta difícil el abordaje desde el efector de salud.

La visualización de la problemática por parte de los profesionales no es un indicador de las intervenciones que se realizan con respecto a la misma. En general, los profesionales saben que el problema está presente entre la población cubierta, pero es frecuente el hecho de que no se indague al respecto por falta de recursos de abordaje e intervención.

En todas las entrevistas, tanto de los informantes clave del sector de salud y los de fuera de dicho sector, indicaron que en los Centros de Salud no hay protocolos de intervención ni dispositivos de seguimiento frente a un caso o una situación que se presente de consumo de alcohol y otras drogas. Algunos profesionales mencionaron que no cuentan con referencias, lugares a dónde derivar a las personas con consumo problemático. En uno de los Centros de Salud se explicó que desde los equipos que trabajan en el primer nivel de atención se trata la sintomatología de las personas que presentan un consumo problemático pero no tienen contacto con servicios de Salud Mental y no tienen lugar donde internar a las personas que no tengan red y quisieran dejar de consumir. Sin embargo, algunas problemáticas asociadas al consumo, como

violencia de género, sí son abordadas desde los Centros de Salud con más frecuencia, en varias entrevistas se mencionó la conformación de redes para abordar dicha problemática, incluso trabajando con redes fuera del sector salud.

En su mayoría, los recursos de intervención a los que hicieron referencia los profesionales de los Centros de Salud se encuentran por fuera del Sistema Formal de Salud: granjas, grupos terapéuticos, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, iglesias en los barrios que trabajan con grupos de jóvenes que quieren dejar la droga, entre otros, y han indicado también que el trabajo está puertas afuera del Centro de Salud, en horarios que no son los del centro. Dichas derivaciones son realizadas directamente por los profesionales que indican a la persona o familiares que recurran a dichas instituciones evidenciando la imposibilidad de resolución de la problemática dentro del Sistema Formal de Salud. Vale aclarar que no se trata de un trabajo mancomunado entre los Centros de Salud y esas instituciones, sino más bien queda a discreción del contacto o los contactos que cada profesional posea en alguna de esas instituciones. Por otra parte, los informantes que fueron entrevistados por fuera del Sector Formal de Salud remiten a la falta de recursos formativos, económicos y de infraestructura para tratar dichas problemáticas en el primer nivel de atención. Hacen mención además que desde las salitas se trabaja con la sintomatología presente en una persona que ya consume, es decir se lo atiende por las secuelas que ésta presenta y no se aborda el problema en su complejidad.

Otro aspecto que se preguntó de forma abierta fueron los motivos más frecuentes, según la experiencia de los informantes, para que un efector de primer nivel derivara pacientes a otro servicio de salud mental que trabaje específicamente con la problemática. Como motivo más frecuente para que el propio servicio derive pacientes a otro de mayor complejidad, el 73% de los informantes aludieron a la falta de dispositivos necesarios, específicamente internación u hospital de día. En segundo lugar, se mencionaron la ubicación geográfica relativa al domicilio del paciente (36%) y el que el servicio no atendiera el tipo o nivel de complejidad de la patología (36%). La falta de personal o turnos suficientes fue mencionada por el 27% de los informantes. La ausencia de dispositivos necesarios, la ubicación geográfica y el tipo y/o

complejidad de la patología fueron también mencionados como los motivos más frecuentes para que otros servicios envíen pacientes a dispositivos por fuera del sector de salud, apareciendo además la edad del paciente como causa de derivación.

3. Demanda de tratamiento y oferta sanitaria

Según el último Estudio Nacional en población de 12 a 65 años del 2016 del Observatorio Argentino de Drogas, la demanda potencial de tratamiento estuvo compuesta por: usuarios problemáticos de alcohol (alrededor de 1.344.317 personas), usuarios de marihuana y cocaína que presentan signos y síntomas de dependencia (105.554 y 73.680 personas aproximadamente), los que suman 1.523.551 usuarios que estarían en condición de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento. La demanda de tratamiento realizada o efectuada, tomando como fuente el mismo Estudio Nacional, es de aproximadamente 136.386 personas, que dijeron que durante el último año buscaron ayuda, y representan el 1.1% del total de usuarios de alguna sustancia en el último año. Esta demanda ocurrió en igual medida entre mujeres y varones, en mayor medida a partir de los 50 años. Los resultados de esta demanda efectuada según el Estudio Nacional en población general indica que el 32,9% de los que buscaron ayuda, unas 44.904 personas, estaban en tratamiento en el momento de la encuesta, un 30,6% lo estuvo y cerca de un 35%, unas 47.572 personas que buscaron, no se insertaron en programas o espacios de atención.

