

# Organización en la Atención Hospitalaria

**G. Girard.** Pediatra Especialista en Medicina de la Adolescencia. Doctor en Medicina y Miembro Emérito de la Sociedad de Medicina de Adolescentes de los Estados Unidos de América. Ex Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

## Resumen

El imaginario colectivo según el cual los y las adolescentes son individuos esencialmente sanos, ha llevado a que la medicina se ocupara poco de este grupo etario. Como lógica consecuencia a nivel mundial son insuficientes los recursos de salud a ellos destinados. Esto ha repercutido muy especialmente en la atención hospitalaria, donde este déficit se hace evidente. Los avances de la pediatría y nuevas medidas terapéuticas sobre enfermedades hasta hace poco consideradas incurables o mortales, permiten que lleguen a la adolescencia niños que hasta hace pocos años hubieran perecido, muchos de ellos sanos, pero un porcentaje digno de ser considerado con diferentes discapacidades o cronicidad. Se plantea en este artículo la necesidad de integrar servicios de salud, en los distintos niveles de atención que permitan hacerlo desde una estrategia de Atención Primaria. Se pone particular énfasis en la organización de la atención hospitalaria, tanto en la consulta externa, como en salas de internación y unidades de cuidados intensivos. Se detallan estrategias a implementar para el logro de objetivos destinados a lograr una atención interdisciplinaria integral para adolescentes.

**Palabras clave:** *Centros Hospitalarios para Adolescentes. Medicina de Adolescentes*

## Abstract

The generalized idea that the adolescents represent a group essentially healthy has, as an outcome that medicine does not take care of them. All over the world the health resources towards adolescence are very poor. This is particularly evident at Hospital Units. Nowadays pediatric advances and several therapies allowed that children with different pathologies that usually were considered mortal can become adolescents or young adults. Most of them healthy but also a percentage of them, reach this period of life with disabilities or chronic illness. In this article we considered the importance of integration between different levels of complexity with the strategy on Primary Health Care. An especial scope is emphasized in organizing outpatient, inpatient and Intensive Care Units for adolescents. Finally different strategies are analyzed towards reaching the goals of a comprehensive and interdisciplinary health care.

**Keywords:** *Hospitals for Adolescents. Adolescent Medicine*

## Introducción

Es imprescindible que la atención de los y las adolescentes se encuentre íntimamente ligada e integrada al Sistema de Salud de la comunidad, región o país en que se inserta. En el mundo en general esta integración dista mucho de ajustarse a la realidad.

En el campo de la medicina, los avances tecnológicos se traducen en el perfeccionamiento de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, que alargan las expectativas de vida de sectores poblacionales, pero a través de un encarecimiento de los costos que lleva a que los insumos novedosos y sofisticados no puedan ser aprovechados por la población en general. Mientras se gastan enormes cantidades de dinero en tecnologías o procedimientos destinados a tratar patologías poco frecuentes un gran sector de la población de la mayoría de los países carece de la posibilidad de acceder a medicamentos o terapéuticas elementales y por supuesto de un medioambiente y nutrición saludable los elementos más importantes para preservar la salud. Una vida saludable representa un bien y un derecho tan básico que esta inequidad resulta doblemente provocativa.

El concepto de **Atención Primaria de la Salud (APS)**, es corroborada por la declaración de Alma Ata en 1978 que la define como: "La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación". En estos casi 40 años de la declaración, mucho se ha hablado y escrito sobre la APS, y muchos y diferentes son los criterios que son dables de encontrar en muchas publicaciones.

El error más frecuente que ha surgido desde entonces ha sido el de limitar la APS al 1º nivel de atención (centros de salud), o sea el correspondiente a una atención de baja complejidad. Erróneamente al Primer Nivel de Atención se lo suele considerar sinónimo de APS. Centros de salud, comunitarios o como se los denomine, no significa que en forma automática adopten para su funcionamiento la estrategia de APS, pese a que estos espacios son los que deberían cumplimentar la mayoría de esos objetivos debido a su cercanía con la comunidad.

Zurro y Cano en el año 2000<sup>(1)</sup>, publicaron un compendio sobre la Atención Primaria de la Salud, definiendo con toda claridad que los elementos conceptuales están dados por ser:

- a) **Integrales**, consideran a la persona desde una perspectiva bio-psico-social.
- b) **Integrados**: interrelacionan los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las acciones desarrolladas.
- c) **Continuados y Permanentes**: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y de cualquier circunstancia.
- d) **Activos**: los profesionales no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención.
- e) **Accesibles**: No deben existir dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios.
- f) **Basados en trabajo en equipo**: Equipos de Salud Interdisciplinarios.

