



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO



Barreras y facilitadores de implementación de **Extensión Edad Pediátrica** en establecimientos de la Región Metropolitana



+



EQUIPO CONSULTOR:
Natalia Sánchez González
María Gracia Salamanca Valdebenito
Nicolás Balmaceda Pascal
Cristian González Sánchez

EDITOR:
Matías Libuy Ríos
Encargado Unidad de Estudios



Barreras y facilitadores
de implementación de
Extensión Edad Pediátrica
en establecimientos de la
Región Metropolitana



+





La protección de la infancia y principalmente las políticas de cuidado de su salud, han sido una tarea compleja a lo largo de la historia. Recién en el año 1919, en Polonia se escribió acerca de los derechos de los niños en su trabajo «Cómo amar a un niño»; y recién en 1959, se promulga la Declaración de los Derechos del Niño. En Chile, brotes anuales de pestes y altas cifras de mortalidad infantil, evidenciaron la urgencia por inaugurar un establecimiento dedicado a este grupo. El Consejo Superior de Higiene Pública, presentó al gobierno la necesidad de la fundación de un hospital para niños menores de 5 años, dando inicio a la creación del Patronato Nacional de la Infancia y el primer hospital de niños, el Hospital Roberto de Ríó, en el año 1902. Desde la creación del Sistema Nacional de Salud, se han hecho esfuerzos por incluir políticas públicas de salud orientadas en la infancia, inicialmente a la desnutrición y enfermedades infectocontagiosas con famosas políticas como el vaso de leche y manejo de aguas contaminadas, logrando la reducción de la mortalidad infantil. En la actualidad el programa Chile Crece Contigo, comprendía la protección de la infancia hasta los 9 años, extendido a Chile Crece Mejor desde el año 2023, abarcando hasta los 18 años.

De esta manera surge un grupo etario aún más relegado; los adolescentes, quienes se encuentran en deuda en cuanto a políticas orientadas en su cuidado. Embarazo adolescente, adicciones, suicidio, son necesidades que surgen desde la salud pública como una urgencia. La Extensión de la Edad Pediátrica hasta los 18 años, es una medida que busca saldar una deuda pendiente en el camino hacia garantizar y proteger de manera integral los derechos de la Niñez y Adolescencia, asegurando la continuidad de la atención de salud para los adolescentes y sus familias. Algo que no sólo se ha implementado en Europa o países desarrollados, sino que también en latinoamérica, en países como Argentina y Brasil, que ya cuentan con esta medida.

En pediatría se suele decir, que los niños no son adultos pequeños. Como médicos y médicas, y como profesionales de la salud, llegó el momento de enfrentarnos a este desafío, y mirar a la cara a un grupo de personas que no son, ni tan niños, ni tan adultos, y que en un periodo de transición, requieren también de capacidades y un cuidado especial.

Sin embargo, no es menos cierto que entre los equipos de salud existe justificada preocupación por la implementación de esta medida, que si bien se ha planteado como progresiva y que considerará la situación particular de cada establecimiento que compone la red de salud, supone sin duda un enorme desafío en términos de gestión, de recursos, de infraestructura y formación de especialistas. Para estar a la altura de lo que la población de esta edad necesita.

Todo esto, cuando enfrentamos una situación presupuestaria crítica, crisis en tiempos de espera y la necesidad de potenciar a la red pública de atención de salud hacia su mayor eficiencia.

Es por esto que desde el Consejo Regional Santiago, se hace urgente cumplir nuestro rol de facilitadores ante esta medida de gestión, siendo el puente entre las necesidades y desafíos que surgen a raíz de la Extensión de la Edad Pediátrica para los centros asistenciales de la red. Esperamos aportar con este estudio una revisión de nuestras actuales condiciones y de las brechas que deberemos enfrentar y resolver, por el bienestar de nuestros equipos de salud ante esta transición, pero por sobre todo, de los adolescentes y sus familias, con quienes tenemos una deuda pendiente y urgente.

Mesa Directiva 2024 - 2026
Colegio Médico Regional Santiago

Contenido

Resumen ejecutivo	9
Producto 1: Componente cuantitativo	9
Producto 2: Revisión sistemática de la literatura	10
Producto 3: Componente cualitativo	11
Implementación General de la Política	12
Recomendaciones generales	13
I. Capacitación y Formación de los Equipos	13
Necesidades específicas de capacitación y formación clínica y técnica	15
II. Capacidad de Atención	15
III. Transición: traspaso de pacientes desde servicios pediátricos hacia atención de adultos y derivaciones dentro de la red	17
IV. Implementación general de la política	20
Introducción	23
Objetivos	24
Objetivos generales	24
Objetivos específicos	24
Limitaciones del Estudio	25
Producto 1: Análisis Cuantitativo de Datos Públicos para la caracterización de la población, la demanda de servicios de servicios de salud y el estado de la Red de salud pública para el grupo etario de Extensión de la Edad Pediátrica	27
Capacidad hospitalaria para la extensión de la edad pediátrica.	27
Poblacional	28
Tabla: Proyección Poblacional del grupo etario 15-19 años por Servicio de Salud, Región Metropolitana 2024 – 2035, por sexo y Servicio de Salud	28
Implicaciones para la política de extensión de la edad pediátrica (EEP):	29
Tabla: Proyección Poblacional y Población Beneficiaria del grupo etario 15-19 años, Región Metropolitana 2024, por sexo y Servicio de Salud	30
Figura: Pirámide Poblacional por grupo etario y sexo Nacional y de la Región Metropolitana 2024	31
Egresos Hospitalarios y Grupos Relacionados a Diagnóstico	32
General	33
Figura: Distribución etaria de egresos hospitalarios en la Región Metropolitana año 2023 en mayores de 1 año.	33
Tabla: Cantidad de Egresos por Capítulo Diagnóstico Primario según GRD en el grupo etario de 15 a 19 años para la Región Metropolitana año 2023	34

Egresos por género	34
Figura: Distribución porcentual de los egresos GRD por sexo en el grupo etario entre 15 y 19 años	35
Tabla: Distribución del género por grupo etario en egresos GRD de menores de 30 años en Hospitales de la Región Metropolitana año 2024	35
Egresos por Institución	36
Tabla: Número de Egresos GRD por grupo etario en Hospitales de la Región Metropolitana, 2023	36
Figura: Distribución etaria de egresos hospitalarios en la Región Metropolitana año 2023 en mayores de 1 año por tipo de Hospital (Adultos, Pediátricos o Mixtos).	38
Tabla: Número de egresos GRD por Servicio de Ingreso en los Hospitales seleccionados en población del grupo etario de 15 a 19 años, Región Metropolitana, 2023	38
Tabla: Número de egresos por Servicio de ingreso según Hospital, Región Metropolitana, 2023	40
Diagnósticos	43
Tabla: Distribución porcentual de los egresos GRD según Capítulo del Diagnóstico Primario por grupo etario en hospitales de la RM, 2023.	43
Tabla: Número de egresos GRD por hospital y capítulo del diagnóstico primario en población del grupo etario entre 15 y 19 años, RM, 2023	46
Salud Mental: Capítulo de Trastornos mentales y del comportamiento	48
Tabla: Número de egresos GRD por Grupo del Diagnóstico Primario y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	48
Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	50
Tabla: Número de egresos GRD por Sub-Categoría del Diagnóstico Primario y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	52
Enfermedades del sistema digestivo	54
Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Capítulo de Enfermedades del Sistema Digestivo y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	54
Traumatismos. Envenenamientos y otras causas externas	56
Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Capítulo de Envenenamientos, Trauma y otras causas externas y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	57
Tumores (neoplasias)	59
Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Capítulo de Tumores y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	59
Servicio de Cirugía	61
Tabla: Número de egresos GRD por categoría del diagnóstico primario del Servicio de Cirugía por Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	62

Servicio de Traumatología y Ortopedia	67
Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Servicio de Traumatología y Ortopedia por Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023	67
Conclusiones	69
Especialidades	69
Tabla: Distribución de las especialidades médicas en la atención de diferentes grupos etarios	70
Especialidades por Hospital	71
Tabla: Número de egresos GRD por Especialidad Médica y Hospital, RM, 2023	72
Tabla: Número de egresos por Capítulo del Diagnóstico Primario y Especialidad Médica en la RM, 2023	74
Conclusiones	76
Procedimientos realizados	77
Tabla: Número de egresos GRD por grupo etario según el Procedimiento realizado, RM, 2023	77
Tabla: Número de egresos GRD de la población entre 15 y 19 años por tipo de Procedimiento y por Hospital, RM, 2023.	79
Peso GRD	81
Figura: Distribución y Promedio del Puntaje del GRD por grupo etario entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	82
Tabla: Promedio y Mediana del Puntaje del GRD por grupo etario entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	83
Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP por Hospital entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	84
Servicio de Ingreso	85
Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Servicio de Ingreso entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	86
Especialidad Médica	88
Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Especialidad Médica entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	88
Diagnósticos	90
Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Capítulo del Diagnóstico Primario entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	90
Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Servicio de Ingreso entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.	92
Conclusiones generales análisis cuantitativo	93
Recomendaciones	93
Producto 2: Revisión de la evidencia de experiencia de extensión de edad pediátrica en establecimientos hospitalarios.	95
I. Presentación del problema	95
II. Objetivos de los Servicios de Salud de adolescencia	96
Tabla: Características de los Servicios de Salud para Adolescentes	97

III. Experiencias de Servicios de Salud de Adolescentes	97
IV. Servicio de Atención Primaria para Adolescentes	99
V. Servicio de Atención Terciaria para Adolescentes	101
VI. Alternativas de solución	102
Figura 1: Estructura de los Servicios de Salud para Adolescentes	102
VII. Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	103
VIII. Transición de Atención Pediátrica a Adulta	104
Figura: Estructura de los Servicios de Salud para Adolescentes	105
Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)	105
IX. Implementación de Equipos Multidisciplinarios en la Atención de Adolescentes	106
Tabla: Áreas y tipos de intervención para la atención de adolescentes	107
X. Resultados	107
Experiencias de Adaptación de Entornos Hospitalarios	108
Experiencias Sistemas de Transición de Atención Pediátrica a Adulta	108
Experiencias SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment)	109
Equipos Multidisciplinarios de Atención	109
Consideraciones de la evidencia	109
Tabla 3: Estudios incluidos en la revisión y resultados principales.	112
Producto 3: Análisis descriptivo de contenido a partir de entrevistas semi estructuradas a actores claves del sistema de salud para la extensión de edad pediátrica	116
Metodología	116
Entrevista para médicos que trabajan directamente en establecimientos de salud	117
Entrevista para cargos de gestión y administración	118
Criterios de selección de la muestra	118
Perfiles de informantes clave que fueron entrevistados	119
Resultados y principales hallazgos	119
Principales resultados por especialidad	119
Resultados de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana y del Ministerio de Salud	139
Ministerio de Salud	139
Servicios de Salud de la Región Metropolitana	142
Conclusiones generales análisis cualitativo	155
Anexos	157
Anexo 1: Consentimiento Informado para entrevistas	157
Anexo 2. Carta de invitación para entrevistas	158
Anexo 3. Pauta de entrevista para cargos de gestión y administración, tanto a nivel de servicios como central.	159
Anexo 4. Pauta de entrevista para médicos que trabajan directamente en establecimientos de salud	160

Resumen ejecutivo

La Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) busca adaptar el sistema de salud chileno para proporcionar atención integral a adolescentes hasta los 17 años 11 meses y 29 días. Estas son las recomendaciones sugeridas a partir de los diferentes tipos de análisis realizados.

Producto 1: Componente cuantitativo

Este informe incluye un análisis de las capacidades de los hospitales para la atención de adolescentes y las necesidades que tienen los equipos para la implementación de la EEP en la Región Metropolitana, enfocándose en patrones de uso de servicios, capacidad hospitalaria, distribución de diagnósticos y factores demográficos clave.

Las fuentes de datos principales fueron los datos públicos de Egresos GRD de FONASA, Egresos Hospitalarios del DEIS, Atenciones Diarias de Urgencia del DEIS y Reporte Estadístico Mensual de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana para la evaluación de la producción y estimación de la demanda hospitalaria para la EEP. Para el análisis poblacional, se usaron datos de la proyección poblacional del INE y la encuesta CASEN. Los datos fueron procesados para volverlos disponibles para el análisis cruzado de información.

En cuanto a calidad de datos, destaca lo siguiente:

- **Accesibilidad:** los datos abiertos son accesibles, pero datos locales no están disponibles en un formato común ni de manera consistente entre los diferentes servicios. La entrega de información local depende de la voluntad de cada centro asistencial o servicio, y no pareciera haber una metodología incorporada de monitoreo de la implementación de la EEP en la red.
- **Interoperabilidad:** los datos no son comparables entre sí. Los únicos datos individualizables y anonimizados son los Egresos GRD, todos los otros datos corresponden a agregados de centros asistenciales con diferentes criterios de agregación.
- **Consistencia:** en muchos casos, la magnitud de los números para los mismos tipos de información no coincide.
- **Temporalidad:** los datos disponibles, en general, están actualizados hasta el 2023 y en algunos casos hasta el 2024.

Desde una perspectiva demográfica, aunque se proyecta una disminución general de la población adolescente hacia 2035, factores como la inmigración y dinámicas locales en ciertas comunas podrían mantener o incluso aumentar la demanda en zonas específicas. Esto subraya la importancia de estrategias diferenciadas para abordar desigualdades territoriales.

Entre los principales hallazgos, se destaca que los adolescentes enfrentan barreras significativas en el acceso y continuidad de atención, especialmente en la transición del cuidado entre servicios de atención pediátricos y de adultos. Los hospitales pediátricos presentan ventajas en especialidades como psiquiatría infanto-juvenil, mientras que los hospitales mixtos y de adultos concentran cirugías complejas, traumatología y

cuidados críticos. Sin embargo, existe una brecha en recursos humanos, en particular de especialidades médicas, e infraestructura que debe ser abordada para garantizar una atención adecuada a la necesidad de atención del adolescente. En particular, esta brecha se expresa en el hecho de que problemas de salud quirúrgicos y traumatológicos atienden cierto tipo de patologías del adolescente en hospitales de adultos o pediátricos dependiendo del tipo de patología.

El análisis por diagnósticos revela que los trastornos mentales son la principal causa de hospitalización en adolescentes, seguidos por enfermedades digestivas, traumatismos y neoplasias. Estos diagnósticos están estrechamente ligados a especialidades críticas como psiquiatría, cirugía, traumatología y oncología, y los servicios hospitalarios respectivos, evidenciando la necesidad de reforzar estas áreas. Además, los procedimientos quirúrgicos emergen como una de las principales demandas, requiriendo una optimización de quirófanos y recursos quirúrgicos.

La distribución del número de egresos hospitalarios de adolescentes por centro y la concentración de ciertas especialidades y diagnósticos en algunos hospitales es, por un lado, evidencia de una implementación fragmentada (en algunos casos resistida) de la EEP y, por otro lado, de una especialización de algunos hospitales. Por ejemplo, el Hospital San Borja Arriarán, concentra una gran cantidad de atenciones neuropsiquiátricas (teniendo un centro de referencia nacional de neuropsiquiatría infantil). También, el Hospital Roberto del Río, dentro de los hospitales pediátricos, es el que atiende a una menor proporción de pacientes adolescentes, siendo mayor la proporción adolescente atendida en el Hospital San José (el hospital de adulto de la misma Red Norte).

La evaluación del peso GRD (Grupos Relacionados al Diagnóstico) muestra que las hospitalizaciones de adolescentes tienen una complejidad más bien baja, a pesar de concentrar un alto número de egresos traumatológicos, menor que el grupo menor de edad y los de mayor edad. Este indicador es crucial para ajustar el modelo de financiamiento hospitalario, dado que los hospitales pediátricos podrían experimentar un cambio en su perfil de recursos al incluir adolescentes.

Producto 2: Revisión sistemática de la literatura

En Chile, los adolescentes enfrentan barreras significativas en el acceso y la continuidad de los servicios de salud, especialmente durante la transición de la atención pediátrica a la de adultos. Este informe revisa la evidencia disponible, destacando soluciones basadas en experiencias internacionales adaptadas al contexto nacional.

Entre las intervenciones analizadas se incluyen:

- La adaptación de entornos hospitalarios.
- Programas estructurados de transición.
- Estrategias de tamizaje como SBIRT (Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento).
- La formación de equipos multidisciplinarios.

Además, se identifican como prioridades la inversión en tecnología, la mejora de la coordinación interinstitucional y la capacitación continua del personal.

El análisis también aborda la extensión de la atención pediátrica para adolescentes en establecimientos hospitalarios, enfatizando un enfoque integral para responder a sus necesidades únicas. A nivel global, la fragmentación entre la atención pediátrica y adulta, sumada a la falta de infraestructura y personal capacitado, afecta la continuidad del cuidado, especialmente en condiciones crónicas y de salud mental.

Países como Estados Unidos, Reino Unido y España han implementado estrategias que mejoran la accesibilidad y equidad de los servicios, aunque persisten desafíos relacionados con recursos y coordinación. Estas experiencias ofrecen lecciones clave para Chile, donde las barreras en atención secundaria y terciaria reflejan limitaciones en infraestructura, desigualdades socioeconómicas y falta de formación del personal.

En el ámbito nacional, el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes ha logrado avances en atención primaria mediante controles amigables. Sin embargo, para abordar las brechas restantes, se requiere un enfoque intersectorial que integre tecnologías como mHealth, programas basados en evidencia y estrategias inclusivas, orientadas a reducir inequidades, optimizar recursos y ampliar la cobertura.

Se concluye que el desarrollo de programas de transición, la implementación de tecnologías y el fortalecimiento de equipos de salud son esenciales para construir un sistema inclusivo y eficiente para adolescentes.

Producto 3: Componente cualitativo

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de 24 entrevistas semi estructuradas realizadas a actores claves del sistema de salud, desde representantes del gobierno central, de los distintos servicios de salud de la Región Metropolitana, hasta personal médico de la red asistencial pública y privada.

En lo que respecta a la capacitación y formación de los equipos de salud, se puede señalar que existen facilitadores y barreras en esta materia. Frente a esto, se puede sostener que existen importantes brechas en las capacidades de los equipos médicos y no médicos, tanto de los hospitales pediátricos como mixtos, en el abordaje de problemas psicosociales de los adolescentes, en especial sintomatología de salud mental e ideación suicida. En función de lo anterior, los equipos clínicos mencionan inseguridad al enfrentar casos complejos debido a la falta de herramientas adecuadas. Por otro lado, se corrobora un déficit importante en la formación técnica y clínica de algunas especialidades pediátricas para abordar patologías adolescentes, donde resalta cirugía y traumatología.

Tanto la implementación de capacitaciones clínicas y técnicas, como también la sensibilización e incorporación de abordaje biopsicosocial y desde lo multidisciplinario, son elementos fundamentales a la hora de pensar en la implementación de la EEP.

No obstante, cabe destacar que en algunos espacios existen avances en la sensibilización y formación de equipos sobre salud adolescente, como por ejemplo el Hospital Eloísa Díaz, que es un ejemplo en esta materia.

Sobre la capacidad de atención dentro de los distintos establecimientos de salud de la región, especialmente dentro de la red pública, es importante destacar diversos elementos a nivel de infraestructura como de recursos humanos disponibles. En primer lugar, se debe tener claridad de que los hospitales mixtos tienen

una ventaja sobre los pediátricos en la capacidad de atención hacia adolescentes a nivel hospitalario y de servicios de urgencia, principalmente por la posibilidad de colaboración entre equipos pediátricos y de adultos. No obstante, en lo que respecta al abordaje biopsicosocial y la importancia del trabajo en red y vínculo con las familias, los equipos pediátricos llevan la delantera.

Por su lado, hospitales pediátricos enfrentan barreras estructurales particularmente significativas, como insuficiencia de infraestructura adecuada para adolescentes, donde destaca la necesidad de contar con baños y áreas de hospitalización diferenciada para adolescentes y por género, seguridad en las unidades de hospitalización, entre otras cosas. Asimismo, es importante señalar que para ambos tipos de hospitales, la escasez de personal especializado agrava la situación y se debe considerar aumentar duplas psicosociales y TENS para pabellones.

Una última dimensión es la transición de la atención de pacientes entre unidades pediátricas y de adultos, donde se destaca que algunos hospitales pediátricos han iniciado diálogos con hospitales de adultos para coordinar la transición. Modelos de colaboración de algunas patologías inter y entre hospitales evidencian buenas prácticas para asegurar continuidad de cuidados. Sin embargo, la falta de protocolos formales y sistemas de fichas clínicas interoperables limita la calidad y consistencia del proceso. A su vez, la transición depende excesivamente de relaciones informales entre profesionales y carece de un enfoque institucionalizado.

Implementación General de la Política

Se destaca de forma transversal la necesidad de que la implementación de la política se dé de forma gradual, partiendo por lo ambulatorio en las áreas de menor complejidad para la atención adolescente, de forma atinente a las realidades y necesidades territoriales. Del mismo modo es importante que se establezcan lineamientos, plazos claros e indicadores de proceso y metas. Finalmente, se identifican resistencias particulares en hospitales pediátricos antiguos, debido a problemas estructurales y la mayor complejidad en la atención de adolescentes.

Es necesario sistematizar la experiencia de la implementación de la extensión de la edad pediátrica en la unidad de atención adolescente del Hospital Eloísa Díaz, de modo de poder llevar este modelo exitoso a otros hospitales y servicios.

Recomendaciones generales

I. Capacitación y Formación de los Equipos

Elementos transversales

- En consideración de la evidencia¹ y el análisis de las entrevistas a los actores claves de los Hospitales de la Región Metropolitana, la adolescencia se considera para el sistema de salud como una etapa de características únicas para las personas, marcada por cambios físicos, hormonales, cognitivos y emocionales, así como por una creciente necesidad de autonomía en la toma de decisiones sobre salud. Además, los hallazgos del presente estudio indican una alta proporción de diagnósticos relacionados con problemas de salud y del comportamiento en esta etapa. Los principales motivos de consulta identificados son trastornos de salud mental, consumo de sustancias, lesiones traumáticas y enfermedades crónicas. En función de lo anterior, es altamente recomendada la implementación de enfoques integrales y estrategias de atención especializadas y multidisciplinarias. Para ello, se requiere aumentar la capacidad instalada de atención a población adolescente tanto en hospitales pediátricos como mixtos.
- La evidencia muestra que la formación de equipos especializados y multi e interdisciplinarios es esencial para abordar de manera integral las necesidades físicas, emocionales y sociales de los adolescentes, maximizando los recursos existentes, desde un enfoque biopsicosocial. En las entrevistas a actores claves se indica un consenso transversal sobre la falta de competencias de los equipos de salud para enfrentar situaciones complejas asociados a la atención adolescente, especialmente vinculado a temáticas de salud mental y casos judicializados. Por lo tanto, se requiere institucionalizar programas de capacitación continuos y accesibles.

Programas de capacitación y formación

- Para implementar los programas de formación y capacitación se recomienda abordar alianzas estratégicas con Universidades: Hospitales como el San Borja Arriarán (HSBA) y el Eloísa Díaz (HED) son campus clínicos, lo cual facilita y potencia la formación de profesionales por medio de convenios con las universidades.
- Además, existen espacios de formación en salud adolescente integral, como en el CEMERA en la Universidad de Chile, con rotaciones, diplomados y cursos de extensión. Estos son espacios clínicos docentes con abordaje específico para adolescentes (e.g., sala de espejo).
- A considerar: No es posible depender de estas alianzas exclusivamente, ya que no todos los hospitales son campus clínicos, **y pocas universidades tienen centros de formación en salud adolescente.** Esto es relevante debido a que la dependencia de convenios para acceder a formación especializada limita la equidad entre los distintos hospitales y servicios.

1 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. Adolescent Health Services: Missing Opportunities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

- Se recomienda sistematizar experiencias de atención de adolescentes en hospitales, para poder generar recomendaciones y compartir buenas prácticas.

Abordaje de salud adolescente: Enfoque psicosocial

- Perspectiva de ciclo de vida no medicalizante. Según los equipos y los servicios de salud, muchos de los problemas de salud de los adolescentes se resuelven fuera del sistema médico, pues están vinculados a vulnerabilidad social. Por lo tanto, se recomienda hacer énfasis en una mirada de determinación social de la salud en las capacitaciones y la formación.
- En el ámbito psiquiátrico y vinculado con lo anterior, desde los equipos se resalta la importancia del abordaje psicosocial más allá del farmacológico.
- Respecto del abordaje psicosocial, los equipos de salud y los servicios de salud señalan que las áreas críticas de formación giran en torno a temáticas de salud mental. En particular, se identifican temas de ideación suicida; vulneración de derechos; riesgo psicosocial; consumo de sustancias; casos judicializados, entre otros. En este aspecto, se visualiza como elemento clave el apoyo de trabajadores/as sociales y psicólogos/as. Sumado a lo anterior, se propone el apoyo de equipos jurídicos, o bien de profesionales que sean competentes en temas legales para colaborar en el abordaje integral.
- En los servicios de urgencia y de hospitalización, es necesario que los equipos puedan contar con competencias y protocolos de contención de crisis para enfermedades de salud mental, junto con mecanismos de derivación a especialistas. Las estrategias de tamizaje, como SBIRT² (Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento) y evaluaciones basadas en entrevistas motivacionales, han demostrado ser efectivas para identificar y reducir comportamientos de riesgo, incluyendo el consumo de sustancias y conductas autolesivas en adolescentes, especialmente en servicios de urgencias y trauma.
- Se necesita formación sobre manejo psicosocial y motivación de adolescentes, por la relevancia en la adherencia a tratamientos e indicaciones.
- Además, un elemento importante es tener un enfoque que permita sensibilizar a equipos multidisciplinarios hacia la promoción de la autonomía adolescente y empoderamiento parental.
- Se requiere una mayor sensibilización en temas de género, orientación sexual y salud sexual/reproductiva. La falta de esta genera resistencias en algunos equipos.
- También es relevante la inclusión de familias en la sensibilización, especialmente a padres de adolescentes con enfermedades crónicas, debido a las particularidades de esta etapa.

Aspectos de las necesidades formación clínica

- Es necesario realizar diagnósticos locales para priorizar áreas de formación, debido a que la disponibilidad de especialistas y de capacitaciones no es homogénea en todos los servicios ni hospitales.
- En función de lo anterior, se recomienda fomentar la coordinación entre y dentro de los servicios la capacitación para éstos, pensando que en algunos territorios pueden tener brechas de especialistas que se encuentran en otro territorio. Es este ámbito es crucial la iniciativa de los mismos servicios, debido a que los lineamientos desde el nivel central pueden demorar demasiado, retrasando el avance de la implementación.

2 Eggleston A. Utilizing SBIRT as a Framework for Transforming How We Think About Prevention and Early Intervention for Youth and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2022 Oct;71(4S):S5-S6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.10.032. PMID: 36122970.

- Desde los equipos de salud, se señala la necesidad de tener tiempo protegido para la realización de capacitaciones, debido a que la falta de tiempo protegido dificulta la participación y motivación de los profesionales a capacitarse.

Necesidades específicas de capacitación y formación clínica y técnica

Hospitales pediátricos

- Se recomienda la capacitación clínica y técnica de los equipos de urgencia, cirugía y de traumatología pediátrica para la atención de adolescentes y de eventos poco comunes en el ámbito pediátrico como: heridas de bala, politraumatismo, consumo de drogas, entre otros.
- Existe consenso sobre la necesidad de capacitar a traumatólogos infantiles en técnicas y en el uso de instrumentos y materiales quirúrgicos específicos para adolescentes, debido a las diferencias anatómicas y epidemiológicas con las poblaciones infantiles.
- Especialidades con barreras específicas: Se reportan dificultades mayores en cirugía plástica, en particular en el área de quemados debido a diferencias en la epidemiología, técnicas y tratamientos entre población infantil y población adolescente.

Hospitales mixtos

- Se valora positivamente la estrategia de generar horas protegidas para facilitar la colaboración y la formación mutua entre los equipos de adultos y los equipos pediátricos.

Sobre currículum universitario

- Se plantea la necesidad de incluir la salud adolescente de forma obligatoria en la formación universitaria de profesionales de la salud, y en las especialidades médicas (pensando tanto en el ámbito clínico-técnico como en la sensibilización de trabajo con adolescentes).
- En relación a lo anterior, es importante implementar programas de formación en especialidades críticas como psiquiatría infanto-juvenil, cirugía pediátrica y traumatología. Para esto se propone un fomento a las becas en áreas como psiquiatría infanto-juvenil.
- Respecto de la formación de los profesionales del ámbito psicosocial, se propone una formación específica para trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales en temática adolescente y en entornos clínicos/hospitalarios.
- Finalmente, desde los equipos de salud se sugiere implementar estrategias de autocuidado para prevenir el desgaste profesional en equipos que trabajan con adolescentes.

II. Capacidad de Atención

- Los hallazgos indican que los hospitales; especialmente los pediátricos y a su vez los servicios pediátricos de los hospitales mixtos; carecen de espacios adecuados y profesionales capacitados en salud adolescente, limitando la calidad de la atención, particularmente en el manejo de salud mental y prevención del suicidio.

- Las tres fuentes de evidencias presentadas en este estudio concuerdan en que el principal motivo de consulta de los adolescentes en las urgencias es debido a problemas de salud mental, y en específico a condiciones agudas como el intento suicida. Al respecto, los profesionales de salud revelan como un aspecto crítico el insuficiente número de camas de corta estadía para manejar y derivar casos de patologías psiquiátricas o crisis de salud mental graves. Por esto, se plantea la necesidad de diseñar estrategias específicas para atender el aumento de casos relacionados con salud mental, especialmente en contextos postpandemia.
- Al respecto, es importante considerar innovaciones en la implementación de unidades de salud adolescente al interior de hospitales mixtos. La creación de unidad hospitalaria para adolescentes en el HED, ha tenido resultados efectivos en la resolutivez de la atención de patologías de salud mental. Por ejemplo, gracias a la atención adecuada e integral que se da la unidad adolescente, menos del 15% de casos de adolescentes que consultan en la urgencia por salud mental requieren UCI u hospitalización de corta estadía. Además, en este mismo hospital se ha realizado una gestión local para adecuar la infraestructura de modo que se resguarden principios de confidencialidad e intimidad en condiciones adversas.
- Otro elemento del aspecto de la infraestructura inadecuada en general es la falta de salas con la privacidad suficiente para adolescentes. Estas salas tienen por objetivo realizar entrevistas clínicas y box de atención donde queda un equipo interdisciplinario (pensando, al menos, en la dupla psicosocial).
- Integrar quirófanos y equipos especializados en cirugía pediátrica en hospitales mixtos para atender procedimientos relacionados con apendicitis, coleditiasis y otras patologías frecuentes en adolescentes.

Recursos humanos

- Existe, según la evidencia cuantitativa y cualitativa, una escasez de especialistas en áreas críticas de forma transversal (psiquiatría infanto-juvenil debido a formación multisistémica, anestesiología, cuidados intensivos pediátricos, entre otros).
- Además, persiste un déficit de personal capacitado y sensibilizado para la atención y cuidado de adolescentes, incluyendo enfermeros y especialmente TENS.
- Por lo tanto, se releva la necesidad de un aumento del personal técnico y enfermeras para pabellones quirúrgicos, urgencias y unidades de hospitalización. A partir de la experiencia del HED, se propone 1 TENS cada 3 camas.
- Respecto al apoyo psicosocial, los equipos de salud señalan la necesidad de un aumento del personal para trabajo conjunto de los equipos de salud y Trabajadoras sociales, Psicólogos, y Terapeutas Ocupacionales (todos enfocados en salud mental, apoyo al trabajo clínico, y contención de crisis).
- Los equipos de salud subrayan la importancia de una dupla psicosocial, especialmente para los servicios de urgencias en la atención de adolescentes.
- En línea con lo anterior, es necesario fortalecer las duplas psicosociales para mejorar la coordinación con la red intersectorial (en sentido amplio) y hacer las derivaciones pertinentes.
- Un consenso transversal de los equipos consiste en la necesidad de implementar medidas de seguridad, tanto hospitales mixtos como hospitales pediátricos. Por ejemplo, siguiendo el modelo implementado en el HED, se proponen medidas como videovigilancia, alarmas, controles de acceso y seguros en las ventanas cuando las unidades pediátricas no se encuentran en el primer piso.

- Finalmente, otra necesidad transversal es la extensión de espacios de escolarización en hospitales hasta los 18 años, reduciendo la desescolarización en pacientes hospitalizados. Al respecto es importante considerar una buena experiencia de la extensión de la escolarización del SSMOCc. Esta consiste en una escuela con enfoque comunitario y validada por el MINEDUC.

Necesidades de Infraestructura en hospitales pediátricos

- Una de las necesidades críticas de los hospitales pediátricos es la de establecer espacios diferenciados para la atención adolescente. Se señala una falta de áreas específicas para adolescentes (separados de la población infantil) y separadas por género. A su vez, se indica la falta de baños de tamaño adecuado y separados por género.
- Otro elemento muy relevante para los equipos de los hospitales pediátricos es la inversión en equipamiento especializado, insumos e instrumental para atender patologías adolescentes en hospitales pediátricos, dado que muchos aquellos equipamientos para la atención de población infantil difieren de los necesarios para la atención de adolescentes.
- Dentro de esta barrera, se identifica la necesidad de un número mayor de camas grandes, que no sean cunas, en las unidades pediátricas.
- Necesidades de infraestructura específicas: Escasez de pabellones quirúrgicos prolonga listas de espera en el Hospital Roberto del Río.

Capacidad de atención en hospitales mixtos

- Se recomienda aprovechar y reforzar experiencias de colaboración de equipos pediátricos con especialistas de adultos (ej., manejo en campañas de invierno y contingencias como la pandemia). Sin embargo, es importante considerar que esta experiencia es heterogénea entre los hospitales.
- Para que esta colaboración suceda, se requieren espacios institucionalizados entre equipos pediátricos y adultos que permitan acordar criterios comunes de atención y derivación con el propósito de lograr la mejor calidad de atención.

III. Transición: traspaso de pacientes desde servicios pediátricos hacia atención de adultos y derivaciones dentro de la red

Recomendaciones generales

- Los hallazgos de la evidencia y el análisis de las entrevistas, permiten observar que la transición de adolescentes entre servicios pediátricos y de adultos enfrenta barreras estructurales que afectan la continuidad del cuidado y los resultados en salud, especialmente para quienes presentan enfermedades crónicas y problemas de salud mental. En función de lo anterior, es fundamental contar con estrategias que puedan hacer frente al problema³.
- Es consenso entre los distintos referentes que un punto fundamental para fortalecer los procesos de transición apunta al establecimiento de protocolos. Estos últimos no deben ser estandarizados, sino que

3 Muñoz-Solomando A, Townley M, Williams R. Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Jul;23(4):311-7. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833a51e2. PMID: 20520550.

responder a las particularidades de cada una de las especialidades o incluso patologías. A su vez, estos deben tener particularidades en función de si los pacientes se trasladan de hospital o continúan en el mismo, es decir diferenciar protocolos entre hospitales pediátricos y de adultos u hospitales mixtos.

- Asimismo, se sugiere revisar experiencias exitosas dentro de la Región Metropolitana de transición y trabajo conjunto entre equipos pediátricos y de adultos, como, por ejemplo:
 - Los protocolos establecidos en gastroenterología del HSBA con enfermedades crónicas y Ley Ricarte Soto. Como también en las áreas como cardiovascular, renal y diabetes entre el Hospital Luis Calvo Mackenna y el Hospital del Salvador.
 - Los gestores de casos en oncología y VIH en el SSMS.
 - Urología en el HEGC, donde existe la integración de urólogos adultos dentro del hospital.
 - Experiencias de trabajo conjunto entre hospitales, como la colaboración de hematólogos entre el Hospital Roberto del Río y el Hospital San José.
- Se recomienda establecer reuniones periódicas entre los equipos de atención pediátrica y de adultos para coordinar criterios homogéneos de atención y socializar casos complejos que se traspasan de un equipo a otro o que deben ser evaluados de forma conjunta.
- En relación a lo anterior, desde la evidencia cualitativa, se sugiere asignar horas protegidas al personal médico y administrativo para garantizar una gestión efectiva de los procesos de transición y el seguimiento adecuado de los pacientes.
- A su vez, se recomienda incorporar una figura clave en la transición, se propone la incorporación de adolescentólogos y/o médicos de familia como líderes del proceso de transición, apoyados por otros profesionales, para garantizar una atención integral y proporcionar directrices claras a otros profesionales de la salud.
- En relación a lo anterior, cabe destacar que experiencias internacionales⁴ destacan la efectividad de programas de transición estructurados que incluyen clínicas especializadas, coordinadores dedicados y tecnologías de apoyo, mejorando la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente. Esto último coincide con lo señalado por los entrevistados.
- Por su lado, desde la evidencia cualitativa se sugiere el fortalecimiento del encargada/o en del Departamento de Gestión Clínica Adolescente que asegura un enfoque transversal e integral entre atención primaria y hospitalaria.
- En la misma línea de trabajo entre niveles de atención, se recomienda desarrollar y fortalecer protocolos de referencia y contrarreferencia entre los niveles primario, secundario y terciario de atención, con especial énfasis en adolescentes, asegurando una coordinación efectiva en la red de salud. Algunos servicios y referentes proponen incluso incorporar datos relevantes como vulnerabilidades sociales, aspectos judiciales y antecedentes médicos.
- Lo anterior, para mejorar la conexión y continuidad de atención con la Atención Primaria de Salud (APS), destacando su rol preventivo y su capacidad para ofrecer atención oportuna, superando barreras de comunicación entre niveles asistenciales.

4 Moreno-Galdó A, Regné-Alegret MC, Aceituno-López MA, Camprodón-Gómez M, Martí-Beltran S, Lara-Fernández R, Del-Toro-Riera M. Implementation of programmes for the transition of adolescents to adult care. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023 Dec;99(6):422-430. doi: 10.1016/j.anpede.2023.09.014. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38016858.

- En línea con lo anterior, se destaca que es fundamental mejorar la conexión desde los hospitales con los Centros de Salud Mental Comunitarios (COSAM) y optimizar las derivaciones de casos específicos, como pacientes NANEAS y los contemplados en la Ley IVE.
- Se sugiere, en términos generales, promover el uso de herramientas tecnológicas para mejorar el seguimiento de pacientes y la planificación de servicios.
- En línea con lo anterior, modernizar sistemas administrativos obsoletos, como las fichas de papel aún utilizadas en el HSBA, y promover la integración tecnológica para asegurar la continuidad del cuidado entre niveles asistenciales.
- Es necesario revisar y parametrizar los Registros Estadísticos Mensuales (REM) para incluir diferenciaciones etarias que permitan visualizar datos específicos de adolescentes entre 14 y 18 años, facilitando la toma de decisiones basadas en información confiable.
- Finalmente, se destaca la importancia de diseñar un proceso de planificación progresiva que fomente la autonomía de los adolescentes con enfermedades crónicas, ayudándolos a gestionar mejor su salud durante la transición a la atención adulta.

Recomendaciones para hospitales pediátricos

- Se debe tener especial consideración y cuidado dentro de los hospitales pediátricos en lo que refiere a los protocolos de derivación y de transición hacia hospitales de adultos. A su vez, se subraya la necesidad de dar atención y seguimiento a los adolescentes NANEAS como también a quienes se ven involucradas dentro de la ley IVE.
- En línea con las recomendaciones generales, cabe destacar que, en países como Estados Unidos han incorporado servicios específicos para adolescentes dentro de hospitales pediátricos y procesos de transición estructurados hacia servicios de adultos⁵. Por su parte, Reino Unido⁶ y España⁷ han adaptado hospitales pediátricos y de adultos mediante el uso de tecnologías, espacios diferenciados y programas de transición que garantizan una atención más adecuada.
- Un punto fundamental es abordar la incompatibilidad entre los sistemas de fichas clínicas en hospitales pediátricos y de adultos mediante la integración tecnológica y la estandarización de herramientas electrónicas.

5 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. Adolescent Health Services: Missing Opportunities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

6 Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD009794. DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2. Accessed 27 November 2024.

7 Garrido Casas J, Menéndez Llana C, Pico Gómez-Pavón P, Cal López MÁ, Bozalongo S, Torrado Val E. Hospital care for adolescents with cancer in Spain: Needs, resources and organisational model. Enferm Clin (Engl Ed). 2021 Jul-Aug;31(4):227-233. doi: 10.1016/j.enfcl.2019.07.003. Epub 2019 Dec 4. PMID: 34243910.

IV. Implementación general de la política

Recomendaciones generales

- En términos generales, hay un acuerdo entre los distintos actores entrevistados de que es fundamental que la implementación de la política se realice de forma gradual. En esta línea, la recomendación apunta a que se debe comenzar con los servicios ambulatorios de los hospitales, y con especialidades que mantengan menores dificultades. Es decir, comenzar poco a poco a establecer la extensión de edad pediátrica en áreas específicas en la atención ambulatoria, y luego instalar todas las especialidades.
- Posterior a la instalación de la EEP en la atención ambulatoria, continuar con las hospitalizaciones. Se debe dejar las especialidades con mayores dificultades para una última etapa, luego de concretar una serie de etapas previas a su instalación. Existe acuerdo con que las especialidades de mayor complejidad son traumatología, cirugía y el sector de urgencia.
- Antes de comenzar con cualquier implementación, se sugiere definir plazos, responsables e indicadores para medir resultados. Es decir, tener una planificación definida, clara y con posibilidad de modificación en función de los resultados de la paulatina implementación. Se sugiere que esta planificación no sea estandarizada, sino que responda a las realidades y necesidades que cada servicio, establecimiento de salud y territorios. Se recomienda seguir el ejemplo del Servicio de Salud Metropolitano Occidente que comenzó a trabajar en esta planificación desde el Consejo Integrado de Red Asistencial (CIRA). En esta instancia es importante que se definan metas a corto, mediano y largo plazo. A su vez, se recomienda que estos objetivos propuestos para la implementación de la EEP se incorporen desde los establecimientos en los compromisos de gestión, COMGES.
- En vínculo con lo anterior, es importante que cada Servicio realice el diagnóstico territorial donde se evalúen las necesidades y principales barreras para la implementación de la EEP, tal como se les solicitó desde el gobierno central. Dentro de este diagnóstico, no solo se debe tener en cuenta el tema de infraestructura, necesidad de separación y creación de espacios, sino también el tema de formación, capacitación y recursos humanos. Es decir, se deben priorizar las áreas de formación más críticas para incluir dentro de la planificación, tanto a nivel de sensibilización y abordaje integral de salud adolescente, como también de capacitaciones clínicas y técnicas, como por ejemplo dentro de los traumatólogos o cirujanos infantiles.
- Se recomienda que la proyección, evaluación y análisis de la política continúe, en esta línea, se sugiere avanzar en una segunda etapa de análisis que complemente los datos abiertos con información interna de los hospitales, incluyendo diagnósticos específicos, procedimientos y asignación de recursos.
- A su vez, establecer un sistema de monitoreo continuo para evaluar el impacto de la EEP en tiempo real y ajustar estrategias en función de los cambios observados.
- Se considera positivo que se gestionen capacitaciones internas para el tema de competencias técnicas a nivel de servicios y/o establecimiento de salud, por ejemplo, que los mismos equipos de adultos de traumatología realicen la formación a los equipos pediátricos. Se debe contar con horas protegidas para aquello, y en estos espacios deben transparentarse las posibles brechas y límites existentes.
- Es fundamental identificar liderazgos comprometidos y con formación en la temática que impulsen los cambios y modificaciones necesarias sobre la atención de salud adolescente. Estos líderes, deben tener cargos, asignaciones y horarios protegidos para trabajar en el tema, es decir, son puestos que deben estar institucionalizados y que no dependan de voluntades y esfuerzos individuales. En esta línea,

existe un amplio consenso de que es fundamental que se asigne, para los servicios y establecimientos que aún no lo tienen, un referente de la EEP.

- Es fundamental diseñar estrategias preventivas que permitan priorizar la atención de adolescentes en listas de espera, enfocándose en la prevención para evitar la progresión de patologías. Esto abordará la brecha existente en la priorización institucional, actualmente centrada en la gravedad de las patologías y los tiempos de espera, relegando las necesidades psicosociales de los adolescentes.
- Proponer la implementación de incentivos económicos, como incrementos salariales o asignaciones específicas, para atraer y retener pediatras adolescentólogos, y especialistas tanto en hospitales periféricos, pero sobre todo en hospitales de alta demanda adolescente. Estos incentivos son clave para enfrentar la escasez de especialistas en el sector público.
- Por su lado, a nivel de establecimientos de salud, se recomienda implementar incentivos para hospitales que asuman una mayor proporción de adolescentes con alta complejidad
- Revisar y optimizar los flujos de atención y los mapas de derivación, destinando tiempo y recursos específicos para mejorar los procesos administrativos, reducir tiempos de espera y aumentar la eficiencia en la atención de adolescentes.
- Evaluar las estrategias exitosas implementadas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), como las asociadas al Joint Commission, y analizar su aplicabilidad y potencial recomendación para otros servicios de salud. Esto último, podría ayudar a mejorar la atención en la población adolescente.
- Se recomienda que desde el Ministerio se tengan lineamientos claros, que orienten la implementación y las capacitaciones, tanto en la definición de plazos, como también la perspectiva de trabajo.
- Por otro lado, desde el área odontológica, sugieren que el MINSAL organice mesas de trabajo sobre la EEP con enfoque en salud bucal y curso de vida. Estas mesas debieran ser replicables a nivel territorial.
- A su vez, desde odontología se propone la priorización en prevención primaria con materiales educativos llamativos y estrategias de motivación. Como también, que se motive y fomente el apoyo de consultoras odontopediatras para coordinar transiciones y ofrecer capacitaciones.
- En esta misma línea, es fundamental promover el trabajo colaborativo con redes territoriales, incluyendo la Atención Primaria de Salud (APS), comunidades educativas, redes familiares y sociales, para prevenir hospitalizaciones innecesarias y fortalecer la atención integral de adolescentes en su propio entorno.
- En relación a lo anterior, los hallazgos⁸ nos indica que es necesario promover la integración de prestaciones de atención primaria, secundaria y terciaria en los servicios de salud para adolescentes, con un enfoque en la promoción de la salud mental, la prevención de enfermedades crónicas y la gestión de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias y el suicidio.
- Los hallazgos⁹ recomiendan la adopción de herramientas tecnológicas, como mHealth, telemedicina y sistemas de evaluación en tiempo real, para mejorar las vías de acceso a los servicios de salud

8 World Health Organization. (2001). Helping Adolescents Thrive Toolkit. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). ISBN: 9789240025554

9 Stasiak K, Fleming T, Lucassen MF, Shepherd MJ, Whittaker R, Merry SN. Computer-Based and Online Therapy for Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Apr;26(3):235-45. doi: 10.1089/cap.2015.0029. Epub 2015 Oct 14. PMID: 26465266.

para adolescentes. Esto debe ir acompañado de inversiones en capacitación del personal y la implementación de estándares de seguridad para garantizar una atención personalizada y eficiente.