Estos datos reflejan adecuadamente los obtenidos mediante los informantes clave en cuanto a la búsqueda de ayuda profesional por problemas vinculados al consumo problemático de alcohol, puesto que gran parte de los usuarios por prejuicios propios o por los que se derivan de los profesionales de la salud, directamente no consultan hasta que el problema ha cobrado niveles en donde las secuelas físicas y psico-sociales son irreversibles. Los que sí lo hacen por lo general ingresan al Sistema de Salud por el segundo nivel de atención, es decir por los hospitales generales. Otro menor porcentaje ingresa por el primer nivel de atención una vez que el problema ya está instalado con secuelas importantes en lo físico, psíquico, social y relacional. Asimismo quienes reciben algún tipo de tratamiento dentro del sector de salud ya sea tratamiento psicoterapéutico individual u otro dispositivo grupal discontinúan el tratamiento

a las pocas sesiones de haber comenzado. Esto podría deberse a que, en los diversos establecimientos indagados se ofrecen tratamientos psicoterapéuticos individuales a niños y/o adolescentes y adultos y la minoría ofrece tratamiento para familias y talleres grupales para tratar problemáticas específicas. Otros lugares frecuentes dónde las personas recurren son las comunidades terapéuticas o clínicas psiquiátricas, aunque en menor medida. Cobra especial énfasis que por lo relevado mediante las entrevistas más de la mitad de los usuarios con estas problemáticas recurren o son derivados desde el sector formal de salud a centros de alcoholismo o grupos de autoayuda en parroquias, iglesias, sociedades de fomento u otras organizaciones barriales. Los resultados mostraron también que los dispositivos de atención de la salud mental de diferente nivel resolutivo no necesariamente se distribuyen entre los establecimientos siguiendo una lógica de niveles de atención.

4. Nivel de interacción entre las Redes Formales e Informales de Salud

El análisis de los datos relacionales mostró, en primer lugar, que en la mayoría de los servicios de salud conocían al menos de forma parcial las prestaciones de salud mental frente a la problemática de las adicciones que ofrecía cada uno de los demás establecimientos.

El análisis de los intercambios de derivaciones desde y hacia los miembros de la red de salud especializados, mostró una red con baja conectividad, reconociéndose una red paralela que incluyó establecimientos externos como iglesias, parroquias, organizaciones no gubernamentales, entre otras.

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 establecimiento monovalente de salud mental. 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, 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.

El análisis de la relación de intercambio directo de información relativa a la atención, desde y hacia los servicios de segundo y tercer nivel, también mostró una red poco conectada, con lazos que se distribuyen de manera heterogénea entre los miembros.

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 mayor complejidad con que cuentan. Curiosamente, el análisis 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 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, la formación adecuada de los profesionales, ni los recursos de infraestructura para brindar una atención compleja interdisciplinaria, intersectorial y comunitaria frente al consumo excesivo de alcohol.

Discusión

Del conjunto de profesionales que integran los servicios de salud, los trabajadores del primer nivel de atención tienen un rol importante en identificar e intervenir en primer término cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol u otras drogas es peligroso o perjudicial para su salud

Los hallazgos preliminares que destacados del relevamiento efectuado pueden sintetizarse en los siguientes:

a) El discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol en población adulta;

b) Si bien los profesionales reconocen la incidencia que tiene el consumo excesivo de alcohol en grupos emergentes (ej: los adolescentes), identifican a la vez la insuficiencia de intervenciones que aborden con eficacia la problemática en este grupo etario;

c) Respecto a los recursos complementarios de apoyo, carecen de una perspectiva suficientemente amplia de todos los recursos con los que cuenta la red asistencial, lo cual limita las alternativas que pueden ofrecer a la población.

Además, los resultados del presente estudio muestran que los servicios que componen la Red Formal de Salud, 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 limitada. De la misma forma, si en las Redes Formales de Salud se encuentra este tipo de relación, aun menos conexión poseen con las Redes Informales a las que derivan pacientes.

En este marco, que las autoridades, los profesionales y diversos referentes de la red asistencial tanto formal como informal realicen un proceso de reflexión en torno a sus marcos conceptuales y prácticas, que permita repensar certezas, reflexionar sobre las creencias que legitiman su labor e incorporar a otros actores y saberes que puedan enriquecer la respuesta desde una perspectiva de intersectorialidad, interdisciplinaria y trabajando en red donde los intercambios sean de mutua ayuda, de transferencia de saberes, información y modos de subsanar los problemas de salud teniendo en cuenta cada contexto en particular.

En este sentido, las conceptualizaciones y aportes precedentes, pueden resultar fecundos para que los equipos de salud visibilicen las dimensiones a considerar y de esta manera contribuir a desnaturalizar los mitos y prejuicios, - los propios y los que circulan en la comunidad- que habitualmente dificultan un abordaje integral, sistemático, exhaustivo y complejo de ésta problemática.

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.
- 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.
- 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.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999). Redes en salud. Ciudad de Buenos Aires. FUNCER.
- de Lellis, M. (2015). Psicología y salud comunitaria: con motivo de la Ley Nacional de Salud Mental. En: Saforcada, E; Sarriera, J; Alfaro, J. (comps). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad.*(pp. 89-130).Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- 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 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 Pediatric Adolesc. Med*, May, 154(5): 499-506.
- García-Calvente, María del Mar, Mateo-Rodríguez, Inmaculada, & Eguiguren, Ana P.. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 132-139. Recuperado en 07 de marzo de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021&lng=es&tlng=es.
- 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. [revisado el 22 de febrero de 2007].
- 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.
- OMS - ASSIST V3.0: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf.

- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Global Status Report on Alcohol 2004. Ginebra: OMS; 2004.
- OPS, Monteiro, Maristela G. (2007): Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS. http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_american_spanish.pdf.
- OMS ¹ Fuente de los datos: *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*.
- 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 Isset, 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.
- 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.

- Saforcada, E.; Sarriera, J. (comps.). (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
 - 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.
- 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.