**Es imprescindible que la atención de los y las adolescentes se encuentre íntimamente ligada e integrada al Sistema de Salud de la comunidad, región o país en que se inserta**

- g) **Comunitarios y Participativos:** Proporcionan atención a los problemas de salud colectivos y no meramente individuales, basados en la participación activa de la comunidad, en distintas fases.
- h) **Programados y Evaluables:** Con objetivos, métodos, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación.
- i) **Docentes:** Actividades de docencia de pre y post grado, así como de formación continua de los profesionales.
- j) **De Investigación:** desde los distintos ámbitos en que la investigación se produce.

Desde la realidad debemos reconocer que la gran mayoría de los adolescentes se limitan a consultar al servicio de salud, ya sea cuando surge una enfermedad, patología o molestia puntual o para satisfacer trámites para completar un "apto físico" solicitado por la escuela, un club o la organización de una maratón, que ellos consideran meramente burocráticos

Luego de analizar los 10 elementos conceptuales, que buscan materializar la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, surge la pregunta: ¿Acaso alguno de ellos no es aplicable o no debiera ser aplicado a la medicina en nuestros Hospitales de alta complejidad?

La respuesta es sin duda afirmativa y de aplicarse, redundaría en forma inmediata en la calidad de los servicios. Hasta aquí hemos centrado estas reflexiones sobre la salud en general y no sobre los y las adolescentes, población mucho más sensible a todos y cada uno de estos aspectos.

Desde la realidad debemos reconocer que la gran mayoría de los adolescentes se limitan a consultar al servicio de salud, ya sea cuando surge una enfermedad, patología o molestia puntual o para satisfacer trámites para completar un "apto físico" solicitado por la escuela, un club o la organización de una maratón, que ellos consideran meramente burocráticos. Existen asimismo diferentes barreras, que existen en todos los niveles y que limitan la atención integral de adolescentes y jóvenes y que están dadas desde **el sistema** tales como: carencias de seguros de salud, difícil accesibilidad, trabas burocráticas, salas de espera atestadas, carencia de recursos humanos capacitados en tratar adolescentes, mal manejo de la confidencialidad, etc. Por parte del propio **adolescente** otras dificultades están dadas por: falta de motivación para controlar su salud, desconocimiento, dificultad en lidiar con el sistema burocrático, etc<sup>(2)</sup>.

Tradicionalmente la comunidad concurre a los servicios de salud principalmente en busca de la curación de patologías y mucho menos en todo lo que se refiere a la prevención y promoción de la Salud. La atención pediátrica suele ser una excepción a esta actitud en la medida que las familias han internalizado la necesidad de actuar en el nivel de prevención y promoción de una vida saludable con sus niños. Una actitud similar es también fundamental en la adolescencia donde más allá del motivo manifiesto de consulta se debe efectuar consejería sobre Hábitos de Vida Saludable, Uso Indebido de Sustancias, Salud Sexual y Reproductiva, etc.

En la adolescencia es donde más allá del motivo manifiesto de consulta se debe efectuar consejería sobre Hábitos de Vida Saludable, Uso Indebido de Sustancias, Salud Sexual y Reproductiva, etc.

## Integración de servicios de salud

En la medida que los elementos conceptuales sean adoptados por los distintos efectores de salud, este solo hecho representaría una mayor integración entre los diferentes niveles, hecho imprescindible para mejorar la atención de todas las intervenciones en la población a la que las mismas se dirijan. Debemos reconocer que si bien todos estos lineamientos pueden obedecer a un marco lógico desde el punto de vista organizacional no se suelen dar en la realidad. En muchas ocasiones los Hospitales de Alta Complejidad que responden al Tercer Nivel de Atención, deben responder a una fuerte y permanente demanda de la comunidad, que les obliga a realizar acciones propias del 1º nivel, que es donde podrían ser más adecuadamente atendidas. Esto ocurre por diversas razones a saber: a) escaso desarrollo de los centros de 1º nivel, b) el "prestigio" de ciertas instituciones

hospitalarias, c) la falta de educación de la comunidad, d) la propaganda de los medios masivos, d) la escasa asignación de recursos a los centros de 1º nivel.