- Existe una gran incertidumbre con respecto a lo que sucederá con el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), particularmente con respecto a las garantías actuales, donde ciertas patologías se encuentran cubiertas hasta los 15 años y otras desde dicha edad. Por lo mismo, se sugiere que a nivel central se maneje el tema, considerando que esto último requiere ajustes legislativos y logísticos que escapan de las gestiones propias de los servicios y establecimientos.
- Se sugiere considerar la reestructuración del modelo de financiamiento basado en GRD para reflejar mejor las necesidades de atención de la población adolescente, asegurando una distribución justa de recursos entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos.
- Desde la evidencia cualitativa se releva la existencia de brechas de desactualización profesional. Esto se expresa principalmente en que aquellas generaciones formadas antes de incluir salud adolescente en currículos presentan mayores brechas de sensibilización y habilidades, y por lo tanto, mayores resistencias. A partir de eso se propone priorizar que los profesionales más jóvenes atiendan a los adolescentes, de modo de no poner presión sobre profesionales que llevan mucho tiempo atendiendo exclusivamente población infantil. Esto último se piensa para las especialidades más complejas como traumatología y cirugía.

Recomendaciones para hospitales pediátricos:

- En términos generales, se ve una mayor resistencia en los hospitales pediátricos, especialmente desde las especialidades donde se visualizan mayores brechas en términos técnicos y clínicos, como también desde los establecimientos que se consideran más limitados a nivel de infraestructura. En función de lo anterior, se sugiere tener especial cuidado y preocupación con aquellos. En particular con el SSMN, en el hospital Roberto del Río.

Introducción

La Atención de Salud para adolescentes ha ganado una relevancia creciente en los últimos años, dado que este grupo etario enfrenta desafíos únicos y particulares en su desarrollo físico, emocional y social. La adolescencia es una etapa crucial de la vida que abarca cambios profundos y en la cual se forman hábitos de salud y estilos de vida que perdurarán en la etapa adulta. A pesar de su importancia, los adolescentes suelen ser una población desatendida dentro de los sistemas de salud, debido en parte a la transición entre la atención pediátrica y la de adultos, lo que puede resultar en brechas en la atención o un manejo inadecuado de problemas específicos de esta edad. Es por esto que distintos países han tenido un interés creciente en desarrollar programas de extensión de atención de la edad pediátrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la necesidad de enfoques integrales y específicos para este grupo poblacional. En su documento sobre La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018), la OMS hace un llamado a fortalecer los sistemas de salud para que respondan de manera efectiva a las necesidades de los adolescentes, proporcionando acceso a servicios que promuevan su bienestar físico y mental, y reconociendo la importancia de la atención preventiva, la salud sexual y reproductiva, y la promoción de estilos de vida saludables. Además, la OMS recomienda la extensión de la edad pediátrica para garantizar una transición más fluida y una cobertura integral que no solo responda a enfermedades agudas, sino también a problemas crónicos emergentes.

A través de una serie de informes y consultas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) centró su atención en la importancia de que los servicios de salud se encuentren adaptados a las necesidades de los adolescentes. Estas actividades dieron lugar a un consenso general sobre cinco objetivos que promueven servicios de salud adecuados a las necesidades de los adolescentes: accesible, aceptado, apropiado, eficaz y equitativo.

En Chile, esta temática no es nueva, ya que existen antecedentes y formalizaciones respecto a la extensión de la edad pediátrica. En 2011, la Sociedad Chilena de Pediatría recomendó y fundamentó esta ampliación. Posteriormente, en junio de 2021, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud emitió el primer instructivo que autoriza a los servicios y establecimientos de salud pediátricos a atender pacientes hasta los 19 años, 11 meses y 29 días. A raíz de esto, se emitieron diversos oficios que permitieron a algunos servicios formalizar la atención pediátrica hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. Finalmente, en febrero del presente año, se redactó un oficio dirigido a los directores de todos los servicios de salud del país, instruyendo que deben preparar y establecer las condiciones para implementar la extensión de la edad pediátrica, según lo dispuesto por ley. Se establece un plazo de tres años, desde el 2025, por lo que para el año 2028, esta política debiese estar implementada y en funcionamiento en toda la red asistencial.

En función de lo anterior, la necesidad de adaptar el sistema de salud para cubrir de manera integral a la población adolescente implica desafíos sustanciales: desde la reestructuración de los flujos de atención en los servicios pediátricos y la adecuación de espacios, hasta la disponibilidad de personal capacitado que entienda y responda a las necesidades físicas, emocionales y sociales propias de esta edad. Desde un enfoque biopsicosocial y preventivo, la extensión de la edad pediátrica en Chile no solo busca dar continuidad en el tratamiento de enfermedades crónicas y en el apoyo de la salud mental, sino también generar procesos de

transición adecuados que preparen a los adolescentes para su paso a la adultez, fomentando la autonomía en el desarrollo de los jóvenes.

Sin embargo, para abordar de forma adecuada este desafío es indispensable identificar las barreras y dificultades que limitan su efectividad en la Región Metropolitana. La infraestructura y los recursos humanos, así como las listas de espera, los desafíos económicos derivados de la pandemia de COVID-19 y sus impactos en la salud mental de la población, son algunos de los obstáculos que dificultan una respuesta oportuna a las necesidades de los adolescentes. Los equipos de salud han debido adaptarse a una demanda creciente sin necesariamente contar con el personal o los espacios suficientes para hacerlo, lo cual ha puesto a prueba la capacidad de respuesta del sistema. No obstante, también se visualizan experiencias positivas en ciertos establecimientos de salud que se consideran pioneros en la implementación de la EEP, iniciativas que deben considerarse para identificar facilitadores y buenas prácticas que pueden ser replicables a nivel regional.

Objetivos

Objetivos generales

1. Describir, categorizar y proponer relaciones entre barreras y facilitadores de la implementación de la extensión de la edad pediátrica (EEP) en establecimientos de salud que cuenten con servicios clínicos de atención abierta y cerrada pediátricos, públicos y privados de la región metropolitana.
2. Identificar oportunidades de cambio para el mejoramiento de la implementación de la extensión de edad pediátrica en los servicios de atención abierta y cerrada, públicos y privados de la región metropolitana.

Objetivos específicos

1. Describir el funcionamiento de servicios clínicos de establecimientos de la región metropolitana, específicamente los servicios pediátricos: 1) Urgencia, 2) Cirugía y traumatología, 3) Odontología y 4) Psiquiatría infantojuvenil de la región metropolitana, describiendo: flujos de atención, recursos físicos y recursos humanos, cartera de prestaciones, número de atenciones, egresos hospitalarios, según corresponda, con énfasis en visibilizar brechas para la implementación de la EEP.
2. Describir barreras y facilitadores de la implementación de la extensión de la edad pediátrica en servicios de atención abierta y cerrada pediátricos de la región metropolitana a través de una metodología mixta que incluya impacto en la demanda asistencial y la realización de entrevistas semi-estructuradas a informantes claves.
3. Describir el funcionamiento de experiencias exitosas de servicios abiertos o cerrados pediátricos nacionales o internacionales que hayan implementado la EEP.

Objetivo primera parte, componente cuantitativo:

Generar un informe de situación de la red de establecimientos pediátricos de la Región Metropolitana que aborde el funcionamiento de los servicios clínicos de urgencia, cirugía y traumatología, odontología, y psiquiatría infanto-juvenil. El informe deberá detallar flujos de atención, recursos físicos y humanos, cartera de prestaciones, número de atenciones y egresos hospitalarios, con un enfoque en visibilizar las brechas para la implementación de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP).

Objetivo segunda parte, revisión sistemática de literatura

Generar un informe de revisión sistemática de la literatura que compile y analice experiencias de funcionamiento de servicios pediátricos (cerrados o abiertos) que atiendan a pacientes hasta los 19 años, 11 meses y 29 días. El enfoque estará en los servicios de urgencia, cirugía, traumatología, odontología y psiquiatría infanto-juvenil, con la validación de la estrategia de búsqueda por la unidad de estudios del Regional Santiago.

Objetivo tercera parte, componente cualitativo

Elaborar un informe basado en un estudio observacional de corte transversal, de alcance exploratorio-descriptivo, utilizando un enfoque cualitativo a través de entrevistas semi-estructuradas. Se debe garantizar que la propuesta del equipo consultor represente de manera adecuada la realidad de la región metropolitana, incorporando tanto establecimientos públicos como privados.

Limitaciones del Estudio

Debido al acotado tiempo de desarrollo de este estudio, se deben considerar ciertas limitaciones de los alcances de la investigación, dado que las entrevistas no son representativas de todos los actores. Este trabajo permite acceder a una muestra parcial de las barreras y facilitadores observadas por actores clave de los profesionales de la salud, esto significa que puede haber perspectivas que no estén incluidas debido a que hubo actores que no pudieron ser contactados, o bien no con un número suficiente de casos.

Entre los actores cuyas perspectivas no pudieron ser suficientemente recabadas, es importante relevar la de los equipos del Hospital Roberto del Río, ya que se logró entrevistar solamente a un representante, específicamente del área de cirugía.

Respecto de otras áreas, no fue posible contactar a representantes de psiquiatría de hospitales pediátricos, lo cual representa una dificultad importante a la hora de interpretar los resultados en esta área, siendo salud mental uno de los elementos críticos en la extensión de la edad pediátrica. A su vez, del área de cirugía sólo se pudo contactar a representantes que trabajan en hospitales pediátricos, lo que plantea preguntas sobre lo que se estaría pensando respecto de la extensión en los servicios de cirugía de los hospitales generales.

Finalmente, en el área de odontología sólo fue posible recabar las observaciones de representantes del SSMOCC, por lo que los resultados se encuentran sesgados a las experiencias de este servicio en particular.

En el caso del Hospital Calvo Mackenna, si bien sólo se realizó una entrevista de un representante que trabaja directamente en la institución, desde los Servicios y desde los representantes de otros hospitales del

sector oriente se relataron perspectivas sobre lo que se observa en ese hospital, por lo que se compensa la falta de entrevistas individuales.

Producto I: Análisis Cuantitativo de Datos Públicos para la caracterización de la población, la demanda de servicios de servicios de salud y el estado de la Red de salud pública para el grupo etario de Extensión de la Edad Pediátrica

Capacidad hospitalaria para la extensión de la edad pediátrica.

La ampliación de la atención pediátrica para incluir a la población adolescente representa un desafío crucial para los sistemas de salud en todo el mundo. En países como Estados Unidos y Alemania, se ha observado un aumento sostenido en la demanda de servicios clínicos especializados para adolescentes. Este fenómeno refleja una mayor carga de enfermedades y necesidades específicas en este grupo etario, que requiere de infraestructuras y equipos especializados. En Estados Unidos, en 2017, aproximadamente 2 millones de visitas de adolescentes a servicios de emergencia culminaron en hospitalización, mientras que la pandemia de COVID-19 incrementó significativamente las visitas por razones psiquiátricas. De manera similar, en Alemania, entre 1996 y 2014, las admisiones hospitalarias de adolescentes relacionadas con emergencias aumentaron un 405%, con un alto porcentaje vinculado a crisis de salud mental, reflejando la creciente necesidad de atención especializada en esta área.

En términos quirúrgicos, las intervenciones en adolescentes también son significativas. En Estados Unidos, se realizan alrededor de un millón de procedimientos quirúrgicos anuales en este grupo etario, la mayoría de ellos de carácter electivo. Asimismo, las urgencias dentales representan una causa frecuente de hospitalización en adolescentes, con aproximadamente 600,000 visitas anuales. En Europa, aunque la atención dental se concentra en clínicas ambulatorias, las admisiones hospitalarias ocurren en casos graves de infecciones o traumatismos. Estos datos resaltan la importancia de planificar recursos e infraestructura que respondan a las necesidades específicas de los adolescentes, considerando tanto los aspectos quirúrgicos como los relacionados con la salud mental.

La implementación de la política de Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) en Chile constituye un esfuerzo significativo para adaptar los servicios de salud a las necesidades de adolescentes hasta los 19 años, integrándolos dentro de la atención pediátrica. Este cambio es especialmente relevante en la Región Metropolitana, donde se concentra una gran proporción de la población y, en consecuencia, de la demanda de servicios. Para evaluar adecuadamente el impacto de la EEP, es fundamental disponer de datos detallados que permitan analizar la utilización de servicios, los motivos de ingreso y egreso hospitalario y los procedimientos realizados en esta población.

En esta primera etapa del análisis, se emplearon bases de datos abiertas proporcionadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, entre ellas Egresos Hospitalarios, Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de FONASA, el Resumen Estadístico Mensual (REM), Atenciones de Urgencia y Estadísticas Vitales. Estas fuentes de datos ofrecen una visión amplia sobre las características de la población beneficiaria de la EEP y los patrones generales de uso de los servicios de salud. Sin embargo, presentan limitaciones en cuanto a granularidad, periodicidad de actualización y precisión en contextos locales, lo que dificulta una evaluación completamente representativa de los servicios pediátricos y hospitalarios específicos.

Para abordar estas limitaciones, se plantea una segunda etapa de análisis centrada en la recopilación dirigida de datos locales. Esto incluiría el acceso a bases de datos internas de hospitales pediátricos y mixtos en la Región Metropolitana, con el objetivo de obtener información más detallada sobre las atenciones en urgencias, las hospitalizaciones y los procedimientos realizados. Además, esta fase permitirá cruzar la información obtenida con entrevistas a actores clave de los servicios de salud, ofreciendo una evaluación integral de la demanda de servicios y las brechas existentes en la implementación de la EEP.

La experiencia internacional muestra que los adolescentes enfrentan una creciente carga de problemas de salud mental y requerimientos quirúrgicos, lo que subraya la necesidad de recursos especializados para atender estas demandas. La EEP en Chile representa una oportunidad única para responder a estas necesidades, fortaleciendo la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención integral y de calidad a esta población. Este informe inicial presenta los resultados del análisis preliminar y establece las bases para futuras etapas que profundicen en la evaluación y planificación de esta política, asegurando que los adolescentes reciban la atención adecuada en los distintos niveles de la red de salud.

Poblacional

Para la evaluación del perfil general de la población del rango etario del EEP (15 a 19 años) se analizaron las bases de datos de proyección poblacional del INE en base al Censo Nacional del 2017. La siguiente tabla muestra las proyecciones para el 2024 y el 2025, y el porcentaje de cambio para estos años.

Tabla: Proyección Poblacional del grupo etario 15-19 años por Servicio de Salud, Región Metropolitana 2024 - 2025, por sexo y Servicio de Salud

Nombre Servicio de Salud hasta 2023	Sexo	Población 2024	Población 2025	% de cambio
Metropolitano Central	Hombre	30.014	29.767	-0,8%
	Mujer	29.610	29.007	-2,0%
Metropolitano Norte	Hombre	31.283	32.839	5,0%
	Mujer	31.245	32.869	5,2%
Metropolitano Occidente	Hombre	34.973	33.909	-3,0%
	Mujer	34.551	33.664	-2,6%
Metropolitano Oriente	Hombre	33.583	32.680	-2,7%
	Mujer	31.528	30.018	-4,8%

Nombre Servicio de Salud hasta 2023	Sexo	Población 2024	Población 2035	% de cambio
Metropolitano Sur	Hombre	29.784	29.304	-1,6%
	Mujer	29.551	29.199	-1,2%
Metropolitano Suroriente	Hombre	39.417	37.061	-6,0%
	Mujer	38.671	36.139	-6,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Proyecciones Poblacionales INE en base a Censo 2017

Tendencias de cambio: Observamos variaciones en la población proyectada para ambos sexos en los distintos Servicios de Salud, con algunos Servicios mostrando una reducción y otros un leve crecimiento en este grupo etario. Estas variaciones reflejan cambios demográficos que pueden influir en la demanda de servicios de salud para adolescentes.

Reducciones de población:

- Metropolitano Central muestra una ligera disminución en la población masculina (-0,8%) y una mayor reducción en la femenina (-2,0%), lo cual podría indicar una menor demanda futura de servicios de salud pediátricos para adolescentes en esta zona.
- Metropolitano Occidente también experimenta una baja en la población masculina (-3,0%) y femenina (-2,6%).
- Metropolitano Oriente registra una disminución de -2,7% en hombres y -4,8% en mujeres, siendo esta última la más marcada dentro de la región, lo cual podría requerir ajustes en la planificación de recursos para este grupo de edad.
- Metropolitano Sur presenta reducciones menores, de -1,6% para hombres y -1,2% para mujeres, lo que sugiere una población relativamente estable con una ligera tendencia a la baja.
- Metropolitano Suroriente destaca por su significativa reducción en ambas poblaciones: -6,0% en hombres y -6,5% en mujeres, lo que podría representar una menor necesidad de recursos para adolescentes en esta área.

Crecimientos en la población:

- Metropolitano Norte es el único Servicio que proyecta un crecimiento en la población adolescente, con un aumento del 5,0% para hombres y del 5,2% para mujeres. Este crecimiento sugiere que este Servicio de Salud podría requerir una expansión o ajuste de recursos para atender a una mayor cantidad de adolescentes en los próximos años.

Implicaciones para la política de extensión de la edad pediátrica (EEP):

Estos datos sugieren que la implementación de la EEP deberá ser adaptativa, considerando que algunos Servicios de Salud enfrentarán una disminución en la población adolescente, mientras que otros, como el Metropolitano Norte, verán un aumento. Esta disparidad en las proyecciones implica la necesidad de ajustar recursos, personal e infraestructura de manera localizada para responder eficazmente a la demanda según cada Servicio de Salud.

En la planificación de la EEP en el sector público de la red asistencial es importante además considerar aquella población que es beneficiaria. Para ello, se ha confeccionado la siguiente tabla.

Tabla: Proyección Poblacional y Población Beneficiaria del grupo etario 15-19 años, Región Metropolitana 2024, por sexo y Servicio de Salud

Nombre Servicio de Salud hasta 2023	Sexo	Población Total 2024	Población Beneficiaria 2024
Metropolitano Central	Hombre	30.014	25.001
	Indeterminado	-	9
	Mujer	29.610	24.695
Metropolitano Norte	Hombre	31.283	28.414
	Indeterminado	-	7
	Mujer	31.245	27.973
Metropolitano Occidente	Hombre	34.973	38.734
	Indeterminado	-	9
	Mujer	34.551	37.507
Metropolitano Oriente	Hombre	33.583	18.502
	Indeterminado	-	3
	Mujer	31.528	18.383
Metropolitano Sur	Hombre	29.784	35.769
	Indeterminado	-	6
	Mujer	29.551	34.798
Metropolitano Surorientado	Hombre	39.417	40.621
	Indeterminado	-	4
	Mujer	38.671	39.649

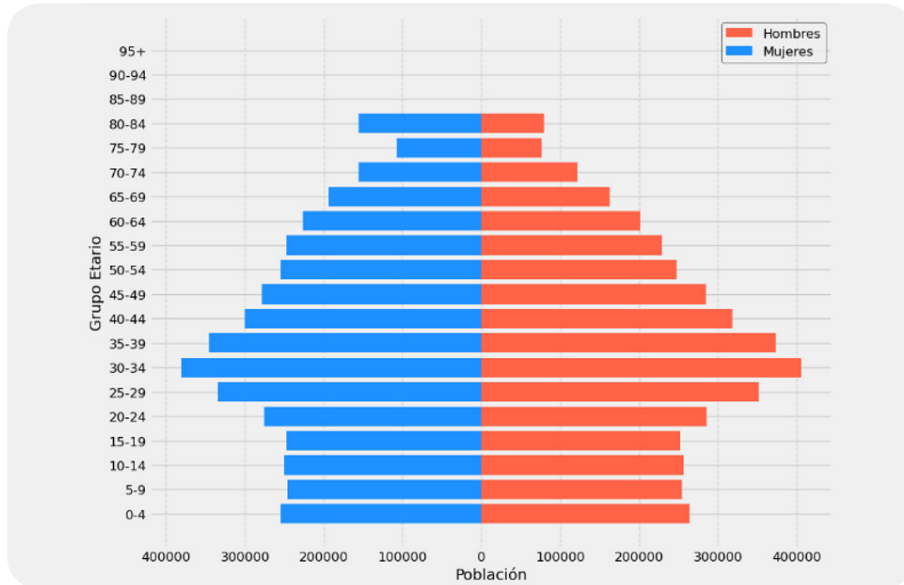
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Proyecciones Poblacionales INE en base a Censo 2017 y FONASA 2024.

La tabla muestra, por un lado, una proporción importante de población beneficiaria en este rango etario. Considerando que a nivel regional y nacional la proporción de población beneficiaria es de X y Y respectivamente, destaca que el SSMO está muy por debajo del promedio y que el resto de las comunas está por sobre el promedio. También, en algunos de los servicios, se puede observar que la población beneficiaria es mayor a la proyectada. Esto corresponde a un vicio metodológico en la comparación de una población total estimada y una población real censada por las fuentes de datos de FONASA.

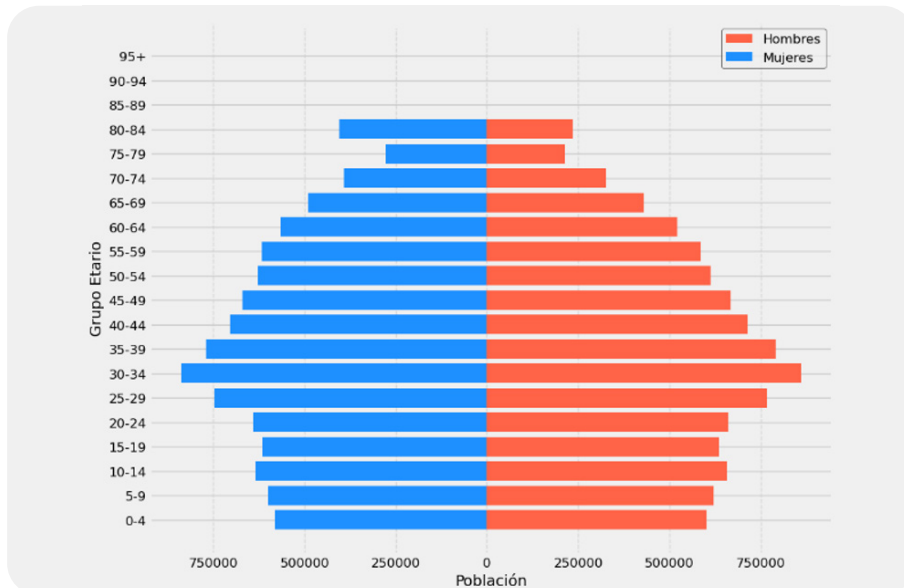
Como se adelantó en la primera tabla, la población correspondiente a la EEP, en general, está en descenso en la Región Metropolitana. Esta tendencia se corresponde con la tendencia Regional y Nacional de cambio demográfico representado en la siguiente pirámide poblacional.

Figura: Pirámide Poblacional por grupo etario y sexo Nacional y de la Región Metropolitana 2024

Pirámide Poblacional Región Metropolitana 2024



Pirámide Poblacional Nacional 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Proyecciones Poblacionales INE en base a Censo 2017

La pirámide poblacional es característica de una Pirámide regresiva o constrictiva: con una base más estrecha que el centro de la pirámide, que es más ancho, indicando una menor proporción de personas

jóvenes. Esta pirámide refleja bajas tasas de natalidad y mortalidad, con una población envejecida y bajo crecimiento poblacional en el largo plazo.

Egresos Hospitalarios y Grupos Relacionados a Diagnóstico

La extensión de la edad pediátrica (EEP) en la Región Metropolitana de Chile representa un desafío para los servicios de salud, especialmente al enfocarse en adolescentes de 15 a 19 años. La proyección poblacional de este grupo etario entre 2024 y 2035 revela importantes variaciones en la cantidad de adolescentes en cada Servicio de Salud de la región. Algunas zonas, como el Servicio de Salud Metropolitano Norte, anticipan un crecimiento en esta población, mientras que otras, como el Servicio Metropolitano Suroriente, proyectan una disminución. Este análisis demográfico preliminar es fundamental para prever los recursos necesarios y planificar las intervenciones de salud en el contexto de la EEP.

Sin embargo, para comprender plenamente las necesidades de este grupo, es esencial complementar el análisis poblacional con una evaluación detallada de los egresos hospitalarios. En este contexto, los datos de egresos hospitalarios clasificados por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) proporcionan una perspectiva esencial sobre las condiciones de salud que afectan a los adolescentes y la naturaleza de la atención hospitalaria que requieren. Los GRD permiten clasificar los egresos según diagnósticos y procedimientos, lo cual facilita identificar los patrones de morbilidad y la demanda de recursos hospitalarios en cada zona.

Un componente adicional clave para el éxito de la EEP es identificar los establecimientos hospitalarios que actualmente atienden a esta población adolescente y evaluar la posible inclusión de este grupo en hospitales tradicionalmente pediátricos de la Región Metropolitana. Este enfoque ayudaría no solo a distribuir la demanda de atención en los hospitales que hoy ya atienden adolescentes, sino también a anticipar y reducir las brechas en recursos, personal y servicios que requerirían los hospitales pediátricos al ampliar sus atenciones al grupo de 15 a 19 años. Evaluar esta inclusión permitiría establecer de forma más precisa la demanda actual en estos establecimientos y planificar la redistribución o incremento de recursos para responder efectivamente a las necesidades de salud de este grupo.

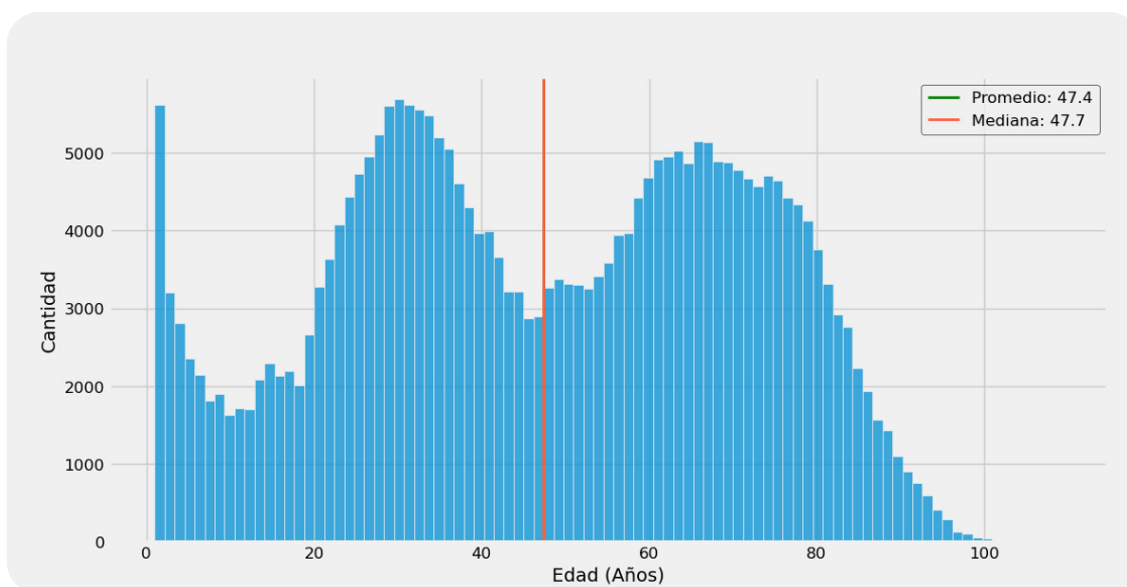
El análisis de los egresos hospitalarios por GRD, además, permite alinear los recursos de acuerdo con las prioridades de atención sanitaria en el contexto de la EEP. Al identificar los diagnósticos y procedimientos más frecuentes en el grupo de 15 a 19 años, los Servicios de Salud pueden orientar sus esfuerzos hacia aquellas áreas de atención más críticas, planificando la infraestructura, el personal y los programas específicos que respondan a las necesidades reales de esta población. En este sentido, los datos del DEIS sobre egresos hospitalarios no sólo informan sobre la carga de enfermedad, sino que también ofrecen un marco para monitorear y evaluar la implementación de la EEP, ajustando los recursos y estrategias en función de las tendencias observadas.

General

Los datos abiertos disponibles para egresos hospitalarios están en los egresos hospitalarios del DEIS y los egresos GRD de FONASA para el año 2023. La ventaja de los datos GRD es que están individualizados por paciente con un código encriptado. Los egresos del DEIS en cambio están agrupados por grupo etario. Por ello, existen muchas ventajas dadas por la granularidad del dato en las bases del GRD, y serán estos los datos usados para la mayor parte de los análisis respecto de egresos hospitalarios.

La figura siguiente muestra una distribución de los egresos hospitalarios en la región metropolitana para el año 2023.

Figura: Distribución etaria de egresos hospitalarios en la Región Metropolitana año 2023 en mayores de 1 año.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Con un total de egresos de 301.173 y 240.146 pacientes únicos atendidos (individualizados por el código de encriptación respectivo), el promedio etario es de 47 años aproximadamente. Se observa una distribución tri-modal con picos en los rangos etarios de 0 a 10, 20 a 40 y 60 a 80 años. Para el rango etario de la EEP (15 a 19 años), el total de egresos fue de 7.145, con 5.609 pacientes únicos.

Es importante destacar aquí que esta cuantificación incluye la Glosa del Capítulo Diagnóstico primario de Embarazo, parto y puerperio. Como se observa en la siguiente tabla, este diagnóstico es el más frecuente. Sin embargo, aunque es un diagnóstico sumamente relevante, para efectos de la implementación del programa de EEP, no es funcional. Por esto, de aquí en adelante, se usarán los datos filtrando este diagnóstico.

Egresos por género

Tabla: Cantidad de Egresos por Capítulo Diagnóstico Primario según GRD en el grupo etario de 15 a 19 años para la Región Metropolitana año 2023

GLOSA CAPITULO DIAGNÓSTICO 1	Cantidad
Embarazo, parto y puerperio	1485
Enfermedades del sistema digestivo	1274
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1031
Trastornos mentales y del comportamiento	927
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	348
Tumores [Neoplasias]	316
Enfermedades del sistema genitourinario	251
Enfermedades del sistema respiratorio	228
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	202
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	194
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	160
Enfermedades del sistema nervioso central	155
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	134
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	102
Enfermedades del sistema circulatorio	89
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	76
Enfermedades del ojo y sus anexos	73
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	47
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	45
Códigos para propósitos especiales	8

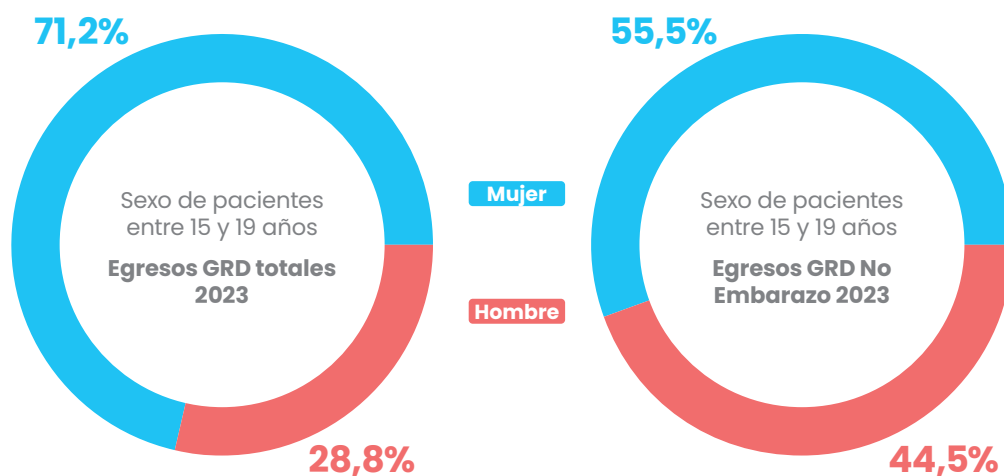
Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Más adelante se profundizará en el análisis de estos diagnósticos y su relación con otras categorías de la base de datos (ej. Otros grupos etarios, Hospitales, especialidades, etc...).

Egresos por género

En cuanto a la distribución por sexo de los egresos, en la siguiente figura se puede observar que, incluyendo el capítulo diagnóstico relacionado al embarazo, las mujeres corresponden al 71% de los egresos totales. Al excluir este diagnóstico, la proporción de mujeres es de 56% (la misma proporción se observa para pacientes individuales).

Figura: Distribución porcentual de los egresos GRD por sexo en el grupo etario entre 15 y 19 años



Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Respecto de esta distribución, donde mujeres ocupan una proporción mayor que hombres en los egresos, es importante destacar que esta relación se invierte en el rango etario previo a los 10 años. Como se observa en la siguiente tabla, los hombres ocupan más del 50% de los egresos en los rangos etarios de 1 a 6 y 6 a 10 años. Esto, indirectamente, refleja la particular importancia clínica de la adolescencia en mujeres y representa un insumo relevante para el diseño de la EEP en hospitales pediátricos.

Tabla: Distribución del género por grupo etario en egresos GRD de menores de 30 años en Hospitales de la Región Metropolitana año 2024

Grupo Edad	Sexo	Cantidad
1 a 6	Hombre	55%
	Mujer	45%
6 a 10	Hombre	58%
	Mujer	42%
10 a 15	Hombre	49%
	Mujer	51%
15 a 19	Hombre	45%
	Mujer	55%
19 a 30	Hombre	42%
	Mujer	58%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Egresos por Institución

Para esta primera etapa del análisis cuantitativo de datos relevantes para la implementación de EEP, se consideran solo instituciones de la red pública de la Región Metropolitana. Tradicionalmente, según la descripción expuesta por los mismos hospitales en sus respectivas plataformas virtuales, las instituciones que cuentan con servicios para población pediátrica son:

- Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río
- Hospital Clínico San Borja-Arriarán
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza
- Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna
- Hospital Padre Alberto Hurtado
- Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
- Hospital Dr. Exequiel González Cortés
- Hospital El Pino
- Complejo Hospitalario San José
- Hospital Barros Luco Trudeau
- Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada
- Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río

Para evaluar la atención de población pediátrica en los hospitales de la RM, se confecciona la siguiente tabla:

Tabla: Número de Egresos GRD por grupo etario en Hospitales de la Región Metropolitana, 2023

Hospital	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+	Total	% grupo EEP
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	1.898	874	1.240	1.161	2.178	15.619	12.726	35.696	3,3%
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	1.130	420	643	406	702	4.987	2.492	10.780	3,8%
Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	546	454	396	393	1.312	9.634	6.726	19.461	2,0%
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza	654	301	398	381	778	5.429	6.418	14.359	2,7%
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	2.122	952	975	355	2	1	0	4.407	8,1%
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	711	316	353	348	663	4.937	4.551	11.879	2,9%
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)	1.055	473	744	329	1.039	6.200	6.000	15.840	2,1%
Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	2.310	1.129	1.380	292	15	0	0	5.126	5,7%
Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	452	94	139	257	787	4.448	3.500	9.677	2,7%
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	0	0	2	221	1.099	8.275	5.986	15.583	1,4%
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	14	26	36	214	1.185	8.414	6.639	16.528	1,3%

Hospital	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+	Total	% grupo EEP
Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	729	241	212	208	699	5.210	5.375	12.674	1,6%
Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	2.152	825	1.159	167	1	0	0	4.304	3,9%
Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	10	6	21	152	909	6.002	7.009	14.109	1,1%
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	0	0	2	150	844	5.625	3.731	10.352	1,4%
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	0	0	1	147	856	4.058	3.305	8.367	1,8%
Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	68	58	86	61	171	1.315	489	2.248	2,7%
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	0	0	0	32	120	907	1.267	2.326	1,4%
Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	0	0	0	31	156	937	617	1.741	1,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

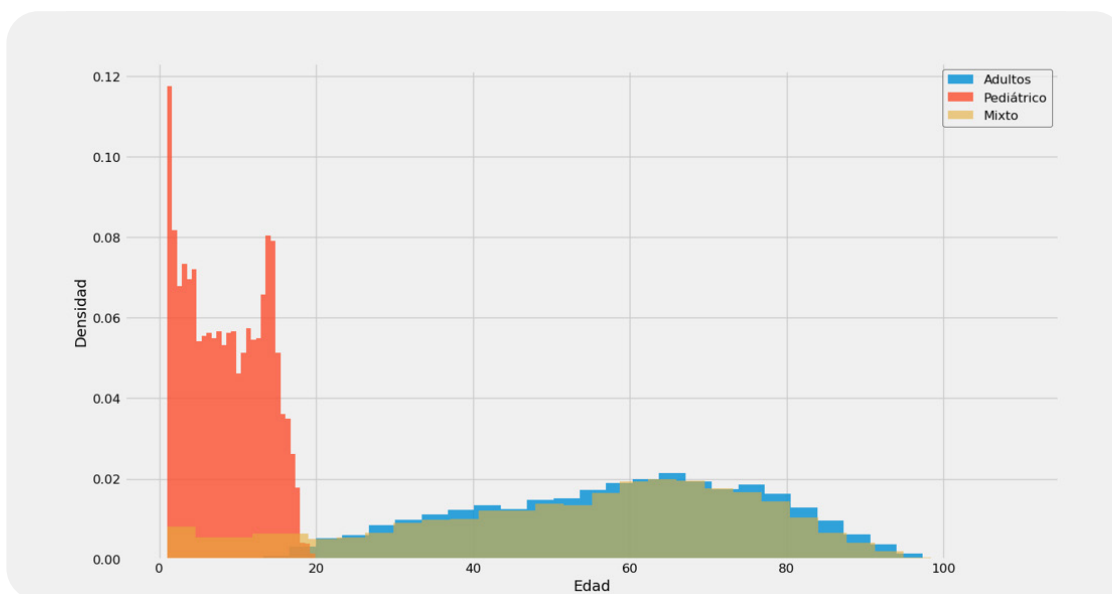
La tabla, por un lado, confirma que el listado de hospitales que incluyen servicios pediátricos son efectivamente los hospitales que atienden a mayor población menor de edad. Con el número de egresos hospitalarios por rango etario, los hospitales pueden ser clasificados en Hospitales que exclusivamente atienden a población pediátrica (en verde), Hospitales que exclusivamente atienden población adulta (azul), Hospitales que atienden tanto a población pediátrica como adulta (naranja) e Institutos Especializados (gris). En adelante, se excluirán los institutos especializados como parte del análisis de la EEP.

También, con la excepción de los Hospitales San José y Barros Luco, son las que atienden a mayor población en el rango etario de 15 a 19 años. Si, además, se considera la proporción del total de egresos de cada hospital, los hospitales exclusivamente pediátricos tienen proporciones de egresos en el rango de EEP mayores que los de atención mixta, y estos a su vez tienen proporciones mayores que los exclusivamente adultos. Esto implica que la población del grupo de EEP está efectivamente siendo atendida en centros donde existen servicios pediátricos y además está siendo atendida en centros exclusivamente adultos, aunque en una menor proporción que el total de egresos de estos hospitales.

La siguiente figura describe en mayor detalle la distribución etaria de egresos entre hospitales clasificados bajo el criterio antes descrito (Pediátricos, Adultos, Mixtos).

Egresos por Institución

Figura: Distribución etaria de egresos hospitalarios en la Región Metropolitana año 2023 en mayores de 1 año por tipo de Hospital (Adultos, Pediátricos o Mixtos).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

La distribución etaria de la figura confirma la concentración pacientes en edad pediátrica en hospitales pediátricos (rojo), y de adultos en hospitales adultos (azul), y una distribución extendida que cubre todas las edades en hospitales mixtos (amarillo).

Para evaluar específicamente a qué servicios están ingresando los pacientes del grupo EEP, se construye la siguiente tabla:

Tabla: Número de egresos GRD por Servicio de Ingreso en los Hospitales seleccionados en población del grupo etario de 15 a 19 años, Región Metropolitana, 2023

Servicio de Ingreso	Total
Pediatría	691
Unidad de recuperación de pabellones (central y CMA)	500
Cirugía infantil	453
Cirugía	414
Neuropsiquiatría infantil	257
Unidad emergencia adultos	255
Derivación médico quirúrgico	234
Medicina	174
Psiquiatría corta estadía	165
Oncología	159
Unidad de tratamiento intermedio pediatría	155
Unidad de tratamiento intermedio (UTI) (indiferenciado) adulto	137
Hospital de día quirúrgico	106

Servicio de Ingreso	Total
Segunda infancia	104
Ginecología	91
Psiquiatría	79
Agudos medicina	77
Oftalmología	61
Unidad de cuidados intensivos adulto	51
Unidad de tratamiento intermedio medicina adulto	46
Traumatología y ortopedia	42
Cirugía de partes blandas infantil	41
Unidad emergencia niños	40
Otorrinolaringología	39
Urología	38
Infecciosos infantil	35
Pensionado adulto	34
Unidad de cuidados intensivos pediatría	31
Cirugía plástica-quemados infantil	27
Diabetes y nutrición	24
Agudos cirugía	23
Pensionado pediátrico	22
Area medico-quirurgico cuidados medios	17
Unidad de cuidados intensivos (uci) (indiferenciado)	15
Area medica adulto cuidados medios	13
Area quirúrgica	12
Obstetricia y ginecología	12
Neurología adulto	9
Unidad emergencia (indiferenciado)	8
Unidad de agudos neurología	6
Unidad de cuidados intensivos quemados	6
Traumatología y ortopedia infantil	5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Los 42 servicios incluidos en la tabla excluyen servicios de Alto Riesgo Obstétrico, Obstetricia, Lactancia y aquellos con menos de 6 egresos durante el 2023. En la tabla destaca que el principal servicio de ingreso de los pacientes en EEP es el de Pediatría. A este servicio le siguen aquellos relacionados a servicios quirúrgicos, y luego aquellos relacionados a cuidados psiquiátricos (NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL Y PSIQUIATRÍA CORTA ESTADÍA). Luego, están los servicios de urgencias y las hospitalizaciones de mediana y alta complejidad. Finalmente, sigue una diversidad de servicios específicos.

Es importante destacar que algunos de los servicios de ingreso tienen una especificación para el grupo etario al que se atiende como, por ejemplo, adulto o infantil. Aquellos servicios que sí especifican estos grupos permiten reconocer cuáles son los destinos de pacientes en EEP según si el servicio está diseñado, en principio, para población adulta o para población pediátrica. Es así como, por ejemplo, se puede observar que la mayor parte de los ingresos a urgencias de la población en EEP es de adultos. Lo mismo sucede para

Egresos por Institución

las unidades de cuidados intensivos y, en el caso de la unidad de tratamientos intermedios, estos tienen una cantidad de egresos similar en adultos y pediátricos.

También relevante es el número de ingresos a servicios psiquiátricos, donde los infantiles son la primera mayoría, seguida la corta estadía psiquiátrica sin grupo especificado. Más adelante será importante cruzar esta información con los diagnósticos principales (comentados inicialmente arriba) de la población en EEP.

Para la revisión extensa de la cantidad de egresos por servicio de ingreso de cada hospital, se confecciona la siguiente tabla:

Tabla: Número de egresos por Servicio de ingreso según Hospital, Región Metropolitana, 2023

Servicio De Ingreso	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	Complejo Hospitalario San José	Hospital Barros Luco Trudeau	Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	Hospital Clínico San Borja-Arriarán	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río	Hospital Del Salvador	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Hospital Dr. Luis Tisné B.	Hospital El Pino	Hospital Padre Alberto Hurtado	Hospital San Juan de Dios	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	Total
Pediatría	335	5	5	5	35	5	0	25	110	39	15	1	179	27	106	691
Unidad de recuperación de pabellones (Central y CMA)	67	57	0	52	55	0	0	0	0	0	0	0	50	72	0	500
Cirugía infantil	335	0	0	0	0	21	0	29	14	1	0	0	0	0	0	453
Cirugía	15	47	18	28	22	22	0	0	117	5	0	29	42	0	64	414
Neuropsiquiatría infantil	0	0	0	0	235	24	0	0	0	0	0	212	0	1	0	257
Unidad emergencia adultos	100	0	42	1	0	0	0	0	0	119	0	4	0	14	55	234
Derivación médico quirúrgico	5	25	0	58	12	24	0	0	75	57	0	0	0	0	30	174
Medicina	38	0	6	0	0	13	0	0	8	0	0	4	67	22	0	165
Psiquiatría corta estadía	49	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	159
Oncología	52	0	5	10	5	0	0	0	9	48	1	0	59	8	23	155
Unidad de tratamiento intermedio pediatría	9	38	5	10	5	21	0	0	14	0	0	1	0	22	0	137
Unidad de tratamiento intermedio (UTI) (Indiferenciado) adulto	68	0	26	36	0	0	0	0	0	0	0	1	0	22	0	106
Hospital de día quirúrgico	20	0	1	12	5	0	19	0	0	13	0	0	10	10	0	104
Segunda infancia	0	0	0	0	0	0	29	0	7	60	0	0	58	0	0	91
Ginecología	20	12	0	5	6	0	0	0	0	0	0	2	3	4	6	79
Psiquiatría	4	0	11	5	6	1	0	0	0	2	0	3	4	6	9	77
Agudos medicina	5	13	4	0	0	0	41	0	0	10	0	0	2	13	0	61
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
Unidad de cuidados intensivos adulto	17	0	6	1	2	2	0	0	2	0	0	11	7	1	5	46
Unidad de tratamiento intermedio medicina adulto	15	0	0	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	18	27	42

Servicio De Ingreso	Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río	Complejo Hospitalario San José	Hospital Barros Luco Trudeau	Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	Hospital Clínico San Borja-Arriarán	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río	Hospital Del Salvador	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Hospital Dr. Luis Tisné B.	Hospital El Pino	Hospital Padre Alberto Hurtado	Hospital San Juan de Dios	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	Total
Traumatología y ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
Cirugía de partes blandas infantil	4	10	23	0	0	35	0	0	0	0	0	0	19	0	0	40
Unidad emergencia niños	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	39
Otorrinolaringología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
Infeciosos infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
Pensionado adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
Unidad de cuidados intensivos pediatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
Cirugía plástica-quemados infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
Diabetes y nutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
Agudos cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
Pensionado pediátrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Area medico-quirurgico cuidados medios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Unidad de cuidados intensivos (UCI) (Indiferenciado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Area médica adulto cuidados medios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Area quirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Neurología adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Unidad emergencia (Indiferenciado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Unidad de agudos neurología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Unidad de cuidados intensivos quemados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Traumatología y ortopedia infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Traumatología y ortopedia infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

La tabla es útil para identificar centros hospitalarios con funciones especializadas en la atención de la población en extensión de la edad pediátrica (EEP). Por ejemplo, aunque el Hospital San Borja es un hospital mixto, destaca en la atención neuropsiquiátrica infantil, reflejando su relevancia en salud mental para la población en EEP debido al elevado número de ingresos en este servicio. En el área de salud mental,

también son relevantes el Hospital Sótero del Río, el Hospital Exequiel González y el Hospital Calvo Mackenna, todos con un número significativo de hospitalizaciones psiquiátricas de corta estadía.

En cuanto a los ingresos quirúrgicos, sobresale el número de pacientes en EEP atendidos en Cirugía Infantil del Hospital Sótero del Río y del Hospital Calvo Mackenna, así como en Cirugía General del Hospital Félix Bulnes. Llama la atención la ausencia de ingresos en el servicio de Cirugía General del Hospital Roberto del Río, a pesar de ser un centro exclusivamente pediátrico. Al analizar el número total de egresos de este hospital en la población EEP, se observa que presenta el menor número de egresos entre los hospitales pediátricos exclusivos (tanto en cantidad como en proporción), a pesar de no ser el que tiene menos egresos generales entre estos tres centros. Este hallazgo sugiere la necesidad de profundizar en la recolección de datos específicos y realizar un estudio cualitativo para comprender mejor esta situación.

La tabla presenta la distribución de ingresos hospitalarios en diversos servicios para la población en extensión de la edad pediátrica (EEP), clasificando los hospitales de la Región Metropolitana según su enfoque poblacional: exclusivamente pediátricos (verde), exclusivamente adultos (azul) y mixtos (naranja).

1. **Hospitales exclusivamente pediátricos:** Estos incluyen el Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Hospital Dr. Exequiel González Cortés y el Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Sobresalen en especialidades como la neuropsiquiatría infantil (Roberto del Río) y en cirugía infantil (Calvo Mackenna), lo que los posiciona como centros especializados en salud mental y atención quirúrgica pediátrica. A pesar de su especialización, se observa una menor proporción de egresos en comparación con otros hospitales mixtos.
2. **Hospitales exclusivamente adultos:** En este grupo se encuentran el Hospital Del Salvador y el Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. La tabla muestra que estos centros tienen una participación limitada en la atención de la población en EEP, dado su enfoque en adultos, sin especialidades pediátricas relevantes.
3. **Hospitales mixtos:** Aquí destacan hospitales como el Hospital Dr. Sótero del Río y el Hospital Félix Bulnes, que atienden tanto a población adulta como pediátrica. El Sótero del Río se destaca en servicios como cirugía infantil y psiquiatría de corta estadía para adolescentes. Por otro lado, el Félix Bulnes sobresale en cirugía general. Estos hospitales mixtos muestran una distribución más amplia en sus servicios, cubriendo tanto necesidades quirúrgicas como de salud mental para la población en EEP. También, el Hospital San Borja destaca en la atención neuropsiquiátrica infantil, reflejando su relevancia en salud mental para la población en EEP debido al elevado número de ingresos en este servicio.

La utilidad de esta tabla radica en identificar los centros más relevantes para la atención de la población en EEP en función de sus especialidades y egresos. Los hospitales exclusivamente pediátricos y los mixtos ofrecen servicios esenciales para la salud mental y quirúrgica, mientras que los exclusivamente adultos tienen un papel menor en la atención de este grupo etario. Este análisis preliminar permite orientar futuras investigaciones y la planificación de recursos específicos para la atención pediátrica extendida en la región.

Para el caso de los servicios de alta los números y las distribuciones por hospital son suficientemente similares como para ser obviados en este análisis.

Diagnósticos

Hasta el momento, el análisis de la distribución de egresos hospitalarios y la concentración de ingresos en servicios específicos dentro de los hospitales ha permitido identificar patrones clave en la atención de la población en Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) en la Región Metropolitana. Los hospitales pediátricos exclusivos, como el Roberto del Río, el Exequiel González y el Calvo Mackenna, así como los hospitales mixtos, como el Sótero del Río y el Félix Bulnes, han mostrado ser los principales puntos de atención para esta población, especialmente en servicios críticos como pediatría general, neuropsiquiatría infantil, cirugía pediátrica, y psiquiatría de corta estadía.

Sin embargo, para comprender en profundidad las necesidades de salud de estos pacientes y orientar la planificación de recursos en el contexto de la EEP, es necesario complementar esta información con un análisis detallado de los diagnósticos asociados a estos ingresos y egresos. Examinar los diagnósticos permitirá identificar no solo las causas más comunes de hospitalización en este grupo etario, sino también las áreas de atención que requieren una mayor focalización de recursos. Además, analizar los diagnósticos específicos puede revelar patrones de morbilidad en esta población, como prevalencias de trastornos de salud mental, enfermedades crónicas, o casos de cirugía de alta complejidad, que podrían estar subyacentes en los datos de egresos.

El análisis de los diagnósticos también será clave para entender mejor las diferencias entre hospitales y servicios. Por ejemplo, los hospitales pediátricos y mixtos podrían mostrar patrones diferentes en los diagnósticos predominantes, lo cual indicaría áreas de especialización o necesidades específicas de la población en EEP atendida en cada centro. Así, al profundizar en los diagnósticos de estos pacientes, se podrán identificar tanto fortalezas como posibles brechas en la cobertura de atención especializada para adolescentes, informando decisiones estratégicas para la implementación de la EEP.

En las bases de datos de egresos GRD los diagnósticos están clasificados según si son primarios, secundarios, terciarios, etc., en relación a los motivos de ingreso y la evolución del manejo del paciente. Además, los diagnósticos están clasificados en orden de especificación ascendente como: Capítulo, Grupo, Categoría y Sub-Categoría.

Para introducir el análisis la siguiente tabla presenta los egresos hospitalarios clasificados por capítulos de diagnóstico primario, comparando el rango etario de 15-19 años con otros grupos.

Tabla: Distribución porcentual de los egresos GRD según Capítulo del Diagnóstico Primario por grupo etario en hospitales de la RM, 2023.

Capítulo Diagnóstico Primario	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+
Trastornos mentales y del comportamiento	0,2%	2,6%	21,3%	29,3%	12,8%	2,5%	0,6%
Enfermedades del sistema digestivo	7,0%	16,5%	15,4%	16,9%	25,9%	22,2%	16,5%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	7,2%	12,3%	9,4%	7,4%	7,3%	5,8%	3,4%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5,9%	5,5%	7,2%	7,0%	7,8%	7,8%	6,8%
Tumores [Neoplasias]	3,8%	3,9%	4,5%	5,8%	7,6%	12,7%	10,8%
Enfermedades del sistema genitourinario	4,0%	4,0%	4,0%	4,4%	11,5%	13,4%	9,4%

Diagnósticos

Capítulo Diagnóstico Primario	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+
Enfermedades del sistema nervioso central	5,0%	7,9%	6,6%	4,3%	4,0%	2,7%	2,2%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,7%	2,4%	3,1%	4,1%	4,3%	4,6%	4,0%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,2%	7,9%	6,9%	3,5%	1,3%	0,5%	0,1%
Enfermedades del sistema respiratorio	32,4%	16,4%	4,8%	3,4%	3,5%	2,7%	5,8%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10,9%	5,6%	3,3%	2,9%	3,2%	3,0%	3,7%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2,7%	3,8%	3,3%	2,6%	1,9%	1,6%	1,4%
Enfermedades del sistema circulatorio	1,0%	1,9%	1,8%	1,9%	3,8%	14,5%	26,2%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,6%	0,9%	1,9%	1,8%	2,3%	1,9%	1,3%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3,1%	2,4%	2,7%	1,8%	0,6%	0,4%	0,4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1,9%	1,7%	1,5%	1,1%	1,0%	0,8%	0,9%
Enfermedades del ojo y sus anexos	0,9%	1,6%	1,1%	0,8%	0,6%	2,6%	5,8%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1,6%	2,1%	1,3%	0,6%	0,3%	0,3%	0,1%
Códigos para propósitos especiales	1,0%	0,7%	0,3%	0,1%	0,4%	0,1%	0,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

A continuación, se destacan las observaciones clave:

- **Trastornos mentales y del comportamiento:** La proporción de egresos para el grupo de 15-19 años (29,3%) es notablemente alta, superando a todos los otros grupos etarios. Esto sugiere una carga significativa de trastornos mentales en la adolescencia, en contraste con la menor proporción en adultos mayores.
- **Enfermedades del sistema digestivo:** Aunque representa el 16,9% de los egresos en 15-19 años, esta categoría es aún más predominante en adultos jóvenes (25,9% en 19-30 años) y en el grupo de 30-64 años (22,2%), indicando un aumento de estas condiciones con la edad.
- **Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud:** La proporción en 15-19 años (7,4%) es menor que en la niñez (7,2% a 12,3%), lo que podría reflejar una disminución en la necesidad de intervenciones preventivas o de seguimiento en la adolescencia.
- **Traumatismos, envenenamientos y consecuencias de causas externas:** El grupo de 15-19 años (7,0%) tiene una proporción similar a la de otros grupos, indicando que los incidentes de esta naturaleza son relevantes en todas las edades.
- **Tumores [Neoplasias]:** La proporción de egresos en el grupo de 15-19 años (5,8%) es relativamente alta en comparación con los grupos de menor edad, aunque se incrementa significativamente en los adultos (12,7% en 30-64 años).
- **Enfermedades del sistema genitourinario:** Este capítulo representa el 4,4% en 15-19 años, pero aumenta en la edad adulta, alcanzando su pico en el grupo de 30-64 años (13,4%).
- **Enfermedades del sistema nervioso central:** Con un 4,3% en 15-19 años, la proporción disminuye en la adolescencia comparado con los grupos más jóvenes, y vuelve a bajar en los grupos adultos.

- **Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:** La proporción en 15-19 años es del 4,1%, indicando una carga similar a la de otros grupos adultos, aunque aumenta ligeramente en 30-64 años (4,6%).
- **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas:** En 15-19 años, la proporción es de solo el 3,5%, mientras que es más alta en los grupos de 1-10 años, reflejando que estas condiciones son más prevalentes en la infancia.
- **Enfermedades del sistema respiratorio:** La proporción en 15-19 años es baja (3,4%), comparada con los niños de 1-6 años (32,4%) y los adultos mayores (5,8%), lo que sugiere que las enfermedades respiratorias afectan menos a los adolescentes.
- **Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias:** En 15-19 años, esta categoría representa el 2,9%, una proporción baja en comparación con la niñez, aunque aumenta nuevamente en los adultos mayores (3,7%).
- **Enfermedades del sistema circulatorio:** Con un 1,9% en 15-19 años, la proporción es baja en la adolescencia, pero aumenta drásticamente en los adultos mayores (26,2%), reflejando el impacto de estas enfermedades en la edad avanzada.
- **Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo:** La proporción en 15-19 años es de 1,8%, mientras que es mayor en los adultos (2,3% en 19-30 años), lo cual es esperable dado que estas afecciones suelen incrementarse con la edad.
- **Enfermedades menos prevalentes:** Las enfermedades del ojo, oído y hematológicas tienen proporciones menores en el grupo de 15-19 años comparado con los adultos mayores, lo cual refleja la menor incidencia de estas condiciones en adolescentes.

Esta comparación evidencia que el grupo de 15-19 años presenta características particulares en términos de morbilidad, con alta prevalencia de trastornos mentales y un perfil de diagnósticos diferente al de los grupos de mayor edad, especialmente en enfermedades crónicas y degenerativas.

Para evaluar cómo se distribuyen estos diagnósticos entre los hospitales incluidos en este estudio se ha construido la siguiente tabla:

Tabla: Número de egresos GRD por hospital y capítulo del diagnóstico primario en población del grupo etario entre 15 y 19 años, RM, 2023

Capítulo Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	CH San José	H Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Del Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H Luis Tisné	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	H Urgencia A. del Río	Total
Trastornos mentales y del comportamiento	162	0	6	10	139	34	19	63	38	1	38	28	2	59	3	602
Enfermedades del sistema digestivo	102	21	28	14	5	7	3	16	32	17	12	43	14	22	3	339
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	44	1	2	2	11	9	1	21	2	0	1	4	33	21	0	152
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	25	10	8	4	1	4	1	22	14	0	6	4	10	9	8	126
Tumores [Neoplasias]	40	5	4	1	13	4	6	2	4	0	1	1	17	10	1	109
Enfermedades del sistema genitourinario	27	9	4	4	6	1	2	5	5	2	4	11	7	5	1	93

Diagnósticos

Capítulo Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	CH San José	H Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Del Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H Luis Tisné	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	H Urgencia A. del Río	Total
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13	4	4	4	3	12	1	4	4	3	7	2	26	0	0	87
Enfermedades del sistema nervioso central	29	7	3	1	16	2	2	4	4	2	2	6	3	3	1	85
Enfermedades del sistema respiratorio	15	1	9	4	1	2	3	7	2	2	1	5	10	4	2	68
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	21	2	0	1	4	5	0	15	4	0	0	2	1	13	0	68
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	11	1	1	9	0	0	2	5	4	4	2	4	7	5	0	55
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	16	1	1	2	5	1	1	5	5	1	5	6	2	2	1	54
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4	1	2	1	7	6	0	0	3	1	0	7	1	4	1	38
Enfermedades del sistema circulatorio	10	2	6	2	1	1	0	2	0	1	2	6	2	1	0	36
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5	1	4	1	2	1	0	1	5	2	3	2	1	6	1	35
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	7	0	1	1	4	0	0	3	3	0	1	1	4	0	0	25
Enfermedades del ojo y sus anexos	9	0	3	0	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0	0	18
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	3	0	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	1	3	0	12
Códigos para propósitos especiales	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

La tabla muestra la distribución de diagnósticos hospitalarios en diversos hospitales para la población en Extensión de la Edad Pediátrica (EEP), organizada por capítulos de diagnóstico primario. A continuación, se destacan algunos patrones importantes:

- **Trastornos mentales y del comportamiento:** Este es el diagnóstico más frecuente, con un total de 602 egresos. Los hospitales con mayor carga de egresos en esta categoría son el CH Sótero del Río, H San Borja, y H Exequiel González. Estos hospitales parecen tener un enfoque destacado en salud mental para adolescentes, particularmente en unidades de psiquiatría de corta estadía.
- **Enfermedades del sistema digestivo:** Con un total de 339 egresos, esta categoría es significativa en hospitales como el CH Sótero del Río, H Félix Bulnes y H P. Alberto Hurtado. Este patrón sugiere que estos hospitales manejan una alta demanda de patologías digestivas en adolescentes.
- **Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud:** Este capítulo representa un total de 152 egresos, con el H San Juan de Dios y el H Calvo Mackenna como los hospitales con mayor cantidad de casos, lo cual puede estar relacionado con servicios de seguimiento y evaluaciones de salud en adolescentes.

- **Traumatismos y envenenamientos:** Los traumatismos y las consecuencias de causas externas suman 126 egresos, con un enfoque notable en el H Exequiel González y el CH Sótero del Río. Esto refleja la atención en estos centros a situaciones de emergencia y trauma en adolescentes.
- **Tumores (Neoplasias):** Los casos de tumores son particularmente manejados en el CH Sótero del Río y el H San Juan de Dios, sumando un total de 109 egresos. Esto indica que estos centros tienen recursos para el diagnóstico y tratamiento de condiciones oncológicas en adolescentes.
- **Enfermedades del sistema genitourinario:** Con 93 egresos, esta categoría es manejada principalmente por el CH Sótero del Río y el H P. Alberto Hurtado, mostrando que estos hospitales tienen experiencia en problemas urológicos y ginecológicos en adolescentes.
- **Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:** Este grupo diagnóstico, con 87 egresos, es liderado por el H Roberto del Río y el CH Sótero del Río, lo cual refleja su capacidad para manejar patologías metabólicas y nutricionales en adolescentes.
- **Enfermedades del sistema nervioso central y respiratorio:** Aunque menos frecuentes (85 y 68 egresos respectivamente), se observan en diversos hospitales, con una mayor carga en el CH Sótero del Río y el H Roberto del Río, especialmente para enfermedades del sistema nervioso.

En general, el CH Sótero del Río y el H San Borja aparecen consistentemente en las categorías de diagnóstico con alta demanda, indicando su relevancia en la atención integral de la población en EEP. Los hospitales pediátricos exclusivos como el H Roberto del Río y el H Calvo Mackenna destacan en categorías específicas como trastornos mentales, enfermedades endocrinas y traumatismos, lo que sugiere especialización en áreas críticas para la adolescencia.

El capítulo del diagnóstico primario ofrece una orientación general respecto de las causas de egresos hospitalarios. Para poder profundizar en el detalle de estos diagnósticos, se requiere evaluar la distribución de los grupos y las categorías del diagnóstico primario, y además indagar respecto de los diagnósticos secundarios y terciarios. Sin embargo, por efectos de tamaño, las tablas confeccionadas no podrán detallarse en este informe y tendrán que revisarse las tablas anexadas.

Salud Mental: Capítulo de Trastornos mentales y del comportamiento

La tabla siguiente explora los principales grupos diagnósticos en la población EEP, por Capítulo de Trastornos mentales y del comportamiento:

Tabla: Número de egresos GRD por Grupo del Diagnóstico Primario y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Grupo Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud	31	0	84	2	3	11	3	1	0	17	152
Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	9	0	16	9	4	3	1	3	0	17	62
Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta	12	1	12	2	6	4	6	0	0	1	44
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	9	3	3	3	1	3	12	3	0	3	40
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	20	1	1	1	7	1	5	1	0	2	39
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	11	2	3	4	7	2	3	1	0	4	37
Trastornos del humor [afectivos]	9	0	1	0	2	4	1	2	0	1	20
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	10	0	0	1	1	1	2	3	0	2	20
Trastornos del desarrollo psicológico	4	2	6	1	3	0	0	0	0	1	17
Otros efectos y los no especificados de causas externas	1	0	0	3	10	0	0	0	0	0	14
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	11	0	0	1	0	0	0	0	0	1	13
Otras deficiencias nutricionales	2	0	0	0	5	2	0	3	0	1	13
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	1	0	2	1	5	0	0	0	1	0	10
Traumatismos del antebrazo y del codo	6	0	0	0	0	0	0	2	0	2	10

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

En primer lugar, es importante reconocer que para este capítulo diagnóstico se han eliminado los hospitales exclusivamente adultos, ya que su participación es despreciable (2 o menos egresos).

A continuación, se destacan algunos patrones:

- **Riesgos potenciales para la salud:** Este grupo diagnóstico es el más frecuente, especialmente en el H San Borja (84 casos) y el CH Sótero del Río (31 casos), lo que sugiere que estos hospitales atienden una gran proporción de pacientes en riesgo relacionado con antecedentes familiares, personales o condiciones socioeconómicas. Profundizando en este grupo diagnóstico, se puede observar que tiene una distribución similar de Categorías diagnósticas del capítulo de salud mental descrita adelante.
- **Síntomas y signos relacionados con el estado emocional y conductual:** Con 44 egresos, este grupo se distribuye entre varios hospitales, con una mayor presencia en el CH Sótero del Río y el H Exequiel González, lo que indica una carga significativa en la atención de síntomas emocionales y de conducta.

- **Trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas:** Este grupo muestra una concentración de egresos en el H El Pino (12 casos) y en otros hospitales como el CH Sótero del Río y H Calvo Mackenna, reflejando la necesidad de servicios especializados para el tratamiento de adicciones.
- **Trastornos neuróticos y relacionados con el estrés:** El CH Sótero del Río tiene la mayor cantidad de egresos en este grupo (20), seguido por el H Exequiel González, lo que evidencia la demanda de atención para trastornos de ansiedad y estrés en estos centros.
- **Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos y Trastornos del humor:** Estos grupos tienen distribuciones más dispersas, pero con presencia destacada en el CH Sótero del Río y el H Exequiel González, reflejando la importancia de abordar una variedad de trastornos de salud mental en adolescentes.
- **Trastornos del desarrollo psicológico y del comportamiento en la niñez y adolescencia:** Aunque con menos casos, estos grupos son relevantes en hospitales pediátricos como el H Roberto del Río y el H Calvo Mackenna, lo que sugiere un enfoque en el desarrollo y bienestar mental de adolescentes en estos centros.

El CH Sótero del Río y el H San Borja son los hospitales con mayor carga en trastornos mentales y del comportamiento, especialmente en riesgos psicosociales y síntomas emocionales. Otros hospitales, como el H Exequiel González y el H Calvo Mackenna, también juegan un rol importante en la atención de condiciones específicas como adicciones y trastornos del desarrollo, indicando la necesidad de servicios especializados de salud mental adaptados a las necesidades de los adolescentes en el marco de la EEP.

En cuanto al detalle de la Categoría del diagnóstico primario se puede construir la siguiente tabla:

Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Episodio depresivo	42	1	53	6	29	4	18	7	0	23	183
Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	40	1	12	5	14	2	0	2	0	3	79
Trastornos específicos de la personalidad	8	0	8	7	3	6	2	5	0	15	54
Trastornos generalizados del desarrollo	5	0	47	1	0	2	0	0	0	1	56
Otros trastornos de ansiedad	20	0	0	7	2	1	7	2	0	5	44
Esquizofrenia	5	1	3	1	0	17	0	2	0	1	30
Trastornos de la ingestión de alimentos	9	0	4	0	3	3	0	6	0	1	26
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	11	0	0	3	5	1	0	0	0	0	20
Trastorno afectivo bipolar	4	0	0	1	3	1	3	0	0	2	14
Trastornos de la conducta	3	0	0	0	1	0	0	1	0	5	10
Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	2	0	4	1	0	0	0	0	0	0	7
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	1	2	0	1	0	1	2	0	0	0	7

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	5
Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5
Trastorno depresivo recurrente	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	4
Trastornos disociativos [de conversión]	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	4
Trastornos de la identidad de género	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

A continuación, se destacan algunos patrones importantes:

- **Episodio depresivo:** Este es el diagnóstico más frecuente, con 183 egresos, y está particularmente concentrado en el H San Borja (53 casos) y el CH Sótero del Río (42 casos). Estos hospitales manejan una carga significativa de casos de depresión en adolescentes.
- **Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación:** Con un total de 79 egresos, esta categoría está distribuida principalmente entre el CH Sótero del Río, el H San Borja y el H Exequiel González, lo cual sugiere que estos hospitales se especializan en la atención de pacientes con trastornos de adaptación y estrés.
- **Trastornos específicos de la personalidad:** Este grupo tiene 54 egresos, destacando en el H San Borja y el H Calvo Mackenna, lo cual refleja un enfoque en la atención de trastornos de personalidad en estos centros.
- **Trastornos generalizados del desarrollo:** Con 56 egresos, esta categoría es relevante en el H San Borja (47 casos), indicando una especialización en el tratamiento de trastornos del desarrollo, particularmente en un hospital pediátrico.
- **Otros trastornos de ansiedad:** Este grupo cuenta con 44 egresos, con el CH Sótero del Río y el H Roberto del Río como los hospitales con mayor carga de estos diagnósticos, reflejando una necesidad de atención en ansiedad entre adolescentes en estos centros.
- **Esquizofrenia:** La categoría de esquizofrenia tiene 30 egresos, concentrándose en el H Félix Bulnes (17 casos), lo que sugiere que este hospital tiene experiencia en el manejo de casos de esquizofrenia en adolescentes.
- **Trastornos de la ingestión de alimentos:** Con 26 egresos, esta categoría tiene una presencia notable en el CH Sótero del Río, H P. Alberto Hurtado y H Calvo Mackenna, destacando la importancia de la atención de trastornos alimentarios en estos centros.

- **Trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas:** Este grupo, con 20 egresos, es manejado principalmente por el CH Sótero del Río y H Exequiel González, mostrando la atención de adolescentes con adicciones a múltiples sustancias.

Tabla: Número de egresos GRD por Sub-Categoría del Diagnóstico Primario y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Sub-Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Episodio depresivo, no especificado	22	0	43	0	4	0	0	1	0	10	80
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	18	0	4	4	10	1	9	1	0	7	54
Trastorno de estres postraumatico	16	0	12	5	14	2	0	1	0	2	52
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	0	1	0	0	14	3	7	3	0	5	33
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	5	0	5	6	1	3	2	1	0	9	32
Trastorno mixto de ansiedad y depresion	10	0	0	7	2	1	6	2	0	4	32
Autismo en la niñez	4	0	22	0	0	1	0	0	0	1	28
Autismo atípico	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	24
Trastornos de adaptacion	20	0	0	0	0	0	0	1	0	1	22
Trastorno de la personalidad, no especificado	3	0	3	1	0	2	0	2	0	5	16
Anorexia nerviosa	5	0	0	0	2	2	0	2	0	1	12
Episodio depresivo moderado	2	0	2	2	1	0	2	1	0	1	11
Esquizofrenia catatonica	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
Esquizofrenia, no especificada	5	0	2	0	0	1	0	1	0	0	9
Trastorno de la conducta, no especificado	2	0	0	0	1	0	0	1	0	4	8
Uso nocivo de multiples drogas y de otras sustancias psicoactivas (abuso)	2	0	0	1	4	1	0	0	0	0	8
Trastorno de ansiedad, no especificado	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado	2	0	4	0	1	0	0	0	0	0	7
Esquizofrenia paranoide	0	1	0	1	0	3	0	0	0	1	6
Trastorno de la ingestion alimentaria en la infancia y la niñez	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	6
Bulimia nerviosa	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	5
Estado de abstinencia de multiples drogas y de otras sustancias psicoactivas	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Otros episodios depresivos	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	5
Síndrome de dependencia de multiples drogas y de otras sustancias psicoactivas	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5
Reaccion al estres grave, no especificada	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Trastorno afectivo bipolar, no especificado	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4
Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	4
Trastorno psicotico agudo y transitorio, no especificado	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	4
Esquizofrenia hebefrenica	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Otros trastornos especificos de la personalidad	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
Trastorno de panico (ansiedad paroxistica episodica)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3

Sub-Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Otras esquizofrenias	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Otros trastornos de la ingestión de alimentos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Perturbación de la actividad y de la atención	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Síndrome de dependencia de cocaína	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Tr.Ment./De comport.Deb. A intoxic.Ag. P/ uso de mult.Drogas y de otras sust. Psicoactivas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Transexualismo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Trastorno asocial de la personalidad	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados (de la tourette)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

A continuación, se destacan los hallazgos principales:

- **Episodio depresivo, no especificado:** Esta es la subcategoría más frecuente, con 80 egresos, concentrada principalmente en el H San Borja (43 casos) y el CH Sótero del Río (22 casos). Estos hospitales son puntos clave en la atención de episodios depresivos.
- **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:** Con 54 egresos, esta condición está distribuida especialmente en el H Exequiel González y el CH Sótero del Río, reflejando una demanda significativa para el tratamiento de depresión severa en estos centros.
- **Trastorno de estrés postraumático:** Con 52 egresos, esta subcategoría es atendida principalmente en el H Exequiel González y el CH Sótero del Río, mostrando la relevancia de estos hospitales en la atención de adolescentes con estrés postraumático.
- **Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable y Trastorno mixto de ansiedad y depresión:** Ambos con 32 egresos, estos trastornos se distribuyen entre hospitales, destacándose en el H Calvo Mackenna y el CH Sótero del Río, lo que indica la necesidad de apoyo especializado para estos trastornos de personalidad y ansiedad.
- **Autismo en la niñez y Autismo atípico:** Estos trastornos están altamente concentrados en el H San Borja (46 egresos combinados), lo cual sugiere que este hospital es un centro de referencia para el manejo de trastornos del espectro autista en adolescentes.

- **Trastornos de adaptación:** Con 22 egresos, esta condición es particularmente atendida en el CH Sótero del Río, lo que evidencia la importancia de este centro en el tratamiento de adolescentes que enfrentan dificultades de adaptación.
- **Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa:** Con un total combinado de 17 egresos, estas condiciones de salud mental relacionadas con la alimentación están presentes en varios hospitales, destacándose el H Félix Bulnes y el H P. Alberto Hurtado en el manejo de estos trastornos.
- **Esquizofrenia catatónica:** Este diagnóstico cuenta con 10 egresos concentrados en el H Félix Bulnes, mostrando la especialización de este hospital en el tratamiento de formas graves de esquizofrenia.

Enfermedades del sistema digestivo

A continuación, se exploran las principales categorías diagnósticas en la población EEP en el Capítulo de Enfermedades del sistema digestivo, el segundo en el listado de problemas de salud dentro de los egresos en esta población, en hospitales de la región metropolitana. En este caso, el análisis se concentrará en la categoría diagnóstica, ya que es el elemento que entrega más información que el grupo y es menos extenso que la sub-categoría.

La tabla presenta la distribución de egresos hospitalarios correspondientes al capítulo Enfermedades del sistema digestivo, desglosados por categorías diagnósticas y hospitales. En general, el capítulo está dominado por diagnósticos relacionados con condiciones agudas y crónicas del sistema digestivo, siendo la apendicitis aguda el diagnóstico más frecuente, con 112 egresos en total, seguido por colelitiasis (47 egresos) y anomalías dentofaciales (22 egresos).

Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Capítulo de Enfermedades del Sistema Digestivo y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Apendicitis aguda	29	6	18	6	0	0	0	18	4	10	18	3	0	112
Colelitiasis	17	1	1	3	2	0	1	4	1	2	10	5	0	47
Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión)	3	1	0	0	0	4	5	2	0	3	0	0	4	22
Pancreatitis aguda	0	6	1	2	0	0	0	3	2	2	2	1	3	22
Dientes incluidos e impactados	9	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	15
Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	4	0	2	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	11
Colitis Ulcerativa	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8
Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	3	7
Otras enfermedades de las vías biliares	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6
Otras enfermedades del sistema digestivo	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6

Enfermedades del sistema digestivo

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Otras enfermedades inflamatorias del hígado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	6
Enfermedad de Crohn [enteritis regional]	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5
Hernia umbilical	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	5
Otras enfermedades del hígado	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Úlcera duodenal	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	5
Gastritis y duodenitis	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Otros trastornos funciones del intestino	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Caries dental	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Colecistitis	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Enfermedad del reflujo gastroesofágico	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Enfermedades de las glándulas salivales	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Otras enfermedades del esófago	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Quites de la región bucal, no clasificados en otra parte	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Úlcera gástrica	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Absceso de las regiones anal y rectal	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Hernia ventral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Otras enfermedades de los intestinos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Otras enfermedades del estómago y del duodeno	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Peritonitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Enfermedad diverticular del intestino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Enfermedad tóxica del hígado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Estomatitis y lesiones afines	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fisura y fístula de las regiones anal y rectal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hernia inguinal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Malabsorción intestinal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Diagnósticos más destacados:

1. **Apendicitis aguda:** Este diagnóstico tiene una distribución amplia en casi todos los hospitales, destacando el H Barros Luco (18 egresos), el CH Sótero del Río (29 egresos), y el H Félix Bulnes (18 egresos). Los hospitales Luis Tisné (10 egresos) y San José (6 egresos) también participan en este diagnóstico, reflejando una contribución significativa de hospitales de adultos en la atención de esta condición.

2. **Colelitiasis:** Este diagnóstico muestra una menor incidencia, pero los hospitales Luis Tisné (2 egresos) y Barros Luco (1 egreso) participan en esta categoría, aunque con menor intensidad que hospitales mixtos como el CH Sótero del Río (17 egresos) o el H P. Alberto Hurtado (10 egresos).
3. **Pancreatitis aguda:** Con un total de 22 egresos, destaca el H San José (6 egresos), posicionándose como un actor importante en el manejo de esta condición, junto con hospitales como el CH Sótero del Río y el H Félix Bulnes.
4. **Anomalías dentofaciales:** Este diagnóstico es manejado principalmente por el H Roberto del Río (4 egresos) y el H Exequiel González (5 egresos), sin participación significativa de los hospitales de adultos.
5. **Ileo paralítico y obstrucción intestinal:** Esta categoría incluye 11 egresos en total, con contribuciones menores del H Barros Luco (2 egresos), reflejando su papel en condiciones más específicas.

La tabla evidencia que los hospitales de adultos, como el H San José, Luis Tisné y Barros Luco, tienen un papel activo en el manejo de ciertas condiciones digestivas, especialmente en patologías agudas como apendicitis y pancreatitis. No obstante, los hospitales mixtos y pediátricos, como el CH Sótero del Río y el H Félix Bulnes, lideran la atención en un rango más amplio de diagnósticos dentro de este capítulo, reflejando una mayor diversificación en la atención de patologías digestivas tanto agudas como crónicas. Estos datos subrayan la necesidad de colaboración e integración entre los hospitales pediátricos y de adultos para garantizar una atención integral a la población adolescente y adulta joven.

Traumatismos. Envenenamientos y otras causas externas

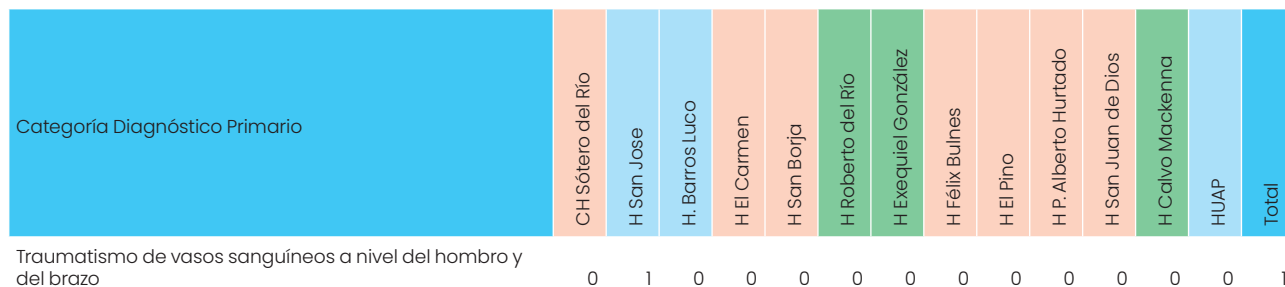
Este tipo de egresos no solo implica una alta complejidad en la atención, sino también la necesidad de contar con infraestructura, personal y recursos especializados, particularmente en servicios de urgencias y traumatología. En este contexto, el análisis de los egresos hospitalarios en esta categoría permite identificar patrones de demanda, las principales causas de ingreso y la capacidad de los hospitales para responder a estas necesidades. Además, aporta información crítica para la planificación de estrategias que reduzcan los riesgos y mejoren la calidad de la atención para adolescentes en el marco de la EEP.

La tabla siguiente muestra los egresos hospitalarios organizados por categorías diagnósticas dentro del capítulo de traumatismos, envenenamientos y otras causas externas. Las categorías más comunes incluyen complicaciones relacionadas con dispositivos protésicos y procedimientos médicos, envenenamientos y fallas en trasplantes. En total, se registran 132 egresos, con una distribución desigual entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos.

Traumatismos. Envenenamientos y otras causas externas

Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Capítulo de Envenenamientos, Trauma y otras causas externas y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sotero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos	6	1	2	0	1	2	6	6	0	1	0	0	2	27
Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte	5	2	2	1	0	1	6	2	0	1	1	2	2	25
Falla y rechazo del trasplante de órganos y tejidos	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	2	4	0	13
Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos cardiovasculares	4	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	8
Envenenamiento por psicotrópicos, no clasificados en otra parte	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	7
Complicaciones de otros dispositivos protésicos, implantes e injertos internos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5
Envenenamiento por analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5
Envenenamiento por antiepilépticos, hipnóticos-sedantes y drogas antiparkinsonianas	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Complicaciones de dispositivos, implantes e injertos genitourinarios	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Envenenamiento por agentes principalmente sistémicos y hematológicos, no clasificados en otra parte	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Otras complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
Quemadura y corrosión del tronco	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3
Algunas complicaciones precoces de traumatismos, no clasificadas en otra parte	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Efectos adversos, no clasificados en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Herida del antebrazo y del codo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, no clasificados en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros traumatismos y los no especificados del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros traumatismos y los no especificados del tórax	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Quemadura y corrosión de otros órganos internos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Secuelas de traumatismos de la cabeza	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Traumatismo de tendón y músculo a nivel del antebrazo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la cadera y del muslo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1



Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Diagnósticos Destacados:

1. Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos:

- Es la categoría con mayor cantidad de egresos (27 casos), manejada principalmente por hospitales mixtos como el CH Sótero del Río (6 casos) y el H Félix Bulnes (6 casos). Los hospitales de adultos, como el H Barros Luco y el H San José, tienen participaciones menores.

2. Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte:

- Con 25 egresos, esta categoría destaca en hospitales como el H Exequiel González (6 casos) y el CH Sótero del Río (5 casos). También se observa una contribución importante del H Barros Luco y el H San José.

3. Falla y rechazo del trasplante de órganos y tejidos:

- Representa 13 egresos, concentrados en el H Exequiel González (7 casos) y el H Roberto del Río (4 casos), ambos hospitales pediátricos.

4. Envenenamientos:

- Las subcategorías relacionadas con envenenamientos (psicotrópicos, analgésicos, hipnóticos, entre otros) suman 24 casos. El H Félix Bulnes y el CH Sótero del Río son los centros con mayor participación, mientras que los hospitales de adultos, como el H Barros Luco y el H San José, contribuyen de forma moderada.

La distribución de egresos refleja la especialización y el enfoque de cada tipo de hospital. Los hospitales pediátricos y mixtos, como el H Exequiel González y el CH Sótero del Río, lideran en la atención de diagnósticos complejos y asociados a dispositivos protésicos o trasplantes. Por otro lado, los hospitales de adultos, como el H Barros Luco y el H San José, desempeñan un papel secundario, atendiendo principalmente complicaciones y envenenamientos en pacientes adolescentes que forman parte de la EEP. Este análisis resalta la importancia de adaptar los recursos y capacidades hospitalarias para satisfacer las necesidades específicas de la población adolescente.

Tumores (neoplasias)

El capítulo de Tumores (Neoplasias) incluye diagnósticos relacionados con el desarrollo de neoplasias benignas y malignas, siendo uno de los grupos diagnósticos más relevantes debido a su alta complejidad clínica y el impacto significativo en la salud de los pacientes. En el contexto de la EEP, este grupo adquiere especial relevancia, ya que los adolescentes pueden presentar neoplasias características de la infancia, pero también condiciones más comunes en la población adulta, lo que plantea desafíos únicos en términos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Este análisis permitirá identificar patrones de atención y distribución de recursos entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos para responder a las necesidades específicas de esta población.

La siguiente tabla presenta la distribución de egresos hospitalarios por categorías diagnósticas dentro del capítulo de Tumores (Neoplasias) en diferentes hospitales. Este capítulo incluye tanto tumores benignos como malignos, así como tumores de comportamiento incierto o desconocido, reflejando la diversidad de condiciones que afectan al sistema de salud en el marco de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP). En total, se registran 99 egresos distribuidos entre distintos hospitales, con variaciones significativas según el tipo de tumor y las especialidades de cada hospital.

Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Capítulo de Tumores y Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San José	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Leucemia linfóide	17	1	0	0	9	1	2	0	0	0	11	3	44
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
Tumor maligno del encéfalo	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	6
Otros tumores benignos de la piel	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
Tumor maligno de la médula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4
Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Hemangioma y linfangioma de cualquier sitio	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Leucemia de células de tipo no especificado	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
Leucemia mieloide	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
Linfoma de Hodgkin	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de los órganos genitales femeninos	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Linfoma no folicular	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H El Pino	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	Total
Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Tumor maligno de otros sitios y de los sitios mal definidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Leiomioma del útero	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Linfoma de células T/NK maduras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor benigno de otros sitios y de los no especificados	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tumor benigno del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la cavidad bucal y de los órganos digestivos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de las glándulas endocrinas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor maligno del cuello del útero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor maligno del ojo y sus anexos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumores benignos lipomatosos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor maligno del páncreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Diagnósticos Destacados:

1. Leucemia linfoide:

- Es el diagnóstico más frecuente, con 44 egresos.
- Principales hospitales involucrados:
 - CH Sótero del Río (17 casos).
 - H San Juan de Dios (11 casos).
 - H San Borja (9 casos).
- Refleja la relevancia de los hospitales mixtos y pediátricos en el manejo de este tipo de leucemia.

2. Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados:

- Con 7 egresos, es más frecuente en el CH Sótero del Río (3 casos) y el H San José (2 casos).

3. Tumor maligno del encéfalo:

- Se reportan 6 egresos, destacándose el H San Juan de Dios (3 casos) y el CH Sótero del Río (2 casos).
4. **Tumores benignos** (como otros tumores benignos de la piel):
- Incluyen 4 egresos, con distribución en el CH Sótero del Río, H Félix Bulnes y otros hospitales pediátricos.
5. **Tumores óseos y cartilagosos:**
- Tumores malignos de los huesos y cartílagos representan 4 egresos, principalmente en el CH Sótero del Río y el H San Borja.

La atención de tumores en el contexto de la EEP está dominada por hospitales mixtos y pediátricos, como el CH Sótero del Río y el H Calvo Mackenna, que concentran la mayor parte de los egresos. Los hospitales de adultos tienen un rol menor en este capítulo, manejando principalmente casos aislados. Este análisis subraya la importancia de continuar fortaleciendo la capacidad oncológica en hospitales pediátricos y mixtos para responder a las necesidades de los adolescentes en el marco de la EEP.

Servicio de Cirugía

El servicio de cirugía constituye una de las áreas de especialidad más relevantes dentro de los sistemas hospitalarios, abarcando diagnósticos que requieren intervenciones quirúrgicas para su resolución. En el contexto de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP), es crucial analizar los diagnósticos que ingresan a este servicio, ya que reflejan la complejidad de las necesidades quirúrgicas de los adolescentes y la capacidad de los hospitales para atenderlas.

Este análisis permite identificar los diagnósticos más frecuentes, su distribución entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos, y las áreas prioritarias que requieren atención especializada. Además, proporciona una base para evaluar las brechas en infraestructura, personal y recursos, contribuyendo al diseño de estrategias para optimizar la atención quirúrgica de esta población.

La tabla siguiente refleja la distribución de los 40 principales egresos hospitalarios asociados a diagnósticos que ingresan al servicio de cirugía en hospitales mixtos, pediátricos y de adultos. En total, se registran 463 egresos, distribuidos entre una variedad de diagnósticos que requieren intervención quirúrgica o atención especializada en servicios de cirugía. Específicamente, esta tabla incluye los servicios de: Cirugía, Cirugía Infantil, Agudos Cirugía, Unidad de Recuperación de Pabellones (Central y CMA), Cirugía Plástica-Quemados Infantil, Cirugía de Partes Blandas Infantil, Hospital de Día Quirúrgico, Unidad de Tratamiento Intermedio Cirugía Adulto, Neurocirugía Adulto, Area Quirúrgica.

Tabla: Número de egresos GRD por categoría del diagnóstico primario del Servicio de Cirugía por Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Apendicitis aguda	17	5	6	6	0	0	0	0	18	1	7	3	0	2	65
Colelitiasis	13	1	1	3	2	0	1	0	3	1	2	5	0	0	32
Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos	6	1	1	0	1	2	0	5	5	0	0	0	0	0	21
Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión)	1	1	0	0	0	4	1	4	2	3	0	0	3	0	19
Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte	5	1	0	1	0	1	0	4	2	0	0	1	2	2	19
Dientes incluidos e impactados	8	1	0	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	14
Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	12
Quiste pilonidal	6	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	10
Deformidades congénitas de los pies	1	0	0	0	1	1	0	3	2	0	0	0	1	0	9
Trastornos hipertróficos de la piel	0	0	0	0	2	1	0	5	0	0	0	0	1	0	9
Otras malformaciones congénitas del oído	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	8
Otros cuidados posteriores a la ortopedia	4	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	8
Deformidades adquiridas de los dedos de la mano y del pie	2	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	7
Asistencia y ajuste de dispositivos implantados	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	2	0	6
Trastornos de la rótula	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	6
Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales femeninos	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	5
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Falla y rechazo del trasplante de órganos y tejidos	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	4
Hernia umbilical	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	4
Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Otitis media supurativa y la no especificada	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Otras deformidades adquiridas del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Otras enfermedades de las vías biliares	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Otros trastornos de la nariz y de los senos paranasales	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
Otros trastornos no inflamatorios de la vagina	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Pancreatitis aguda	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4
Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Caries dental	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Colecistitis	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Otros cuidados posteriores a la cirugía	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Otros estrabismos	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3

Servicio de Cirugía

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Otros trastornos de ansiedad	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Otros trastornos de los órganos genitales masculinos	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Otros tumores benignos de la piel	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
Quites de la región bucal, no clasificados en otra parte	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Trastornos de las uñas	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Tumor maligno del encéfalo	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Uropatía obstructiva y por reflujo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Cuidados posteriores a la cirugía plástica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Cálculo del riñón y del uréter	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Deformidades congénitas de la cadera	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Enfermedad (insuficiencia) renal crónica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Enfermedad del reflujo gastroesofágico	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Episodio depresivo	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Equinococosis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Fisura del paladar	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Fisura del paladar con labio leporino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Hemangioma y linfangioma de cualquier sitio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Hernia ventral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Leucemia linfoide	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Linfoma de Hodgkin	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otras complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Otras enfermedades del estómago y del duodeno	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otras enfermedades del esófago	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otras enfermedades del hígado	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otras malformaciones congénitas de la lengua, de la boca y de la faringe	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados que afectan múltiples sistemas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Quemadura y corrosión del tronco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Sinusitis crónica	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Trastornos de la identidad de género	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Úlcera duodenal	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Absceso de las regiones anal y rectal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sóttero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Absceso y granuloma intracraneal e intrarraquídeo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Atención de orificios artificiales	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Colitis Ulcerativa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos cardiovasculares	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Complicaciones de dispositivos, implantes e injertos genitourinarios	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Complicaciones de otros dispositivos protésicos, implantes e injertos internos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Convalecencia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cuidados relativos al procedimiento de diálisis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Deformidades osteomusculares congénitas de la cabeza, de la cara, de la columna vertebral y del tórax	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Desprendimiento y desgarro de la retina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Disfunción neuromuscular de la vejiga, no clasificada en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Donantes de órganos y tejidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Enfermedad quística del riñón	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Enfermedades de las glándulas salivales	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Envenenamiento por psicotrópicos, no clasificados en otra parte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Estrechez uretral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Fibrosis quística	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fisura y fístula de las regiones anal y rectal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Gastritis y duodenitis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Granuloma anular	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hernia inguinal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hidrocele y espermatocoele	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hidrocefalo congénito	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hipocausia conductiva y neurosensorial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hipospadias	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Labio leporino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Linfoma no folicular	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Lupus eritematoso sistémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Malabsorción intestinal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Malformaciones congénitas de la mama	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Malformaciones congénitas de la nariz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Malformaciones congénitas de la vesícula biliar, de los conductos biliares y del hígado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Malformaciones congénitas del oído que causan la alteración de la audición	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Servicio de Cirugía

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Miastenia gravis y otros trastornos neuromusculares	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Neumotórax	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Obesidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras anomalías congénitas del (de los) miembro(s)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Otras enfermedades inflamatorias del hígado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Otras malformaciones congénitas de los huesos del cráneo y de la cara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Otras malformaciones congénitas del intestino	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Otras malformaciones congénitas del la cara y del cuello	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras septicemias	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos arteriales o arteriolares	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos de la uretra	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos de los párpados	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos del oído medio y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos funciones del intestino	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Pioderma	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Piotórax	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Prueba y ajuste de otros dispositivos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Pólipo nasal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Secuelas de traumatismos de la cabeza	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sindactilia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Testículo no descendido	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tirotoxicosis [hipertiroidismo]	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trastorno afectivo bipolar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trastornos del oído y de la apófisis mastoides consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Trastornos del sistema genitourinario consecutivos a procedimientos no clasificados en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Trastornos falciformes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Trastornos generalizados del desarrollo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trastornos inflamatorios de órganos genitales masculinos, no clasificados en otra parte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Categoría Diagnóstico Primario	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Tratarnos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor benigno del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la cavidad bucal y de los órganos digestivos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de las glándulas endocrinas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumores benignos lipomatosos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Várices de otros sitios	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Várices esofágicas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Úlcera de de cúbito	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Úlcera gástrica	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Diagnósticos Principales:

1. Apendicitis aguda:

- Es el diagnóstico más frecuente, con 65 egresos.
- Principales contribuciones:
 - H Félix Bulnes lidera con 18 casos, reflejando su alta actividad quirúrgica en este diagnóstico.
 - CH Sótero del Río (17 casos) y H Barros Luco (6 casos) también tienen una participación destacada.