Una segunda integración es importante de destacar y es que la atención de la Salud en la Adolescencia tiene su basamento en la salud del niño, pero tiene también como objetivo la futura salud del joven primero, del adulto después y así sucesivamente en las diferentes etapas del desarrollo humano. En los últimos años muchas investigaciones se han centrado en la etapa de transición de la medicina de la adolescencia a la medicina de la adultez, transición también importante en todo lo relativo a enfermedades crónicas y discapacidad. Cada vez es más frecuente encontrar temas de adolescencia en Congresos de Medicina Interna o de Clínica en General que estaría indicando una toma de conciencia de esta necesidad, propia del encuadre de la OMS referida al Curso de Vida.

**La atención de la Salud en la Adolescencia tiene su basamento en la salud del niño, pero tiene también como objetivo la futura salud del joven primero, del adulto después y así sucesivamente en las diferentes etapas del desarrollo humano**

## Etapas para la organización de un servicio hospitalario

Cualquier proceso organizativo debe en primer lugar contar con objetivos y metas a cumplir. Es en pos de esos objetivos que se irán formulando las diversas estrategias y etapas.

### 1º etapa. ¿Es necesario contar con un servicio hospitalario para la atención de adolescentes?

En el imaginario colectivo de la sociedad en general, incluso desde la medicina en particular, es habitual la aseveración de que la adolescencia es una etapa de la vida esencialmente sana y que en general no requiere de atención médica. Los indicadores estadísticos denominados “duros” por ejemplo los que miden tasas de mortalidad muestran en forma comparativa que la mortalidad infantil en diversos países es de 15 a 20 veces superior a la de los adolescentes y jóvenes. Con un indicador tan contundente no es difícil de explicar que la asignación de recursos este principalísimamente destinada a niños más pequeños. En la adolescencia alrededor del 60% de las defunciones son debidas a las llamadas causas externas (accidentes, suicidios, homicidios). No existen datos referidos a la morbilidad y/o motivos de consulta de la población en general, salvo los aportados por los centros diferenciados para la atención de adolescentes, que como tales no son extrapolables a la población en general.

**En la adolescencia alrededor del 60% de las defunciones son debidas a las llamadas causas externas (accidentes, suicidios, homicidios)**

Según el censo en España del INE en el año 2011, la población adolescente del país ascendía a 5286706 representando el 11,5% de la población total. En dicho año fallecieron 732 adolescentes, la mayoría de ellos por causas externas <sup>(3)</sup>.

Algunos estudios referidos a la consulta en servicios de urgencia por el contrario, muestran cifras en los cuales la cantidad de adolescentes que recurren a los mismos es de alrededor del 10 al 15 % según los casos con respecto a la totalidad de casos atendidos y representa un número a tener en consideración <sup>(4)</sup>.

Si contabilizamos la cantidad de adolescentes atendidos en servicios hospitalarios, (ya sea de pediatría, de clínica médica, de ginecología, traumatología, oncología y todas las especialidades médicas), también oscila alrededor de esa cifra, o sea que nos encontramos con un número no despreciable de adolescentes que recurren al sistema de salud, pero que no suelen regresar al mismo cuando el problema que urgía queda solucionado.

En nuestro medio fue clara la experiencia del servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Al observar la importante cantidad de adolescentes que concurrían a sus consultorios externos, se realizó un estudio que demostró que el 65% de las adolescentes entrevistadas por primera vez no volvían a la consulta. Esos datos llevaron a la creación del Consultorio de Ginecología Infanto Juvenil, con un equipo de atención interdisciplinario (dos ginecólogos, una psicóloga y una asistente social). Al año de inaugurado la deserción de las adolescentes descendió al 28%, cifra que justificó plenamente su existencia <sup>(5)</sup>.

**Con los avances médicos hoy llegan a la adolescencia muchos niños que en otras épocas hubieron perecido en edades tempranas**

Con los avances médicos hoy llegan a la adolescencia muchos niños que en otras épocas hubieron perecido en edades tempranas. Hasta hace pocos años se consideraba que los recién nacidos de pre-término que sobrevivían debían para ello pesar por encima de 1 Kg. de peso al nacer. Hoy es posible encontrar sobrevivientes en recién nacidos que han pesado 600/700 gramos y aún menos al momento de su nacimiento. Diversos diagnósticos oncológicos eran considerados fatales y hoy muchos de ellos sobreviven. Cuando surge en la década del 80 la epidemia de SIDA, cualquier recién nacido portador del virus por contagio vertical era raro que llegara al 2º año de vida y esto también ocurría con diversas patologías. Muchos de estos niños llegan sanos a la adolescencia pero no pocos lo hacen con diversas secuelas que requieren de una atención especializada. El niño y el adolescente no se comportan de la misma manera ante una enfermedad crónica y la adolescencia como etapa de cambio impacta fuertemente sobre la enfermedad, que tal vez desde la infancia se encontraba mejor compensada<sup>(6)</sup>.