2. Colelitiasis:

- Con 32 egresos, se distribuye entre hospitales mixtos y de adultos.
- CH Sótero del Río es el principal contribuyente con 13 casos, seguido del H San Juan de Dios (5 casos).

3. Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos:

- Representa 21 egresos, concentrados en hospitales como el H Félix Bulnes (5 casos) y el CH Sótero del Río (6 casos).

4. Anomalías dentofaciales (incluida la maloclusión):

- Registran 19 egresos, principalmente en el H Roberto del Río (4 casos) y el H Félix Bulnes (4 casos).

5. Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte:

- Suman 19 egresos, con participación de hospitales mixtos como el CH Sótero del Río y hospitales pediátricos como el H Roberto del Río.

La distribución de egresos quirúrgicos muestra que los hospitales mixtos y pediátricos, como el CH Sótero del Río, el H Félix Bulnes y el H Roberto del Río, desempeñan un papel fundamental en el manejo de diagnósticos quirúrgicos en adolescentes en el contexto de la Extensión de la Edad Pediátrica. Los hospitales de adultos, aunque con menor volumen, atienden casos específicos, destacando su rol complementario en el sistema de atención quirúrgica. Este análisis subraya la necesidad de optimizar la capacidad quirúrgica para atender la creciente demanda de esta población.

Servicio de Traumatología y Ortopedia

El servicio de Traumatología y Ortopedia es clave en la atención de patologías relacionadas con el sistema musculoesquelético, incluyendo traumatismos, deformidades congénitas o adquiridas, y complicaciones ortopédicas. En el contexto de la EEP, este servicio adquiere una relevancia especial debido a la prevalencia de lesiones traumáticas, deformidades en desarrollo y necesidades específicas de intervención en adolescentes.

Analizar los diagnósticos que ingresan al servicio de traumatología y ortopedia permite comprender las principales causas de atención, su distribución entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos, y las demandas específicas de esta población. Este proceso es fundamental para evaluar la capacidad instalada y planificar mejoras en infraestructura, personal y recursos especializados para atender adecuadamente a los adolescentes en este servicio crítico.

La tabla muestra una distribución limitada de egresos en el servicio de Traumatología y Ortopedia, con un total de 17 casos registrados entre los hospitales analizados. Esto representa una cantidad reducida de diagnósticos reportados en comparación con otros servicios, lo que podría indicar que muchos casos relacionados con traumatología son derivados a centros especializados como el Instituto Traumatológico, que no está incluido en esta tabla.

Tabla: Número de egresos GRD por Categoría del Diagnóstico Primario, del Servicio de Traumatología y Ortopedia por Hospital para el grupo etario de entre 15 y 19 años, RM, 2023

Categoría Diagnóstico Primario	H San Jose	H. Barros Luco	H Roberto del Río	H Félix Bulnes	HUAP	Total
Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos	0	1	0	1	2	4
Pancreatitis aguda	2	0	0	0	0	2
Apendicitis aguda	1	0	0	0	0	1
Complicaciones de otros dispositivos protésicos, implantes e injertos internos	1	0	0	0	0	1
Deformidades congénitas de los pies	0	0	1	0	0	1
Otros trastornos de la vejiga	1	0	0	0	0	1
Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada	1	0	0	0	0	1
Quiste pilonidal	1	0	0	0	0	1
Síndrome nefrótico	1	0	0	0	0	1
Trastornos de la rótula	0	0	1	0	0	1
Trastornos osteomusculares consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	0	0	0	0	1	1
Traumatismo de tendón y músculo a nivel del antebrazo	0	1	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Diagnósticos Principales:

1. Complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos:

- Es el diagnóstico más frecuente con 4 egresos.
- Estos se concentran principalmente en el HUAP (2 casos) y en los hospitales H Barros Luco y H Félix Bulnes, con 1 caso cada uno.

2. Pancreatitis aguda:

- Sorprendentemente aparece en esta área con 2 casos, ambos en el H San José.

3. Apendicitis aguda:

- Reporta un único caso en el H San José, aunque generalmente es manejado por el servicio de cirugía.

4. Casos aislados:

- Otros diagnósticos, como quemaduras clasificadas según la extensión del cuerpo afectada, deformidades congénitas de los pies y trastornos osteomusculares consecutivos a procedimientos, presentan solo 1 caso cada uno.

Conclusiones

El análisis de los diagnósticos hospitalarios en los diferentes establecimientos revela patrones relevantes sobre las necesidades de salud de los adolescentes en el contexto de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP).

Destacan los diagnósticos relacionados con salud mental, los cuales representan una proporción significativa de los egresos hospitalarios, reflejando una creciente demanda de atención especializada en esta área. Estos hallazgos subrayan la importancia de contar con recursos adecuados para abordar patologías psiquiátricas y emocionales, considerando la transición que los adolescentes experimentan entre las especialidades pediátricas y las de adultos.

Es fundamental considerar que las patologías tratadas en adolescentes hospitalizados pueden clasificarse en dos grandes grupos: aquellas compartidas con las especialidades pediátricas y aquellas enmarcadas dentro de especialidades tradicionalmente asociadas a la atención de adultos. Esta distinción es clave para analizar la capacidad instalada y la formación de especialistas, dado que la capacitación y experiencia médica están estrechamente vinculadas a las patologías que se atienden en cada especialidad. Garantizar una atención integral requiere un enfoque adaptado a las necesidades específicas de los adolescentes, quienes enfrentan desafíos únicos en su transición entre la niñez y la adultez.

Sin embargo, la información obtenida de la base de datos GRD tiene limitaciones importantes. Por ejemplo, para comprender mejor las dinámicas de atención en este grupo etario, resulta necesario complementar el análisis con otras fuentes, como los datos específicos de urgencias, que actualmente agrupan a pacientes de 15 a 65 años, impidiendo observar con precisión al grupo EEP. Además, los reportes estadísticos mensuales (REM) ofrecen información valiosa sobre especialidades, urgencias y la relación entre los niveles primario, secundario y terciario de la red de salud. Estos aspectos serán abordados en fases posteriores del análisis.

Finalmente, para continuar con una visión integral de la atención hospitalaria, se revisarán a continuación las especialidades médicas involucradas en la atención de los adolescentes, lo que permitirá identificar no solo los diagnósticos más relevantes, sino también las áreas de especialización que intervienen en su manejo y su distribución entre los diferentes hospitales. Este enfoque contribuirá a una evaluación más completa de las capacidades del sistema de salud y de las necesidades específicas que deben abordarse para garantizar una atención integral a esta población.

Especialidades

El análisis de las especialidades médicas involucradas en la atención de los adolescentes bajo la política de EEP es fundamental para comprender cómo se organiza el sistema de salud en torno a sus necesidades específicas. Estas especialidades reflejan las áreas del conocimiento médico que participan directamente en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías que afectan a esta población.

En el contexto de los hospitales de la Región Metropolitana, las especialidades médicas involucradas no solo abarcan áreas tradicionalmente asociadas a la pediatría, como neonatología o endocrinología pediátrica, sino también especialidades de adultos como cirugía general, psiquiatría y traumatología, que atienden patologías propias de la adolescencia o que requieren un manejo diferenciado en esta etapa de transición.

Este análisis permitirá identificar cómo las especialidades médicas se distribuyen entre los hospitales pediátricos, mixtos y de adultos, destacando la capacidad instalada, los servicios más frecuentemente utilizados y las posibles brechas que podrían requerir mayor coordinación o especialización. Además, aportará una visión más amplia sobre la integración entre los niveles de atención y el rol de las especialidades médicas en la atención integral de esta población.

La tabla presentada muestra la distribución de las especialidades médicas involucradas en la atención de diferentes grupos etarios, destacando la especialización de los servicios hospitalarios y su relación con las necesidades de la población adolescente (15-19 años). Este análisis pone en evidencia que las especialidades de salud mental, cirugía y pediatría juegan un papel crucial en este grupo etario.

Tabla: Distribución de las especialidades médicas en la atención de diferentes grupos etarios

Especialidad médica	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+
Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	2	32	562	477	3	8	0
Pediatría	2402	935	1074	378	4	6	1
Cirugía general	4	5	3	226	1640	10750	5945
Cirugía pediátrica	628	505	627	217	7	0	0
Medicina interna	3	2	1	209	1220	10681	12781
Psiquiatría adulto	0	0	4	84	607	809	59
Traumatología y ortopedia	27	59	151	65	186	1240	778
Oncología médica	118	40	87	61	133	690	267
Neurocirugía	60	53	69	60	194	1145	375
Medicina de urgencia	0	0	0	59	101	569	539
Obstetricia y ginecología	0	0	9	59	723	6443	936
Hemato-oncología pediátrica	116	115	122	55	35	61	1
Cirugía y traumatología buco maxilofacial	6	9	19	40	68	63	9
Otorrinolaringología	178	144	76	32	69	303	110
Cirugía plástica y reparadora	104	24	56	27	25	92	22
Neurología pediátrica	50	50	72	26	10	4	0
Neurología adulto	1	0	2	20	134	1073	1196
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	6	9	6	19	41	208	90
Oftalmología	24	24	24	19	29	1238	1999
Inmunología clínica	0	6	1	18	8	119	17
Urología	48	31	31	17	244	1729	913
Medicina intensiva adulto	0	0	0	14	106	814	873
Cirugía digestiva	0	0	0	13	94	919	520
Medicina intensiva pediátrica	59	25	24	12	2	0	0
Cirugía de tórax	4	5	3	10	39	308	251
Diabetología	0	0	0	9	22	101	29
Cirugía cardiovascular	30	15	21	7	14	390	441
Cardiología	1	0	0	6	52	1980	2670
Cirugía vascular periférica	0	0	1	5	53	1101	1111
Gastroenterología pediátrica	11	11	11	5	0	0	0
Radiología intervencional	5	3	8	5	3	24	7
Neurorradiología	5	2	5	4	19	235	68

Especialidades por Hospital

Especialidad médica	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+
Coloproctología	0	0	0	3	34	359	284
Hematología	5	8	7	3	3	20	10
Odontopediatría	4	10	12	3	0	0	0
Nefrología adulto	0	0	0	2	15	159	113
Cardiología pediátrica	37	14	35	1	0	0	0
Enfermedades respiratorias del adulto (broncopulmonar)	0	0	0	1	18	84	106
Gastroenterología adulto	0	0	0	1	1	16	26
Nefrología pediátrico	3	0	2	1	0	0	0
Reumatología	0	0	0	1	2	6	2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

En el grupo de 15 a 19 años, destacan Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia con 477 atenciones, lo que refleja la creciente relevancia de las patologías de salud mental en adolescentes, especialmente frente a tendencias recientes como el aumento de trastornos relacionados con el estrés, la ansiedad y otras condiciones psiquiátricas. Es importante destacar que Psiquiatría de Adultos también aparece en este grupo, con 84 atenciones, lo que sugiere una intersección en el manejo de patologías compartidas entre las etapas de adolescencia tardía y adultez temprana.

En cuanto a cirugía, el análisis permite diferenciar entre Cirugía General, que registra 226 casos en este grupo etario, y Cirugía Pediátrica, con 217 casos. Esta diferencia ilustra cómo los adolescentes, especialmente los mayores de 15 años, comienzan a ser atendidos en servicios más orientados a adultos, mientras que la cirugía pediátrica sigue atendiendo procedimientos típicamente asociados a la niñez o adolescencia temprana.

Otras especialidades relevantes incluyen Traumatología y Ortopedia, con 65 atenciones, y Hematología-Oncología Pediátrica, con 55 atenciones, reflejando las necesidades de intervenciones tanto quirúrgicas como médicas específicas en esta población.

Este análisis pone de manifiesto la importancia de la especialización en los servicios hospitalarios para adolescentes, especialmente en un contexto donde las patologías presentan un puente entre la pediatría y las especialidades de adultos. Asimismo, subraya la importancia de fortalecer las especialidades específicas para adolescentes, como Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Cirugía Pediátrica, pero también mejorar las capacidades de los servicios de adultos para atender patologías emergentes en esta población. Además, estas diferencias refuerzan la necesidad de monitorear cuidadosamente las transiciones entre servicios pediátricos y de adultos para asegurar que las necesidades específicas del grupo de 15 a 19 años sean atendidas adecuadamente.

Especialidades por Hospital

A continuación, se procede a la evaluación de las especialidades médicas por hospital en el contexto de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) permite identificar cómo se distribuyen los recursos y capacidades

en la atención de adolescentes de 15 a 19 años. Este análisis busca destacar las diferencias en la oferta de servicios especializados entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos, considerando tanto las especialidades clave como la variabilidad en el enfoque de atención en cada establecimiento. Esta evaluación es fundamental para comprender las fortalezas y brechas en la atención hospitalaria, permitiendo desarrollar estrategias específicas para mejorar la atención integral de esta población en transición.

La tabla siguiente presenta la distribución de especialidades médicas que atienden a la población en EEP en diferentes hospitales, destacando la variabilidad en la oferta de servicios según el tipo de hospital (pediátrico, mixto o de adultos).

Tabla: Número de egresos GRD por Especialidad Médica y Hospital, RM, 2023

Especialidad Médica	CH Sótero del Río	H San Jose	H Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H Luis Tisné	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	115	0	0	8	125	34	0	63	28	0	0	0	0	58	0	431
Pediatría	114	0	0	1	16	18	0	42	0	0	0	70	27	35	0	323
Cirugía pediátrica	136	0	0	0	7	4	0	17	1	0	0	29	4	8	0	206
Cirugía general	37	12	25	17	0	0	3	0	34	19	18	10	12	0	6	193
Medicina interna	15	28	16	19	11	0	7	0	26	14	2	8	27	0	6	179
Psiquiatría adulto	26	0	5	0	6	0	17	0	14	0	7	0	0	0	1	76
Oncología médica	54	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	61
Traumatología y ortopedia	4	3	4	0	6	12	1	13	8	0	0	1	0	4	3	59
Medicina de urgencia	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	56	0	0	0	0	58
Hemato-oncología pediátrica	0	0	0	0	5	9	7	0	0	0	0	0	15	19	0	55
Obstetricia y ginecología	10	8	2	5	5	0	0	0	7	3	3	4	5	0	0	52
Cirugía y traumatología buco maxilofacial	13	4	0	0	1	6	1	1	5	0	0	0	0	9	0	40
Otorrinolaringología	0	0	9	0	3	0	3	5	0	0	0	0	7	5	0	32
Cirugía plástica y reparadora	0	0	0	0	0	2	0	10	3	0	0	0	2	10	0	27
Neurología pediátrica	0	0	0	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
Neurología adulto	4	0	7	4	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	19
Oftalmología	11	0	3	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	19
Inmunología clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	2	0	18
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	0	2	1	0	3	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	17
Urología	3	3	1	0	0	1	0	5	0	0	0	1	0	3	0	17
Cirugía digestiva	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	13
Medicina intensiva pediátrica	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	0	1	0	12
Neurocirugía	2	0	3	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	11
Diabetología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	9
Medicina intensiva adulto	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9
Cirugía de tórax	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	6
Cardiología	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5

Especialidades por Hospital

Especialidad Médica	CH Sótero del Río	H San Jose	H. Barros Luco	H El Carmen	H San Borja	H Roberto del Río	H. Salvador	H Exequiel González	H Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H El Pino	H P. Alberto Hurtado	H San Juan de Dios	H Calvo Mackenna	HUAP	Total
Cirugía vascular periférica	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	5
Gastroenterología pediátrica	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	5
Radiología intervencional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	5
Coloproctología	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hematología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Odontopediatría	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Cirugía cardiovascular	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Nefrología adulto	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Cardiología pediátrica	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastroenterología adulto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nefrología pediátrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Reumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Principales hallazgos:

1. Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia:

- Es la especialidad con mayor representación en esta población, concentrándose especialmente en hospitales pediátricos como el CH Sótero del Río (115 egresos) y el Hospital San Borja (125 egresos), además del Hospital Calvo Mackenna (58 egresos).
- Resalta la importancia de los hospitales especializados en pediatría y adolescencia para abordar problemas de salud mental en este grupo.

2. Pediatría y Cirugía Pediátrica:

- Pediatría se mantiene como una especialidad clave, con mayor número de casos en el CH Sótero del Río (114 egresos) y otros hospitales pediátricos.
- Cirugía Pediátrica muestra un enfoque predominante en hospitales pediátricos, como el CH Sótero del Río (136 egresos), seguido del Hospital Exequiel González (17 egresos).

3. Cirugía General y Medicina Interna:

- Estas especialidades tienen una presencia más significativa en hospitales mixtos y de adultos, como el H Luis Tisné (34 egresos en Cirugía General) y el H San Jose (28 egresos en Medicina Interna).
- La combinación de estos servicios en hospitales de adultos y mixtos refleja la atención a patologías que no siempre son tratadas en hospitales pediátricos.

4. Otras especialidades:

- **Oncología Médica:** Aunque menos frecuente, tiene representación notable en el CH Sótero del Río (54 egresos).
- **Traumatología y Ortopedia:** Amplia distribución en hospitales pediátricos y mixtos, como el H Félix Bulnes (13 egresos).
- **Hematología-Oncología Pediátrica:** Se concentra en hospitales pediátricos, como el H Roberto del Río (9 egresos) y el Calvo Mackenna (19 egresos).

La tabla subraya la especialización de ciertos hospitales para atender patologías pediátricas y adolescentes, como los hospitales pediátricos (CH Sótero del Río, Calvo Mackenna y Roberto del Río). Sin embargo, también refleja el papel de los hospitales mixtos y de adultos para patologías que trascienden los límites tradicionales de la pediatría. Este análisis refuerza la necesidad de fortalecer la capacidad y especialización en salud mental, pediatría y cirugía para optimizar la atención integral de la población en EEP.

A continuación, en la tabla siguiente, se analiza la distribución de los capítulos del diagnóstico primario por especialidad.

Tabla: Número de egresos por Capítulo del Diagnóstico Primario y Especialidad Médica en la RM, 2023

Especialidad Médica	Infecciosas y Parasitarias	Propósitos Especiales	Piel y tejidos	Hematopoiéticos	Ojo y anexos	Oído y mastoides	Sistema Circulatorio	Sistema Digestivo	Sistema Genito urinario	Sistema Nervioso	Osteo muscular y tejido conectivo	Sistema Respiratorio	Endocrinos y Nutricionales	Factores que influyen en estado de salud	Malformaciones Congénitas	Signos Anormales	Salud Mental	Causas Externas	Tumores	Total
Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	420	3	0	431
Pediatría	19	1	12	9	0	2	6	33	19	40	2	16	43	27	4	12	52	21	5	323
Cirugía pediátrica	0	0	18	0	0	1	6	86	14	1	2	6	0	17	23	0	1	17	14	206
Cirugía general	2	0	9	1	0	1	1	135	5	1	0	5	1	1	3	0	0	18	10	193
Medicina interna	21	1	5	8	0	0	6	17	11	16	11	11	24	6	1	8	5	13	15	179
Psiquiatría adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	74	0	0	76
Oncología médica	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0	0	0	3	15	61
Traumatología y ortopedia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	5	14	0	0	25	1	59
Medicina de urgencia	1	0	0	1	0	1	2	4	0	1	0	1	6	1	0	1	33	5	1	58
Hemato-oncología pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	28	0	0	0	1	22	55
Obstetricia y ginecología	5	1	0	0	0	0	0	1	27	0	0	0	0	3	2	4	2	1	6	52
Cirugía y traumatología buco maxilofacial	0	0	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	2	2	0	0	3	3	40
Otorrinolaringología	0	0	0	0	0	7	0	1	0	1	0	20	0	1	1	0	0	1	0	32
Cirugía plástica y reparadora	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11	0	2	5	2	27
Neurología pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	0	2	0	1	8	0	0	26
Neurología adulto	0	0	0	0	0	0	5	0	0	7	0	0	0	3	0	1	1	0	2	19
Oftalmología	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	19

Especialidades por Hospital

Especialidad Médica	Infecciosas y Parasitarias	Propósitos Especiales	Piel y tejidos	Hematopoiéticos	Ojo y anexos	Oído y mastoides	Sistema Circulatorio	Sistema Digestivo	Sistema Genito urinario	Sistema Nervioso	Osteo muscular y tejido conectivo	Sistema Respiratorio	Endocrinos y Nutricionales	Factores que influyen en estado de salud	Malformaciones Congénitas	Signos Anormales	Salud Mental	Causas Externas	Tumores	Total
Inmunología clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	5	18
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	2	17
Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	17
Cirugía digestiva	1	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	13
Medicina intensiva pediátrica	2	0	0	0	1	0	2	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Neurocirugía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	1	2	2	11
Diabetología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	9
Medicina intensiva adulto	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	9
Cirugía de tórax	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	6
Cardiología	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Cirugía vascular periférica	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	5
Gastroenterología pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Radiología interventional	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Coloproctología	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hematología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Odontopediatría	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Cirugía cardiovascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Nefrología adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Cardiología pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastroenterología adulto	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nefrología pediátrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Reumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Diagnósticos destacados por sistemas:

1. Salud Mental (494 casos):

- Mayormente atendidos por psiquiatría pediátrica y de la adolescencia y psiquiatría adulto.
- Resalta la importancia de la atención a trastornos como depresión, ansiedad y trastornos de la conducta.

2. Sistema Digestivo (287 casos):

- Principales diagnósticos incluyen apendicitis, colelitiasis y trastornos del sistema digestivo postquirúrgico.
 - Atendidos principalmente por cirugía pediátrica, cirugía general y pediatría.
3. **Sistema Osteomuscular y Tejido Conectivo (30 casos):**
- Diagnósticos asociados a traumatología y ortopedia, incluyendo fracturas y deformidades congénitas.
4. **Factores que influyen en el estado de salud (132 casos):**
- Incluyen consultas relacionadas con vigilancia, factores sociales o médicos que afectan el estado de salud.
5. **Sistema Respiratorio (93 casos):**
- Predominio de diagnósticos relacionados con infecciones respiratorias atendidos por pediatría.

La tabla resalta la distribución específica de especialidades médicas y diagnósticos en el grupo EEP, con un fuerte predominio de la psiquiatría pediátrica en salud mental y la cirugía pediátrica en patologías digestivas y congénitas. Esto subraya la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios especializados y capacidades quirúrgicas adecuadas para atender tanto problemas comunes como aquellos más complejos en adolescentes.

Conclusiones

El análisis de las especialidades médicas involucradas en la atención del grupo EEP refleja una notable diversidad en los tipos de atención brindada y la distribución de estas especialidades entre los hospitales. Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia destaca como la principal especialidad requerida, lo que subraya la alta prevalencia de diagnósticos de salud mental en adolescentes y la necesidad de recursos especializados en esta área. Cirugía pediátrica y cirugía general, por su parte, muestran una clara división en su aplicación, con la primera enfocada en patologías propias de la infancia y adolescencia, mientras que la segunda responde a diagnósticos más comunes en la población adulta joven y de transición.

La distribución de estas especialidades entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos pone en evidencia la segmentación histórica de la atención médica en función de la edad del paciente. Especialidades como pediatría y cirugía pediátrica están concentradas en hospitales pediátricos, mientras que áreas como medicina interna y psiquiatría de adultos tienen un enfoque predominantemente en la población adulta, lo que puede limitar la transición efectiva de atención para adolescentes en el contexto de la EEP.

Este panorama resalta la necesidad de un enfoque integral en la planificación de la EEP, que considere tanto la formación de especialistas como la adaptación de los servicios existentes. Es fundamental desarrollar estrategias que fomenten una mayor integración entre las especialidades pediátricas y las de adultos, especialmente en áreas críticas como la salud mental y las enfermedades crónicas, para asegurar que los adolescentes reciban una atención adecuada y oportuna en cada etapa de su desarrollo.

Procedimientos realizados

Además, es importante reflexionar sobre cómo esta segmentación podría influir en la capacidad de los hospitales para responder a las necesidades del grupo EEP. La especialización histórica en el tratamiento de adultos o niños debe ser un factor clave en la planificación de la red de atención, asegurando que los hospitales tengan los recursos humanos y físicos necesarios para manejar esta población de transición. Esto incluye la formación de equipos multidisciplinarios que puedan abordar de manera integral las patologías compartidas entre adultos y pediatría, así como las necesidades específicas de la adolescencia.

Este análisis subraya la importancia de avanzar hacia modelos de atención más integrados y flexibles que permitan una respuesta efectiva a las demandas del grupo EEP, promoviendo una transición sin interrupciones entre las distintas etapas de la vida y garantizando una atención equitativa y de calidad en toda la red de salud.

Para complementar el análisis sobre las especialidades médicas involucradas en la atención del grupo EEP, resulta fundamental explorar cómo estas especialidades se traducen en procedimientos específicos realizados en los diferentes hospitales. La revisión de los procedimientos permitirá identificar no solo las intervenciones más comunes asociadas a las patologías prevalentes en este grupo etario, sino también cómo estas se distribuyen entre las distintas instituciones de salud. Este enfoque contribuirá a comprender de manera más detallada las capacidades operativas de los hospitales y su alineación con las necesidades específicas de la población adolescente, proporcionando una base sólida para la planificación y optimización de recursos en el marco de la EEP.

Procedimientos realizados

A continuación, se analizarán los procedimientos realizados en los diferentes hospitales, con un enfoque en su distribución y frecuencia en el grupo EEP. Este análisis permitirá identificar las intervenciones más comunes y evaluar cómo se relacionan con las necesidades de atención de esta población, proporcionando información clave para la planificación y optimización de los servicios hospitalarios.

La tabla presentada muestra los 35 principales procedimientos realizados en diferentes grupos etarios, incluyendo el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, y permite observar patrones y diferencias significativas respecto a otros rangos de edad.

Tabla: Número de egresos GRD por grupo etario según el Procedimiento realizado, RM, 2023

Procedimiento	0-1	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+
Mh depresión	0	0	2	62	78	40	45	3
Ph procedimientos sobre apéndice	0	25	87	107	68	204	346	27
Mh depresión mayor	0	0	1	38	59	62	52	1
Mh trastornos orgánicos y retraso mental	0	3	7	24	52	8	13	6
Mh neurosis excepto depresión	0	0	11	70	50	23	25	4
Mh quimioterapia w/mcc	0	81	59	41	50	50	125	54
Mh esquizofrenia	0	1	4	31	45	118	168	7
Mh trastornos de la personalidad y del control de los impulsos	0	0	2	32	41	45	40	1

Procedimiento	0-1	1-6	6-10	10-15	15-19	19-30	30-64	65+
Mh neurosis excepto depresión w/mcc	0	0	1	68	38	14	8	1
Ph procedimientos sobre apéndice w/cc	0	15	42	69	33	89	277	60
Mh neurosis excepto depresión w/cc	0	0	3	51	32	21	39	5
Mh otros factores que influyen en el estado de salud w/cc	0	43	66	61	32	58	345	169
Mh depresión mayor w/cc	0	0	0	28	31	19	48	1
Mh esquizofrenia w/cc	0	0	1	16	31	107	110	6
Mh otros factores que influyen en el estado de salud	0	17	22	47	26	34	135	55
Mh diabetes y enfermedades metabólicas y nutricionales	0	11	13	25	25	51	117	27
Mh leucemia aguda w/mcc	0	8	8	11	23	28	45	25
Mh trastornos de la personalidad y del control de los impulsos w/mcc	0	0	0	8	23	9	3	1
Mh convulsiones	0	79	50	74	21	45	85	26
Mh otros factores que influyen en el estado de salud w/mcc	0	36	44	57	21	16	148	114
Mh quimioterapia w/cc	0	47	31	42	20	66	441	224
Ph otros procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta	0	11	4	10	20	17	58	10
Mh depresión mayor w/mcc	0	0	0	34	19	12	15	2
Mh depresión w/mcc	0	0	0	21	18	2	5	0
Mh diabetes y enfermedades metabólicas y nutricionales w/cc	0	14	4	21	18	33	172	100
Ph colecistectomía laparoscópica w/cc	0	3	1	7	18	143	712	193
Mh convulsiones w/cc	0	71	44	32	17	27	137	67
Ph procedimientos sobre útero y anexos	0	0	2	15	17	82	1325	119
Mh fibrosis quística w/mcc	0	2	3	6	16	5	6	3
Ph colecistectomía laparoscópica	0	1	2	14	16	130	631	103
Ph ventilación mecánica prolongada sin traqueostomía w/mcc	0	116	19	19	16	74	883	731
Mh envenenamiento y efecto tóxico de drogas	0	11	1	5	15	12	19	6
Mh depresión w/cc	0	0	0	22	14	7	25	1
Mh trastorno bipolar	0	0	2	7	14	51	70	5
Mh trastornos mentales de inicio en la infancia	0	0	8	37	14	2	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Procedimientos principales

1. Procedimientos relacionados con salud mental:

- MH Depresión y MH Depresión Mayor son procedimientos destacados con 78 y 59 casos respectivamente, reflejando la importancia de abordar los trastornos emocionales en esta población.
- MH Esquizofrenia (45 casos) y MH Trastornos de la personalidad y del control de los impulsos (41 casos) también sobresalen, subrayando la relevancia de la atención psiquiátrica especializada para adolescentes.
- Procedimientos con comorbilidades complejas (W/CC), como depresión mayor y esquizofrenia, también están presentes, lo que resalta la complejidad clínica de algunos casos en esta etapa de la vida.

2. Intervenciones quirúrgicas comunes:

Procedimientos realizados

- PH Procedimientos sobre apéndice, con 68 casos, representa una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en este grupo, aunque con menor incidencia que en niños entre 6 y 10 años o adultos de 19-30 años.
- PH Colectomía laparoscópica también se observa, pero con menos frecuencia (16 casos) comparado con los adultos.

3. **Condiciones médicas relevantes:**

- MH Diabetes y enfermedades metabólicas y nutricionales cuenta con 25 casos, destacando la presencia de enfermedades crónicas en esta etapa.
- MH Convulsiones y MH Otros factores que influyen en el estado de salud (sin y con comorbilidades) también son procedimientos importantes en términos de manejo clínico.

El análisis evidencia que el grupo adolescente combina características propias de la población pediátrica, como procedimientos quirúrgicos frecuentes, con la necesidad de manejo de condiciones de salud mental y trastornos crónicos que también se observan en adultos. Esto refuerza la necesidad de servicios especializados que consideren esta transición única, especialmente en ámbitos como psiquiatría, cirugía y el manejo de enfermedades metabólicas.

A continuación, se profundizará en la distribución de estos procedimientos entre los diferentes hospitales y cómo esta información puede orientar la planificación y organización de recursos para mejorar la atención en la población EEP.

Tabla: Número de egresos GRD de la población entre 15 y 19 años por tipo de Procedimiento y por Hospital, RM, 2023.

Procedimientos	H. Sotero del Río	H. San José	H. Barros Luco	H. El Carmen	H. San Borja	H. Roberto del Río	H. Salvador	H. Exequiel González	H. Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H. El Pino	H. Alberto Hurtado	H. San Juan	H. Calvo Mackenna	HUAP	TOTAL
Mh depresión	42	0	2	3	53	5	5	29	4	1	19	7	0	23	1	194
Mh neurósis	53	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	40	0	105
Ph procedimiento sobre apéndice	24	6	18	6	0	0	0	0	16	10	4	13	3	6	1	101
Mh esquizofrenia	16	0	1	3	3	9	1	2	19	0	8	4	0	5	0	71
Mh quimioterapia	31	0	0	0	4	3	1	3	6	0	0	0	0	18	0	70
Mh trastornos de la personalidad y comportamiento	9	0	3	0	8	8	7	3	6	0	3	5	0	16	0	68
Mh otros factores que influyen sobre el estado de salud	9	0	2	2	6	3	0	10	4	0	2	2	12	7	1	60
Mh trastornos orgánicos y retraso mental	6	0	0	0	47	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	57
Mh leucemia y linfoma	17	2	0	0	10	1	4	0	1	0	0	0	11	2	0	48
Mh diabetes y enfermedades metabólicas	9	0	4	3	0	2	0	3	3	3	6	1	11	0	0	48
Mh convulsiones	14	6	2	0	3	1	1	2	2	1	0	5	1	3	0	41
Ph colecistectomía	11	4	2	2	1	0	0	0	3	2	2	4	6	0	0	37

Procedimientos	H. Sotero del Río	H. San José	H. Barros Luco	H. El Carmen	H. San Borja	H. Roberto del Río	H. Salvador	H. Exequiel González	H. Félix Bulnes	H. Luis Tisné	H. El Pino	H. Alberto Hurtado	H. San Juan	H. Calvo Mackenna	HUAP	TOTAL
Ph otros procedimientos sobre oído, nariz y boca	10	0	1	0	3	1	0	5	1	0	0	2	3	10	0	36
Ph procedimientos sobre piel	0	1	1	1	2	4	2	2	2	0	2	1	4	1	0	32
Mh fibrosis quística	0	0	0	1	9	0	5	0	0	0	0	14	0	0	0	29
Mh trastornos mentales de inicio en la infancia	8	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	2	0	6	0	21
Ph procedimientos sobre útero y anexos	4	1	3	3	3	0	0	0	3	3	0	1	2	0	0	20
Ph ventilación mecánica	1	1	3	0	0	0	2	0	2	0	0	2	3	1	3	18
Mh trastorno bipolar	4	0	0	0	0	1	1	3	1	0	2	0	2	2	0	16
Ph extracción de dispositivos del hueso	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	0	14
Otros	265	40	47	36	61	33	20	94	53	19	35	81	53	74	16	927

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Esta tabla proporciona un panorama de los principales procedimientos realizados en diferentes hospitales, considerando tanto el tipo de procedimiento como el hospital donde fueron realizados. A continuación, se describen los principales hallazgos:

Principales Procedimientos y Distribución

1. MH Depresión:

- Este es el procedimiento más realizado en términos generales, con un total de 194 casos.
- Sobresale en hospitales como H. San Borja (53 casos), H. Sotero del Río (42 casos), y H. Exequiel González (29 casos).
- Refleja la importancia de la atención de salud mental en estos hospitales, principalmente en aquellos de enfoque pediátrico y mixto.

2. MH Neurosis:

- Segundo procedimiento más frecuente (105 casos), con una distribución destacada en H. Sotero del Río (53 casos) y en menor medida en hospitales como H. Exequiel González (14 casos) y H. San Borja (15 casos).

3. PH Procedimiento sobre Apendicitis:

- Tercer procedimiento más común, con 101 casos en total.
- Su mayor concentración se encuentra en H. Barros Luco (18 casos) y H. Sotero del Río (24 casos), reflejando el manejo quirúrgico de urgencias digestivas en estos hospitales.

4. MH Esquizofrenia:

- Procedimiento relevante en términos de salud mental, con 71 casos.
- Predomina en hospitales mixtos y pediátricos, como H. Félix Bulnes (19 casos) y H. Roberto del Río (9 casos).

5. **PH Colectistectomía:**

- Representa un total de 37 procedimientos, mayormente realizados en hospitales como H. Sótero del Río (11 casos) y H. Alberto Hurtado (4 casos).

Diferencias entre Hospitales

- **Hospitales Pediátricos (H. Roberto del Río, H. Exequiel González, H. Félix Bulnes, H. Calvo Mackenna):**
 - Alta concentración de procedimientos relacionados con salud mental (depresión, esquizofrenia) y enfermedades pediátricas específicas (fibrosis quística).
 - Los procedimientos quirúrgicos pediátricos son también frecuentes.
- **Hospitales Mixtos y de Adultos (H. Sótero del Río, H. Barros Luco, H. Luis Tisné, HUAP):**
 - Realizan tanto procedimientos de salud mental como quirúrgicos, destacándose en urgencias como apendicitis y colectistectomía.
 - Menor concentración de procedimientos exclusivamente pediátricos, reflejando su enfoque hacia la población adulta.

Esta distribución pone de manifiesto la especialización de algunos hospitales en la atención pediátrica y de adolescentes, como en el caso de los hospitales pediátricos, en contraste con la atención de patologías más generales y de adultos en hospitales mixtos. Esto refuerza la necesidad de considerar las capacidades y enfoques especializados de cada hospital al planificar la atención para la población EEP. Además, resalta la importancia crítica de la salud mental en los adolescentes, dada su alta frecuencia en los procedimientos realizados.

Peso GRD

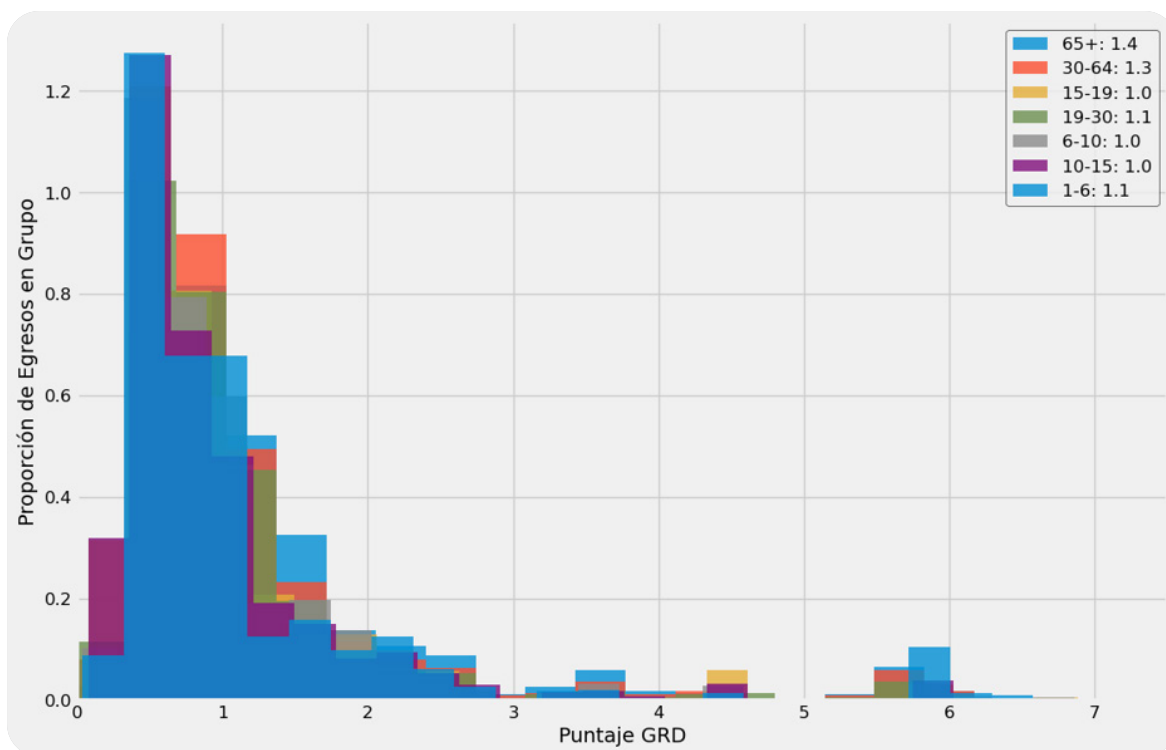
El análisis de los puntajes GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) no solo permite evaluar la complejidad y los recursos asociados a las atenciones hospitalarias, sino que también juega un rol fundamental en el financiamiento de los hospitales. En muchos sistemas de salud, incluido el chileno, los puntajes GRD son utilizados como base para calcular los pagos que reciben los hospitales por las atenciones brindadas, bajo modelos de financiamiento orientados a la actividad (como el Pago por Prestaciones).

Este enfoque asegura que los hospitales sean compensados en función de la gravedad y los recursos necesarios para tratar a los pacientes, incentivando la eficiencia en la gestión de los servicios. Sin embargo, también plantea desafíos importantes. Por ejemplo, si los puntajes GRD asociados a ciertas atenciones no reflejan adecuadamente la complejidad real o los costos, podría generarse un déficit financiero en algunos hospitales, especialmente aquellos que atienden casos de alta complejidad, como las patologías más frecuentes en adolescentes bajo la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP).

En el contexto de la EEP, comprender cómo se distribuyen los puntajes GRD por grupo etario y especialidad médica es crucial para evaluar si el modelo de financiamiento actual está alineado con las necesidades específicas de esta población. Asimismo, es necesario considerar cómo estas asignaciones impactan en hospitales especializados en pediatría o en aquellos mixtos que también deben responder a demandas propias de la atención de adultos. A través de este análisis, se podrá reflexionar sobre posibles ajustes en las políticas de financiamiento para garantizar una distribución equitativa y sostenible de los recursos, que permita a los hospitales responder de manera eficiente y oportuna a cambios en la complejidad de la atención adolescente.

El gráfico que se presenta a continuación muestra la distribución de los puntajes GRD por grupo etario, representando la proporción de egresos hospitalarios dentro de cada grupo. Los puntajes más bajos (cerca de 1) son los más frecuentes en todos los grupos, reflejando que la mayoría de las hospitalizaciones tienen una complejidad baja. Sin embargo, se observa que los grupos etarios mayores, especialmente los de 30-64 años y 65+, presentan una mayor proporción en los puntajes más altos, indicando hospitalizaciones de mayor complejidad en estas edades. Los adolescentes (10-19 años) tienen distribuciones similares a los grupos pediátricos, pero con menor proporción en los puntajes más altos. Esto refuerza la transición en las necesidades de atención entre los grupos pediátricos y adultos.

Figura: Distribución y Promedio del Puntaje del GRD por grupo etario entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

La tabla siguiente presenta los puntajes promedio y mediana de GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) distribuidos por grupo etario, lo que refleja la complejidad y los recursos asociados a las hospitalizaciones en cada grupo.

Tabla: Promedio y Mediana del Puntaje del GRD por grupo etario entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.

Grupo Edad	Promedio GRD	Mediana GRD
1-6	1,15	0,71
6-10	1,05	0,73
10-15	1,00	0,69
15-19	1,03	0,70
19-30	1,12	0,77
30-64	1,30	0,88
65+	1,41	1,01

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

- **Grupo 1-6 años:** Muestra un promedio de GRD de 1,15 y una mediana de 0,71. Este grupo tiene un nivel moderado de complejidad en comparación con otros grupos pediátricos, lo que podría deberse a condiciones comunes en la infancia que no requieren intervenciones altamente complejas.
- **Grupo 6-10 años:** El promedio de GRD baja ligeramente a 1,05, con una mediana de 0,73. Este grupo sigue reflejando atenciones pediátricas, pero con una tendencia a una menor utilización de recursos en promedio.
- **Grupo 10-15 años:** Presenta el promedio de GRD más bajo (1,00) y una mediana de 0,69, indicando que en este rango etario las hospitalizaciones suelen involucrar condiciones menos complejas o con requerimientos de recursos más limitados.
- **Grupo 15-19 años:** Muestra un promedio de GRD de 1,03 y una mediana de 0,70. Aunque es similar al grupo 10-15 años, este grupo refleja un ligero aumento en la complejidad, posiblemente asociado a la transición entre condiciones pediátricas y aquellas más propias de la población adulta joven.
- **Grupo 19-30 años:** Aquí se observa un aumento en el promedio (1,12) y la mediana (0,77), lo que podría reflejar la mayor prevalencia de condiciones quirúrgicas o médicas más complejas que requieren hospitalización en este rango etario.
- **Grupo 30-64 años:** Tiene un promedio significativamente más alto (1,30) y una mediana de 0,88, reflejando una mayor carga de enfermedades crónicas y procedimientos complejos en adultos en este rango de edad.
- **Grupo 65+ años:** Este grupo muestra los puntajes de GRD más altos, con un promedio de 1,41 y una mediana de 1,01. Esto es consistente con la mayor complejidad asociada al envejecimiento, donde múltiples comorbilidades y mayores requerimientos de cuidados intensivos y prolongados aumentan significativamente la complejidad de la atención.

La tabla presenta los puntajes GRD promedio por hospital para dos grupos: GRD EEP (población de 15 a 19 años) y GRD No-EEP (población general excluyendo a los adolescentes de 15 a 19 años). A continuación, se analizan estos datos según la clasificación real de los hospitales en pediátricos, adultos y mixtos, destacando las diferencias en la complejidad de los casos atendidos:

Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP por Hospital entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.

Hospital	GRD EEP	GRD No-EEP
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	0,89	1,28
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	1,05	1,41
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	1,29	1,36
Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	0,90	1,32
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	0,76	1,28
Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	1,18	1,18
Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	1,74	1,21
Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	0,88	1,01
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)	0,89	1,17
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	0,83	1,05
Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	0,61	1,21
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	1,07	1,30
Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	1,65	1,41
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	1,18	1,26
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	1,94	1,67

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

1. GRD EEP (15 a 19 años):

• Hospitales Pediátricos:

- El Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río y el Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna presentan puntajes similares (1,18), destacando su capacidad para manejar casos moderadamente complejos en adolescentes.
- El Hospital Dr. Exequiel González Cortés tiene un puntaje más bajo (0,88), lo que refleja un enfoque mayor en patologías pediátricas generales y menos en casos altamente complejos en adolescentes.

• Hospitales de Adultos:

- El Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río lidera con el puntaje GRD más alto (1,94), indicando que maneja casos de alta complejidad en adolescentes.
- Otros hospitales, como el Hospital del Salvador (1,74) y el Complejo Hospitalario San José (1,05), también reflejan una alta carga de casos complejos.

• Hospitales Mixtos:

- El Hospital San Juan de Dios (1,65) y el Hospital Barros Luco Trudeau (1,29) presentan altos puntajes GRD, reflejando la atención a una diversidad de casos complejos tanto en adolescentes como en adultos.
- Por otro lado, hospitales como el Hospital Clínico San Borja-Arriarán (0,76) y el Hospital El Pino (0,61) tienen puntajes significativamente más bajos, lo que indica que se centran en casos menos complejos en este grupo etario.

2. GRD No-EEP (población general):

- **Hospitales Pediátricos:**

- Mantiene una consistencia en sus puntajes GRD, como el Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (1,26) y el Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (1,18), reflejando su enfoque en pacientes pediátricos con necesidades específicas.

- **Hospitales de Adultos:**

- El Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río continúa liderando en complejidad con un puntaje de 1,67.
- Otros hospitales, como el Hospital del Salvador (1,21), destacan por su capacidad para atender casos complejos en la población adulta general.