Niños nacidos con discapacidad mental, como síndrome de Down, pueden ser diagnosticados intra-útero, y sometidos a una estimulación temprana que modifica sus niveles de discapacidad. Cuando llegan a la adolescencia lo hacen con una conciencia de enfermedad que antes no tenían. Desde ya representa un hecho positivo pero que requiere de profesionales capacitados para atender diversas problemáticas psicológicas que tiempo atrás no existían. Adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, obesidad mórbida, déficit de crecimiento, patologías reumatológicas, enfermedades autoinmunes, insuficiencias respiratorias severas, patologías infecciosas graves, cardiopatías, enfermedades oncológicas, patologías psiquiátricas, etc. requieren de una atención hospitalaria dado que estas patologías no pueden ser atendidas exclusivamente en un 1º nivel de atención. Estos casos requerirán de los centros de alta complejidad, para su diagnóstico y/o tratamiento, ya sea en forma ambulatoria o de internación.

**Por sus propias características evolutivas un adolescente no puede ser tratado como un niño y tampoco como un adulto**

Por sus propias características evolutivas un adolescente no puede ser tratado como un niño y tampoco como un adulto. En la actualidad la salud es considerada un derecho humano fundamental y la legislación en muchos países propende a considerar a los adolescentes como sujetos de derecho con posibilidad de decidir sobre muchos aspectos entre ellos sobre su salud. Para poder evaluar el alcance de su involucramiento muchas legislaciones tienen en cuenta la autonomía progresiva de los y las adolescentes. Los avances de las neurociencias y la medicina mente cuerpo, cada día avanzan más en el sentido de contar para la recuperación de la salud, de la plena colaboración del paciente, más allá de las imprescindibles intervenciones médicas.

Resulta imprescindible entonces que los adolescentes sean atendidos también en centros de alta complejidad, en forma personalizada y acorde con la etapa de vida que están cursando, con requisitos que no pueden ser satisfechos en un 1º nivel. La mayoría de ellos serán atendidos en forma ambulatoria pero también, deberá disponerse de servicios diferenciados de internación o de cuidados intensivos, cuando la patología así lo requiera.

## 2º etapa. ¿Existe motivación para crear un servicio?

Responder a esta pregunta resulta fundamental para comenzar con la organización de un servicio diferenciado para atender a los y las adolescentes. Son muchas las necesidades que las autoridades hospitalarias deben atender y el paradigma tecno médico es el que suele prevalecer, dentro del cual es poco lo que se pueda destinar a servicios de adolescencia.

España no escapa a esta situación y en un estudio llevado a cabo, hace ya algunos años, en 73 Hospitales, con capacidad de camas que superaban las 500, después de descartar 8 por diversos motivos se consideraron 68.- De estos solo 3 contaban con unidades específicas de ingreso para adolescentes. De los 65 restantes el ingreso era a través de pediatría, atendiendo 55 de ellos hasta los 15 años, 3 hasta los 16, 3 hasta los 17 y 4 hasta los 18<sup>(7)</sup>. No he encontrado otro estudio similar al anteriormente citado aunque en los últimos años se han presentado mejoras en diferentes servicios diferenciados para adolescentes, algunos de ellos con importante aval político, lo que es auspicioso para el desarrollo de la Medicina de Adolescentes en el país<sup>(3)</sup>.

A nivel mundial, dos regiones y desde perspectivas diferentes generaron un número bastante considerable de Centros Diferenciados de 3º nivel, para atender adolescentes: Los Estados Unidos de Norte América y varios países de América Latina. El inicio fue a partir de profesionales visionarios. En EEUU, a través del Roswell Gallagher, un médico de reconocida trayectoria, que crea en la década del 50 del siglo pasado en Boston un Centro de Adolescencia (que persiste hasta nuestros días) y en forma casi paralela funda SAM (Society for Adolescent Medicine) que le va otorgando apoyo científico, educativo y también político. El éxito de este centro se va propagando y es pronto imitado por otros estados. Dos cofundadores de SAM son Latinoamericanas: Paula Pelaez de Chile y Nydia Gomez Ferrarotti de Argentina. Intentan hacer lo mismo pero en esos años la situación política de América Latina era muy compleja. La mayoría de los países de la región estaban regidos por gobiernos militares dictatoriales. Estas dos magníficas pioneras iban más rápido de lo que sus sociedades podían comprender. En esa época todo lo que significara empoderar a la adolescencia y juventud era no solo mal visto sino también considerado subversivo. El trabajo de estas dos brillantes mujeres no solo no fue apoyado, sino ellas mismas perseguidas y humilladas.

Pasaron 35 años y con los cambios políticos en la región, dado por el advenimiento de gobiernos democráticos, desde "las bases" fueron surgiendo, grupos primero aislados que conformaron sociedades científicas nacionales, que a la vez se unieron en confederaciones regionales, y así gradualmente se fueron insertando en el sistema de Salud. También se fue generando un cambio desde la Salud Pública. En la actualidad muchos países de América Latina cuentan con Programas Nacionales de Salud Integral en la Adolescencia, que permiten propender hacia Políticas Públicas dirigidas a la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, basadas en derechos amparados por significativos cambios en la legislación vigente.

Dentro de los objetivos a alcanzar en los centros hospitalarios para la atención de adolescentes deben tenerse muy en cuenta y jerarquizarse aquellos propios que garanticen una docencia de pre y post grado motivadora y de calidad y una investigación actualizada y comprometida sobre la cambiante realidad de adolescentes y jóvenes.

## 3º etapa. ¿Con qué recursos contamos?

Los procesos básicos de cualquier proceso organizacional, comienzan por analizar la necesidad de lo que se va a crear, los recursos económicos, edificios y humanos con los que se cuenta.

En un Hospital de Alta Complejidad la Atención de Adolescentes debe comprender la Consulta Externa o Ambulatoria y las Salas de Internación.

**Son muchas las necesidades que las autoridades hospitalarias deben atender y el paradigma tecno médico es el que suele prevalecer, dentro del cual es poco lo que se pueda destinar a servicios de adolescencia**

**La Consulta Externa Ambulatoria, debería ubicarse en un lugar de fácil accesibilidad, con varios consultorios, preferentemente interconectados entre sí, a los efectos de favorecer la comunicación de profesionales, que deben actuar en forma interdisciplinaria, para lo cual una sala de reuniones resulta imprescindible**

La **Consulta Externa Ambulatoria**, debería ubicarse en un lugar de fácil accesibilidad, con varios consultorios, preferentemente interconectados entre sí, a los efectos de favorecer la comunicación de profesionales, que deben actuar en forma interdisciplinaria, para lo cual una sala de reuniones resulta imprescindible. El equipo mínimo debería estar constituido por un área clínica (medico clínico, pediatra, de familia o generalista y licenciado en nutrición), área de tocoginecología, área de salud mental (psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras), área de trabajo social y enfermería. Todos estos profesionales deberían contar con una sólida capacitación en adolescencia y trabajar en forma interdisciplinaria. A partir de los mismos y de acuerdo con la correspondiente patología desde el centro se efectuarían las interconsultas que correspondan con los otros servicios del Hospital. Si bien en esos servicios no existirán áreas diferenciadas, corresponde identificar aquellos profesionales que tengan una actitud receptiva positiva hacia las y los adolescentes. El personal administrativo que los recibe, representa la puerta de ingreso al servicio y debe estar capacitado, motivado y predispuesto para trabajar con adolescentes.

Solucionados los problemas que motivaron la atención, ya sea de la alta complejidad, como la demanda espontánea y/o derivación de los centros de salud, los pacientes deben ser promovidos desde el hospital para continuar su atención futura en el 1º nivel de atención.

Sea cual sea el nivel del centro en que el adolescente sea atendido, debe cumplir las características que la Organización Mundial de la Salud definió como de **Centros Amigables** para los y las adolescentes. Aunque desde otros ángulos muchas de estas características están presentes en este artículo y la bibliografía al respecto es rica y abundante. <sup>(6,8,9)</sup>

**Las Salas de Internación** diferenciadas para adolescentes, representan un espacio de mayor complejidad que deberá organizarse en forma concordante con la patología esperable de atender según el Hospital del que se trate.