- **Hospitales Mixtos:**

- El Hospital San Juan de Dios (1,41) y el Hospital Barros Luco Trudeau (1,36) muestran puntajes elevados, subrayando su capacidad para atender tanto casos pediátricos como adultos de alta complejidad.
- Sin embargo, otros hospitales mixtos, como el Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (1,28) y el Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (1,17), reflejan una menor complejidad promedio en comparación con los hospitales exclusivamente para adultos.
- Los hospitales pediátricos están diseñados para atender patologías específicas de la población infantojuvenil, con un enfoque particular en enfermedades de complejidad moderada. Esto es coherente con sus recursos especializados en pediatría y psiquiatría infantil.
- Los hospitales de adultos presentan una alta carga de complejidad, especialmente en adolescentes que requieren intervenciones quirúrgicas o atenciones de emergencia, lo que resalta la importancia de su infraestructura y personal especializado.
- Los hospitales mixtos deben equilibrar su atención entre población pediátrica y adulta, lo que puede explicar la variabilidad en sus puntajes GRD. En este contexto, hospitales como el Hospital San Juan de Dios desempeñan un papel clave al atender casos de alta complejidad en adolescentes.
- La implementación de la política de Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) requiere una planificación cuidadosa para garantizar que los hospitales pediátricos puedan atender casos más complejos, mientras que los hospitales mixtos y de adultos deben ser equipados para manejar adecuadamente las necesidades de los adolescentes, especialmente en áreas críticas como la salud mental y las cirugías de emergencia.

Servicio de Ingreso

Es además relevante considerar los puntajes GRD por Servicio de Ingreso, para así evaluar la distribución de la complejidad de las patologías y el uso de recursos en cada servicio. La tabla presenta los 30 principales servicios de ingreso hospitalario clasificados según un indicador compuesto, que combina dos dimensiones clave: la frecuencia de los egresos hospitalarios específicos (Cantidad EEP) y el puntaje GRD promedio (GRD EEP). Este indicador es particularmente útil para priorizar servicios, ya que integra tanto el volumen de pacientes como la complejidad de las atenciones representada por el puntaje GRD.

El indicador compuesto aborda el desafío de comparar servicios de distinta naturaleza. Algunos servicios, como Pediatría, destacan por su alta frecuencia de egresos, mientras que otros, como el Área de Trasplante Adulto, sobresalen en complejidad debido a un alto GRD EEP. Este enfoque permite priorizar servicios considerando ambas dimensiones, evitando que un criterio eclipse al otro.

El proceso de cálculo del indicador fue el siguiente:

1. **Normalización:** Se normalizaron las columnas Cantidad EEP y GRD EEP para que sus valores estuvieran entre 0 y 1, con base en el valor máximo de cada columna.
 - Esto garantiza que ambas variables tengan un peso igual al calcular el indicador.
2. **Cálculo del Indicador:** Se sumaron los valores normalizados de Cantidad EEP y GRD EEP, ponderando ambos criterios con el mismo peso.
 - Fórmula:

$$\text{Indicador Compuesto} = (\text{Cantidad EEP Normalizado} + \text{GRD EEP Normalizado}) / 2$$
3. **Ordenación:** Los servicios se ordenaron en función del valor del indicador compuesto, destacando aquellos que combinan alta frecuencia y alta complejidad.

Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Servicio de Ingreso entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.

Servicio de ingreso	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Cantidad EEP Normalizado	GRD EEP Normalizado	Indicador Compuesto
Pediatría	352	0,85	0,89	1,00	0,06	0,53
Area de trasplante adulto	2	14,25	7,52	0,01	1,00	0,50
Cirugía infantil	171	1,04	1,05	0,49	0,07	0,28
Neuropsiquiatría infantil	168	0,53	0,71	0,48	0,04	0,26
Unidad de cuidados intensivos cardiovascular	2	6,43	3,90	0,01	0,45	0,23
Cirugía	116	1,18	1,38	0,33	0,08	0,21
Psiquiatría corta estadía	121	0,52	0,58	0,34	0,04	0,19
Unidad de recuperación de pabellones (central y cma)	112	0,65	0,69	0,32	0,05	0,18
Oncología	76	1,88	1,38	0,22	0,13	0,17
Unidad de cuidados intensivos adulto	25	3,86	4,55	0,07	0,27	0,17
Medicina	86	1,09	1,09	0,24	0,08	0,16
Derivación médico quirúrgico	85	0,75	1,30	0,24	0,05	0,15
Unidad emergencia adultos	87	0,64	1,38	0,25	0,04	0,15
Unidad de tratamiento intermedio pediatría	69	1,16	1,53	0,20	0,08	0,14
Segunda infancia	70	1,06	0,91	0,20	0,07	0,14
Agudos medicina	44	1,91	1,26	0,13	0,13	0,13
Area medica adulto cuidados medios	6	3,27	2,39	0,02	0,23	0,12
Unidad de cuidados intensivos quemados	2	3,23	6,13	0,01	0,23	0,12
Pensionado pediátrico	9	2,77	0,99	0,03	0,19	0,11
Unidad de tratamiento intermedio (uti) (indiferenciado) adulto	40	1,38	1,61	0,11	0,10	0,11

Servicio de Ingreso

Servicio de ingreso	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Cantidad EEP Normalizado	GRD EEP Normalizado	Indicador Compuesto
Unidad de cuidados intensivos pediatría	14	2,36	2,79	0,04	0,17	0,10
Psiquiatría	54	0,70	0,62	0,15	0,05	0,10
Unidad de cuidados intensivos (uci) (indiferenciado)	6	2,43	4,46	0,02	0,17	0,09
Neurocirugía adulto	2	2,56	2,01	0,01	0,18	0,09
Desconocido	1	2,30	0,74	0,00	0,16	0,08
Ginecología	37	0,69	0,83	0,11	0,05	0,08
Cirugía de partes blandas infantil	18	1,45	1,18	0,05	0,10	0,08
Infecciosos infantil	24	1,07	0,76	0,07	0,08	0,07
Unidad emergencia niños	25	1,01	1,04	0,07	0,07	0,07
Unidad de tratamiento intermedio cardiovascular	1	1,82	2,73	0,00	0,13	0,07

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Descripción de los Resultados

1. Servicios Destacados:

- **Pediatría** lidera la lista, con una combinación de la mayor frecuencia de egresos y un GRD moderado, reflejando su relevancia generalizada en el sistema.
- **Área de Trasplante Adulto**, aunque tiene una baja cantidad de EEP, ocupa el segundo lugar debido a su excepcional puntaje GRD.
- **Cirugía Infantil y Neuropsiquiatría Infantil** muestran un balance intermedio entre frecuencia y complejidad.

2. Servicios con Alta Complejidad:

- Servicios como Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular y Oncología tienen un peso significativo en el indicador gracias a su alta complejidad, aunque su frecuencia es más moderada.

3. Servicios con Alta Frecuencia:

- **Cirugía, Medicina, y Psiquiatría Corta Estadía** son relevantes debido a su volumen de pacientes, aunque con puntajes GRD relativamente bajos.

El uso de un indicador compuesto facilita la toma de decisiones al integrar la dimensión clínica (complejidad GRD) con el uso de recursos hospitalarios (frecuencia). Esto permite a los gestores de salud identificar servicios prioritarios para la asignación de recursos y el diseño de políticas públicas, especialmente en el contexto de la implementación de la EEP.

Especialidad Médica

El análisis de los servicios de ingreso basado en el indicador compuesto ha permitido identificar aquellos que combinan una alta frecuencia y complejidad en los egresos hospitalarios. Sin embargo, para comprender de manera más integral la asignación de recursos y la carga asistencial, es esencial ampliar este enfoque hacia las especialidades médicas. Estas representan un nivel de análisis complementario que permite visualizar cómo se distribuye la complejidad y el volumen de atención en función de las áreas clínicas específicas, lo que resulta crucial para ajustar estrategias de planificación y financiamiento en el marco de la EEP.

La tabla presentada ofrece un análisis de las especialidades médicas involucradas en los egresos hospitalarios dentro del marco de la EEP. Este análisis se centra en combinar el volumen de atención (cantidad de egresos EEP) y la complejidad de los casos atendidos (GRD EEP) en un indicador combinado. Este indicador ayuda a priorizar especialidades clave al incorporar tanto su frecuencia de uso como el peso de los casos atendidos.

Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Especialidad Médica entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.

Especialidad médica	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Cantidad EEP Normalizado	GRD EEP Normalizado	Indicador Combinado
Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	431	0,52	0,57	1,00	0,07	0,54
Hematología	3	7,10	2,91	0,01	1,00	0,50
Cirugía cardiovascular	2	6,43	4,19	0,00	0,91	0,46
Pediatría	323	0,95	0,96	0,75	0,13	0,44
Cirugía pediátrica	206	1,21	1,14	0,48	0,17	0,32
Medicina interna	179	1,39	1,25	0,42	0,20	0,31
Cirugía general	193	1,10	1,42	0,45	0,15	0,30
Nefrología adulto	2	3,99	1,00	0,00	0,56	0,28
Hemato-oncología pediátrica	55	2,35	1,91	0,13	0,33	0,23
Oncología médica	61	1,72	1,20	0,14	0,24	0,19
Inmunología clínica	18	2,32	1,56	0,04	0,33	0,18
Neurocirugía	11	2,21	2,67	0,03	0,31	0,17
Cirugía vascular periférica	5	2,19	1,44	0,01	0,31	0,16
Medicina intensiva adulto	9	1,96	2,98	0,02	0,28	0,15
Medicina intensiva pediátrica	12	1,82	2,35	0,03	0,26	0,14
Traumatología y ortopedia	59	0,97	1,19	0,14	0,14	0,14
Cirugía de tórax	6	1,83	1,74	0,01	0,26	0,14
Cardiología pediátrica	1	1,82	2,09	0,00	0,26	0,13
Psiquiatría adulto	76	0,57	0,60	0,18	0,08	0,13
Cirugía plástica y reparadora	27	1,33	1,84	0,06	0,19	0,13
Nefrología pediátrico	1	1,69	1,20	0,00	0,24	0,12
Cirugía y traumatología buco maxilofacial	40	0,95	0,97	0,09	0,13	0,11
Obstetricia y ginecología	52	0,66	0,78	0,12	0,09	0,11
Medicina de urgencia	58	0,55	0,87	0,13	0,08	0,11
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	17	1,16	1,09	0,04	0,16	0,10
Urología	17	1,12	0,97	0,04	0,16	0,10
Otorrinolaringología	32	0,83	0,99	0,07	0,12	0,10

Especialidad médica	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Cantidad EEP Normalizado	GRD EEP Normalizado	Indicador Combinado
Neurología adulto	19	1,02	1,27	0,04	0,14	0,09
Cardiología	5	1,21	2,07	0,01	0,17	0,09
Cirugía digestiva	13	1,06	1,57	0,03	0,15	0,09
Radiología intervencional	5	1,04	1,57	0,01	0,15	0,08
Reumatología	1	1,09	1,11	0,00	0,15	0,08
Neurología pediátrica	26	0,67	0,80	0,06	0,09	0,08
Gastroenterología pediátrica	5	0,81	0,72	0,01	0,11	0,06
Oftalmología	19	0,43	0,50	0,04	0,06	0,05
Coloproctología	3	0,68	1,90	0,01	0,10	0,05
Diabetología	9	0,49	0,52	0,02	0,07	0,05
Gastroenterología adulto	1	0,53	0,84	0,00	0,07	0,04
Odontopediatría	3	0,46	0,59	0,01	0,07	0,04

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Principales hallazgos:

1. **Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia** destaca significativamente con el mayor volumen de casos (431) y un GRD relativamente bajo (0,52), pero su alta frecuencia le otorga el valor más alto del indicador combinado (0,54). Esto resalta la importancia de esta especialidad en el marco de la EEP, particularmente dado el aumento de casos de salud mental en adolescentes.
2. **Hematología** presenta un GRD EEP muy alto (7,10) pero un volumen muy bajo (3 casos). Esto refleja que, aunque poco frecuente, la atención en esta especialidad involucra casos de alta complejidad, lo que podría requerir recursos significativos para pocos pacientes.
3. **Cirugía Cardiovascular** y **Cirugía Pediátrica** también muestran altos GRD, 6,43 y 1,21 respectivamente, posicionándolas como especialidades relevantes tanto en términos de complejidad como de frecuencia relativa.
4. **Pediatría General**, aunque tiene un GRD EEP moderado (0,95), destaca como la segunda especialidad en volumen de casos (323), reflejando su relevancia en la atención de adolescentes en esta política.
5. Especialidades como **Medicina Interna** y **Oncología Médica** combinan una cantidad moderada de casos y un GRD EEP relativamente alto (1,39 y 1,72 respectivamente), mostrando su peso tanto en frecuencia como en complejidad.
6. **Especialidades quirúrgicas** como **Cirugía General**, **Traumatología y Ortopedia**, y **Cirugía de Tórax** presentan valores intermedios en el indicador, reflejando una combinación balanceada de frecuencia y complejidad.

El desarrollo de un indicador combinado permite una visión integrada que equilibra la frecuencia de uso y la complejidad de los casos atendidos. Especialidades con altos puntajes en ambos aspectos, como Psiquiatría

Pediátrica y de la Adolescencia, reflejan una necesidad urgente de priorización en términos de recursos humanos y financieros.

El análisis también subraya la importancia de considerar especialidades con baja frecuencia, pero alta complejidad, como Hematología, para garantizar que los recursos especializados estén disponibles para los pacientes que más los necesitan. Este enfoque permite una planificación más informada en la asignación de recursos hospitalarios y el diseño de políticas de salud dentro de la EEP.

Diagnósticos

El análisis de las especialidades médicas nos ha permitido identificar las áreas clave de atención en términos de volumen y complejidad dentro de la implementación de la EEP. Sin embargo, para comprender de manera integral las necesidades de esta población, es crucial profundizar en los diagnósticos específicos que motivan los egresos hospitalarios.

A continuación, se exploran los Capítulos Diagnóstico Primario y sus respectivas categorías, analizando cómo se distribuyen entre los grupos etarios y cómo estas patologías reflejan la carga de enfermedad que enfrentan los adolescentes en el sistema de salud. Este análisis complementará la visión sobre la atención hospitalaria, conectando especialidades con los motivos específicos de ingreso.

La tabla presentada clasifica los Capítulos Diagnóstico Primario según la cantidad de egresos hospitalarios (EEP), el puntaje GRD promedio de los egresos para la población cubierta por la EEP, el puntaje GRD promedio para el resto de la población no EEP, y un Indicador Combinado que pondera la frecuencia y complejidad de los diagnósticos. Este análisis permite observar los capítulos con mayor relevancia en términos de frecuencia y complejidad en el contexto de la atención hospitalaria para adolescentes.

Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Capítulo del Diagnóstico Primario entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.

Capítulo Diagnóstico	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Indicador Combinado
Trastornos mentales y del comportamiento	602	0,54	0,60	0,61
Tumores [Neoplasias]	109	2,50	1,43	0,59
Enfermedades del sistema digestivo	339	0,96	1,30	0,47
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	152	1,36	1,10	0,40
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	126	1,22	1,48	0,35
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	68	1,45	1,59	0,35
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	55	1,47	1,71	0,34
Enfermedades del sistema circulatorio	36	1,39	1,74	0,31
Enfermedades del sistema nervioso central	85	1,12	1,30	0,29
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	38	1,31	1,39	0,29
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	87	1,09	1,10	0,29
Enfermedades del sistema genitourinario	93	0,96	0,89	0,27

Diagnósticos

Capítulo Diagnóstico	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Indicador Combinado
Códigos para propósitos especiales	3	1,33	1,85	0,27
Enfermedades del sistema respiratorio	68	1,05	1,31	0,27
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	54	0,95	0,98	0,23
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	25	0,99	1,04	0,22
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	12	0,89	0,75	0,19
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	35	0,73	0,73	0,17
Enfermedades del ojo y sus anexos	18	0,45	0,51	0,10

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Descripción de los principales hallazgos:

1. Capítulos más representativos por cantidad de egresos:

- **Trastornos mentales y del comportamiento** encabeza la lista con 602 egresos y un indicador combinado de 0,61, destacando la alta frecuencia y relevancia de este grupo diagnóstico en la población adolescente.
- **Enfermedades del sistema digestivo** con 339 egresos, también representa un capítulo de alta relevancia, aunque su complejidad (GRD EEP: 0,96) es inferior a otros capítulos.

2. Capítulos de alta complejidad:

- **Tumores (Neoplasias)** muestra un GRD EEP de 2,50, el más alto de la tabla, lo que refleja la alta complejidad asociada a este grupo, aunque la cantidad de egresos es menor en comparación con otros capítulos (109).
- **Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas** también presentan GRD altos (1,47 y 1,45 respectivamente), indicando la necesidad de recursos especializados para su manejo.

3. Factores externos e incidentales:

- **Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud** (152 egresos, GRD EEP: 1,36) y **Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas** (126 egresos, GRD EEP: 1,22) son capítulos relevantes tanto por frecuencia como por la complejidad de los casos.

4. Capítulos de menor relevancia según el indicador combinado:

- **Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides** (12 egresos, Indicador Combinado: 0,19) y **Enfermedades del ojo y sus anexos** (18 egresos, Indicador Combinado: 0,10) se destacan por su baja frecuencia y menor complejidad en comparación con otros capítulos.

El análisis de los capítulos diagnósticos revela una combinación de necesidades en la atención hospitalaria de adolescentes, donde predominan los trastornos mentales, los tumores, y las enfermedades digestivas en términos de relevancia general. Este tipo de análisis resulta fundamental para orientar la asignación de

recursos y el desarrollo de políticas específicas que aborden tanto la frecuencia como la complejidad de los diagnósticos en la población adolescente.

Tabla: Promedio del Puntaje del GRD de la población EEP y No-EEP, e indicador Compuesto, por Servicio de Ingreso entre egresos Hospitalarios de la RM, 2023.

Categoría Diagnóstico	Cantidad EEP	GRD EEP	GRD No-EEP	Indicador Combinado
Episodio depresivo	190	0,43	0,45	0,53
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	1	7,63	1,63	0,50
Malformaciones congénitas de la válvulas pulmonar y tricúspide	1	6,83	4,11	0,45
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	1	6,67	1,72	0,44
Sinusitis aguda	1	6,18	0,90	0,41
Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	1	6,03	2,78	0,40
Laringitis y traqueítis agudas	1	5,82	1,46	0,38
Linfoma de células T/NK maduras	1	5,82	1,50	0,38
Otros traumatismos y los no especificados del tórax	1	5,82	2,84	0,38
Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel del hombro y del brazo	1	5,82	2,37	0,38
Hemorragia intraencefálica	3	5,73	2,93	0,38
Otra atención médica	103	1,56	1,15	0,37
Leucemia linfoide	44	3,79	2,57	0,36
Apendicitis aguda	114	0,90	1,02	0,36
Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, no clasificados en otra parte	1	5,20	5,82	0,34
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias	3	4,40	2,12	0,30
Absceso y granuloma intracraneal e intrarraquídeo	1	4,35	3,84	0,29
Tumor benigno del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	1	4,35	2,25	0,29
Leucemia mieloide	3	3,83	3,03	0,26
Úlcera de de cúbito	3	3,65	1,46	0,25
Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	82	0,44	0,46	0,24
Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte	2	3,59	3,22	0,24
Malformaciones congénitas de la vesícula biliar, de los conductos biliares y del hígado	1	3,57	3,05	0,24
Otras septicemias	9	3,05	2,47	0,22
Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la cadera y del muslo	1	3,27	3,12	0,22
Quemadura y corrosión del tronco	3	3,15	2,10	0,21
Trastornos específicos de la personalidad	64	0,55	0,49	0,20
Leucemia de células de tipo no especificado	3	2,99	3,29	0,20
Fibrosis quística	30	1,85	1,66	0,20
Colelitiasis	48	1,08	1,12	0,20

Fuente: Elaboración propia a partir de datos GRD FONASA 2023

Conclusiones generales análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo presentado en este documento ofrece un panorama integral sobre los egresos hospitalarios de la población adolescente en el contexto de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) en la Región Metropolitana. Los datos muestran una compleja interacción entre la carga asistencial, la distribución de especialidades, los diagnósticos predominantes y los procedimientos realizados en los hospitales. Algunos puntos destacados incluyen:

1. **Distribución hospitalaria:** La clasificación de hospitales en pediátricos, mixtos y de adultos revela importantes diferencias en la atención prestada. Los hospitales pediátricos concentran los casos de menor complejidad, mientras que los mixtos y de adultos presentan una mayor diversidad de servicios y procedimientos asociados a mayor complejidad.
2. **Diagnósticos y especialidades predominantes:** Salud mental y enfermedades del sistema digestivo son capítulos diagnósticos destacados en adolescentes. La psiquiatría infanto-juvenil y la cirugía pediátrica emergen como especialidades clave para esta población.
3. **Peso GRD y financiamiento:** Los hospitales que atienden a adolescentes muestran diferencias en sus perfiles de peso GRD, reflejando tanto la frecuencia como la complejidad de los casos atendidos. Este aspecto es crítico para el financiamiento basado en GRD y resalta la importancia de adaptar los modelos de asignación de recursos.
4. **Proyecciones demográficas:** La disminución proyectada en la población adolescente plantea desafíos específicos para la planificación de servicios, aunque servicios de salud en áreas con inmigración creciente y alta natalidad, como los Servicios de Salud Norte y Centro, podrían ver una demanda sostenida o creciente.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos del análisis, se proponen las siguientes recomendaciones para optimizar la implementación de la EEP en la Región Metropolitana:

1. **Fortalecimiento de salud mental:**
 - Aumentar la capacidad instalada de psiquiatría infanto-juvenil en hospitales pediátricos y mixtos, dada la alta proporción de diagnósticos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento.
 - Diseñar estrategias específicas para atender el aumento de casos relacionados con salud mental, especialmente en contextos post-pandemia.
2. **Optimización de recursos quirúrgicos:**
 - Integrar quirófanos y equipos especializados en cirugía pediátrica en hospitales mixtos para atender procedimientos relacionados con apendicitis, coleditiasis y otras patologías frecuentes en adolescentes.
 - Mejorar la coordinación entre hospitales pediátricos y mixtos para optimizar el uso de quirófanos, atendiendo tanto a casos programados como a emergencias.

3. **Revisión del modelo de financiamiento:**

- Considerar la reestructuración del modelo de financiamiento basado en GRD para reflejar mejor las necesidades de atención de la población adolescente, asegurando una distribución justa de recursos entre hospitales pediátricos, mixtos y de adultos.
- Implementar incentivos para hospitales que asuman una mayor proporción de adolescentes con alta complejidad.

4. **Recopilación de datos locales:**

- Avanzar en una segunda etapa de análisis que complemente los datos abiertos con información interna de los hospitales, incluyendo diagnósticos específicos, procedimientos y asignación de recursos.
- Establecer un sistema de monitoreo continuo para evaluar el impacto de la EEP en tiempo real y ajustar estrategias en función de los cambios observados.

5. **Proyección estratégica de recursos humanos:**

- Implementar programas de formación en especialidades críticas como psiquiatría infanto-juvenil, cirugía pediátrica y traumatología.
- Incentivar la retención de especialistas en hospitales de alta demanda para adolescentes, especialmente en áreas urbanas de alta densidad poblacional.

6. **Desarrollo de políticas integradas:**

- Crear protocolos de referencia y contrarreferencia claros entre niveles primario, secundario y terciario de atención para adolescentes, fortaleciendo la coordinación en la red de salud.
- Promover el uso de herramientas tecnológicas para mejorar el seguimiento de pacientes y la planificación de servicios.

La implementación de la EEP representa una oportunidad única para fortalecer el sistema de salud en la Región Metropolitana, adaptándolo a las necesidades específicas de la población adolescente. La planificación basada en datos, la optimización de recursos y el fortalecimiento de especialidades clave serán esenciales para asegurar que este grupo etario reciba una atención de calidad, equitativa y sostenible en el tiempo.

Producto 2: Revisión de la evidencia de experiencia de extensión de edad pediátrica en establecimientos hospitalarios.

I. Presentación del problema

En la mayoría de los Sistemas de Salud en el mundo, la atención pediátrica se limita a niños menores de 15 años, dejando a los adolescentes en un limbo entre los servicios pediátricos y de adultos¹⁰. Esta transición no estructurada genera barreras significativas para la continuidad del cuidado y puede impactar negativamente en el manejo de condiciones agudas y crónicas, como en las enfermedades relacionadas a la salud mental¹¹. Además, los hospitales pediátricos suelen carecer de infraestructura y equipos de salud con formación en las necesidades específicas de los adolescentes. Esto incluye espacios que promuevan la privacidad y la autonomía, así como también preocupaciones en factores de riesgo específicos. La falta de recursos en los hospitales limita la calidad y accesibilidad de la atención¹².

Los adolescentes presentan características únicas, como cambios físicos y hormonales, desarrollo cognitivo y emocional, y una creciente necesidad de autonomía en la toma de decisiones sobre su salud. Estas particularidades requieren un enfoque holístico y multidisciplinario que integre aspectos médicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, en áreas como psiquiatría infanto-juvenil, los adolescentes enfrentan tiempos de espera prolongados y dificultad para acceder a servicios especializados. Esto se ve agravado por la falta de programas de transición estructurados que faciliten el paso a servicios para adultos, lo que puede llevar a una discontinuidad en el tratamiento¹³.

La atención a adolescentes en hospitales pediátricos suele estar fragmentada debido a la falta de modelos de atención integrados que coordinen los diferentes servicios. Esto limita la capacidad de los Sistemas de Salud para responder de manera efectiva a las necesidades complejas de este grupo etario.

10 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

11 Lepiece B, Patigny P, Dubois T, Jacques D, Zdanowicz N. Improving Transition from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services for Adolescents in Transition to Young Adulthood: A Literature Review. *Psychiatr Danub*. 2020 Sep;32(Suppl 1):153-157. PMID: 32890381.

12 Stierman EK, Kalbarczyk A, Oo HNL, Koller TS, Peters DH. Assessing Barriers to Effective Coverage of Health Services for Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *J Adolesc Health*. 2021 Oct;69(4):541-548. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.12.135. Epub 2021 Mar 9. PMID: 33712382; PMCID: PMC8442758.

13 Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD009794. DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2. Accessed 27 November 2024.

Una scope review realizada por Wang et al¹⁴ analiza la evidencia disponible respecto a las barreras que enfrentan los adolescentes para acceder a los servicios de salud en países de mediano y bajo ingreso. Para esto, se consideró un marco conceptual que plantea 6 dimensiones para el acceso efectivo a los servicios de salud (Disponibilidad, accesibilidad geográfica, asequibilidad, aceptabilidad y calidad).

La revisión incluyó 339 estudios de diferentes países que analizaron las barreras asociadas con al menos una dimensión del acceso del marco conceptual. Las dimensiones más estudiadas fueron la aceptabilidad (93%) y la disponibilidad (88%) de los servicios de salud, mientras que la asequibilidad (45%) y la accesibilidad geográfica (32%) fueron las menos abordadas. Solo el 40% de los estudios evaluó la utilización de los servicios, y ninguno consideró la cobertura efectiva. Además, la atención a los estratificadores de equidad, como los ingresos o la discapacidad, fue limitada.

Las barreras identificadas se clasificaron en dos grandes grupos: barreras de oferta y barreras de demanda. Las barreras de oferta surgen de las limitaciones en la prestación de servicios, mientras que las barreras de demanda se originan en restricciones a nivel individual, familiar o comunitario. La mayoría de los estudios (69%) identificaron barreras combinadas de ambos tipos, lo que afecta significativamente la cobertura efectiva de los servicios de salud para adolescentes. Un ejemplo notable es la ausencia de servicios integrales para adolescentes en situación de discapacidad, quienes enfrentan barreras tanto en su entorno, como escuelas no adaptadas, como en la oferta de servicios de salud que no consideran sus necesidades específicas durante su proceso de desarrollo.

Para lograr una atención adecuada y efectiva para adolescentes, es fundamental abordar estas barreras desde un enfoque integral y multisectorial. El análisis de los elementos clave para la conformación de servicios de salud para adolescentes requiere considerar intervenciones que se alineen con las dimensiones identificadas, buscando garantizar disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad, mientras se promueven soluciones innovadoras que aseguren una cobertura efectiva y equitativa¹⁵.

II. Objetivos de los Servicios de Salud de adolescencia

Diversos estudios han identificado las características esenciales que deben tener los servicios de salud para adolescentes para abordar de manera efectiva sus necesidades únicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶, los servicios deben ser accesibles, aceptables, apropiados, eficaces y equitativos. Estos objetivos han guiado la evaluación de la calidad y adecuación de los servicios de salud para adolescentes en diferentes contextos, destacando la importancia de diseñar servicios que fomenten el acceso, promuevan relaciones positivas entre usuarios y proveedores, y aborden tanto la prevención de enfermedades como la promoción de la salud.

14 Stierman EK, Kalbarczyk A, Oo HNL, Koller TS, Peters DH. Assessing Barriers to Effective Coverage of Health Services for Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *J Adolesc Health*. 2021 Oct;69(4):541-548. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.12.135. Epub 2021 Mar 9. PMID: 33712382; PMCID: PMC8442758.

15 World Health Organization. (2001). *Helping Adolescents Thrive Toolkit*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). ISBN: 9789240025554

16 World Health Organization. (2001). *Global Consultation on Adolescent Health Services. A Consensus Statement*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization.

Tabla: Características de los Servicios de Salud para Adolescentes

Dimensión	Descripción
Accesibilidad	Las políticas y los procedimientos garantizan que los servicios sean ampliamente accesibles.
Aceptable	Las políticas y los procedimientos tienen en cuenta la cultura, las relaciones y el ambiente de atención.
Apropiado	Los servicios de salud satisfacen las necesidades de todos los jóvenes.
Eficacia	Los servicios de salud reflejan estándares de atención basados en evidencia y pautas profesionales.
Equitativo	Las políticas y los procedimientos no restringen la prestación de servicios ni la elegibilidad para recibirlos.

Elaboración autores en base a World Health Organization. (2001). Global Consultation on Adolescent Health Services. A Consensus Statement. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization.

III. Experiencias de Servicios de Salud de Adolescentes

La atención en salud para adolescentes presenta desafíos únicos debido a las necesidades específicas de esta etapa de desarrollo y su posición intermedia entre la pediatría y la medicina de adultos. A nivel internacional, países como Estados Unidos, Reino Unido y España han adoptado enfoques diversos para integrar la atención de adolescentes en sus sistemas de salud, reflejando tanto sus prioridades clínicas como las características de sus poblaciones. Estas experiencias destacan estrategias que buscan optimizar los recursos existentes, garantizar la continuidad del cuidado y adaptar los servicios a las demandas de los jóvenes ofreciendo aprendizajes clave para abordar las brechas en la atención¹⁷.

En los Estados Unidos¹⁸, la atención hospitalaria para adolescentes se ha enfrentado al desafío de integrar esta población en un sistema diseñado principalmente para pediatría y adultos. Aunque durante las décadas de 1970 y 1980 se promovió la creación de unidades específicas para adolescentes, la realidad demostró que la demanda no era suficiente para justificar estas instalaciones. Hoy, la mayoría de los hospitales prefieren incorporar equipos multidisciplinarios con experiencia en salud adolescente dentro de sus unidades existentes, tanto pediátricas como generales. Este enfoque permite abordar las necesidades particulares de los adolescentes sin crear nuevas estructuras, alineándose con directrices de la Sociedad de Medicina de Adolescentes para proporcionar atención adecuada al desarrollo de esta etapa.

Los hospitales estadounidenses también enfrentan particularidades en la atención de adolescentes, como embarazos, trastornos de salud mental y lesiones. Condiciones como depresión, lesiones traumáticas y complicaciones obstétricas destacan entre las principales razones de hospitalización para adolescentes de 13 a 17 años¹⁹. El embarazo adolescente, especialmente entre familias de bajos ingresos, resalta desafíos

17 Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD009794. DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2. Accessed 27 November 2024.

18 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

19 Carr BG, Branas CC, Metlay JP, Sullivan AF, Camargo CA Jr. Access to emergency care in the United States. *Ann Emerg Med*. 2009 Aug;54(2):261-9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.11.016. Epub 2009 Feb 7. PMID: 19201059; PMCID: PMC2728684.

adicionales como el acceso desigual a servicios, ya que la mayoría de estas hospitalizaciones están cubiertas por Medicaid (programa de seguros para personas de bajos ingresos de la administración federal)²⁰. A pesar de estos desafíos, el modelo integrado en hospitales pediátricos y generales permite optimizar recursos y garantizar que los adolescentes reciban atención especializada dentro de los sistemas existentes.

El programa Got Transition destaca como un modelo en Estados Unidos para mejorar la transición del cuidado en jóvenes con necesidades complejas, pero su implementación enfrenta barreras relacionadas con la falta de formación del personal y recursos especializados en hospitales²¹.

Actualmente en Estados Unidos los servicios de salud para adolescentes se dividen entre atención primaria y especializada, cada uno con enfoques específicos. Los servicios de atención primaria incluyen controles rutinarios, inmunizaciones, orientación preventiva y evaluación de riesgos. Por su parte, la atención especializada aborda necesidades como el manejo de enfermedades crónicas, trastornos alimentarios, salud reproductiva, salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Algunos entornos, como las clínicas de salud comunitaria o aquellas especializadas como Planned Parenthood²², combinan ambos tipos de atención, lo que facilita el acceso integral a servicios diversos. Sin embargo, estas estructuras enfrentan desafíos significativos en cuanto a coordinación, continuidad y planificación a nivel de sistema.

El sistema de salud para adolescentes enfrenta los mismos problemas estructurales que el sistema general de salud, incluyendo una fragmentación significativa entre proveedores, entornos y servicios. La falta de comunicación y coordinación entre los sectores público y privado limita la eficacia de las intervenciones y genera barreras para transiciones fluidas entre niveles de atención. Estas brechas son particularmente visibles en áreas como la salud mental, donde las restricciones financieras, la escasez de proveedores y las preocupaciones sobre confidencialidad dificultan la prestación de servicios. Para superar estas barreras, es crucial desarrollar un enfoque integrado y colaborativo que permita atender de manera efectiva las necesidades de los adolescentes, al tiempo que se abordan las limitaciones estructurales y contextuales del sistema de salud.

En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) ha desarrollado un enfoque integral para la atención de adolescentes a través de programas especializados que buscan abordar las necesidades únicas de este grupo etario. Estos servicios comenzaron a consolidarse a mediados de la década de 2000, cuando se identificó la brecha en la atención entre los servicios pediátricos y los de adultos, particularmente para adolescentes con condiciones crónicas o problemas de salud mental. La estrategia incluye la participación de equipos multidisciplinarios compuestos por médicos generales, pediatras, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros especializados en salud adolescente, quienes trabajan de manera coordinada para garantizar la continuidad y calidad del cuidado²³.

20 Chandra, A., Martinez, G. M., Mosher, W. D., Abma, J. C., and Jones, J. (2005). Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth. *National Center for Health Statistics. Vital Health and Statistics*, 23(25).

21 McPheeters M, Davis AM, Taylor JL, Brown RF, Potter SA, Epstein RA Jr. Transition Care for Children With Special Health Needs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Jun. Report No.: 14-EHC027-EF. PMID: 25057736.

22 The Center for Health and Health Care in Schools. (1993). *The Answer Is at School: Bringing Health Care to Our Students*. Washington, DC: The George Washington University.

23 Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD009794. DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2. Accessed 27 November 2024.

Un ejemplo destacado es el programa “Ready Steady Go”²⁴, diseñado para facilitar la transición de adolescentes con enfermedades crónicas desde servicios pediátricos a adultos. Este programa incluye herramientas estandarizadas que ayudan a los adolescentes a desarrollar habilidades de autocuidado, fortalecer la comunicación con los profesionales de salud y garantizar la continuidad del tratamiento mediante planes personalizados.

Sin embargo, persisten barreras significativas. Entre ellas, la falta de capacitación uniforme en salud adolescente para los profesionales, la limitada disponibilidad de recursos en ciertas regiones del país y la necesidad de integrar tecnologías de apoyo como la telemedicina de manera más amplia. Estas limitaciones afectan la implementación y expansión de programas como “Ready Steady Go”, subrayando la importancia de priorizar inversiones en formación y coordinación para optimizar los resultados de los adolescentes en el NHS²⁵.

Finalmente, en España, los servicios de salud para adolescentes dentro del ámbito hospitalario se han integrado principalmente en las estructuras existentes de los hospitales pediátricos y generales. Aunque no existen unidades específicas ampliamente extendidas para esta población, los hospitales han desarrollado estrategias para abordar sus necesidades particulares a través de enfoques multidisciplinarios. Estas estrategias incluyen la atención de especialistas en pediatría y medicina de adultos con formación en salud adolescente, así como la incorporación de equipos que trabajan en áreas clave como cáncer²⁶. Además, algunos hospitales han implementado consultas específicas para adolescentes, centradas en problemas como trastornos del comportamiento alimentario y salud sexual, permitiendo una atención adaptada a sus características de desarrollo. Este modelo de integración busca maximizar los recursos disponibles y garantizar la continuidad de la atención en un sistema sanitario orientado hacia la cobertura universal y la equidad en el acceso.

El Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona²⁷ reportó que la ausencia de unidades específicas para adolescentes generaba dificultades en el manejo integral de pacientes con lesiones traumáticas, lo que resultaba en el traslado innecesario a servicios de adultos o pediátricos no especializados. Es por esto que han avanzado en la implementación de espacios dedicados ha reducido estas brechas, pero aún persisten desafíos en la cobertura total.

IV. Servicio de Atención Primaria para Adolescentes

Los Servicios de Atención Primaria para adolescentes deben centrarse en abordar sus necesidades únicas de salud física, mental y social. Es fundamental garantizar que estos servicios sean accesibles, aceptables,

24 <https://www.readysteadygo.net/useful-links-for-young-people-and-adults.html>

25 Nagra A, McGinnity PM, Davis N, Salmon AP. Implementing transition: Ready Steady Go. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015 Dec;100(6):313-20. doi: 10.1136/archdischild-2014-307423. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26063244; PMCID: PMC4680199.

26 Garrido Casas J, Menéndez Llana C, Pico Gómez-Pavón P, Cal López MÁ, Bozalongo S, Torrado Val E. Hospital care for adolescents with cancer in Spain: Needs, resources and organisational model. Enferm Clin (Engl Ed). 2021 Jul-Aug;31(4):227-233. doi: 10.1016/j.enfcl.2019.07.003. Epub 2019 Dec 4. PMID: 34243910.

27 Jimenez R. Proceso de transición de hospital pediátrico a hospital de adultos en pacientes crónicos complejos del Hospital Sant Joan de Déu. Documentos de Trabajo Social · n°52 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246.

apropiados, eficaces y equitativos. Esto implica diseñar entornos amigables para adolescentes que promuevan la confianza y la confidencialidad, con personal capacitado para manejar temas sensibles y fomentar el compromiso de los jóvenes en la toma de decisiones sobre su salud. La integración de servicios preventivos y educativos, como orientación sobre salud sexual, nutrición y manejo de estrés, también es clave para mejorar los resultados en salud y reducir riesgos²⁸.

Los centros de salud comunitarios, los servicios de atención primaria afiliados a hospitales y los centros de salud escolares desempeñan un rol central en la prestación de servicios integrales para adolescentes²⁹. Los centros de salud comunitarios proporcionan una amplia gama de servicios esenciales en comunidades marginadas o rurales, facilitando el acceso a atención primaria y especializada³⁰. Los servicios afiliados a hospitales, por su parte, permiten una atención coordinada para condiciones más complejas, integrando atención primaria con servicios especializados como salud mental o tratamientos de enfermedades crónicas³¹. Los centros de salud escolares ofrecen un modelo único de atención directamente en el entorno educativo, eliminando barreras geográficas y promoviendo la detección temprana de problemas de salud. Estos entornos no solo aumentan el acceso a servicios esenciales, sino que también fortalecen la equidad al llegar a subpoblaciones vulnerables³².

Por último, se destaca la importancia de establecer sistemas de monitoreo y evaluación para medir la calidad y el impacto de los servicios en los adolescentes. Esto incluye recopilar datos sobre tasas de utilización, satisfacción del usuario y resultados de salud, para identificar brechas y adaptar las intervenciones a las necesidades emergentes de este grupo etario. Las recomendaciones subrayan que un enfoque integral y centrado en el adolescente es esencial para garantizar que los servicios de atención primaria no sólo respondan a sus necesidades actuales, sino que también contribuyan a un desarrollo saludable a largo plazo³³.

El informe del *National Research Council and Institute of Medicine. Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development*³⁴ sugirió que los servicios de salud de red de seguridad social en Atención Primaria, como los centros de salud comunitarios, tienden a ser más aceptables para adolescentes que buscan entornos sensibles y seguros. Estos centros suelen proporcionar una

28 Ozer, E. M., Adams, S. H., Lustig, J. L., Gee, S., Garber, A. K., Gardner, L. R., Rehbein, M., Addison, L., and Irwin, C. E., Jr. (2005). Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: A primary care intervention. *Pediatrics*, 115, 960–968.

29 Santelli, J., Morreale, M., Wigton, A., and Grason, H. (1995). Improving Access to Primary Care for Adolescents: School Health Centers as a Service Delivery Strategy (MCH Policy Research Brief). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.

30 Millstein, S. G., and Marcell, A. V. (2003). Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics*, 111, 114–122.

31 Macfarlane, A., and Blum, R. (2001). Do we need specialist adolescent units in hospitals? *British Medical Journal*, 322, 941–942.

32 Slade, E. P. (2002). Effects of school-based mental health programs on mental health service use by adolescents at school and in the community. *Mental Health Services Research*, 4, 151–166

33 Van Hook, S., Harris, S. K., Brooks, T., Carey, P., Kossack, R., Kulig, J., Knight, J. R., and New England Partnership for Substance Abuse Research. (2007). The “Six T’s”: Barriers to screening adolescents for substance abuse in primary care. *Journal of Adolescent Health*, 40, 456–461.

34 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

combinación más apropiada de habilidades y servicios, abordar conductas de riesgo y ofrecer estrategias de promoción de la salud más eficaces. Sin embargo, enfrentan desafíos como inestabilidad financiera, cambios frecuentes de personal y dificultades para financiar servicios de prevención y promoción, lo que limita su capacidad para resolver inequidades en la atención primaria tradicional.

V. Servicio de Atención Terciaria para Adolescentes

Los servicios de atención especializada son fundamentales para abordar las necesidades complejas de salud de los adolescentes, como el manejo de enfermedades crónicas, trastornos alimentarios, problemas de salud mental, necesidades de salud reproductiva y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). Estos servicios son proporcionados por especialistas en campos como endocrinología, salud mental, ginecología, nutrición y psiquiatría, entre otros. Sin embargo, su efectividad depende de la coordinación con la atención primaria y de su capacidad para responder a las necesidades específicas de los adolescentes. Según el **National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development**, los servicios especializados deben estar diseñados para garantizar la continuidad del cuidado, promover la adherencia a los tratamientos y abordar las brechas estructurales que limitan el acceso equitativo³⁵.

Los centros de atención especializada, como clínicas de salud reproductiva o de salud mental, desempeñan un rol central al ofrecer servicios específicos que a menudo no están disponibles en la atención primaria. Estas clínicas suelen ser más accesibles para adolescentes con condiciones que requieren cuidado prolongado o intervenciones multidisciplinarias³⁶. Además, los entornos especializados permiten a los proveedores centrarse en temas específicos, como el tratamiento del consumo de sustancias o trastornos alimentarios, y ofrecer una atención más personalizada y adaptada a las necesidades únicas de los adolescentes. Sin embargo, la limitada disponibilidad de estos servicios en áreas rurales y su elevado costo en entornos urbanos representan barreras significativas para muchos adolescentes.

Un componente esencial de los servicios de especialidad es la integración de enfoques preventivos y terapéuticos³⁷. Los adolescentes que necesitan atención especializada suelen enfrentarse a múltiples barreras, como largos tiempos de espera, costos elevados y falta de proveedores capacitados para trabajar con esta población. Estas limitaciones se agravan en el caso de adolescentes con necesidades complejas que requieren la coordinación de múltiples especialistas. La falta de comunicación entre los servicios especializados y la atención primaria puede generar fragmentación en el cuidado, lo que afecta negativamente los resultados en salud y aumenta el riesgo de abandono del tratamiento³⁸.

35 Fox, H. B., Limb, S. J., and McManus, M. A. (2007). Preliminary Thoughts on Restructuring Medicaid to Promote Adolescent Health (Issue Brief No. 1). Washington, DC: Incenter Strategies.

36 Committee on Adolescent Health and American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). ACOG Committee Opinion No. 335. The initial reproductive health visit. *Obstetrics and Gynecology*, 107, 1215–1219.

37 MacKay, A. P., and Duran, C. (2007). *Adolescent Health in the United States, 2007*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

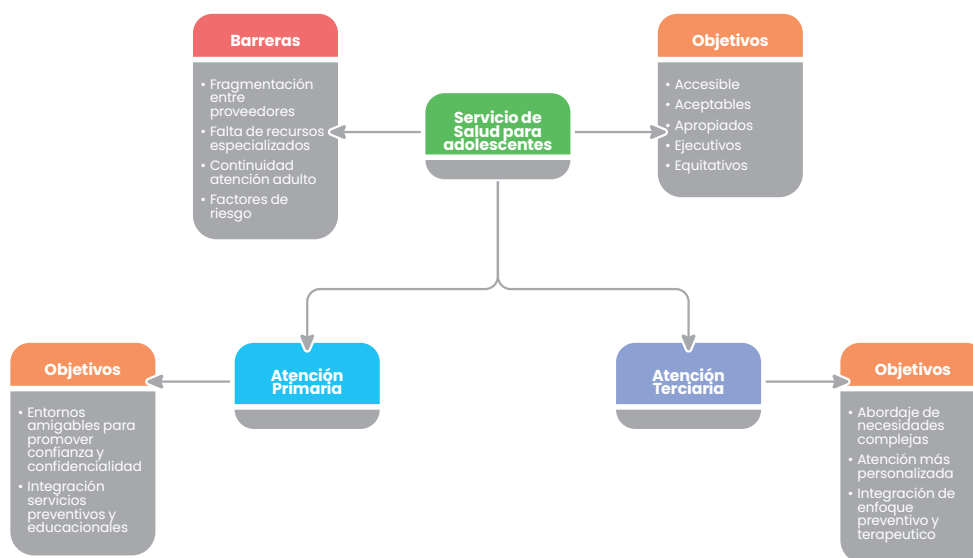
38 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

La evidencia presentada en el informe destaca que, aunque los servicios especializados pueden ser más efectivos en abordar problemas específicos, enfrentan retos significativos en términos de equidad, accesibilidad y sostenibilidad. Es fundamental desarrollar sistemas que integren servicios especializados y primarios, garantizando una coordinación fluida entre proveedores y niveles de atención. Además, es necesario establecer mecanismos de financiamiento sostenibles que reduzcan las barreras económicas para adolescentes y sus familias. Por último, los servicios de especialidad deben priorizar estrategias centradas en el adolescente, como la capacitación del personal en habilidades interpersonales, la creación de entornos seguros y confidenciales, y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario para maximizar su impacto en el bienestar de los jóvenes.

VI. Alternativas de solución

Considerando los objetivos de los servicios de salud de adolescentes y la experiencia de otros países en su implementación, se pueden observar los lineamientos generales para intervenciones que mejoren el acceso a la atención en salud. En la Figura 1 se puede observar un marco conceptual que resume los elementos principales de los Servicios de Salud para adolescentes.

Figura 1: Estructura de los Servicios de Salud para Adolescentes



* Elaboración autores en base a National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. Adolescent Health Services: Missing Opportunities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

Esta estructura de los servicios de salud para adolescentes permite poder identificar 4 áreas de intervención para poder adaptar los servicios de atención terciaria para adolescente: Construcción de espacios amigables para adolescentes, herramientas de consentimiento informado, equipos multidisciplinarios y herramientas de tamizaje de factores de riesgo para intervenciones tempranas.

VII. Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes

En la actualidad, los hospitales enfrentan la necesidad urgente de adaptar sus espacios para brindar atención adecuada a adolescentes, una población que requiere entornos diseñados específicamente para responder a sus características y necesidades. Por ello, transformar los entornos hospitalarios para hacerlos más acogedores, inclusivos y respetuosos de los adolescentes es esencial para garantizar la aceptabilidad de los servicios. Este enfoque busca reducir las barreras de acceso, promover una experiencia positiva y facilitar la continuidad del cuidado, reflejando un entendimiento profundo de las preferencias y valores de esta población³⁹.

Las intervenciones en esta área incluyen no sólo la transformación física de los espacios, sino también la ampliación de las prestaciones de salud que respondan a las necesidades específicas de los adolescentes. Ejemplos de estas adaptaciones son la incorporación de servicios como la telemedicina para facilitar el acceso remoto, la creación de programas especializados en salud mental y la implementación de políticas que aseguren la privacidad y la confidencialidad en el tratamiento⁴⁰. Además, la capacitación del personal en habilidades específicas para tratar con adolescentes refuerza la efectividad de estos servicios, promoviendo interacciones que sean consistentes con las expectativas de esta población.

Un ejemplo destacado proviene de España, donde se implementaron las Unidades de Hospitalización Breve de Niños y Adolescentes (UHB-A)⁴¹. Estas unidades están diseñadas para pacientes con trastornos mentales agudos que requieren intervenciones terapéuticas intensivas, pero de corta duración. Su principal objetivo es estabilizar la crisis, prevenir hospitalizaciones prolongadas y fomentar una pronta reintegración del adolescente a su entorno familiar, educativo y social. Según el estudio, la experiencia en estas unidades ha demostrado una mejora significativa en la estabilización clínica de los pacientes y en la satisfacción tanto de las familias como de los profesionales sanitarios. Este modelo destaca por su capacidad para proporcionar atención especializada en un entorno que equilibra las necesidades médicas y psicológicas de los adolescentes, marcando un avance en la integración de esta población en los sistemas de salud hospitalarios.

39 Tanner AE, Philbin MM, Duval A, Ellen J, Kapogiannis B, Fortenberry JD; Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. "Youth friendly" clinics: considerations for linking and engaging HIV-infected adolescents into care. *AIDS Care*. 2014 Feb;26(2):199-205. doi: 10.1080/09540121.2013.808800. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23782040; PMCID: PMC4106414.

40 Walker N, Medlow S, Georges A, Steinbeck K, Ivers R, Perry L, Skinner SR, Kang M, Cullen P. Emergency Department Initiated Mental Health Interventions for Young People: A Systematic Review. *Pediatr Emerg Care*. 2022 Jul 1;38(7):342-350. doi: 10.1097/PEC.0000000000002551. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34620805.

41 Díaz de Neira Hernando, Mónica, Marín Vila, María, & Martínez González, Luis Miguel. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 67-87. Epub 04 de octubre de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100005>

VIII. Transición de Atención Pediátrica a Adulta

La transición de atención pediátrica a adulta representa un desafío clave en la atención sanitaria para adolescentes, ya que marca un cambio significativo en el modelo de cuidado, las expectativas y la relación médico-paciente. Este proceso requiere un enfoque estructurado que asegure la continuidad de los servicios, minimice los riesgos asociados al cambio y permita a los jóvenes asumir un rol más activo en el manejo de su salud. Sin una transición adecuada, los adolescentes enfrentan riesgos de fragmentación en la atención, baja adherencia a los tratamientos y resultados clínicos deficientes, especialmente en aquellos con enfermedades crónicas o complejas⁴².

Las intervenciones en esta área incluyen la implementación de programas de transición formalizados, que abarcan la preparación del adolescente para asumir su autocuidado, la coordinación efectiva entre equipos pediátricos y de adultos, y el establecimiento de guías clínicas específicas para el proceso de transición⁴³. Estas iniciativas también pueden incluir sesiones educativas dirigidas tanto a los pacientes como a sus familias, así como la incorporación de herramientas tecnológicas para el seguimiento continuo, como sistemas de recordatorios digitales o plataformas de telemedicina que faciliten la comunicación y el monitoreo durante la transición.

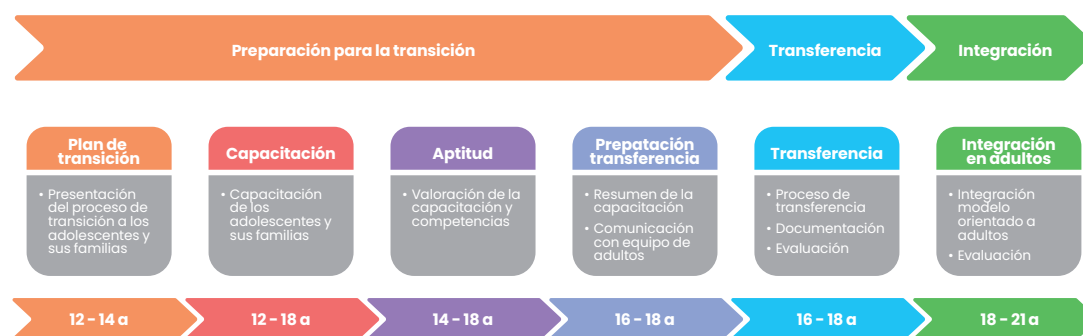
En el Hospital Hospital Vall d'Hebron de Barcelona⁴⁴ Se creó un modelo de transición estructurada para adolescentes con enfermedades crónicas en España. Este programa incluyó un protocolo estándar que involucraba a pediatras, especialistas en medicina interna y el propio adolescente, con un enfoque en preparar gradualmente al paciente para la atención en el ámbito adulto. Los resultados del estudio demostraron que los participantes del programa tuvieron una mejor adherencia a las citas médicas, menor abandono del seguimiento médico y un aumento en la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales involucrados. Este modelo de transición estructurada subraya la importancia de diseñar estrategias integrales que aborden las necesidades específicas de esta etapa y garanticen una continuidad de cuidado efectiva y centrada en el paciente.

42 Geerlings RP, Aldenkamp AP, de With PH, Zinger S, Gottmer-Welschen LM, de Louw AJ. Transition to adult medical care for adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2015 Mar;44:127-35. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.12.041. Epub 2015 Feb 10. PMID: 25679495.

43 Muñoz-Solomando A, Townley M, Williams R. Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Curr Opin Psychiatry.* 2010 Jul;23(4):311-7. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833a51e2. PMID: 20520550.

44 Moreno-Galdó A, Regné-Alegret MC, Aceituno-López MA, Camprodón-Gómez M, Martí-Beltran S, Lara-Fernández R, Del-Toro-Riera M. Implementation of programmes for the transition of adolescents to adult care. *An Pediatr (Engl Ed).* 2023 Dec;99(6):422-430. doi: 10.1016/j.anpede.2023.09.014. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38016858.

Figura: Estructura de los Servicios de Salud para Adolescentes



*Extraído del estudio: Moreno-Galdó A, Regné-Alegret MC, Aceituno-López MA, Camprodón-Gómez M, Martí-Beltran S, Lara-Fernández R, Del-Toro-Riera M. Implementation of programmes for the transition of adolescents to adult care. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023 Dec;99(6):422-430. doi: 10.1016/j.anpede.2023.09.014. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38016858.

Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)

La estrategia de Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés) se ha consolidado como un enfoque eficaz para abordar el uso problemático de sustancias y otros comportamientos de riesgo en adolescentes dentro de entornos de atención hospitalaria. Esta metodología se centra en identificar tempranamente comportamientos de riesgo a través de herramientas de detección validadas, proporcionar intervenciones breves basadas en evidencia para fomentar el cambio de conducta y, cuando sea necesario, derivar a los pacientes a servicios especializados. Implementar el modelo SBIRT en hospitales puede mejorar significativamente la prevención y manejo de problemas relacionados con la salud mental y el uso de sustancias en adolescentes⁴⁵.

Las intervenciones SBIRT incluyen tres componentes principales: la detección, que utiliza cuestionarios o herramientas validadas para identificar comportamientos de riesgo; la intervención breve, que consiste en sesiones cortas de consejería motivacional para ayudar al adolescente a reconocer el problema y considerar cambios; y la derivación, que conecta a los pacientes con servicios especializados para un tratamiento más intensivo si es necesario. Este enfoque se integra fácilmente en los flujos de trabajo clínicos y está diseñado para ser aplicado por profesionales capacitados en entornos pediátricos y de medicina general.

Un ejemplo destacado es el análisis de la implementación de SBIRT en adolescentes realizado en Estados Unidos⁴⁶ en un hospital pediátrico, donde se capacitó al personal para realizar detecciones sistemáticas en adolescentes durante sus visitas de rutina. Los resultados mostraron una mejora significativa en la identificación de problemas de consumo de sustancias, con tasas más altas de referencia a servicios

45 Eggleston A. Utilizing SBIRT as a Framework for Transforming How We Think About Prevention and Early Intervention for Youth and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2022 Oct;71(4S):S5-S6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.10.032. PMID: 36122970.

46 Hadland SE. Filling in the Gaps: Building the Evidence Base for Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment in Adolescents. *J Adolesc Health*. 2022 Oct;71(4S):S1-S4. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.06.023. PMID: 36122964; PMCID: PMC10245381.

especializados y una mayor disposición de los adolescentes para cambiar sus comportamientos de riesgo. Además, el programa demostró ser rentable y bien aceptado por los profesionales y los pacientes. Este ejemplo subraya el potencial de SBIRT como una herramienta clave para prevenir y abordar problemas complejos de salud en adolescentes dentro de entornos hospitalarios.

IX. Implementación de Equipos Multidisciplinarios en la Atención de Adolescentes

La atención de adolescentes en contextos hospitalarios, especialmente aquellos enfrentando enfermedades complejas como el cáncer, requiere un enfoque multidisciplinario para abordar de manera integral sus necesidades físicas, emocionales y sociales. La adolescencia es un periodo de transición en el que los pacientes enfrentan desafíos significativos relacionados con su salud y su desarrollo, lo que exige un abordaje que combine diversas especialidades. La implementación de equipos multidisciplinarios asegura una atención coordinada y centrada en el paciente, promoviendo mejores resultados de salud y bienestar para los adolescentes y sus familias⁴⁷.

Estos equipos incluyen profesionales como médicos especialistas, enfermeros clínicos, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, quienes trabajan de manera colaborativa para diseñar e implementar planes de cuidado personalizados. Las intervenciones multidisciplinarias abarcan desde la gestión del tratamiento médico hasta el soporte emocional y psicosocial, así como el acompañamiento educativo y la capacitación para la vida independiente. Además, el trabajo en equipo permite identificar y mitigar factores de estrés que puedan impactar en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente⁴⁸.

Un ejemplo destacado proviene de un hospital de Reino Unido⁴⁹ en la atención de adolescentes con cáncer. Este enfoque integrador no solo permitió mejorar la experiencia hospitalaria mediante un soporte psicosocial efectivo, sino que también optimizó la comunicación entre los adolescentes, sus familias y los profesionales de la salud. Los resultados mostraron una mayor satisfacción del paciente, una mejora en los indicadores de bienestar emocional y un aumento en la adherencia al tratamiento. Este modelo demuestra cómo la atención multidisciplinaria puede transformar la experiencia hospitalaria en un proceso de cuidado holístico y centrado en las necesidades del adolescente.

47 Lygre RB, Gjestad R, Norekvål TM, Mercer SW, Elgen IB. An interdisciplinary intervention for children and adolescents with multiple referrals and complex health complaints: a feasibility study. *BMC Health Serv Res.* 2023 Nov 11;23(1):1241. doi: 10.1186/s12913-023-10250-y. PMID: 37951903; PMCID: PMC10638682.

48 Ricadat É, Schwering KL, Fradkin S, Boissel N, Aujoulat I. Adolescents and young adults with cancer: How multidisciplinary health care teams adapt their practices to better meet their specific needs. *Psychooncology.* 2019 Jul;28(7):1576-1582. doi: 10.1002/pon.5135. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31145822.

49 Singh K, Hodgson D. How can the multi-disciplinary team meet the psychological needs of adolescents with cancer? A review of the literature. *Journal of Radiotherapy in Practice.* 2011;10(1):55-64. doi:10.1017/S1460396910000117

Tabla: Áreas y tipos de intervención para la atención de adolescentes

Área de intervención	Tipo de intervención	Alternativas de solución	Objetivo sobre los que actúa
Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Reconversión de vías de atención	Incorporación de atención remota, políticas de espacios amigables y confidencialidad.	Accesibilidad y Aceptable
Transición de atención pediátrica a adulta	Gestión del cuidado	Guías clínicas de transición, participación de adolescente en proceso de transición y utilización de tecnologías para seguimiento remoto.	Apropiado
Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)	Prevención y gestión de la demanda	Herramientas de tamizaje de factores de riesgo, intervenciones breves basadas en evidencia y derivación oportuna	Eficacia y equidad
Equipos Multidisciplinar	Construcción de equipos de salud	Equipos para abordaje integral, coordinada y centrada en el paciente.	Eficacia y apropiado

* Elaboración autores en base a National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development; Lawrence RS, Appleton Gootman J, Sim LJ, editors. Adolescent Health Services: Missing Opportunities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Current Adolescent Health Services, Settings, and Providers. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215423/>

X. Resultados

Los estudios seleccionados para esta revisión permiten realizar una descripción sistematizada de diferentes experiencias de adaptación de hospitales pediátricos para la atención de adolescentes considerando como intervenciones la adaptación de entornos hospitalarios, sistemas de transición de atención desde la atención pediátrica y adulta, SBIRT y equipos multidisciplinarios de atención.

La información está basada en 18 estudios, que incluyen países de alto ingreso y están dirigidos principalmente a intervenciones de entornos hospitalarios de prestación de servicios relacionados con Urgencias, Psiquiatría, Odontología, Cirugía y Traumatología. De los 18 estudios, 6 estudios corresponden a revisiones sistemáticas y 12 a revisiones narrativas o informes de políticas. Las áreas de especialidad médica donde se realizaron las intervenciones fueron urgencias (6 estudios), psiquiatría (7 estudios), traumatología (2 estudios), odontología (1 estudio) y cirugía (3 estudios). Estos estudios incluyeron datos de países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia, Brasil, Alemania y Nueva Zelanda, reflejando una fuerte predominancia en contextos de ingresos altos.

La población estudiada abarcó adolescentes y jóvenes entre 7 y 25 años. En la mayoría de los estudios, se evaluaron adolescentes de 12 a 19 años, incluyendo grupos vulnerables como aquellos con trastornos de salud mental, riesgo de suicidio, consumo de sustancias, condiciones psiquiátricas como ansiedad y depresión, y enfermedades crónicas como enfermedad inflamatoria intestinal y fibrosis quística. También se incluyeron jóvenes en proceso de transición entre servicios pediátricos y adultos, pacientes sometidos a trasplantes renales, hepáticos y cardíacos, y aquellos tratados por lesiones relacionadas con el uso de alcohol y drogas.

Los resultados de las revisiones se presentan a continuación en base a los 4 tipos de intervenciones mencionadas anteriormente:

Experiencias de Adaptación de Entornos Hospitalarios

Siete estudios abarcando especialidades como psiquiatría y urgencias evaluaron estrategias como telemedicina, programas específicos para adolescentes y la implementación de terapias digitales. Estas intervenciones están diseñadas para transformar los entornos hospitalarios y clínicos mediante tecnologías innovadoras como mHealth (aplicaciones móviles relacionadas a reportes de estados de salud), EMA (Sistema de seguimiento en tiempo real del adolescentes, el uso de sus tiempos y factores de riesgos) y terapias digitales basadas en evidencia (psicoterapia abreviada mediante telemedicina con seguimiento por mensajería, atención en domicilio mediante Telemedicina, apoyo de experto en manejo de suicidios en urgencia de manera remota, entre otros). Su objetivo principal es mejorar el acceso a servicios de calidad y ofrecer una atención personalizada para jóvenes de 12 a 25 años, abordando necesidades específicas como ansiedad, depresión y trastornos conductuales.

Los resultados muestran que herramientas como las Terapia Cognitivo-Conductual (Computarizada computerized Cognitive Behavioral Therapy:cBT) y aplicaciones móviles son efectivas para reducir síntomas de ansiedad y depresión, especialmente cuando se integran en contextos escolares y clínicos. Las evaluaciones en tiempo real (EMA) han demostrado facilitar la identificación de problemas cotidianos y personalizar las intervenciones. Las recomendaciones incluyen capacitar al personal sanitario, garantizar la seguridad de los datos y promover la integración de estas tecnologías en la práctica clínica.

Sin embargo, se identificaron barreras relacionadas con la aceptación de estas tecnologías en poblaciones diversas y la falta de estudios longitudinales que evalúen su impacto a largo plazo. También persisten desafíos institucionales y tecnológicos en entornos con recursos limitados. A pesar de estas limitaciones, la calidad de la evidencia es moderada, y estas intervenciones representan un avance prometedor hacia una mayor integración tecnológica en la atención a adolescentes.

Experiencias Sistemas de Transición de Atención Pediátrica a Adulta

Cinco estudios asociados a los servicios de psiquiatría y traumatología analizaron modelos estructurados diseñados para facilitar la transición de adolescentes con enfermedades crónicas y trastornos psiquiátricos desde servicios pediátricos a adultos. Estas intervenciones incluyen programas con coordinadores encargados, clínicas especializadas de transición y el uso de tecnologías para garantizar una continuidad en el cuidado.

Se encontraron mejoras significativas en los resultados clínicos y en la experiencia del paciente, destacando las clínicas de transición que combinan elementos educativos y psicosociales para garantizar una atención más eficiente. Las recomendaciones enfatizan la designación de líderes clínicos y el fortalecimiento de la comunicación entre servicios pediátricos y adultos.

Las barreras incluyen la falta de coordinación entre instituciones, la preparación insuficiente de los servicios adultos para atender adolescentes y la limitada capacitación del personal en aspectos de transición. Aunque

la calidad de la evidencia es moderada, basada en estudios observacionales y revisiones narrativas, los programas estructurados son clave para superar estas limitaciones.

Experiencias SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment)

Cuatro estudios centrados en las especialidades de urgencias y traumatología exploraron la efectividad de SBIRT, que incluye tamizajes universales, intervenciones breves y sistemas de derivación a tratamiento para el consumo de sustancias y comportamientos de riesgo. Estas intervenciones, basadas en entrevistas motivacionales, han demostrado una reducción significativa en el consumo de alcohol y drogas entre adolescentes.

Las recomendaciones destacan la importancia de implementar SBIRT de manera rutinaria en servicios de urgencias, capacitar al personal sanitario en habilidades de entrevista motivacional y usar tecnologías para mejorar el tamizaje.

No obstante, las barreras incluyen la falta de herramientas estandarizadas, la necesidad de formación especializada y sistemas de derivación ineficientes en contextos de emergencia. La calidad de la evidencia es moderada, respaldando la efectividad de SBIRT en contextos específicos, aunque con limitaciones para su generalización en diferentes poblaciones y entornos.

Equipos Multidisciplinarios de Atención

Tres estudios realizados en especialidades de psiquiatría y odontología se enfocaron en fortalecer la colaboración de equipos de salud mediante la capacitación en áreas como salud mental, manejo del suicidio adolescente y soporte psicosocial para condiciones crónicas. Estas intervenciones han demostrado ser efectivas para mejorar los resultados clínicos y promover enfoques holísticos en el cuidado.

Programas educativos y guías hospitalarias han aumentado la confianza del personal en el manejo de adolescentes. Las recomendaciones incluyen integrar módulos de formación obligatorios en salud mental y establecer unidades especializadas para optimizar la efectividad de los equipos multidisciplinarios.

Sin embargo, persisten barreras como la resistencia institucional al cambio, la falta de capacitación continua y recursos limitados en ciertas áreas geográficas. Aunque la calidad de la evidencia varía entre los estudios, estas intervenciones reflejan un consenso sólido entre profesionales, subrayando su relevancia en la atención integral de adolescentes.

Consideraciones de la evidencia

Consideraciones del contexto nacional

En Chile, los servicios de salud para adolescentes están fragmentados, especialmente en la atención secundaria y terciaria, debido a la estructura del sistema que divide al grupo juvenil en menores de 15 años tratados en pediatría y mayores de esta edad en servicios para adultos. Esta división ha dificultado un

abordaje adecuado a las necesidades específicas de los adolescentes, como el acceso a prestaciones de salud mental, prevención de conductas de riesgo y continuidad de atención de enfermedades crónicas. El país cuenta con experiencias de hospitales públicos y clínicas privadas que han establecido unidades de atención diferenciada, como el Hospital Luis Calvo Mackenna y la Clínica Las Condes. Sin embargo, estas iniciativas no son universales ni estandarizadas a nivel nacional, dejando a muchos adolescentes sin acceso a una atención integral y adecuada a su etapa de desarrollo⁵⁰.

Las principales barreras para implementar las intervenciones incluidas en la revisión (adaptación de entornos hospitalarios para adolescentes, transición de atención pediátrica a adulta, SBIRT y equipos multidisciplinarios) incluyen la falta de capacitación específica del personal de salud en adolescencia, la limitada infraestructura adaptada a este grupo etario y la insuficiente coordinación entre servicios pediátricos y de adultos. A esto se suman desafíos administrativos y presupuestarios que restringen la implementación de programas transversales y sostenibles. Adicionalmente, existen desigualdades regionales y socioeconómicas que dificultan el acceso equitativo a los servicios especializados, particularmente en zonas rurales y comunidades vulnerables⁵¹.

A pesar de estas barreras, existen facilitadores clave que podrían potenciar la implementación de intervenciones efectivas. Entre ellos se encuentran la capacidad instalada en algunos hospitales pediátricos que podrían expandir sus servicios a adolescentes, así como programas de formación existentes, como los diplomas en salud integral del adolescente ofrecidos por universidades nacionales. En Chile, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes⁵², implementado desde 2012, representa un importante avance en la atención de este grupo etario. Este programa destaca por priorizar estrategias integrales en atención primaria, incluyendo la implementación del Control Joven Sano, el cual busca ofrecer un control de salud anual a adolescentes entre 10 y 19 años en espacios amigables y accesibles. Este enfoque se basa en evidencia científica y en un modelo de curso de vida, promoviendo hábitos saludables y la prevención de enfermedades crónicas desde la adolescencia, con la meta de alcanzar una cobertura universal. Entre sus logros se incluyen la creación de líneas estratégicas y mesas técnicas para abordar salud mental, salud sexual y reproductiva, y enfermedades crónicas, entre otros temas relevantes.

El fortalecimiento de los servicios de salud para adolescentes en Chile requiere construir sobre los avances logrados, como los del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, y complementarlos con nuevas estrategias basadas en evidencia. La integración de intervenciones clave, como SBIRT, programas de transición estructurados y la adaptación de entornos hospitalarios, junto con la capacitación continua del personal y el uso de tecnologías como mHealth, puede garantizar el acceso efectivo y equitativo para todos los adolescentes. Estos esfuerzos deben estar respaldados por políticas públicas con compromiso intersectorial que permita superar las barreras existentes, optimizando los recursos disponibles y ampliando la cobertura a nivel nacional.

50 Gaete P, Verónica, Henríquez C, M. Eugenia, Robledo H, Paz, Zubarew G, Tamara, Peralta V, Eldreth, Sagredo B, Claudia, & Funes D, Francisco. (2011). Fundamentos para la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red asistencial de salud: Recomendación del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 82(5), 447-453. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000500011>

51 Martínez Guzman, M. Loreto. (2007). Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psykhe (Santiago)*, 16(1), 3-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100001>

52 Programa Nacional de Salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan acción 2012-2020 Nivel primario de atención. 2013 Ministerio de Salud.

Consideraciones de Equidad

A nivel mundial, grupos de adolescentes enfrentan desigualdades significativas en el acceso a los servicios de salud. Entre los grupos más afectados se encuentran aquellos que viven en áreas rurales, comunidades indígenas, adolescentes migrantes, así como jóvenes pertenecientes a los grupos LGBTQ+ . Estos grupos suelen tener tasas más altas de problemas de salud mental, mayores índices de enfermedades crónicas no tratadas y un acceso limitado a servicios especializados. Además, enfrentan barreras estructurales, culturales y sociales que perpetúan estas desigualdades, exacerbando las disparidades en los resultados de salud⁵³.

Las intervenciones propuestas, como SBIRT, programas de transición y la adaptación de entornos hospitalarios, encuentran barreras específicas para su implementación en estas poblaciones. Por ejemplo, los adolescentes que viven en áreas rurales enfrentan limitaciones debido a la falta de infraestructura de transporte y acceso digital. En comunidades indígenas, las barreras culturales y lingüísticas dificultan la aceptación de los servicios de salud tradicionales. Por otro lado, las minorías sexuales y de género a menudo enfrentan discriminación dentro de los sistemas de salud, lo que reduce la adherencia y el acceso a las intervenciones propuestas. La falta de capacitación de los profesionales de salud para trabajar con estas poblaciones también es una barrera recurrente en diferentes contextos globales⁵⁴.

Para disminuir estas inequidades, es crucial adoptar un enfoque inclusivo que aborde las barreras estructurales y sociales que afectan a estas poblaciones. Esto incluye la capacitación de los profesionales de salud en competencias culturales y en la atención de poblaciones diversas, el desarrollo de programas específicos que respondan a las necesidades de cada grupo y la integración de herramientas tecnológicas como la telemedicina para superar las barreras geográficas. Además, las políticas deben garantizar la participación activa de estas comunidades en el diseño e implementación de las intervenciones, asegurando que sean culturalmente relevantes y sostenibles. A nivel mundial, los programas que promueven la equidad y la inclusión han demostrado mejorar significativamente el acceso y los resultados de salud entre los adolescentes marginados, subrayando la importancia de un enfoque centrado en la justicia social.

53 Ford CA, Boyer CB, Halpern CT, Katzman DK, Ross DA. The Journal of Adolescent Health's Commitment to Diversity, Equity, and Inclusion. *J Adolesc Health*. 2023 Feb;72(2):165-170. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.11.002. PMID: 36604008.

54 Ng WYK. Editorial: Equity, diversity and inclusion in child and adolescent mental health - a perspective from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). *Child Adolesc Ment Health*. 2024 May;29(2):192-193. doi: 10.1111/camh.12697. PMID: 38634296.

Tabla 3: Estudios incluidos en la revisión y resultados principales.

Autor/año	Especialidad	Tipo de intervención	Intervención	Población incluida	Resultados principales
Walker, 2022	Urgencia	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Intervenciones como terapia cognitivo-conductual breve, telepsiquiatría y evaluaciones psicológicas breves, diseñadas para iniciarse en el entorno del departamento de emergencias y dirigidas a mejorar el acceso a servicios de salud mental, la adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado.	Adolescentes de 10 a 19 años, que se presentan al departamento de emergencias con trastornos de salud mental, riesgo de suicidio o consumo de sustancias.	Las intervenciones iniciadas en el departamento de emergencias, como la terapia cognitivo-conductual breve y la telepsiquiatría, mostraron mejoras en la adherencia al tratamiento y reducción de síntomas. Sin embargo, la heterogeneidad de las intervenciones y los resultados limita la generalización de los hallazgos.
Ptaff, 2021	Urgencia	Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)	Métodos estructurados de evaluación de factores de riesgo, como el modelo HEADSS (evaluación de salud psicosocial), y herramientas digitales de tamizaje.	Adolescentes de 10 a 19 años, incluyendo aquellos en situación de alto riesgo por conductas como uso de sustancias y violencia.	Las herramientas de evaluación estructurada, como HEADSS y encuestas digitales, aumentan significativamente la detección de comportamientos de riesgo. Sin embargo, la implementación de estas estrategias varía en eficacia debido a barreras como falta de tiempo y capacitación del personal.
Leitthema, 2022	Psiquiatría	Transición de atención pediátrica a adulta	Modelos de tratamiento transicional que incluyen apoyo psicosocial, educativo y enfoques específicos para jóvenes en transición al sistema psiquiátrico de adultos.	Adolescentes y jóvenes adultos con trastornos por uso de sustancias, comorbilidades psiquiátricas y retrasos en el desarrollo psicosocial.	La transición del cuidado presenta múltiples desafíos debido a la falta de modelos integrados. Se identificaron brechas significativas en la continuidad de la atención, lo que resulta en altas tasas de abandono del tratamiento.
Stasiak, 2016	Psiquiatría	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Programas de terapia en línea basados en CBT (cCBT) y otras terapias digitales como SPARX y MoodGYM, dirigidas a reducir síntomas de ansiedad y depresión.	Niños y adolescentes menores de 18 años con síntomas de depresión y/o ansiedad; estudios realizados en poblaciones escolares y clínicas.	Las terapias en línea muestran eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, con algunas variaciones en la adherencia y aceptación según el diseño del programa.
Archangeli, 2017	Psiquiatría	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Intervenciones de mHealth, como aplicaciones móviles y mensajería de texto, para complementar tratamientos psicoterapéuticos basados en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (CBT)	Niños menores de 18 años diagnosticados con trastornos psiquiátricos según DSM, incluyendo ansiedad, depresión, TDAH y trastornos de conducta disruptiva.	La mayoría de los estudios evaluaron la factibilidad y aceptación de las intervenciones con resultados positivos. Pocos analizaron resultados clínicos y, aunque algunos mostraron mejoras, estas no alcanzaron significancia estadística debido a tamaños de muestra pequeños.

X. Resultados

Autor/año	Especialidad	Tipo de intervención	Intervención	Población incluida	Resultados principales
Russell, 2020	Psiquiatría	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Métodos de evaluación basados en EMA para capturar datos en tiempo real sobre síntomas, comportamientos y contextos en la vida diaria de jóvenes.	Niños y adolescentes (7-25 años) con condiciones clínicas y no clínicas, evaluados en entornos naturales.	EMA proporciona validez ecológica y reduce sesgos de memoria, permite evaluar dinámicas intraindividuales y ofrece herramientas para intervenciones adaptativas en tiempo real.
Noffsinger, 2012	Traumatología.	Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)	Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBR) : Implementación de SBIRT para la detección de consumo de alcohol y drogas, que incluye tamizaje, intervenciones breves y derivación a tratamiento.	Adolescentes (14-17 años) hospitalizados por trauma en un centro pediátrico de nivel I.	Bajas tasas de cumplimiento con políticas universales de detección (44%-73%); barreras clave incluyen problemas de confidencialidad, percepción del personal de salud, recursos limitados y políticas de seguros.
Rice, 2013	Psiquiatría	Equipos Multidisciplinar	Programas educativos dirigidos a incrementar el conocimiento, habilidades y confianza de los profesionales para identificar y tratar adolescentes con depresión y riesgo de suicidio.	Profesionales de la salud, incluidos médicos generales, pediatras, y psiquiatras, involucrados en la atención de adolescentes.	La formación basada en modelos médicos y evidencia histórica puede aumentar la confianza de los proveedores y mejorar las prácticas de detección y manejo del riesgo de suicidio en adolescentes.
Silk, 2017	Odontología	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Estrategias en atención primaria para prevenir caries, manejar complicaciones bucales relacionadas con deportes, piercings, y promover higiene dental adecuada mediante educación y motivación.	Adolescentes de 12 a 19 años, con foco en poblaciones vulnerables con menor acceso a atención dental.	La salud bucal es una necesidad desatendida en adolescentes, con altas tasas de caries no tratadas. Las intervenciones como selladores dentales, barnices de flúor y educación sobre higiene son efectivas para prevenir enfermedades bucales.
Scheibe, 2022	Psiquiatría	Equipos Multidisciplinar	Guías hospitalarias para recepción, evaluación, intervención y referencia de adolescentes con crisis suicida en contextos de emergencia.	Adolescentes (10-19 años) atendidos en contextos de urgencias hospitalarias por intentos de suicidio.	Se validaron 15 guías que abordan desde la evaluación inicial hasta la planificación de seguridad y seguimiento post-alta. Las guías enfatizan la importancia del trabajo multidisciplinario y la sensibilización hacia los adolescentes en crisis.
Renny, 2024	Urgencia	Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)	Tamizaje e intervenciones breves basadas en la entrevista motivacional y SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). Uso de herramientas tecnológicas para facilitar el tamizaje e intervenciones posteriores.	Adolescentes (12-18 años) con consumo de sustancias, incluyendo alcohol, cannabis y opioides, en el contexto de atención en urgencias.	Las herramientas de tamizaje, como CRAFFT y S2BI, son efectivas para identificar adolescentes en riesgo. Las intervenciones breves pueden reducir el consumo de alcohol, pero hay menos evidencia para otras sustancias. La integración tecnológica puede mejorar la implementación y aceptación de SBIRT en urgencias.

Autor/año	Especialidad	Tipo de intervención	Intervención	Población incluida	Resultados principales
Brooks, 2017	Cirugía.	Transición de atención pediátrica a adulta	Programas de transición estructurados, incluyendo elementos como coordinación de cuidados, educación específica de la enfermedad, y uso de tecnologías de la información para facilitar la transición.	Adolescentes y jóvenes con enfermedades digestivas crónicas, como enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca y enfermedad hepática crónica, en proceso de transición a servicios de atención de adultos.	Los programas de transición estructurados mejoran la adherencia al tratamiento, la asistencia a las consultas y los resultados clínicos. También pueden reducir hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
Jarvis, 2021	Hospitalario.	Transición de atención pediátrica a adulta	Transición de cuidados pediátricos a adultos para niños con condiciones limitantes de vida (LLC), evaluando patrones de uso de servicios pre y post transición.	Niños y jóvenes con LLC como fibrosis quística, parálisis cerebral, enfermedades renales y VIH, en países de la OCDE.	Evidencia mixta sobre cambios en la atención pre y post transición: aumentos en visitas a urgencias y reducción en fisioterapia. Resultados inconsistentes en admisiones hospitalarias, días de hospitalización y costos de atención.
Falvo, 2018	Traumatología.	Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT)	SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) adaptado a adolescentes, incluyendo herramientas de tamizaje como CRAFFT, S2BI, y pruebas bioquímicas.	Adolescentes (12-18 años) tratados en departamentos de emergencia y centros de trauma por lesiones asociadas al uso de alcohol y drogas.	El tamizaje universal puede identificar adolescentes en riesgo y reducir la reincidencia de lesiones relacionadas con el uso de sustancias. Las herramientas bioquímicas y cuestionarios complementarios muestran efectividad combinada.
Singh, 2010	Cirugía.	Equipos Multidisciplinar	Estrategias para proporcionar cuidado psicosocial efectivo, incluyendo entrenamiento del personal en áreas como imagen corporal, sexualidad, fertilidad y soporte emocional.	Adolescentes diagnosticados con cáncer y sus familias, en diversos contextos hospitalarios y de cuidados paliativos.	Se identificaron temas clave como la pérdida de independencia, la incertidumbre, la imagen corporal, la sexualidad y la fertilidad. La capacitación en comunicación y soporte emocional para profesionales de salud es esencial para mejorar los resultados psicológicos.
Kohler, 2015	Urgencia	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Intervenciones breves basadas en entrevistas motivacionales dirigidas a reducir el consumo de alcohol y comportamientos de riesgo asociados.	Jóvenes de 13 a 25 años atendidos en unidades de emergencia por consumo de alcohol o eventos relacionados.	La entrevista motivacional fue igual de efectiva o más efectiva que otras intervenciones breves para reducir la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en los primeros 3 a 6 meses.
Webb, 2010	Cirugía.	Transición de atención pediátrica a adulta	Desarrollo de un consenso multidisciplinario sobre servicios de transición para pacientes trasplantados.	Pacientes jóvenes y adolescentes sometidos a trasplantes renales, hepáticos y cardíacos, junto con sus familias.	Se establecieron siete declaraciones clave de consenso, incluyendo la necesidad de planes de transición formalizados, clínicas de jóvenes adultos y estándares de desempeño para servicios de transición.
Muñoz-Solomando, 2010	Psiquiatría	Transición de atención pediátrica a adulta	Acciones centradas en la persona, estrategias de liderazgo, mejora de la gestión efectiva y cambios culturales en los servicios.	Jóvenes en proceso de transición de servicios de salud mental pediátricos a adultos, incluidos aquellos con trastornos mentales graves.	Los temas emergentes incluyen la importancia de la acción centrada en la persona, abordar las barreras culturales, y mejorar la colaboración y liderazgo entre servicios pediátricos y de adultos.

X. Resultados

Autor/año	Especialidad	Tipo de intervención	Intervención	Población incluida	Resultados principales
Cadorna, 2024	Urgencia	Adaptación de Entornos Hospitalarios para Adolescentes	Experiencias y percepciones de los jóvenes en departamentos de urgencias, incluyendo el tratamiento recibido, barreras y facilitadores para la atención.	Jóvenes entre 12 y 25 años, incluyendo una mayoría de mujeres (85-97%) en los estudios específicos que reportaron género.	Cuatro temas clave: (1) incapacidad de los servicios de urgencias para satisfacer necesidades de salud mental; (2) aumento del malestar emocional durante la atención; (3) percepción de ser una carga o no merecer tratamiento; y (4) consecuencias negativas de experiencias deficientes en los servicios.

Producto 3: Análisis descriptivo de contenido a partir de entrevistas semi estructuradas a actores claves del sistema de salud para la extensión de edad pediátrica

El presente informe aborda las barreras y facilitadores de la implementación de la política de Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) en el sistema de salud chileno, en los hospitales de la Región Metropolitana, según actores clave. Este análisis busca identificar facilitadores y barreras para la implementación de la EEP en los establecimientos de salud, estructurado en torno a la capacitación y formación de los equipos, la capacidad de atención y la transición desde la atención pediátrica hacia la adulta.

Metodología

La metodología empleada se basó en entrevistas semiestructuradas realizadas a actores clave del sistema de salud, incluyendo profesionales que trabajan directamente en establecimientos de atención y gestores de nivel central y regional. La pauta de entrevistas se estructuró en tres grandes dimensiones: capacitación de equipos, capacidad de atención y transición entre servicios pediátricos y de adultos, desglosadas a su vez en subdimensiones específicas. Los resultados fueron codificados y analizados, categorizando los hallazgos en facilitadores y barreras.

Este enfoque metodológico permitió recoger una visión integral sobre las experiencias y perspectivas de los entrevistados, identificando tanto los avances alcanzados como las brechas y desafíos en la implementación de la política. Así, el informe ofrece una base para orientar futuras estrategias y decisiones que contribuyan a garantizar una atención integral, eficiente y equitativa para la población adolescente.

Se identifican tres grandes dimensiones para abarcar dentro de la pauta de entrevistas, de dichos ejes, se desprenden subdimensiones que especifican las grandes áreas a abordar. Posteriormente, para el análisis de la información recaudada, se utilizaron las mismas subdimensiones divididas en facilitadores y barreras, y estos últimos operaron como los códigos que ordenan el contenido y estructura de los resultados y hallazgos.

Cabe señalar que se diferencian dos pautas de entrevistas, una de ellas es para las personas que trabajan directamente dentro de los establecimientos de salud, médicos de distintas especialidades que se desempeñan dentro de hospitales pediátricos o mixtos y se ven involucrados directamente en la implementación de la política de extensión de edad pediátrica. La segunda pauta es para los médicos o profesionales de la salud que trabajan a nivel central o de servicios de salud de la región metropolitana, que desempeñan un rol ligado a la gestión y administración dentro del sistema público de salud. Es importante destacar que para estos últimos, también se incluyen preguntas vinculadas al trabajo directo con pacientes, considerando sus trayectorias y la visión externa que pueden tener sobre dichas temáticas.

A continuación, se presentan las operacionalizaciones de cada una de las pautas de entrevistas:

Entrevista para médicos que trabajan directamente en establecimientos de salud

Dimensión	Subdimensión	Preguntas
Capacitación de equipos	Competencias y formación clínica y de enfoque de trabajo adolescente (internas de los Servicios y establecimientos, y externas.	En su espacio de trabajo, ¿Existen espacios de formación para el abordaje de salud adolescente? Nos podría contar un poco al respecto. Desde su especialidad y área de trabajo, ¿Considera que existe la suficiente formación clínica y técnica para el abordaje de salud adolescente?
	Sensibilización sobre la atención a población adolescente, visión y perspectiva de atención (visualización de autonomía, relación paciente y familia, etc.)	Considerando que la adolescencia es una etapa de la vida que tiene características y necesidades particulares, las que se diferencian de la población adulta como también de la infantil, ¿cómo ve usted dentro de los equipos de salud con los que trabaja la recepción de esta política de EEP? ¿Hay una sensibilidad para el trabajo con adolescentes, es decir, habilidades blandas y visiones de abordaje de salud diferenciados y particulares? Para equipos de hospitales infantiles: ¿cuáles son las principales dificultades y barreras de incluir a la población adolescente dentro del hospital?
	Infraestructura - recursos físicos	Desde su experiencia y pensando en la implementación de la política de EEP, ¿Considera que la infraestructura de los establecimientos de salud (secundarios y terciarios es suficiente y adecuada para la atención de población adolescente? ¿Qué aspectos de la infraestructura física sería necesario modificar o adecuar?, ¿Podría señalar lo que usted priorizaría en estos ámbitos?
Capacidad de atención	Recursos humanos - trabajadores	¿Considera que la cantidad y tipo de profesionales es suficiente y adecuado para la atención de adolescentes?, ¿Nos podría comentar tanto a nivel de atención ambulatoria como de servicios de urgencia?
Transición de la atención pediatra - adulto	Vínculo y trabajo entre equipos pediátricos y de adultos	¿Qué estrategias se han implementado para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la comunicación entre los equipos pediátricos y de adultos, especialmente considerando posibles cambios de personal? ¿Cómo cree que se podría mejorar este proceso?
	Traspaso de información entre equipos de salud, desde lo pediátrico hacia sector de adultos (fichas clínicas, conversación sobre pacientes, reuniones de traspaso, etc.)	Desde su experiencia, ¿cómo son los vínculos entre los equipos de psiquiatría infantil y de adultos? Por ejemplo, para el traspaso de casos, se fijan reuniones clínicas, se comparte la información mediante algún documento formal, se utiliza alguna ficha clínica, u otra cosa.
Otros	Otros	Qué otros elementos facilitadores de la EPP se le ocurren que no haya comentado anteriormente
		¿Se le ocurren algunas otras barreras, de cualquier índole, que para usted dificulta la política de EPP en la región?. ¿Nos podría comentar alguna innovación que se le venga a la cabeza ahora y no haya descrito previamente.?

Entrevista para cargos de gestión y administración

Dimensión	Subdimensión	Preguntas
Capacitación de equipos	Competencias y formación clínica y de enfoque de trabajo adolescente (internas de los Servicios y establecimientos, y externas)	A propósito de la implementación de la extensión de la edad pediátrica, desde nivel central y particularmente en el área de _____, ¿Qué se ha pensado en materia de capacitación y/o formación para los equipos de salud (no solo médicos) para el abordaje de salud adolescente? ¿Considera que existen barreras en la implementación de políticas para la formación en salud adolescente? Nos podría comentar si se identifican necesidades tanto en términos de sensibilización de los equipos de salud, como también en términos de capacitación a nivel clínico y técnico.
	Sensibilización sobre la atención a población adolescente, visión y perspectiva de atención (visualización de autonomía, relación paciente y familia, etc.)	¿Desde el nivel central / de servicios de salud, como también dentro de los espacios que usted conoce, ¿Existen políticas, normas, protocolos sobre la atención para la población adolescente? Por ejemplo, a nivel de consentimiento. Por otro lado, desde su experiencia y conocimientos, ¿cuál es el vínculo que establecen los equipos de salud con las familias para el caso de pacientes adolescentes? Tanto a nivel de servicios de urgencias como con pacientes crónicos.
Capacidad de atención	Infraestructura - recursos físicos	Desde su experiencia en el área _____, pensando en la implementación de la política de EEP, ¿Considera que la infraestructura de los establecimientos de salud (secundarios y terciarios) es suficiente y adecuada para la atención de población adolescente? ¿Qué aspectos de la infraestructura física sería necesario modificar o adecuar? ¿Podría señalar lo que usted priorizaría en este ámbito?
	Recursos humanos - trabajadores	¿Considera que la cantidad y tipo de profesionales es suficiente y adecuado para la atención de adolescentes? ¿Nos podría comentar su opinión tanto a nivel de atención ambulatoria como de servicios de urgencia?
Transición de la atención pediatra - adulto	Vínculo y trabajo entre equipos pediátricos y de adultos	¿Existen protocolos, normas u orientaciones respecto de la transición de la atención adulta a la pediátrica? Si es así, ¿cuáles? Nos podría comentar si existen tanto a nivel central/de servicios, o bien, si es que conoce alguna iniciativa en la temática en algún establecimiento de salud específico.
	Traspaso de información entre equipos de salud, desde lo pediátrico hacia sector de adultos (fichas clínicas, conversación sobre pacientes, reuniones de traspaso, etc.)	Desde su experiencia en el área de _____, ¿cómo son los vínculos entre los equipos de psiquiatría infantil y de adultos? Por ejemplo, para el traspaso de casos, se fijan reuniones clínicas, se hace traspaso de información mediante algún documento formal, se utiliza alguna ficha clínica, u otra cosa.
Otros	Otros	¿Qué estrategias se han implementado para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la comunicación entre los equipos pediátricos y de adultos, especialmente considerando posibles cambios de personal? ¿Qué otros elementos facilitadores o innovadores para la EPP se le ocurren que no haya comentado anteriormente? ¿Se le ocurren algunas otras barreras o brechas de cualquier índole, que para usted dificulte la política de EPP en la región?

Criterios de selección de la muestra

Los participantes del estudio fueron seleccionados por medio de un muestreo de conveniencia e intencionado, con el fin de escoger a informantes claves involucrados en la temática. La selección de la muestra no responde a criterios de representatividad poblacional, en cambio, pretende apegarse a la realidad del sistema de salud de la región metropolitana.

Por último, se resguarda el nombre de las personas entrevistadas, pero se presentan sus unidades y la institución a la que pertenecen.

En la siguiente tabla se identifican los perfiles de informantes claves que pudieron ser entrevistados, a partir de aquellos sugeridos por la Unidad de Estudios del Regional Santiago.