Las patologías más frecuentes que se suelen atender están dadas por cuadros de cirugía general, infecciosos, patologías respiratorias, procesos oncológicos, trastornos de la conducta alimentaria severos, enfermedades de etiología autoinmune, etc.

No puede pretenderse que todo paciente que ingrese a una internación hospitalaria lo haga a un servicio diferenciado para adolescentes. Variadas y específicas patologías requieren de un personal de enfermería especializado, o una infraestructura determinada imposible de atender en una sala de internación general. En esos casos se debe promover la conexión del equipo de adolescencia que concurra a las salas de internación de diferentes especialidades. Un caso particular y de mucha importancia, está dado por aquellas adolescentes embarazadas que estén internadas en Obstetricia ya sea a los efectos de parir o debido a cualquier otra causa obstétrica. Previa al alta debe establecerse la conexión con el equipo de Adolescencia, y una adecuada consejería sobre Salud Sexual y Reproductiva.

En otros casos son los médicos de las diversas especialidades que concurren al servicio de adolescencia ya sea para satisfacer interconsultas o consensuar conductas a seguir.

**La internación de adolescentes, en la mayoría de los casos no suele ser muy prolongada pero en enfermedades crónicas complejas puede serlo**

La internación de adolescentes, en la mayoría de los casos no suele ser muy prolongada pero en enfermedades crónicas complejas puede serlo. Cuando existe un servicio diferenciado o por edad los adolescentes comparten un espacio pediátrico, existen diversos programas que permiten continuar con el proceso educativo de los pacientes y esto desde ya no ocurre cuando se encuentran internados en servicios de adultos <sup>(6)</sup>. Mas allá de la enfermedad en sí, no interrumpir o atenuar la pérdida de la escolaridad representa un hecho de trascendental importancia, tanto por los aspectos meramente educacionales como los sociales representados por la reinscripción post alta en sus escuelas o institutos.

**Unidad de cuidados intensivos (UCI).** Los servicios hospitalarios diferenciados para la atención de adolescentes, muy frecuentemente se encuentran localizados en Hospitales Pediátricos y otros en menor número en Hospitales Generales. Esto lleva a que cuando se requiera la atención de cuidados intensivos esto deba ser tenido en cuenta. El tratamiento de niños y adultos es totalmente diferente tanto por la capacitación que el equipo posee como por el instrumental requerido. Un abordaje lógico es que los adolescentes más pequeños sean atendidos por los internistas pediátricos y los más grandes por los internistas de adultos, corresponde en estos casos guiarse más por el tamaño y nivel de desarrollo alcanzado que por una mera edad cronológica. En cualquiera de los dos casos el equipo de salud que atendía o atenderá en el futuro al paciente en el servicio diferenciado establezca contacto con el adolescente sino lo conoce, o mantenga el vínculo ya establecido según correspondiera.

## 4º Etapa: ¿Cómo organizarlo?

Pretender acordar un esquema único de organización no sería factible dado que la misma debe adaptarse en cada caso a las características del Hospital y la comunidad en la que el mismo se inserta. Lo que sí corresponde es establecer los requisitos que se necesitan: recursos humanos capacitados para atenderlos, brindar un ambiente amigable para que los pacientes se sientan acogidos, bien recibidos, comprendidos y entendidos y destinar un espacio común tanto para la recreación como para la sociabilización son fundamentales. En un momento en que la enfermedad irrumpe e interrumpe el proceso evolutivo de un adolescente esto resulta fundamental.

Los procesos que llevan a la organización de un servicio suelen establecer los siguientes requisitos. 1) Validar la necesidad de lo que se va a implementar; 2) Fijar los objetivos y elaborar un estudio de las necesidades que se deberán satisfacer, 3) Identificar los recursos humanos disponibles; 4) Presupuesto adecuado para llevarlo a cabo. 4) Requisitos de infraestructura básicos que permitan poner el servicio en funcionamiento. 5) Hacer estudios "de mercado" que permitan identificar cuantos y quienes utilizarán los servicios 6) Costos que el proceso demandará y 7º) Su sustentabilidad en el tiempo.