Perfiles de informantes clave que fueron entrevistados

Áreas	Entrevistados
Servicios de salud Región Metropolitana	Representante Servicio de Salud Metropolitano Occidente
	Representante Servicio de Salud Metropolitano Oriente
	Representante Servicio de Salud Metropolitano Norte
	Representante Servicio de Salud Metropolitano Centro
	Representante Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
	2 Representantes Servicio de Salud Metropolitano Sur
Ministerio de salud	Representante Programa de Salud Adolescente MINSAL
Urgencia	Representante servicio de urgencia Hospital Salvador y representante de la Sociedad Chilena de Urgencia y emergencia
	Representante servicio de urgencia Hospital del Carmen
	Representante servicio de urgencia Hospital Exequiel González Cortés
Cirugía	Representante cirugía Hospital Roberto del Río
	Representante cirugía pediátrica Hospital Dr. Exequiel González Cortés
	Representación Sociedad Chilena de Cirujanos Peditras
Psiquiatría infanto juvenil	Representante psiquiatría infanto juvenil Clínica Universidad Católica San Carlos de Apoquindo
	Representante Universidad de Chile
	Representante psiquiatría infanto juvenil Hospital El Carmen
Odontología	Representante sociedad chilena de odontopediatría
	Representante de el servicio occidente en odontología
Pediatría	Representante servicio de pediatría Hospital San Borja
	Representante Hospital Eloísa Díaz, La Florida
	Representante Hospital Exequiel González Cortés
	Representante Hospital Luis Calvo Mackenna
Traumatología	Representante Traumatología Hospital San Borja

Resultados y principales hallazgos

Principales resultados por especialidad

Urgencias

Competencias y formación de los equipos

La atención de adolescentes en los servicios de urgencia presenta desafíos específicos en términos de competencias de los equipos y se señala transversalmente como un nodo crítico en la implementación de la extensión de la edad pediátrica. Aunque existen algunos avances y sensibilidades que facilitan el manejo de esta población, persisten limitaciones que dificultan su atención integral y de calidad.

Un factor que facilita la atención a adolescentes en los servicios de urgencia es la formación de los urgenciólogos, quienes desarrollan competencias tanto para la atención de adultos como de niños. Aunque su foco principal está en la población adulta, la capacidad de adaptarse a diferentes grupos etarios constituye una ventaja importante en la atención de adolescentes, que requieren un enfoque híbrido.

En el Hospital del Carmen, se han generado mesas de trabajo interdisciplinarias que incluyen pediatría, gestión del cuidado, psicología y trabajo social, con el objetivo de fortalecer las competencias de los equipos. Además, han participado en capacitaciones organizadas por otros hospitales, como el de La Florida y el Sótero del Río, promoviendo la preparación y sensibilización en torno a las necesidades específicas de los adolescentes.

Otro facilitador clave es la creciente percepción entre los equipos de que los adolescentes deben ser atendidos en unidades pediátricas, especialmente en contextos donde sus necesidades pueden ser desatendidas en las unidades de adultos. Esta sensibilidad hacia la importancia de brindar atención adecuada a este grupo etario ha llevado a reuniones de preparación y planificación entre equipos pediátricos y de adultos, demostrando un compromiso por mejorar las competencias a pesar de las limitaciones existentes.

A pesar de estos avances, persisten importantes barreras relacionadas con la formación y las competencias específicas de los equipos. Una de las principales limitaciones es la débil preparación para manejar problemáticas propias de la adolescencia, como el riesgo psicosocial, el consumo de drogas y la salud mental. Estas áreas son percibidas como más complejas y demandantes, lo que genera inseguridad en los equipos médicos y no médicos, quienes reconocen que “faltan herramientas” para brindar una atención adecuada.

“A ver, yo creo que no hay duda, yo creo que ninguno de nosotros tiene duda de que es una instrucción razonable. La pregunta es cómo lo contamos sin recursos, no se puede.”

“Yo creo que es lo que siente el equipo, que nos faltan herramientas para poder dar una atención como corresponde y adecuada y de calidad a los pacientes adolescentes e Infanto-juveniles. Y lo mismo nos pasa con los pacientes de salud mental en ese grupo etario. La verdad es que a lo mejor si tuviéramos muchas más herramientas la verdad es que no pasa por la voluntad.”

Enfrentar situaciones de agitación psicomotora, adolescentes infractores de ley o casos judicializados representa otro desafío significativo. Estas situaciones requieren competencias específicas que muchos equipos consideran parciales o insuficientes, dificultando el manejo efectivo de casos agresivos o judicializados.

Por otra parte, los hospitales pediátricos enfrentan barreras técnicas y clínicas específicas en la atención de adolescentes. Estas incluyen el manejo de patologías menos comunes en contextos pediátricos, como traumas por violencia, intentos de suicidio o sobredosis, que son más frecuentes en las urgencias de adultos.

“Queremos armar una capacitación en manejo de poli trauma, porque hay una brecha importante, no solo en el niño mayor de 15, sino en los niños más chicos en accidentes graves de tránsito ha estado costando mucho.”

El Hospital Exequiel González Cortés, por ejemplo, carece de instrumentos y experiencia en traumatología compleja. Además, cuenta con dotaciones limitadas, como la presencia de solo un cirujano por turno, lo que agrava la falta de competencias técnicas para abordar estas patologías.

Opinión de disenso

No todos los profesionales consideran que los servicios de urgencia necesiten un enfoque diferenciado para la atención de adolescentes. Desde esta perspectiva, se argumenta que las prestaciones de urgencia son inherentemente genéricas y deben centrarse en lo biológico, dado el tiempo breve de atención. Según esta visión, las intervenciones no biológicas no deberían explorarse en urgencias, ya que no se dispone del tiempo ni de los recursos necesarios para darles seguimiento adecuado. Se plantea que es necesario para las urgencias que se deje de pensar en términos de especialidades, dado que los urgenciólogos son los que tienen la capacidad y habilidad para atender cualquier situación que llegue a urgencias y posteriormente, cuando haya estabilización en el paciente, se derive al especialista que lo verá y tratará.

En instituciones como el Hospital Salvador, esta visión se refleja en la ausencia de iniciativas enfocadas específicamente en adolescentes, con énfasis en mantener las prestaciones de urgencia dentro de un marco estrictamente biológico.

Capacidad de atención

La capacidad de atención de los servicios de urgencia está determinada por factores relacionados con la infraestructura, los recursos humanos y la organización de los espacios y procesos asistenciales. Si bien existen elementos facilitadores que contribuyen a mejorar la atención, las barreras estructurales y de recursos representan desafíos significativos que impactan la calidad y efectividad del servicio y las posibilidades de éstos para implementar la extensión de la edad pediátrica.

En el Hospital del Carmen, la estructura de hospital general permite aprovechar la colaboración con especialistas de los equipos de adultos, lo que se ha traducido en apoyo efectivo durante campañas de invierno y en situaciones críticas, como la pandemia de COVID-19. Esta integración entre especialidades ha facilitado el manejo de casos complejos y la optimización de los recursos disponibles.

A pesar de los facilitadores, las barreras estructurales y de recursos son numerosas y complejas.

En el Hospital del Carmen, las dificultades en el flujo de atención son críticas, especialmente en casos de salud mental, que representan el principal motivo de consulta de adolescentes en urgencias. La escasez de camas especializadas y de especialistas en salud mental dificulta la derivación y resolución de casos, dejando a muchos pacientes hospitalizados en urgencias. Este problema se exacerba durante las campañas de invierno, cuando las 40 camas de hospitalización infantil, con una ocupación superior al 98%, son insuficientes para atender la demanda.

Las limitaciones en recursos humanos son otra barrera importante para el HEC. Solo hay un cirujano infantil con 28 horas de contrato, y no se cuenta con traumatólogos infantiles ni especialistas en áreas como adolescentología, nefrología pediátrica, hematología, dermatología, urología o infectología. Esta falta de especialistas, sumada a la escasez de personal médico, enfermeros, TENS, auxiliares y psicólogos, afecta directamente la capacidad resolutive del hospital. También se percibe como barrera el alto recambio de profesionales médicos en las urgencias pediátricas, que alcanza el 50% anual, agrava la situación. Esta rotación constante limita la posibilidad de consolidar competencias y abordar las brechas existentes, que incluyen tanto la atención pediátrica general como la incorporación de adolescentes en el flujo de pacientes. Finalmente se señala que el volumen creciente de consultas, con más de 10,000 nuevas visitas anuales, desborda la capacidad actual del personal.

En los hospitales pediátricos monovalentes, las barreras incluyen la falta de espacios adecuados para adolescentes, que garanticen la privacidad y la seguridad de los pacientes, como baños separados por género y áreas exclusivas de atención. La infraestructura limitada también dificulta la hospitalización de corta estadía, lo que provoca que pacientes permanezcan en urgencias por falta de flujo hacia unidades especializadas. Además, el arsenal farmacológico es percibido como inadecuado, con brechas importantes en equipos como marcapasos externos y normas técnicas específicas para adolescentes, cuya atención requiere modificaciones en los protocolos de manejo.

Finalmente, las carencias en recursos humanos dedicados a la gestión también afectan la implementación de mejoras. Por ejemplo, la necesidad de un sistema de *triage* que incluya a adolescentes requiere inversión en tecnología y en personal especializado, lo que aún no es factible en muchos servicios.

Transición de pacientes

En el Hospital del Carmen, desde mayo de 2024, se han desarrollado reuniones regulares entre la unidad de pediatría, la subdirección médica y los equipos de urgencia adulta e infantil. Estas reuniones han permitido coordinar la implementación de la extensión de la edad pediátrica y definir criterios para recibir pacientes adolescentes, siempre que las condiciones de espacio lo permitan. Además, los equipos de adulto y pediatría participan conjuntamente en las reuniones de gestión, fortaleciendo la comunicación y la colaboración.

Un aspecto destacable es la integración en situaciones de contingencia mayor, donde se evidencia un trabajo en equipo entre las urgencias de adulto y pediátrica al interior del HEC. Por ejemplo, en casos críticos, como pacientes menores de 15 años heridos de bala, el apoyo de equipos adultos, incluidos cirugía y traumatología, ha sido fundamental. También se realizan reuniones conjuntas de planificación durante las campañas de invierno, con referentes de adulto y pediatría trabajando coordinadamente.

En el Hospital Exequiel González Cortés, se ha iniciado un diálogo con el Hospital Barros Luco para avanzar en la transición. Si bien este proceso aún no es fluido, existe un reconocimiento de la importancia de establecer protocolos actualizados y efectivos. Además, se valora la participación de la atención primaria de salud (APS) en este esfuerzo, así como la existencia de protocolos de transición del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que aunque desactualizados, representan una base para avanzar.

A pesar de los progresos, las barreras para la implementación plena de la transición son significativas. Una de las principales dificultades es la falta de una ficha clínica universal que permita compartir información entre hospitales.

Además, existen discrepancias en el manejo de patologías entre los equipos de adulto y pediatría, lo que complica la transferencia de competencias y la adopción de un enfoque consensuado. Este problema se ve agravado por la falta de estandarización en los protocolos y por la dependencia de relaciones interpersonales entre médicos de distintas unidades para asegurar una transición efectiva.

Finalmente, la implementación de protocolos activos, que no se limiten a lineamientos escritos, es una tarea pendiente. La participación de todos los actores en su diseño y ejecución es crucial para evitar discrepancias y asegurar que las derivaciones y la atención sean efectivas y sostenibles en el tiempo.

“Entonces, en el fondo, tiene que haber un mecanismo que estamos trabajando y tratando de descubrir, que involucre a toda la especialidad, que sea progresivo, que permita que la transferencia sea amigable y que no dejés al cabo un año sin control porque al otro lado no tiene cómo hacerse cargo.”

Psiquiatría

Competencias y formación de los equipos

En la Clínica Católica, un facilitador clave es la formación y competencias específicas de los psiquiatras infanto-juveniles, quienes están mejor preparados para abordar la salud mental adolescente. Este grupo de especialistas no solo cuenta con una formación teórica y clínica específica, sino que también aborda las problemáticas desde una perspectiva multisistémica, considerando factores familiares, escolares y sociales esenciales para una intervención efectiva. En contraste, los psiquiatras de adultos, que a menudo atienden a adolescentes de 15 a 18 años en el sector público, tienden a adoptar un enfoque más individualista. Este enfoque no solo es inadecuado, sino que ha dejado históricamente una brecha de atención en la salud mental adolescente, lo que resulta en tratamientos insuficientes que pueden empeorar la evolución de la sintomatología y la psicopatología. Por su lado, la Universidad de Chile también sostiene tener una buena formación y capacidad de atención en salud mental adolescente. Desde el HEC no hacen referencia en específico a la formación de los propios psiquiatras, en tanto el problema principal refiere a la falta de estos últimos dentro del servicio público, lo que se comentará más en detalle en el siguiente apartado.

Un aspecto central identificado en la Clínica Católica y en el Hospital El Carmen es la necesidad de sensibilizar a los equipos de salud para reconocer que los adolescentes no son “adultos chicos”, sino una población con particularidades y necesidades propias. Esta sensibilización debe incluir un enfoque que promueva la despatologización del síntoma, priorizando un trabajo en red que considere los multisistemas del entorno del paciente, como la familia, la escuela y la comunidad. En la Clínica de la Católica, afirman que es crucial protocolarizar la incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud mental, por ejemplo, garantizando el uso del nombre social del paciente, lo que fomenta un trato digno y respetuoso.

Asimismo, se destacó la importancia de capacitar a los equipos de urgencia para manejar adecuadamente las crisis de salud mental y derivar a los pacientes a especialistas cuando sea necesario. En esta línea, se consideró fundamental fortalecer la formación de los psicólogos, cuya preparación inicial suele ser generalista, para que puedan abordar de manera específica las necesidades de los adolescentes. Desde el HEC se identificó como esencial promover la psicoeducación entre los equipos de salud, con un énfasis en la relación de autonomía progresiva con los adolescentes, lo que puede impactar positivamente en la adherencia a los tratamientos. Finalmente, subrayar que el personal de salud en general se siente poco preparado para manejar patologías críticas como ideación o intentos suicidas, lo que genera inseguridad y brechas en la atención.

Por otro lado, en la Universidad de Chile, se identificaron importantes avances en la formación integral para el abordaje de la salud adolescente, principalmente a través del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de las Adolescencias (CEMERA). Este centro académico combina formación y atención clínica, ofreciendo instancias de capacitación tanto a estudiantes de pregrado como a especialistas en formación en áreas como pediatría, medicina familiar y ginecología. Además, se realizan diplomados y cursos de extensión dirigidos a personal de salud, lo que permite fortalecer sus competencias en el manejo integral de la salud adolescente. Herramientas como la sala de espejo para evaluaciones de salud mental y el acompañamiento docente en atenciones clínicas refuerzan el aprendizaje práctico de los profesionales en formación.

Los programas desarrollados en CEMERA son altamente valorados por quienes participan en ellos, especialmente por médicos en formación que reconocen el aporte significativo que estas instancias representan para complementar sus conocimientos previos. Asimismo, las capacitaciones ofrecidas han permitido cubrir vacíos formativos presentes en las carreras de pregrado, consolidando competencias específicas para el abordaje integral de la adolescencia. Aunque no se identificaron barreras específicas relacionadas con las iniciativas de CEMERA, se destacó la necesidad de ampliar estos programas para impactar a un mayor número de profesionales en el sistema de salud.

Capacidad de atención

En el ámbito de la capacidad de atención, la Clínica Universidad Católica y el Hospital El Carmen destacan la importancia de contar con infraestructura adecuada para atender a adolescentes de manera diferenciada. Como facilitador, se identificó la necesidad prioritaria de establecer espacios específicos tanto para hospitalización como para atención ambulatoria. Esto responde al hecho de que los adolescentes no deben mezclarse con la población adulta ni con niños menores, ya que compartir espacios con estos grupos puede tener consecuencias negativas, como el riesgo de influencias en temáticas de consumo. En la recuperación en salud mental, compartir con pares facilita el tratamiento y mejora las oportunidades de recuperación. En este sentido, también se mencionó que, al igual que en pediatría, se necesitan espacios amigables y adaptados para adolescentes en atención ambulatoria, donde puedan desplegarse las intervenciones necesarias en un ambiente propicio para su desarrollo.

Sin embargo, las barreras relacionadas con la infraestructura son significativas. Actualmente, no existe un diseño adecuado para la atención de adolescentes, tanto en los establecimientos privados como en los públicos. Las brechas más notorias se encuentran en el área de hospitalización, donde no existen espacios

disponibles. La atención ambulatoria también enfrenta carencias de infraestructura, aunque en el caso de las urgencias, las modificaciones estructurales parecen ser menos necesarias según lo señalado por los equipos.

En cuanto a los recursos humanos, se identificaron diversos facilitadores que podrían mejorar la atención de salud mental para adolescentes. Uno de los principales puntos es la necesidad de aumentar la cantidad de becas para la formación de psiquiatras infanto-juveniles, dado que actualmente los cupos son limitados. Esto se debe, en parte, a la escasez de docentes especializados, un problema vinculado a la baja remuneración y las altas exigencias del trabajo docente en comparación con el ejercicio profesional asistencial. Se considera fundamental aumentar las remuneraciones y fomentar la docencia en esta área. Producto de lo anterior, existe una notoria escasez de psiquiatras infanto-juveniles a nivel nacional, lo que afecta directamente la capacidad de atención. Además, no hay especialistas de este tipo en turnos, tanto en el sector privado como en el público.

A su vez, se destacó la importancia de contar con equipos especializados, particularmente en hospitalización, donde la presencia de duplas psicosociales, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales resulta esencial. Estos profesionales son necesarios para abordar las problemáticas psicosociales y legales asociadas a la salud mental de adolescentes, muchas veces derivadas de situaciones de vulneración, maltrato o abuso. En esta línea, persisten barreras importantes en este aspecto. Ante urgencias, la falta de personal especializado obliga a depender de equipos con capacitación limitada en contención de crisis, tanto en medidas ambientales como farmacológicas.

Cabe destacar que las condiciones son más críticas dentro del servicio público, tanto a nivel de infraestructura hospitalaria como de profesionales especializados. Producto de lo anterior, desde el Hospital El Carmen señalan que muchos adolescentes permanecen hospitalizados en los servicios de urgencia debido a la falta de especialistas que puedan realizar la evaluación y derivación oportuna a hospitalización. Esta situación no solo prolonga innecesariamente la estadía en urgencias, sino que también limita la posibilidad de brindar un tratamiento integral y específico para cada caso.

Transición del paciente

En la Clínica Universidad Católica, el vínculo entre pediatría y adultos se identifica como un aspecto crucial para garantizar una transición adecuada en el cuidado de los pacientes. Como facilitador, se destaca la necesidad de implementar protocolos específicos que aborden esta transición, especialmente en un contexto donde la rotación de profesionales es frecuente. Entre las propuestas, se subraya la importancia de formularios de transición que recopilen información clave para el profesional que recibe al paciente. Estos formularios deben incluir la historia previa, los tratamientos realizados, los esquemas que han sido efectivos o ineficaces, así como aspectos legales relevantes, como medidas cautelares, situaciones de tutela parental, o cualquier otro elemento que facilite la continuidad del cuidado.

No obstante, las barreras en este ámbito son significativas. Actualmente, la transición de pacientes se realiza sin protocolos establecidos ni fichas clínicas específicas, lo que genera un manejo inconsistente y dependiente de cada profesional o equipo. Por lo general, las derivaciones se realizan en función de la psicopatología del paciente. Por ejemplo, un paciente con diagnóstico de trastorno bipolar, problemas de ánimo o consumo es derivado a un psiquiatra adulto que trabaje en esa temática, pero sin un estándar que asegure una transferencia sistemática y exhaustiva de la información.

En el Hospital El Carmen, el traspaso de información entre los equipos de infanto-juvenil y de adultos se ve facilitado por el hecho de que ambos equipos trabajan en el mismo espacio físico, lo que permite una comunicación más fluida. Además, se utiliza una herramienta informal, como un grupo de WhatsApp, para coordinar la transición de los pacientes. Esta práctica permite un intercambio rápido y directo de información entre los equipos, favoreciendo la continuidad del cuidado en algunos casos.

Sin embargo, el uso de herramientas informales como WhatsApp refleja la falta de protocolos institucionalizados para gestionar de manera estructurada y uniforme la transición de pacientes. Esto puede llevar a inconsistencias y depender excesivamente de la buena voluntad y disponibilidad de los profesionales involucrados.

Esto último, da cuenta que tanto en el servicio público y privado las formas de realizar la transición de pacientes desde los servicios pediátricos hacia la atención adulta son similares, donde prima la informalidad y la escasez de protocolos institucionalizados.

Existen particularidades en este proceso dentro de la atención clínica ofrecida por la Universidad de Chile, el traspaso de pacientes a la unidad de adultos se realiza a través de una interconsulta. Este proceso incluye el contacto directo del profesional tratante con el equipo receptor mediante la provisión de un correo electrónico y un teléfono de contacto, lo que facilita consultas adicionales en caso de ser necesario. Además, se mantiene abierta la posibilidad de que el paciente retome contacto con el equipo tratante original durante el periodo de transición, asegurando un respaldo adicional mientras se ajusta al nuevo equipo.

Sin embargo, se debe tener en consideración que este campus clínico se diferencia de los hospitales públicos y clínicas privadas sobre todo por el volumen de pacientes atendidos y su capacidad únicamente a nivel ambulatorio. Y, de todos modos, aunque este enfoque aporta un nivel de personalización y apoyo, también revela la necesidad de protocolos más formales que respalden y estandaricen el proceso de transición.

Cirugía

Capacitación y formación de los equipos

Un elemento del que se dispone para fortalecer las competencias de los equipos quirúrgicos es la oferta de capacitaciones en línea por parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte, obligatorias para sensibilizar a los equipos sobre la atención de adolescentes. Aunque estas iniciativas pueden ser útiles, no se ofrecen dentro del horario laboral, lo que genera resistencia entre los profesionales que deben realizarlos en su tiempo personal. Esta falta de tiempo protegido dificulta la participación y el cumplimiento de las metas formativas.

“A mí me reclaman mis colegas porque dicen que ellos quieren tiempo reservado o protegido para hacer los cursos.”

Otro elemento facilitador es la experiencia previa de los equipos pediátricos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, lo cual facilita la integración de adolescentes en los hospitales pediátricos. Este grupo ya cuenta con una atención progresiva que, en muchos casos, incluye el manejo quirúrgico de adolescentes.

Por otro lado, se plantea que existe una preocupación genuina en los equipos pediátricos por las necesidades particulares de los adolescentes. Hay un consenso entre los profesionales de base sobre la importancia de que estos pacientes sean atendidos en un entorno pediátrico que pueda ofrecer un cuidado más adecuado a sus necesidades específicas. Sin embargo, se señala que esta voluntad no siempre se refleja en los niveles de toma de decisiones superiores, lo que limita el avance estructurado de estas iniciativas.

Una de las barreras más críticas es la falta de formación específica en cirugía para adolescentes en la mayoría de los programas universitarios. Esto deja a los cirujanos pediátricos en desventaja al enfrentar patologías más comunes en adolescentes, como heridas de bala o politraumatismos, que son manejadas con mayor experiencia en los servicios de adultos. Simultáneamente, los equipos quirúrgicos de adultos no cuentan con el conocimiento necesario para manejar patologías pediátricas específicas, lo que puede generar brechas en la continuidad del cuidado.

En algunas especialidades quirúrgicas específicas, como urología, cirugía plástica y cirugía de quemados, se plantea que los desafíos son mayores debido a las diferencias en técnicas y tratamientos entre niños y adolescentes.

Asimismo, persiste una falta de sensibilización en los equipos quirúrgicos respecto a la atención integral de adolescentes. Esto incluye la necesidad de abordar aspectos emocionales y sociales que influyen en la confianza y la relación médico-paciente. Los adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas, como violencia o abandono, requieren un enfoque que actualmente no está incluido en los programas de formación quirúrgica.

Finalmente, la falta de capacitación específica en atención adolescente afecta la confianza y la seguridad del personal médico y no médico. Se plantea que se requiere no solo formación técnica, sino también estrategias de contención y protocolos que garanticen la seguridad de pacientes y trabajadores. Esto incluye desde médicos y enfermeros hasta recepcionistas y guardias de seguridad, quienes también enfrentan desafíos en este nuevo contexto.

“También requiere un personal, no solamente médico, capacitado y que sienta que tiene las competencias y también la seguridad para trabajar en un ambiente en el cual se sienta tranquilo trabajando. Y eso claramente no está.”

Capacidad de atención

La extensión de la edad pediátrica en los servicios de cirugía plantea importantes desafíos relacionados con la capacidad de atención, tanto en términos de infraestructura como de recursos humanos. A pesar de contar con ciertos facilitadores que permiten sostener el trabajo quirúrgico, se observan numerosas barreras que dificultan el cumplimiento de los estándares necesarios para atender a una población más amplia y diversa.

En algunos hospitales pediátricos se plantea que no se enfrenta una falta de recurso humano para realizar intervenciones quirúrgicas. Los equipos señalan un compromiso significativo por parte del personal médico. Sin embargo, esta motivación se encuentra limitada por la insuficiencia de pabellones quirúrgicos, un

recurso físico esencial que no logra cubrir la demanda actual. Se plantea que esta carencia amenaza con alargar aún más las listas de espera para los hospitales monovalentes pediátricos.

Uno de los principales desafíos está relacionado con la organización de los espacios de hospitalización. Es imperativo contar con una gestión que permita separar a los adolescentes de los niños pequeños, dado que sus necesidades y dinámicas son diferentes. Además, la falta de infraestructura adecuada impide establecer espacios diferenciados para varones y mujeres, lo que resulta crucial para respetar la privacidad y el bienestar emocional de los adolescentes y de los niños.

La llegada de pacientes adolescentes también introduce nuevas complejidades en términos de patologías quirúrgicas. Por ejemplo, en el caso de las quemaduras, mientras que los niños pequeños suelen sufrir quemaduras por agua hirviendo que requieren tratamientos más simples, las quemaduras en adolescentes suelen ser más profundas, causadas principalmente por fuego, lo que implica cirugías más complejas y estadías hospitalarias más prolongadas. Esto no solo aumenta la necesidad de recursos quirúrgicos y hospitalarios, sino que también presiona aún más la limitada oferta de pabellones.

Otro punto crítico es la falta de equipamiento especializado para abordar patologías propias de los adolescentes, como traumas óseos o lesiones graves. Estas condiciones requieren técnicas quirúrgicas específicas y el uso de instrumentos que no están disponibles en todos los hospitales pediátricos. Esta situación subraya la necesidad de una inversión significativa en insumos y equipos que permitan una atención adecuada. Además, es necesario reforzar el equipo en pabellón con enfermeros y técnicos en enfermería (TENS) que sepan tratar con pacientes de mayor tamaño.

Además, los flujos en las urgencias presentan problemas importantes, especialmente en casos de trauma grave o patologías psiquiátricas. Actualmente, no existen mecanismos claros para manejar estas situaciones, lo que genera incertidumbre sobre cómo y dónde se resolverán estos casos.

Se indica que la atención a adolescentes también plantea un desafío en términos de recursos humanos especializados, pues representan una demanda mayor que requiere el apoyo de equipos psicosociales robustos. En la actualidad la dupla psicosocial depende del Chile Crece Contigo, no son propias del establecimiento y tienen un enfoque más hacia niñeces y no adolescencia.

“Sin embargo, el adolescente que está en una fase de identidad, búsqueda de sí mismo, etc., nos queda grande, por así decirlo. Entonces, sin duda que necesitaríamos apoyo psicosocial si queremos además enfrentar esta oportunidad de mejora.”

En síntesis, si bien los equipos quirúrgicos de hospitales pediátricos cuentan con un recurso humano comprometido, se enfatiza que la adecuación de infraestructura, la mejora de los flujos de atención y la capacitación especializada son fundamentales para enfrentar los desafíos que implica la atención quirúrgica de adolescentes.

Transición de pacientes

La transición de la atención entre equipos pediátricos y adultos constituye un proceso complejo y esencial para garantizar la continuidad del cuidado en pacientes que alcanzan la mayoría de edad. Si bien existen iniciativas exitosas que demuestran el potencial de estos procesos, también persisten importantes barreras que dificultan su implementación estandarizada y equitativa en el sistema de salud.

En los hospitales pediátricos que cuentan con el apoyo de hospitales de adultos cercanos, las transiciones suelen ser más fluidas gracias a la colaboración entre ambos equipos. Un ejemplo destacado es el modelo implementado en el área de urología del Hospital Exequiel González, donde un urólogo de adultos trabaja integrado al equipo pediátrico. Este profesional realiza consultas conjuntas con médicos pediátricos y, posteriormente, asume la atención de los pacientes dentro del mismo hospital antes de su traspaso definitivo al sistema de adultos. Este modelo no solo asegura una transferencia gradual y natural de información clínica, sino que también brinda tranquilidad a los pacientes y sus familias al hacer que el cambio sea progresivo.

En otros casos, los hospitales pediátricos mantienen vínculos directos con hospitales generales cercanos para facilitar la transición en ciertas especialidades. Por ejemplo, en urología en el Hospital Roberto del Río, existe una colaboración con el Hospital San José, donde urólogos adultos participan activamente en la transferencia de pacientes. Estas experiencias evidencian que los vínculos institucionales y la cooperación entre equipos pueden ser facilitadores clave para una transición efectiva.

No obstante, el proceso de transición presenta múltiples desafíos estructurales y organizativos. En muchos casos, depende más de la buena voluntad de los profesionales que de políticas o protocolos institucionalizados. La falta de estandarización hace que cada equipo aborde la transición según su criterio, lo que puede generar inconsistencias en la calidad del cuidado y que dependa de la voluntad de profesionales específicos. Esta situación es más compleja en hospitales pediátricos monovalentes, donde el apego emocional entre los profesionales y sus pacientes puede retrasar el proceso de transición, debido a que los equipos no quieren que los pacientes se vayan a la “*jungla del mundo adulto*”.

Otro obstáculo significativo, y vinculado a lo anterior, es la saturación de los hospitales generales de adultos, especialmente en áreas como oncología, que tienden a absorber gran parte de los recursos disponibles. En particular se señala que las patologías crónicas que afectan la calidad de vida, aunque importantes, suelen tener menor prioridad en comparación con enfermedades mortales como el cáncer. Esto limita la disponibilidad de especialistas adultos para atender pacientes en transición desde los hospitales pediátricos.

Se señala que, en regiones apartadas, las barreras geográficas y de infraestructura complican aún más el proceso. La falta de especialistas adultos en hospitales de referencia regionales, junto con la dificultad de coordinar contrarreferencias hacia los hospitales de origen, hace que la transición sea aún más desafiante para los pacientes de zonas rurales o aisladas.

Finalmente, la incompatibilidad de los sistemas de fichas clínicas entre hospitales pediátricos y de adultos representa un problema recurrente. La ausencia de registros interoperables dificulta el acceso a información clínica clave durante y después del traspaso, lo que compromete la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Implementación general de la política

Sobre el proceso de implementación, se propone que éste sea paulatino, relevando la importancia de tener plazos definidos, con un programa, encargados, e indicadores que puedan ser medibles y que permitan evidenciar cómo va saliendo la implementación y qué resultados se están obteniendo

“Indicadores prospectivos que uno pueda analizar su resultado y tratar de encauzar el rumbo, si es que se está desviando o confirmar que lo estamos haciendo mejor y que esto pueda tener algún peso en las decisiones que pueda tomar el ministerio creo que eso es lo que tiene la esperanza de que se consigue”

Opinión de disenso

Desde el Hospital pediátrico Roberto del Río se plantea una posición contraria a la implementación de la extensión de la edad pediátrica en hospitales pediátricos monovalentes, debido a la gran dificultad que se percibe en torno a la estructura física del establecimiento -ya que, es bastante antiguo y posee brechas en la atención de su propia población pediátrica como consecuencia de esto-, la cultura organizacional dentro de éste y las competencias técnicas para la atención.

“Porque toda nuestra estructura física, y también debiera decirlo, mental, es para atender niños y adolescentes. Nuestro contraste de atención es operar desde un prematuro de 500 gramos hasta un adolescente de más de 80 kilos. Entonces ese rango de atención igual influye porque son distintas técnicas, distintos instrumentos, distintas experiencias y habilidades.”

Traumatología

Capacidad y formación de los equipos

Hay un consenso en la necesidad de capacitar a los traumatólogos infantiles en aspectos técnicos y clínicos específicos relacionados con la atención de adolescentes, dado que la adolescencia tardía, que se integra con la extensión de la edad pediátrica (EEP) coincide con procesos biológicos tales como el cierre del cartílago de crecimiento. Esta formación es clave, ya que las técnicas quirúrgicas y los materiales utilizados en adolescentes difieren considerablemente de los empleados en niños. A su vez, el tipo de patologías también cambian, los entrevistados de los distintos hospitales señalan el trauma como principal problema que ingresaría en la traumatología infantil, que implica una serie de cirugías complejas, que no son actualmente comunes en sus unidades. Además, se identificó la necesidad de adquirir nuevos materiales quirúrgicos adaptados a la población adolescente, ajustando los presupuestos para satisfacer estas demandas. Esto último, apuntaría principalmente a los hospitales pediátricos, dado que, en los mixtos, ya se cuenta con dicho insumos que son utilizados en la población adulta.

Asimismo, se subraya que en los hospitales pediátricos es más complejo el tema de la formación, capacitación y apoyo entre equipos, en tanto no se cuenta con equipos de adultos que pueden cumplir un rol importante

de acompañamiento en un comienzo. A diferencia de lo que ocurre en hospitales mixtos como el San Borja Arriarán:

“(…) va a haber fracturas más complejas que no se está acostumbrado a ver. Va a tener que ocupar otro tipo de material de osteosíntesis que probablemente hay muchos colegas que tampoco están acostumbrados a usar. Entonces, una de las grandes limitaciones que yo le veo, es que si tú no tienes un compañero del otro lado, es decir, de adultos, como en el caso del San Borja, que sí lo tiene, donde tú le decís oye, sabes que yo me puedo encargar de las fracturas que no son complejas, pero las fracturas que son complejas tú me puedes dar una mano, eso es un apoyo para nosotros”.

El Hospital Luis Calvo Mackenna y el Hospital Dr. Exequiel González Cortés señalan que enfrentan desafíos similares en términos de resistencia por parte del personal médico. Se subraya que particularmente los traumatólogos infantiles de mayor edad presentan mayores reticencias a adaptarse a las nuevas demandas. Esto último más que malas voluntades, tiene que ver con miedos, a propósito de la cantidad de años en que no manejan el tipo de cuerpo y epidemiología de la población etaria adolescente. En lo que respecta al Hospital San Borja, hay una menor resistencia a la implementación de la política, no obstante, se indica que las condiciones no son las óptimas, pero no por razones de capacitación técnica.

En el HEGC, se propone implementar capacitaciones que no solo aborden aspectos técnicos, sino también habilidades blandas necesarias para el trato con adolescentes, especialmente considerando las particularidades de este grupo etario, como problemas de salud mental. Se sugiere además una campaña de sensibilización pública para destacar la relevancia de esta población históricamente desatendida.

En el HCM, se mencionó que los casos complejos en ortopedia y escoliosis ya se manejan hasta los 18 años, lo que podría facilitar la integración gradual de la EEP en otras áreas.

Por su lado, el HSBA señala la necesidad de realizar capacitaciones en lo que respecta al abordaje psicosocial, donde se identifica un déficit por parte de los equipos de salud en su conjunto.

Cabe destacar que particularmente dentro del HEGC la resistencia que existe también tiene que ver con juicios y prejuicios hacia la población adolescente, no solo de parte de los equipos médicos, sino que, a nivel multidisciplinario, asociados con conductas disruptivas como consumo de drogas y violencia. Esto genera inquietud sobre la seguridad en los espacios hospitalarios y la convivencia entre niños y adolescentes.

Capacidad de atención

Todos los hospitales reportan graves deficiencias en infraestructura. En el HEGC, el hospital está colapsado y carece de espacios, pabellones y personal para atender a la nueva población. Se mencionan preocupaciones sobre la convivencia entre adolescentes y niños pequeños en las mismas salas, por posibles incidentes de seguridad.

En el HCM, se reporta falta de insumos y herramientas adecuadas para atender a adolescentes, como placas y materiales de osteosíntesis, además de limitaciones en la infraestructura de pabellones. Por su lado, el HSBA indica:

“Nos veremos enfrentados a pacientes portadores de VIH – SIDA, que son excepcionales en la traumatología infantil actual, habrá que sospechar gérmenes de transmisión sexual para los cultivos en sospecha de infecciones, etc. Y habrá que tener los elementos de laboratorio para poder procesarlos.”

A su vez, el representante del hospital señala que tras el incendio que afectó al hospital, las condiciones actuales dificultan la posibilidad de diferenciar espacios para adolescentes. La atención ambulatoria no dispone de infraestructura adaptada, y la hospitalización enfrenta limitaciones críticas en camas de cirugía infantil, UCIP y UTIP, las que se necesitarían exponencialmente más con el ingreso de la población adolescente.

Es fundamental recalcar la necesidad de diferenciar espacios entre niños y adolescentes, para la atención en urgencia, individualización para la atención ambulatoria, como también a nivel hospitalario, en este último, también debe existir una distinción entre hombres y mujeres.

En el HEGC, se propone reforzar la seguridad con la presencia de Carabineros en urgencias y aumentar el personal médico y no médico, incluyendo traumatólogos, enfermeras y técnicos en enfermería. Además, se considera implementar un modelo de atención inicial en hospitales pediátricos con derivación a hospitales de adultos para procedimientos definitivos.

Tanto en el HEGC como en el HCM se enfrentan déficits críticos de personal, particularmente de técnicos en enfermería (TENS) y enfermeras. En el HCM, esta carencia afecta directamente la capacidad de respuesta y aumenta la suspensión de cirugías.

Transición de pacientes

En los hospitales pediátricos, no existen protocolos ni mecanismos formales para asegurar una transición efectiva entre pediatría y adultos. Se indica que en la práctica funciona todo desde la informalidad y la transición depende del nivel de involucramiento del personal con casos particulares, lo que genera desigualdades en el proceso. No obstante, en el HCM, se destaca la existencia de un profesional dedicado a facilitar la transición de adolescentes a hospitales de adultos en casos crónicos, pero que es mínimo en relación para el volumen de casos, sin embargo, esta iniciativa podría servir de base para implementar protocolos más amplios.

Por su lado, en el HSBA, existe una tradición de comunicación fluida entre las unidades de adulto e infantil, aunque esta práctica sigue siendo informal y depende de la buena voluntad de los colegas. Una iniciativa destacada es el equipo de preservación de cadera, que trabaja con casos de transición de forma conjunta entre las especialidades pediátricas y de adultos. No obstante, se requiere formalizar flujos y capacitaciones para enfrentar las necesidades específicas de los adolescentes.

Dentro de los hospitales pediátricos, se indica que el acceso a las fichas clínicas entre hospitales es extremadamente limitado. En el HCM, los profesionales reportan dificultades para obtener antecedentes de otros establecimientos, lo que impacta negativamente en la continuidad de la atención.

Tanto en los hospitales pediátricos como en el HSBA, se enfatiza la necesidad de un plan de implementación integral que incluya capacitación, infraestructura, insumos y recursos humanos. El HCM hace un llamado a las autoridades para garantizar recursos adicionales y asegurar que la transición sea efectiva.

Pediatría

Capacitación y formación de los equipos

En el ámbito de competencias, un facilitador muy importante es la alianza estratégica de los hospitales (HSBA y HED) con Universidades., siendo un campus clínico de esta institución. Una de sus innovaciones más relevantes es la creación de la primera unidad hospitalaria para adolescentes del país, integrada dentro del servicio de pediatría. Esta unidad ha demostrado una alta efectividad en la resolución de casos de patologías mentales, lo que ha permitido reducir significativamente la necesidad de camas de corta estadía. Según la representante entrevistada, menos del 15% de los casos atendidos en esta unidad requiere derivación a una UCI o a una corta estadía en salud mental, gracias a las medidas de seguridad y la capacitación del personal, que permiten estabilizar adecuadamente a los usuarios.

Por otro lado, el Hospital San Borja Arriarán ha avanzado en la atención de adolescentes a través de la extensión de la edad pediátrica en algunos de los policlínicos de especialidades. Además, este hospital mantiene una alianza estratégica con el Campus Centro de Pediatría y Cirugía Infantil de la Universidad de Chile, lo cual se quiere aprovechar para fortalecer la formación de los profesionales de la salud con miras a la extensión. Además, el equipo de pediatría está evaluando propuestas innovadoras, como el modelo de psiquiatría de enlace con un enfoque biopsicosocial, y ha visitado el Hospital de la Florida para analizar su modelo de atención a adolescentes y ver qué elementos se pueden implementar en su Hospital.

A pesar de estos avances, ambos hospitales enfrentan barreras importantes. Una de las más notorias es la falta de formación en los equipos de urgencias pediátricos para abordar las crisis de salud mental de adolescentes, afectando a médicos, enfermeros, técnicos en enfermería y personal administrativo. Además, existe una brecha en la capacitación específica para áreas críticas como traumatología y cirugía pediátrica, especialmente para atender situaciones complejas como heridas de bala o politraumatismos graves. Las brechas de formación de especialistas en salud de adultos, consiste en que éstos no siempre están preparados para atender a pacientes con condiciones complejas que antes no sobrevivían hasta la adultez, como las cardiopatías congénitas.

Otro desafío transversal es el déficit de formación en salud adolescente entre los trabajadores de salud, especialmente en generaciones formadas hace más de dos décadas, cuando este enfoque no era parte de los currículos.

En cuanto a la sensibilización, en ambos hospitales se señala que una barrera se encuentra en los equipos de adultos, quienes, según el equipo pediátrico, no siempre están sensibilizados ni formados para atender adolescentes y jóvenes adultos. Esta situación incluye la falta de habilidades para integrar a las familias en el proceso de atención, lo que es fundamental para este grupo etario. Desde los equipos pediátricos se observan resistencias de las unidades de urgencia para la implementación.

En línea con lo anterior, se observa que muchos de los problemas de los adolescentes están relacionados con vulnerabilidad y riesgo social, lo que demanda un enfoque no medicalizado y el apoyo de una dupla psicosocial compuesta por un trabajador(a) social y un(a) psicóloga(o). Un elemento que fue implementado en el HED y que interesa al equipo del HSBA, es la posibilidad de externalizar un servicio jurídico especializado para abordar las complejidades legales asociadas a la atención de adolescentes, complementando las estructuras de trabajo social clínico ya existentes.

Capacidad de Atención

En términos de capacidad de atención, el Hospital de la Florida cuenta con varias ventajas relacionadas con su infraestructura moderna y adaptable. Al ser un hospital nuevo, no enfrenta las limitaciones estructurales comunes en hospitales más antiguos, como la dificultad para modificar espacios o actualizar instalaciones. Por ejemplo, sus salas son indiferenciadas, lo que permite adaptarlas según las necesidades, ya sea instalando cunas o camas para diferentes tipos de pacientes. Este diseño flexible optimiza el uso del espacio y mejora la atención. Esto es una barrera en hospitales como el San Borja, el cual debido a su antigüedad y debido a los incendios que sufrió recientemente, está funcionando en parte por medio de contenedores modulares, lo cual dificulta un poco más la adaptación de los espacios.

Además, el Hospital de la Florida ha implementado estrictos sistemas de seguridad para garantizar el bienestar de todos los pacientes y personal en la unidad de pediatría. Entre las medidas adoptadas se incluyen ventanas con seguros, puertas sin pestillos, videovigilancia en salas y pasillos, alarmas en las puertas de salida y un mayor número de guardias.

Otro facilitador significativo es la disminución en la demanda de camas pediátricas para menores de 10 años. Esto se atribuye, en parte, al uso de anticuerpos monoclonales contra el virus respiratorio sincicial (VRS), lo que ha reducido considerablemente las hospitalizaciones por esta causa durante el invierno y se proyecta que continuará así en los próximos años. Sin embargo, desde el HSBA se señala que no es posible predecir con certeza que las próximas campañas de invierno sean tan leves como la recién pasada.

Una de las barreras transversales más críticas es la escasez de camas de corta estadía infanto-juveniles en el país, debido a la crisis de salud mental en el país, a la que los adolescentes son particularmente vulnerables. En muchos casos, esto genera que no haya flujo de salida y que los pacientes permanecen hospitalizados en el servicio de urgencias durante días, esperando la disponibilidad de una cama.

Respecto de los recursos humanos, se destaca que, para garantizar la seguridad de pacientes y trabajadores, es fundamental contar con un TENS por cada tres camas. Además, se requiere inversión en recursos humanos más allá del ámbito médico, integrando un equipo de dupla psicosocial capacitado para abordar las complejas necesidades de los adolescentes.

“Y eso también tiene que ser una inversión. Hay que pensar que en el recurso humano no solo se va a necesitar TENS, enfermeras y médicos capacitados en adolescencia, sino que se necesita todo un equipo psicosocial que va a apoyar al equipo clínico para dar real respuesta a las necesidades que tienen los adolescentes”

*“Porque además la demanda de salud adolescente no es solamente biológica. Hay muchos factores que tienen que ver con lo psicosocial. Y no puede trabajarse sin un equipo psicosocial potente.”
Porque detrás de muchos de los problemas de salud mental, sobre todo en el área pública, hay mucha vulneración de derechos. Entonces hay muchos temas que tenemos que abordarlos juntos. No solo con la mirada médica, sino que interdisciplinar y transdisciplinariamente”*

Asimismo, se señala la necesidad de instrumental específico para la atención de adolescentes, particularmente en casos de politraumatismos, dado, por ejemplo, que los huesos en crecimiento presentan características diferentes a los de un adulto.

Desde el HSBA se propone que se requiere una normativa que permita justificar la contratación de más trabajadores, como TENS y otros profesionales, para abordar estas deficiencias y garantizar una atención adecuada. Se describe una resistencia, específicamente del servicio de urgencias del HSBA, a la implementación de la extensión de la edad pediátrica.

Transición de pacientes

Un aspecto crucial que favorece este proceso es la experiencia acumulada en los equipos de pediatría, quienes poseen la cultura organizacional de trabajar en equipo. Esta especialización ha permitido desarrollar un enfoque integral en el cuidado de estos pacientes, lo que se traduce en una buena base para abordar las necesidades de transición hacia la atención adulta.

Además, se propone desde el Hospital de la Florida que los médicos de familia pueden emerger como figuras clave en este proceso. Su formación integral los posiciona como profesionales preparados para gestionar la transición de adolescentes a adultos, con el apoyo de subespecialistas de adultos cuando sea necesario.

Un hito relevante para el equipo del Hospital de la Florida es la publicación de un estudio FONIS sobre transición en la *Revista Médica de Chile*. Este trabajo se perfila como una base fundamental para el desarrollo de un protocolo ministerial que garantice que la transición deje de depender exclusivamente de la voluntad individual, integrándose formalmente en los procesos de atención en todo el país.

En términos prácticos, ciertos equipos ya han logrado implementar protocolos de transición exitosos. Un ejemplo es el equipo de gastroenterología del HSBA, que ha desarrollado sistemas para gestionar pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales, garantizando continuidad en su tratamiento a través de la Ley Ricarte Soto.

A pesar de los facilitadores identificados, los equipos de pediatría de ambos hospitales perciben que persisten importantes barreras que dificultan la implementación de esta política. Una de las principales es la ausencia de un protocolo formal para planificar y programar la transición. Este vacío genera desafíos adicionales, debido a esto los equipos proponen que se requieren tiempos protegidos y una atención más compleja, lo cual demanda recursos y sistematización.

Otro obstáculo crítico es la dependencia de los liderazgos locales y la voluntad de los especialistas adultos. La falta de un enfoque institucionalizado hace que el éxito de la transición recaiga en la disposición de las

jefaturas y de los mismos especialistas, quienes deben destinar tiempo y recursos para esta tarea, en un contexto donde a menudo se prioriza la cantidad de pacientes atendidos sobre la calidad del cuidado.