Todo lo anteriormente expresado es la base de todo proceso organizacional. Lo podremos encontrar con más detalle en múltiples trabajos al respecto. Pero de pretender cumplir todos estos pasos previos a la "inauguración" de un servicio para adolescentes en centros de alta complejidad, considero que nunca lo lograríamos. Muchas veces el proceso se va dando en forma paulatina, se van creando las necesidades a medida que el número y la complejidad de las consultas lo van requiriendo y en la medida que las 4 etapas consignadas anteriormente estuvieran cumplimentadas. Solo a modo de ejemplo citaremos en el siguiente apartado una experiencia puntual.

## Programa de adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín, de la Universidad de Buenos Aires

El centro diferenciado de alta complejidad se comenzó con consultas ambulatorias en el Hospital, que hubieran podido haberse llevado a cabo en un centro de 1º nivel. Se constituyeron así los consultorios de adolescencia en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, en estos consultorios se sumaron profesionales de Salud Mental (psicología, psicopedagogía, psiquiatría) y Trabajo Social. La necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria se fue logrando en forma

**Los procesos que llevan a la organización de un servicio suelen establecer los siguientes requisitos. 1) Validar la necesidad de lo que se va a implementar; 2) Fijar los objetivos y elaborar un estudio de las necesidades que se deberán satisfacer, 3) Identificar los recursos humanos disponibles; 4) Presupuesto adecuado para llevarlo a cabo. 4) Requisitos de infraestructura básicos que permitan poner el servicio en funcionamiento. 5) Hacer estudios "de mercado" que permitan identificar cuantos y quienes utilizarán los servicios 6) Costos que el proceso demandará y 7º) Su sustentabilidad en el tiempo**

**Muchas veces las instituciones hospitalarias no están dirigidas por profesionales capacitados, idóneos y motivados en lograr en primerísimo lugar por la Salud Integral de la población que debe atender. Cuando las Instituciones no pertenecen al Sistema Público de Salud los intereses económicos suelen prevalecer**

**Muchos sectores imbuidos de una mentalidad tecno médica no suelen reconocer lo que desde una estrategia de APS se puede lograr. La atención y rehabilitación de la Salud suele recibir mucha más atención que la prevención y la promoción. En hospitales de alta complejidad resulta más fácil obtener recursos para aparatología que un sueldo para un profesional de la salud**

**Muchas patologías de la edad adulta que comprometen su calidad de vida, se generaron en etapas anteriores y muy especialmente en la edad adolescente**

paulatina, primero con reuniones semanales, en ateneos de lo que se llamó UDA (Unidad Docente de Adolescencia), este proceso llevó aproximadamente 10 años. Estos vínculos entre los profesionales de distintas disciplinas se fueron afianzando hasta que surgió la necesidad imperiosa de trabajar cotidianamente en un espacio común lo que llevo a crear el Programa de Adolescencia, aprovechando una coyuntura favorable por parte de la Dirección del Hospital y de la Facultad de Medicina. Este año el Programa se apresta a festejar sus 30 años de existencia.

Dentro y fuera del Hospital el Programa de Adolescencia fue siendo paulatinamente conocido y reconocido. A la actividad asistencial, sumó procesos docentes tanto de pre como de post grado como así también de investigación<sup>(10)</sup>. Las estadísticas de atención que periódicamente eran presentadas iban constituyendo la base de la necesidad de su funcionamiento. A través de todo este proceso fue siendo cada vez más necesario contar con un espacio diferenciado para la internación de adolescentes, y el mismo se logró en nuestro caso en el servicio de pediatría, que de por sí, al redimensionar la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, diseñó y asignó 8 camas para adolescentes.

### 5º etapa: ¿Como mantenerlo y darle sustentabilidad?

Todo haría suponer que cumplimentadas las anteriores 4 etapas esta surgiría como consecuencia del logro de las anteriores. Esto sin embargo no siempre ocurre. Muchas veces las instituciones hospitalarias no están dirigidas por profesionales capacitados, idóneos y motivados en lograr en primerísimo lugar por la Salud Integral de la población que debe atender. Cuando las Instituciones no pertenecen al Sistema Público de Salud los intereses económicos suelen prevalecer. Muchos sectores imbuidos de una mentalidad tecno médica no suelen reconocer lo que desde una estrategia de APS se puede lograr. La atención y rehabilitación de la Salud suele recibir mucha más atención que la prevención y la promoción. En hospitales de alta complejidad resulta más fácil obtener recursos para aparatología que un sueldo para un profesional de la salud.

### A modo de conclusión

Etimológicamente la palabra hospital, se encuentra ligada a la hospitalidad o a lo hospitalario, pero indudablemente la mayoría de las veces esta cercanía entre ambos conceptos no es posible de encontrar, este requisito que comprende la receptividad es particularmente importante para adolescentes y jóvenes que son particularmente sensibles a este requerimiento.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud incorporó el concepto de Curso de Vida, a los efectos de lograr un encuadre global de la salud. Muchas patologías de la edad adulta que comprometen su calidad de vida, se generaron en etapas anteriores y muy especialmente en la edad adolescente. Esto sin embargo es poco comprendido y concientizado por la sociedad en general. Enrique Dulanto Gutiérrez médico mexicano, pionero de la Medicina de Adolescentes en América Latina, afirmaba y preguntaba si acaso valía cuidar tanto al niño, si al llegar a la edad adolescente lo dejábamos abandonado a su suerte.

Desde fines del siglo XX, la adolescencia y la juventud se ha comenzado a valorar cada vez más. Ya no se considera una simple etapa de transición sino que adquiere características y valores por sí misma. También no pocas preocupaciones y angustias. La prevención, promoción, atención y recuperación de la Salud hoy más que nunca resultan imprescindibles.

## Preguntas tipo test

1. **Sobre la organización de la consulta del adolescente en la atención hospitalaria, ¿cuál de las siguientes es cierta?**
  - a) Todos los hospitales tienen atención específica para adolescentes.
  - b) Un especialista en adolescencia debería coordinar las interconsultas (cierta, se evitarían consultas innecesarias).
  - c) En general los ingresos hospitalarios están separados físicamente de los de adultos.
  - d) La conexión médico de hospital y médico de atención primaria es óptima.
  - e) No es necesario comunicar que la confidencialidad puede tener límites.
  
2. **Sobre la organización e infraestructura de la consulta de adolescentes. Señale cual es la más acertada:**
  - a) En las consultas actuales es imposible atender adolescentes.
  - b) No me siento capacitado para seguir las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica.
  - c) Aunque no tenga los conocimientos que se deberían tener para atender a adolescentes, considero que son pacientes como los demás y merecen respeto y atención.
  - d) Aunque no tenga los medios recomendados, mi actitud es considerar sus problemas y valorar su edad y su sensibilidad para orientar lo mejor posible.
  - e) La c y d son las correctas.

Respuestas en la página 116

## Bibliografía

1. Zurro Martín A., Cano Pérez J.F. *Compendio de Atención Primaria*. Harcourt, 1º ed.2-3 Madrid, 2000.
2. Ammerman S.; Martín H.; *Atención del Adolescente: ¿Cuándo, cómo y dónde?* En *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*, de Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M.; Castellano Barca G.; 2º edición, Ergon S.A, Madrid, 111-120.
3. Salmeron Ruiz N.A.; Casas Rivero J. "Problemas de Salud en la Adolescencia". *Pediatr. Integral XVII*,(2), 94-100. 2013.
4. Ruiz España A.; García García J.J.; Cubells Luaces C.; Romero Garrido R.; Fernandez Pou J.; *An. Esp. De Pediatr.* 54: 238-242, 2001.
5. Méndez Ribas J.M., Girard G.A. *Coll Ana, Calvo Stella, Villegas Delia*. *Arch.Arg.pediatría*; 101 1-6, 2003.
6. Goddard Patricia, Girard Gustavo: "El adolescente con enfermedad crónica o discapacidad" en *Medicina de la Adolescencia: Atención Integral*, de Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca Germán, 2º edición, 1007-1018. Madrid 2012.
7. Ullán A.M.; Gonzalez Celador R.; Manzanera P. "El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles".
8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. [https://www.unicef.org/argentina/.../2012\\_Guia\\_Clinica\\_Sap\\_Unicef](https://www.unicef.org/argentina/.../2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef).
9. *Salud Integral y Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes*. [www.paho.org/.../index.php?...servicios-amigables-adolescentes-jovenes](http://www.paho.org/.../index.php?...servicios-amigables-adolescentes-jovenes).
10. Méndez Ribas J.M.; Domínguez Elizabeth. "Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas Jose de San Martín: un modelo de atención interdisciplinaria del adolescente". En *Ginecología Infante Juvenil: Un abordaje Interdisciplinario*. Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil, 791-796. Ed Journal. Buenos Aires. 2015.

## Bibliografía Recomendada

1. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M. Castellano Barca G. *Medicina de la Adolescencia Atención Integral*. 2º edición. Ergón SA. Madrid, 2012.