El sistema GES de tratamiento de la depresión ilustra otra barrera, al no incluir a menores de 15 años, lo que complica la integración de un modelo de transición. Además, existen dudas sobre si el Ministerio de Salud (MINSAL) contempla una asignación de recursos y cargos específicos para esta implementación.

“Tienen que haber protocolos ministeriales que muestren cómo hacer la transición y que esté con tiempos y recursos protegidos, porque si no, no es posible hacerlo.”

Otra barrera frecuente radica en la desconexión entre los equipos pediátricos y de adultos. La falta de colaboración y comunicación entre estos equipos limita la posibilidad de coordinar un cuidado integral y oportuno. Se percibe que existe una resistencia desde los equipos de adultos a vincularse con el mundo pediátrico. Esta desconexión también se observa en la falta de contrarreferencia adecuada con el nivel primario y con otros hospitales, ejemplificada por hospitales como el HSBA, que aún utiliza fichas de papel en la atención cerrada, y carece de integración con sistemas como Rayén.

Por último, la transición de pacientes pediátricos a la atención adulta enfrenta serios retrasos debido a las listas de espera para la atención en especialidades adultas. Muchos adolescentes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas como cardiopatías o condiciones broncopulmonares, experimentan demoras de uno a tres años para acceder a la atención especializada en hospitales de adultos, perdiendo oportunidad en la atención, lo cual se vió agravado por el impacto de la pandemia.

Odontología

Capacitación y formación de los equipos

Desde los servicios de odontología entrevistados no se percibe una brecha en la formación clínica de las y los odontólogos para la atención de adolescentes. Además, se señala que la extensión hace sentido a los equipos y que permite abarcar una brecha en este grupo etario.

“Algo muy bueno que llegó con esta extensión de la edad pediátrica es que se extendió la pauta Cero odontológica [...] porque muchas de las patologías que justamente se desarrollan como la edad de dentición mixta y anomalías dentomaxilares se perdían. Entonces creo que la extensión es súper buena en ese ámbito porque alcanzamos a pesquisar más cosas y los pacientes se pueden diagnosticar más tempranamente”

Sin embargo, en relación a las competencias en torno al trato y manejo con pacientes adolescentes y su complejidad psicosocial, se señalan que existen deficiencias importantes en las que es necesario realizar capacitaciones. Esto, porque se percibe que el vínculo entre el usuario y el profesional puede tener consecuencias importantes en la adherencia de los adolescentes a los tratamientos e indicaciones. Se plantea también la posibilidad que los profesionales que se han formado hace más tiempo en odontopediatría

tengan más resistencias que los profesionales formados más recientemente, debido al enfoque en niños de los primeros y en el ciclo vital de los segundos.

“Creo que la formación no es suficiente. Aunque se ha abordado transversalmente los temas de género e inclusión, en términos de perfil psicológico, herramientas para la motivación y cambio de hábitos existe poca formación.”

“Y hay un problema de adherencia importante que tiene que ver con esta idea de la autonomía progresiva también de los adolescentes, que tienen un poco que decir sobre sí mismos. Entonces hasta el momento no existen políticas ni normas para la sensibilización hacia la atención al ser un adolescente.”

Capacidad de atención

Respecto de la capacidad de atención, se señala que la infraestructura, aunque básica es adecuada, debido a que los recursos para la atención adolescente son muy similares a lo de los adultos. Por ejemplo, el sillón dental es el mismo tanto para niños como para adultos.

“En general para atender a los adolescentes, niños, adultos, son los mismos materiales, no hay muchas diferencias”.

Se propone que la priorización de recursos vaya enfocada hacia la prevención primaria con material educativo llamativo, instancias de integración, motivación y cambio de hábitos.

En términos específicos se indica que algunos aspectos del equipamiento de laboratorio o para la aplicación de placas cuando existen anomalías dentomaxilares podrían tener brechas en la atención adolescente. Asimismo, si bien se plantea que siempre hay una brecha de recurso humano en todas las áreas en los servicios públicos de salud, la extensión de la edad pediátrica no implica mayor demanda porque la población adolescente ya se atiende en los programas odontológicos a través de abordaje de lista de espera, el programa Cero y los programas odontológico integrales en APS.

Transición de pacientes

Se visualizan varios facilitadores en la transición desde el SSMOCC. Esto debido al apoyo de una consultora odontopediatra para la transición.

“Pero en general yo creo que la transición, por lo menos para la mayoría de nosotros, ha sido muy fácil, porque nosotros tenemos una consultora, que es una odontopediatra, que justamente abarca al niño como un ente completo y nos da capacitaciones de cómo abarcarlo cuando vaya pasando la edad.”

En particular, se señala que a nivel hospitalario existe la experiencia de coordinación entre equipos de cirugía maxilofacial y psiquiatría a través de programas de transición de género que implican procedimientos de feminización para casos que se manejan integralmente. Se resalta la estrategia ECICEP que se está implementando en APS como un elemento facilitador en la sensibilización y transición, debido a que involucra la participación de la familia en las decisiones. Aunque el foco es la población adulta, se señala que ésta incide en el sistema familiar con todos sus integrantes, abordando sus necesidades y potenciando la formación de redes de apoyo.

Dentro de las posibles barreras en el proceso de transición, se plantea la posible *Resistencia de los equipos de adulto de tratar pacientes pediátricos y viceversa*

“De repente es un poco más complejo, incluso hay algunos dentistas que les ha costado más la transición a los adultos cuando tienen niños de, por ejemplo, hasta los seis años. Y hay algunos que se rehúsan a ver niños, o sea, hay algunos que no les gusta ver niños, hay algunos que no les gusta ver adolescentes, hay algunos que no les gusta ver adultos, porque todo es un mundo distinto.”

En relación a lo anterior, otra barrera importante es la falta de un protocolo para la transición. Si bien hasta ahora existe una continuidad de atención a través de la coordinación entre contralores odontológicos de los distintos establecimientos, esto es mediante la facilitación de referentes técnicos del Servicio (en este caso, SSMOCC).

Finalmente, una de las barreras importantes en el traspaso de la información es la falta de interoperabilidad de las fichas clínicas entre los diferentes niveles de atención y entre diferentes hospitales.

Implementación general de la política

Se propone la conformación de mesas de trabajo enfocadas en la adolescencia, abordando la salud bucal como parte del enfoque de curso de vida. Estas mesas podrían desarrollarse inicialmente a nivel central en el Ministerio de Salud (MINSAL) y replicarse en los niveles locales. Su objetivo sería coordinar y planificar estrategias específicas, identificando las necesidades particulares de este grupo etario y facilitando la transferencia de conocimiento entre distintos niveles del sistema de salud.

“Yo creo que deberían hacer como una mesa de adolescencia, como a nivel de curso de vida. Entonces, yo creo que primero que todo sería crear una mesa, quizás una mesa de trabajo, como a nivel de MINSAL, y esto se pueda replicar a nivel local, en los cuales se puedan trabajar en tópicos en esa área. Segundo, yo creo que la sensibilización de la atención por medio de capacitaciones por los programas FENATS podría ser.”

Además, se propone establecer estrategias de priorización para un manejo oportuno. Diseñar programas específicos para adolescentes en lista de espera odontológica, con un enfoque preventivo para evitar la progresión de patologías que terminan requiriendo procedimientos quirúrgicos más costosos.

“Quizás como la implementación de recursos como para programas específicos, por ejemplo, en los pacientes como lista de espera odontológica, para poder gestionar y priorizar estos casos que cuando no se atienden de manera temprana, los pacientes se van a cirugía. Y eso es mucho más costoso, pero si tú tienes los implementos o una estrategia que pudiese aplicar, por ejemplo, aparatos en adolescente, podría disminuir mucho más la carga de esa enfermedad y poder hacerlo mucho más tratable con menos costos para el servicio.”

Se propone que desarrollar indicadores específicos para el grupo adolescente permitirían evaluar el impacto de las estrategias implementadas. Por ejemplo, saber el porcentaje de interconsultas odontológicas clasificadas por grupo etario (infantil, adolescente, adulto). Por otro lado, se señala que es importante conocer la tasa de inasistencia de adolescentes a sus citas odontológicas, considerando barreras como la falta de acompañamiento o guía en sus procesos de salud.

Resultados de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana y del Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Desde el gobierno central, a partir de las opiniones emanadas de un representante del Programa de Salud Adolescente del departamento de Ciclo Vital, se presentan los siguientes resultados:

Capacitación y formación de los equipos

En relación con las competencias técnicas y clínicas, se reconoce como un facilitador clave la existencia de lineamientos técnicos creados desde el nivel central para el abordaje de la salud adolescente, vigentes desde 2008 y en proceso de actualización para el 2024. En función de lo anterior, el Ministerio de Salud está trabajando en un documento específico sobre la EEP, que incluirá aspectos como el modelo de atención, el tema de la transición y otros enfoques esenciales, esto último se identifica como central para el proceso en cuestión, de forma de poder entregar una normativa y perspectiva de abordaje, la cual pueda operar como guía durante el proceso de formación y capacitación. En esta línea, una vez finalizado el documento, se proyecta su implementación con un programa de capacitaciones entre los años 2025 y 2027.

A su vez, se agrega que dentro del proceso de formación que se proyecta, debe incluirse un apartado de salud mental, para que de esta forma los equipos, principalmente de urgencias, tengan la capacidad de contener y asumir a pacientes adolescentes con crisis en salud mental y con agitaciones psicomotoras. No se puede pretender que sean exclusivamente los psiquiatras infanto juveniles quienes se hagan responsables de

dichas situaciones, por lo mismo, debe existir un personal capacitado que logre diferenciar casos graves y con patologías asociadas, y aquellos que pueden ser manejables sin un médico especialista en el área.

A su vez, el Ministerio también evidencia barreras importantes para la implementación de la política, como la falta de formación en los profesionales pediátricos para manejar y tratar patologías frecuentes de la población adolescente, particularmente la adolescencia tardía, que refiere al grupo etario que ingresa con la EEP. Como también, el manejo técnico y clínico de un cuerpo ya desarrollado, que en términos biológicos, se encuentra más cercano al de un adulto. Se subrayan especialmente las áreas de cirugía, urgencias y traumatología. Se da como ejemplo la atención a traumas, como herida por bala, o bien, el manejo de huesos ya desarrollados, competencias que suelen ser propias de traumatólogos de adultos. Desde el nivel central se identifica que dichas brechas son particularmente críticas en hospitales pediátricos, donde no existe el apoyo de equipos de adultos.

La sensibilización de los equipos de salud también emerge como un eje fundamental. Las capacitaciones buscan no solo desarrollar competencias técnicas, sino también promover un cambio cultural dentro de las instituciones, fomentando la voluntad de implementar la política. Lo anterior, se vincula con la necesidad de tener una atención integral, más psicosocial y multidisciplinaria.

Por otro lado, para los equipos pediátricos, se requiere una capacitación para el manejo de la transición, en qué momento dar de alta y no apegarse a los pacientes por miedo a una futura mala atención en el mundo adulto.

De todos modos, a nivel central se considera que persisten resistencias relacionadas con temores ante la llegada de pacientes con necesidades y problemáticas distintas a las de la población pediátrica actual. Ejemplo de ello refiere a la atención de pacientes vinculados a abuso de drogas y alcohol, violencia, aparición de temas legales y delincuencia, entre otros puntos que generan rechazo. A su vez, las resistencias se vinculan a nivel de infraestructura, lo que se desarrollará en el siguiente punto.

Capacidad de atención

En términos de infraestructura, el Ministerio subraya la existencia de esfuerzos por parte de los distintos servicios para diagnosticar las brechas necesarias para la implementación de la EEP. Esto último en tanto el gobierno central solicitó a los servicios de salud un levantamiento de las principales dificultades, que pueda incluir, por ejemplo, modificaciones en infraestructura y adquisición de equipamiento adecuado, como camas hospitalarias y sillones odontológicos adaptados para adolescentes. Se señala que a partir de la información que se levante, se podrá tener una mayor claridad con respecto a las áreas que se deben priorizar y a cómo se puede planificar de forma más consistente la implementación.

Por otro lado, se señala la importancia de generar espacios de atención más personalizados dentro de la atención terciaria a nivel ambulatorio, esto último, para poder hacer efectivo el principio de confidencialidad, el cual se subraya como fundamental para la atención adolescente.

No obstante, a pesar del esfuerzo que se está realizando a nivel territorial, las limitaciones actuales en infraestructura y recursos son evidentes, y desde el Ministerio se identifica este punto como un nudo crítico que genera resistencia, particularmente en hospitales pediátricos, y específicamente aquellos más antiguos como por ejemplo el Hospital Roberto del Río. Las preocupaciones giran en torno a la falta de espacios

adecuados, problemas de capacidad física y la necesidad de reconfigurar áreas críticas, como los ascensores y las salas de hospitalización, donde se requiere una división de pacientes más pequeños y adolescentes.

Respecto a los recursos humanos, se destaca la importancia de promover una mayor cooperación entre los equipos pediátricos y de adultos, especialmente en áreas como traumatología y cirugía de urgencias. También se sugiere evaluar las necesidades locales de los equipos de salud y fomentar la especialización en áreas críticas.

Un facilitador que se destaca desde el gobierno central refiere a que el número y tipo de profesional no debiese variar profundamente, sobre todo a nivel de urgencias, dado que los hospitales pediátricos en particular no tienen un colapso tan grande en relación a lo que sucede en el servicio de adultos, a lo que se señala:

“(...) y pensando además que con la vacuna sincicial irá disminuyendo cada vez más el colapso en invierno, podrá ser más fácil atender, también teniendo claro que ya hace algunos años la tasa de natalidad va en bajada, por lo que cada vez habrá menos niños”.

Por su lado, la complejidad de las atenciones asociadas a la entrada del nuevo grupo etario y la escasez de especialistas son barreras significativas. Asimismo, se subraya, nuevamente, que esto será más complejo a nivel de hospitales pediátricos.

Finalmente, se sugiere el aumento de sueldo para que especialistas en el área tengan interés en trasladarse al servicio público y ser parte de este proceso.

Transición de los pacientes

La transición de pacientes desde la atención pediátrica a la de adultos es otro de los temas críticos. Se subraya la necesidad de designar profesionales responsables de este proceso, con interés, capacidad y con horas protegidas para el desarrollo específico de esta función y que se trabaje bajo un enfoque multidisciplinario. Asimismo, desde el Ministerio se destaca que quien encabece este equipo debe ser un médico especializado en adolescencia, idealmente adolescentólogo, aunque se tiene claridad que ese requerimiento es más complejo por el número de subespecialistas que existen. Este proceso debe incluir una planificación progresiva dentro de cada establecimiento y con cada paciente para fomentar la autonomía de los adolescentes y el traspaso ordenado de información clínica mediante sistemas y protocolos claros. Tal como señala el representante del MINSAL:

“Tiene que existir un médico a cargo de la transición, es importante que sea médico porque tiene las competencias de saber de qué se trata cada patología. Por lo mismo, sabe las dosis, los controles y también puede tener un rol pedagógico con los padres y las familias, y con eso, que la autonomía progresiva independientemente de la patología, esté presente, para así ir soltando poco a poco a los chicos y las chicas, para que vayan aprendiendo sus tratamientos. Todo esto que se tiene que hacer con los pacientes más crónicos, debe ser llevado por un equipo multidisciplinario y encabezado por un médico, incluso idealmente, un médico especialista en adolescencia”.

Sin embargo, actualmente la transición no es considerada una prioridad dentro de muchos equipos de salud, y los pediatras en general carecen de formación específica en este ámbito. Esto dificulta la implementación de estrategias efectivas para el cambio.

Por otro lado, se considera fundamental que para la transición y el traspaso de información entre los equipos, se debe contar con una “especie de ficha clínica” donde se señale toda la información importante que debe saber el profesional que toma el caso. Hasta que no exista una ficha clínica única, se considera que los equipos de transición tendrán que velar por levantar protocolos e institucionalizar ciertos procesos en los distintos establecimientos.

Implementación general de la política

Finalmente, se destaca que la implementación de la EEP enfrenta desafíos estructurales relacionados con las precariedades del sistema de salud y la priorización de recursos a partir de las diversas necesidades que existen.

El Ministerio de Salud plantea metas claras a corto y mediano plazo, como la elaboración del documento de EEP, la capacitación de los equipos y el levantamiento de diagnósticos en los servicios de salud. Estas acciones buscan sentar las bases para una implementación más efectiva de la política, especialmente en áreas ambulatorias, excluyendo inicialmente las patologías más complejas como cirugía y traumatología.

Servicios de Salud de la Región Metropolitana

2.1. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Capacitación y formación de los equipos

El representante del Servicio destaca la experiencia del Hospital Eloísa Díaz en La Florida en lo que respecta la implementación general de la política, pero en particular, se da cuenta del proceso de capacitación que viven los equipos de salud en su conjunto en lo que respecta el abordaje de salud adolescente. El Hospital fue pionero en la creación de una unidad de hospitalización adolescente, que se da durante la pandemia, pero lo importante, y desde el Servicio se considera como nodo principal del éxito de esta instalación, tiene que ver, precisamente, con la capacitación que acompañó todo este proceso. Esta instancia incluyó diplomados ofrecidos gratuitamente por convenio con la Universidad Católica, lo que permitió al equipo desarrollar competencias formales y profundas en el manejo de pacientes adolescentes.

Sin embargo, se subraya la necesidad de institucionalizar programas de formación y capacitación, evitando depender de convenios asistenciales que no están disponibles en todos los hospitales. Es fundamental establecer diplomados sistematizados y accesibles, que contengan tanto contenido técnico como sensibilización sobre las particularidades de la salud adolescente. *“Las capacitaciones, las reuniones clínicas, el discutir casos, hablar con los pacientes, escucharlos, y estar presentes de manera continua son esenciales para formar equipos competentes”*, afirma el representante del Servicio.

Se identifica como facilitador clave la necesidad de una sensibilización profunda de los equipos hacia las necesidades específicas de los adolescentes, considerando esta etapa de la vida como un momento de

construcción de identidad y madurez emocional. Particularmente en el manejo de patologías crónicas, una comprensión empática es vital para evitar conflictos y malas conductas y hábitos en relación a su condición, lo que puede perjudicar la salud del paciente actual y futura. Así también, la necesidad de sensibilizar al entorno de los adolescentes, pero esto último sólo es factible en la medida que los equipos profesionales tengan las competencias adecuadas para llevar adelante dichos procesos.

La cultura clínica también emerge como un desafío. Desde el Servicio se destaca que la atención debe basarse en el respeto y la autonomía progresiva de los pacientes, evitando lógicas paternalistas o autoritarias: *“El acompañamiento empático es clave; no somos dueños de nuestros pacientes”*. En contraposición, se identificó que en hospitales de adultos los adolescentes son tratados como adultos, sin considerar sus particularidades, lo que a menudo refleja una carencia de habilidades blandas en los equipos.

Capacidad de atención

Un tema prioritario en términos de infraestructura es la necesidad de espacios adecuados para la atención de adolescentes en las urgencias. Esto incluye la implementación de salas de agitación con paredes adecuadamente aisladas para garantizar la confidencialidad y reducir el impacto de situaciones de crisis. También se enfatiza la importancia de contar con lugares privados para entrevistas clínicas dentro de las unidades ambulatorias y de hospitalización, evitando escenarios que comprometan la intimidad del paciente, y que logren respetar los principios de confidencialidad. Se subraya que existen experiencias dentro del Servicio, en particular en el Hospital de La Florida, donde a pesar de no contar con los espacios óptimos, existían voluntades y de esa forma se intentaban resguardar estos principios:

“Para respetar la intimidad y confidencialidad, se deben tener lugares de entrevista, incluso en la unidad de hospitalización, ¿sí? Porque si los vai a estar entrevistando a los pies de la cama, al lado de la cama del otro, o sea, es difícil que puedas hablar de esa manera... Ahora, en el Hospital de la Florida, donde no teníamos ninguna de esas condiciones, generábamos las condiciones, entonces lo que hacíamos era pues, chiquillos, salgan afuera un ratito que necesito conversar con la tanto, y listo, chao, todos para afuera. En general entendían, porque también después les iba a tocar a ellos”.

Por otro lado, se destaca la necesidad de fortalecer la articulación con los territorios y redes existentes, como los profesionales de APS, el personal y comunidad educativa donde están insertos los pacientes, como también sus redes familiares y de amistades. Esta estrategia permite reducir el tiempo de hospitalización de los adolescentes, reservando los recursos hospitalarios para casos agudos y complejos.

A su vez, se recalca la urgencia de contar con asignaciones económicas que incentiven a pediatras adolescentólogos a permanecer en el sistema público y, especialmente, en hospitales más alejados del centro de Santiago.

En términos de recursos humanos dentro de los establecimientos de salud, se recalca la importancia de que el trabajo con este grupo etario debe ser multidisciplinario y desde una perspectiva biopsicosocial, por lo anterior, se requiere la integración de médicos, enfermeras capacitadas en adolescencia, terapeutas

ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y psicopedagogos. Asimismo, se subraya la necesidad de incluir abogados para abordar temas legales vinculados a la vulneración de derechos.

Por último, desde el Servicio se da cuenta que es fundamental contar con estrategias de autocuidado para los equipos, entendiendo que trabajar con adolescentes, sus particularidades y necesidades conlleva un desgaste, y este tipo de acciones de autocuidado apuntan a prevenir el agotamiento profesional y conservar a los equipos dentro de los hospitales.

Transición de los pacientes

Uno de los mayores retos identificados es la transición entre equipos pediátricos y de adultos, la cual requiere protocolos específicos adaptados a cada especialidad médica, comprendiendo las particularidades y necesidades de cada una, se recalca que no puede pensarse en protocolos estandarizados para todo tipo de patología y área de trabajo. Desde el servicio Sur Oriente, se está trabajando en la implementación y acreditación de la estrategia *Joint Commission*, que busca estandarizar la atención centrada en el usuario, garantizando la continuidad y la integralidad en todos los niveles de atención. Esto último espera que sea un facilitador para el tema de la transición.

Otro facilitador que propone el servicio es la creación de una unidad o subgerencia de gestión de pacientes que tenga como objetivo velar por la continuidad de atención de los pacientes y de sus respectivos tratamientos. Así, por ejemplo, si un paciente es citado por primera vez en atención de adultos y no asiste a su control, se le debe hacer seguimiento para promover su retorno al hospital.

No obstante, persisten barreras relacionadas con la forma de trabajo de los equipos de adultos, quienes tienden a adoptar una postura más autonomista hacia los pacientes, limitando la participación de acompañantes o familiares, y una visión que apunte al trabajo en red y salga de una perspectiva biomédica. Se indica que este tipo de atención se vincula principalmente a la saturación de los espacios y sobrecarga laboral.

El traspaso de información entre equipos también enfrenta limitaciones. Actualmente, se utilizan resúmenes clínicos, pero se espera que la implementación de fichas clínicas electrónicas facilite la continuidad del cuidado, especialmente entre niveles de atención primaria y hospitalaria. Un entrevistado destacó: *“La ley de interoperabilidad es clave para mejorar la comunicación y garantizar la continuidad de la atención. Se debe poner énfasis en la continuidad y conexión con APS”*. Para ello se propone algún facilitador de tipo tecnológico.

Implementación general de la política

La implementación de programas e innovaciones depende en gran medida de la voluntad de equipos y liderazgos comprometidos. Como se señaló anteriormente, un ejemplo positivo es la unidad de hospitalización adolescente en el Hospital Eloísa Díaz de La Florida, que comenzó con seis camas y fue creciendo con el tiempo. Este proceso subraya por un lado la importancia de protocolizar las intervenciones y por otro, de identificar liderazgos que impulsen estas transformaciones:

“Yo creo que identificar adecuados líderes y lideresas que puedan llevar adelante el proceso no es menor, no es un acto administrativo más, sí, se necesita gente convencida de este tema y por lo tanto yo creo que eso hay que estimularlo”.

En conclusión, los avances y desafíos identificados en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente subrayan la importancia de consolidar estrategias de capacitación, fortalecimiento de redes y transición, así como la implementación de enfoques integrales centrados en las necesidades específicas de los adolescentes.

2.2. Servicio de Salud Metropolitano Sur

Capacitación y formación de los equipos

El Servicio de Salud Sur ha identificado diversas competencias que pueden actuar como facilitadores o barreras en la implementación de la extensión de la edad pediátrica (EEP). Por el lado de los facilitadores, se destaca la planificación de capacitaciones adaptadas a las necesidades locales, que incluye diagnósticos específicos para definir áreas prioritarias de formación. Este enfoque permitirá fortalecer conocimientos en áreas como trauma, urgencias y cirugía, promoviendo la transferencia de experiencia entre cirujanos pediátricos y de adultos en hospitales mixtos. Además, el servicio fomenta el trabajo colaborativo entre equipos para abordar las brechas existentes en atención. Tal como señala uno de los entrevistados:

“reforzar que es importante la capacitación, no solo capacitación externa, sino que capacitación interna también de la transferencia de conocimiento desde el hospital de adultos hacia el hospital pediátrico, los equipos con más experiencia, por ejemplo, en trauma, en la urgencia, en el área quirúrgica, poder acompañar a los equipos pediátricos en los casos que para ellos son más complejos y no solo ayudarlos en la cirugía, sino que apoyarlos en la capacitación. Creo que ahí hay un espacio colaborativo que tenemos que potenciar, es parte del plan que estamos implementando nosotros”

Sin embargo, aún existen barreras significativas, como las brechas en términos de formación de los distintos equipos, las que se esperan subsanar con lo señalado previamente. Especialidades como la quirúrgica enfrentan desafíos debido a diferencias anatómicas y técnicas entre adolescentes y población infantil, especialmente en casos de urgencia. A lo que se suma tipos de patologías, principalmente ligadas a trauma. En hospitales pediátricos exclusivos, como el Exequiel González Cortés, la falta de proximidad a equipos de adultos genera una brecha más amplia, en contraste con hospitales mixtos como el Barros Luco, donde esta cercanía facilita la colaboración, aunque con restricciones logísticas.

La EEP es reconocida en la red hospitalaria como una respuesta necesaria a la desatención histórica de la población adolescente. Este reconocimiento facilita su implementación, especialmente en hospitales mixtos, donde la coexistencia de todas las poblaciones etarias optimiza el uso de la capacidad instalada. Sin embargo, persisten resistencias culturales en el ámbito pediátrico, donde las costumbres arraigadas dificultan aceptar a adolescentes en estos espacios. Cambiar la cultura organizacional implica desafíos significativos, pero en la medida que las capacitaciones impliquen procesos de sensibilización, se cree que se irá avanzando.

Capacidad de atención

Uno de los principales facilitadores es el diagnóstico que se debe realizar a nivel de infraestructura, que permite identificar necesidades específicas. Hospitales nuevos como el Exequiel González Cortés presentan mayores posibilidades de adaptación, en relación a hospitales antiguos como por ejemplo el Roberto del Río en el área norte. Se considera que es fundamental diferenciar espacios como salas de espera y boxes específicos para adolescentes, que se distingan de los que atienden niños. En relación a lo anterior, también se debe hacer una división de género a nivel hospitalario. Para ello, se debe considerar que la falta de recursos para modificar espacios compartidos podría afectar la privacidad y confidencialidad de esta población.

Por otro lado, se destaca la adecuación de flujos y procesos administrativos mediante la revisión de mapas de derivación, esto último se piensa como un facilitador para mejorar la capacidad de atención. Esto último no tiene ninguna barrera importante más allá del tiempo de trabajo que implica.

A su vez, los hospitales pediátricos requieren instrumental especializado para adolescentes, en esta línea uno de los representantes del Servicio señala:

“cada cirugía necesita un tipo de instrumental quirúrgico específico para la cirugía que se va a realizar, entonces cuando se programa el pabellón, se programa también la distribución de cajas que vienen estériles con el material dentro necesario para esa cirugía en particular. Entonces las cajas para el área pediátrica son diferentes en algunos instrumentos a las cajas para los adultos, los adolescentes, por temas de tamaño, de técnicas quirúrgicas. Para los hospitales mixtos es más fácil, pero para los pediátricos deben comprarse tales insumos y prever que se tenga un stock para las atenciones y cirugías”

Desde el Servicio se indica como fundamental aumentar el personal en los hospitales, especialmente profesionales capacitados para brindar una atención integral a los adolescentes. Entre ellos, destacan los psicólogos y adolescentólogos, quienes poseen las competencias necesarias para abordar las particularidades de esta etapa de desarrollo, trabajando desde una perspectiva biopsicosocial.

Los entrevistados dan cuenta que el sistema de salud enfrenta una carencia generalizada de recursos humanos, abarcando niveles de atención de urgencia, hospitalización y atención ambulatoria. Pensando particularmente en la necesidad de personal en función de la EEP, se señala como clave considerar la implementación de forma paulatina, gradual. Esto implica que, al implicar a una especialidad o área específica, se evalúe detalladamente qué recursos humanos y materiales requiere esa especialidad para operar de manera óptima con el ingreso de los adolescentes a su atención. En otras palabras, no se puede asegurar de antemano todas las necesidades, sino que es necesario ir evaluando paso a paso la implementación, considerando siempre las particularidades de cada área de trabajo.

Se destaca dentro de las entrevistas que los hospitales pediátricos tienen una ventaja significativa en comparación con los hospitales para adultos. En tanto que los pediatras suelen incorporar en su atención un enfoque más integral, considerando no solo al paciente, sino también a sus familiares. Este enfoque es un

avance positivo para los adolescentes y sus familias, ya que fortalece la relación médico-paciente y promueve un entorno de atención más cercano y humanizado, algo que no es tan común en la atención adulta.

A su vez, se destaca la necesidad de contar con más pediatras especializados en medicina del adolescente. Sin embargo, para lograr esto, se requiere un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud, las universidades y la Sociedad Chilena de Pediatría, con el fin de fomentar la formación de especialistas en adolescentología.

Finalmente, se subraya que es especialmente importante reforzar la presencia de profesionales formados en el área en el ámbito ambulatorio, producto de que es ahí donde se tiene el tiempo suficiente para atender integralmente a los pacientes adolescentes, considerando no solo aspectos físicos, sino también sociales y emocionales. Esto último no sucede en menor medida a nivel de hospitalización y es casi nula dentro de las urgencias.

Transición de pacientes

Desde el Servicio se indica que existen experiencias exitosas en la transición de pacientes, donde se destaca lo que ocurre en oncopediatría, en esa área hay planes consolidados y el uso de gestores de casos han demostrado eficacia. Otra patología que es ejemplo en esta temática es lo que ocurre en policlínicos donde se trata a pacientes con VIH, ahí la colaboración entre equipos pediátricos y de adultos ha facilitado la continuidad de atención antes del traspaso completo. Se indica como importante mirar y ver el funcionamiento de áreas donde la transición logra realizarse de forma óptima, lo que da cuenta que es factible replicar buenas prácticas.

Sin embargo, la falta de protocolos generalizados representa una barrera importante. Actualmente, los protocolos están limitados a ciertas especialidades, lo que dificulta la estandarización de prácticas en toda la red. En esta línea, se considera fundamental trabajar en la generación de protocolos para cada una de las áreas de trabajo.

Operar con el mismo sistema informático a nivel terciario se considera un gran facilitador para la derivación de pacientes. No obstante, este sistema no es el mismo con la atención primaria, de todos modos, se indica que existe la posibilidad de integrar los datos de APS hacia el sistema de los hospitales. Se sostiene que lo ideal sería unificar los sistemas de toda la red. Esto último, dado que, a pesar de estos avances, persisten limitaciones en la interoperabilidad entre los sistemas, lo que se suma a la falta de fichas clínicas únicas. Además, la documentación manual, como la preparación de epicrisis, ralentiza los procesos administrativos y afecta la gestión eficiente.

Implementación general de la política

Se reitera que es esencial que la implementación de la extensión de la edad pediátrica sea un proceso paulatino, lo que debe implicar un traslado progresivo de pacientes adolescentes de un hospital a otro. Este proceso debería comenzar con aquellas especialidades que presenten menor complejidad para su transferencia, permitiendo identificar y abordar brechas y dificultades en el camino. A medida que éstas se subsanen, será posible avanzar hacia la integración de más áreas y especialidades, garantizando una transición más eficiente y ordenada.

Desde el Servicio se indica que el levantamiento de necesidades para la EEP está siendo liderado por el departamento de gestión, en colaboración con los directivos de los establecimientos y actores clave que facilitan el proceso. Este enfoque coordinado busca asegurar que las decisiones estén basadas en un análisis integral de los recursos y requerimientos necesarios para la implementación exitosa de esta política.

Existen dudas relevantes sobre el impacto de la EEP en el sistema de Garantías Explícitas en Salud. Muchas prestaciones actualmente están limitadas hasta los 15 años, lo que plantea interrogantes sobre cómo se ajustarán estas garantías en el marco de la EEP. Este límite etario afecta no solo el tipo de atención que reciben los pacientes, sino que también aparece la interrogante de si son atendidos por pediatras en hospitales pediátricos o por médicos de adultos en hospitales generales. Será necesario evaluar si esta política vendrá acompañada de modificaciones en otros programas y normativas para garantizar la continuidad en la atención de los adolescentes. Además, cualquier cambio en el AUGE para ampliar la cobertura hasta los 18 años requerirá ajustes legislativos, ya que esto excede la logística a nivel de los servicios de salud.

2.3. Servicio de Salud Metropolitano Norte

Capacitación y formación de los equipos

En el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se destacan las competencias de los médicos de familia como facilitadores, debido a su enfoque integral que trabaja desde una perspectiva del ciclo vital. Además, el Hospital San José cuenta con equipos especializados que pueden apoyar en la capacitación de equipos pediátricos. Sin embargo, persisten barreras importantes, lo principal apunta a la falta de formación en abordaje de salud adolescente, y con ello un déficit de especialistas en el área. Por otro lado se identifican falencias en la capacidad de atender áreas específicas de salud mental, como la evaluación y manejo de conductas de riesgo, tales como ideación suicida, trastornos de conducta alimentaria, como también consumo de drogas y alcohol, todas patologías que son frecuentes en pacientes adolescentes. También se observa falta de sensibilización en temas como la identidad de género, orientación sexual y salud sexual y reproductiva, generando resistencia en algunos equipos de salud.

Capacidad de atención

En términos de infraestructura, los hospitales generales del área norte ofrecen mayor flexibilidad para adaptarse a las necesidades de adolescentes hospitalizados, como la reasignación de salas dentro de los establecimientos existentes, tal como señala el representante del Servicio:

“No sé, estoy pensando si el servicio de medicina interna podría cederle, o el médico quirúrgico le puede ceder una o dos salas para que se cree una unidad de adolescente hospitalizado con camas de adulto o el servicio de pediatría puede destinar una sala para atender hospitalizados adolescentes. Entonces hay un poquito más de flexibilidad en ese sentido. Pero el gran problema, creo yo, se va a tener en los hospitales monovalentes pediátricos.”

No obstante, el Hospital Roberto del Río enfrenta limitaciones significativas: espacios reducidos, falta de camas adecuadas para adolescentes y baños no adaptados para su edad y género, en función de que los adolescentes necesitan espacios diferenciados entre hombres y mujeres. Además, se destacan riesgos de seguridad, especialmente pensando en adolescentes con patologías o crisis de salud mental, frente a esto último se señala:

“Se necesitan ventanas que no se abran completas, pensando en las ventanas del Roberto, el tercer piso, que son ventanas de los años 30, yo las abro enteras, salgo a un balcón y me puedo tirar”

En cuanto a recursos humanos, se registra una escasez de psiquiatras infanto-juveniles y especialistas en áreas críticas como anestesiología y cuidados intensivos pediátricos. Se indica que durante las campañas de invierno, la falta de personal médico es particularmente notoria en unidades de pacientes críticos, lo que podría agravarse con el aumento de la población adolescente atendida. Finalmente, se subraya que la dificultad de aumentar cupos en la Unidad de Pacientes Críticos, tiene que ver más con la falta de profesionales que con la falta de camas disponibles.

Transición de pacientes

Dentro del Servicio Norte la coordinación entre equipos pediátricos y de adultos presenta tanto avances como desafíos. Existen experiencias de trabajo conjunto, como el apoyo de hematólogos del Roberto del Río a pacientes en el Hospital San José. Sin embargo, la transición entre especialidades, como broncopulmonar y reumatología, enfrenta dificultades organizacionales y culturales.

La transferencia de información es otro punto crítico. Aunque algunos hospitales pediátricos atienden a pacientes hasta los 25 años, principalmente a los jóvenes NANEAS, la falta de un registro clínico electrónico único y la discontinuidad en casos específicos afecta la atención coordinada. Por ejemplo, jóvenes que ingresan por ley IVE, se pierde su registro en tanto ingresan por maternidad al Hospital San José y posteriormente se derivan al Hospital Roberto del Río. También hay desafíos en la conexión con otros niveles de la red, principalmente se identifica la dificultad de derivación a COSAM.

Implementación general de la política

La implementación de la EEP podría beneficiarse de la incorporación de médicos de familia con un enfoque biopsicosocial, especialmente para realizar tamizajes y derivaciones oportunas. También se sugiere establecer policlínicos de adolescentes, combinando especialistas como pediatras e internistas. Además, es fundamental formalizar los mecanismos de traspaso de información y coordinación entre niveles de atención, incluyendo a la atención primaria, que deberá adaptarse a recibir adolescentes mayores y ajustar sus flujos preventivos y promocionales.

2.4. Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Capacitación y formación de los equipos

Un factor destacado como facilitador en la implementación de la extensión de la edad pediátrica es el rol de los liderazgos que motivan y guían los procesos. Un ejemplo clave es el caso del Hospital Luis Calvo Mackenna, donde el doctor Francisco Funes, adolescentólogo, quien promovía activamente el trabajo con esta población dentro del hospital. Para asegurar el óptimo proceso de capacitación, se señala la importancia de establecer horas protegidas para la formación, especialmente para quienes estén guiando el proceso. Este liderazgo resultó fundamental para establecer un enfoque en adolescentes en un hospital que opera a nivel de alta complejidad. Las capacitaciones, iniciadas alrededor de 2015-2016, se dirigieron a equipos multidisciplinarios y enfatizaban el proceso de vida del adolescente más que las patologías específicas. Sin embargo, este trabajo depende más de iniciativas individuales que de una directriz institucional.

Es necesario que las capacitaciones y sensibilizaciones sean impulsadas desde el nivel central, es decir, desde el Ministerio de Salud y se implementen de manera uniforme en todos los servicios y establecimientos. Se identifica una brecha importante en hospitales de adultos, donde los adolescentes son tratados como adultos, y tienen a atender desde una mirada biomédica y con un déficit en el trabajo intersectorial, el cual es fundamental para el abordaje de salud adolescente. En esta línea, se destaca la importancia de incluir a las familias en este proceso, sensibilizando y educando a los padres sobre las particularidades del periodo de la adolescencia. Este trabajo pedagógico requiere que los equipos cuenten con las herramientas necesarias.

Se reitera que la brechas de atención se encuentran en hospitales de adultos, donde falta una preparación adecuada para abordar las necesidades de los adolescentes, y que, por lo mismo, debe priorizarse.

En el Hospital Calvo Mackenna, las capacitaciones lideradas por el doctor Funes estuvieron centradas en sensibilizar a los equipos hacia una perspectiva más integral, promoviendo la autonomía del adolescente y abandonando enfoques paternalistas. Este trabajo no solo abarcaba la atención médica, sino también temas como la sexualidad, salud mental y empoderamiento de los padres. Se realizaban también charlas dirigidas a los padres de adolescentes con enfermedades crónicas, buscando mejorar su comprensión y manejo de la etapa adolescente en el contexto de condiciones de salud complejas.

No obstante, como barrera, se identifica que la priorización institucional se centra en listas de espera y gravedad de patologías, dejando relegadas las necesidades de los adolescentes. Además, la falta de una atención integral limita el abordaje de factores psicosociales fundamentales, lo que podría mejorar significativamente el pronóstico de salud de esta población. La coordinación entre niveles de atención en la red también es crucial para asegurar una respuesta adecuada. Esto último se refleja claramente en lo señalado por el representante del Servicio:

“Por ejemplo, una paciente crónica adolescente, que tiene largos periodos de hospitalización, pero que al mismo tiempo logra llevar una vida normal, se tiene que contemplar el trabajo con su sexualidad, pensando que si tiene un embarazo adolescente es perjudicial para su salud, desarrollo, etc. Y eso se ve más en APS que a nivel secundario o terciario. Ahí también es fundamental el trabajo coordinado entre los distintos niveles de atención de la red”

Capacidad de atención

En términos de infraestructura, el Hospital Calvo Mackenna cuenta con un espacio exclusivo destinado a la atención de adolescentes, lo cual es considerado un ejemplo replicable incluso en hospitales más antiguos. Esta medida podría extenderse a hospitales mixtos y de adultos, garantizando condiciones adecuadas para la atención de este grupo etario.

En cuanto a recursos humanos, se destaca la necesidad de fortalecer las duplas psicosociales, ya que los clínicos no siempre disponen del tiempo ni la experticia para desarrollar completamente el trabajo con la red intersectorial. Además, se requiere un aumento de médicos especialistas, como psiquiatras infantiles, nutriólogos y adolescentólogos, estos últimos para guiar los procesos y asegurar un enfoque integral.

Transición de pacientes

El vínculo entre los equipos pediátricos y de adultos es crucial para garantizar una transición adecuada. Si bien se han desarrollado algunos protocolos por patología, es necesario avanzar en la institucionalización de estos procesos y su cumplimiento. En el Hospital Luis Calvo Mackenna, se han logrado avances en la coordinación con otros establecimientos de la red, gracias a la voluntad de trabajo conjunto entre los equipos.

Los protocolos también deben adaptarse a las particularidades de cada patología o área, como se ha hecho en materia cardiovascular, renal y de diabetes entre el Hospital Luis Calvo Mackenna y el Hospital del Salvador. Además, es importante trabajar en habilidades blandas para generar confianza entre los equipos pediátricos y de adultos.

Cabe destacar que los avances se han realizado a nivel de establecimientos, no del Servicio en su totalidad, donde se debe seguir avanzando.

En cuanto al traspaso de información, aunque se utiliza la epicrisis como documento base, se carece de una ficha clínica única y sistemas informáticos compatibles entre hospitales. Esto limita la continuidad en la atención de adolescentes que han estado en seguimiento desde edades tempranas, principalmente cuando hay un traspaso de caso entre hospitales.

Implementación general de la política

En el Hospital Luis Calvo Mackenna ya se atienden ciertas patologías de adolescentes hasta los 18 años, como los casos de salud mental, a pesar de que los ingresos de urgencia puedan ocurrir en otros hospitales, como el Hospital Salvador. Esto se debe en parte a que el Hospital Salvador carece de las competencias necesarias para atender adecuadamente a esta población en términos psiquiátricos.

Finalmente, se subraya que el liderazgo es clave para impulsar este tema, preferiblemente desde el nivel médico, para facilitar la colaboración entre equipos clínicos: *“yo creo que ese liderazgo tiene que ser un médico, no quiero ser pesada, porque se sabe, mira, si va y le habla y da una instrucción una matrona a un traumatólogo, no la va a pescar, en vez de ir de médico a médico facilita”*. Este impulso debe venir del Ministerio de Salud, estableciendo el tema como una prioridad, promoviendo capacitaciones, sensibilización y la creación de protocolos. También se subraya que desde el Servicio se debe desarrollar un plan de trabajo con indicadores, metas, compromisos y plazos, que se vincule a planes de mejoramiento de gestión para motivar a los trabajadores.

2.5. Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Capacitación y formación de los equipos

La formación y capacitación de los equipos de salud se identifica como un factor crucial para la implementación de la extensión de la edad pediátrica (EEP). En cuanto a competencias, se destaca la necesidad de realizar capacitaciones específicas para los pediatras, quienes actualmente tienen un conocimiento más limitado sobre las patologías prevalentes en adolescentes. Esta preparación se señala como fundamental desde el Servicio, considerando también la disminución de la tasa de natalidad y fecundidad del país, lo que derivará para los médicos pediatras en un menor número de pacientes infantiles y una mayor necesidad de ampliar la cobertura hacia adolescentes.

Se indica que las posibles resistencias desde el mundo pediátrico no derivan de una resistencia malintencionada, sino del desconocimiento sobre el abordaje en salud adolescente, por lo mismo, lo importante de complementar su formación.

En línea con lo anterior, se considera esencial incluir el enfoque de salud adolescente en la formación universitaria de carreras médicas y de la salud, como también dentro de las especialidades pediátricas. Se recalca particularmente la capacidad de abarcar aspectos como la atención en urgencias, el manejo de crisis en salud mental, y la atención a pacientes adolescentes con cuadros que no necesariamente son psiquiátricos.

Por otro lado, desde el Servicio se insiste en contar con lineamientos claros desde el nivel central sobre el abordaje de salud adolescente, esto último es visto como un facilitador clave, ya que permitiría orientar la implementación efectiva y planificar adecuadamente las capacitaciones. Como también, la claridad de fechas con respecto a la implementación total de la extensión.

En el ámbito de sensibilización, es necesario fortalecer la existencia de unidades de adolescencia en los establecimientos de salud. Estas unidades deberían estructurar procesos de transición y sensibilizar a los equipos de salud sobre una visión integral de la adolescencia, abarcando aspectos más allá de la salud mental, de trabajar con un enfoque de curso de vida que no se limite a una mirada biomédica. Asimismo, es fundamental que en este proceso de sensibilización de los equipos se comprenda el rol de los adolescentólogos, y por qué son necesarios en cada establecimiento de salud, todo esto, en un marco donde este rango etario ha sido históricamente abandonado por el sistema de salud.

Sin embargo, persisten barreras como la resistencia de algunos hospitales, donde el desconocimiento sobre el rol de los adolescentólogos limita el desarrollo de estas unidades, como por ejemplo se da en el Hospital Félix Bulnes. Adicionalmente, existe una tendencia a priorizar a otros grupos etarios basándose en indicadores como listas de espera, lo que puede desatender las necesidades de los adolescentes.

Capacidad de atención

La infraestructura y los recursos humanos juegan un papel determinante en la capacidad de atención para la población adolescente en el marco de la extensión de edad pediátrica. Se señala que se debe dar prioridad a la modificación de infraestructura dentro de los hospitales, pero a nivel de atención ambulatoria, no de hospitalización o urgencia. Esto último, dado que los box de atención no se diseñaron para un abordaje de

trabajo multidisciplinario. Ahí hay una brecha importante a nivel de los hospitales, a diferencia de los que pasa en la atención primaria, donde sí existen este tipo de espacios. Desde el Servicio se señala:

“(…) Que se construyan espacios que sean pensados para los adolescentes, que hiciera que se sientan cómodos, si es en espacios pediátricos, que no tengan monitos pintados, que tengan para cargar el celular, además de contar con espacio, con boxs habilitados para la intervención multidisciplinaria, especialmente para el trabajo de las duplas psicosociales, que son indispensables en el trabajo con jóvenes”.

Por otro lado, el representante del Servicio subraya lo fundamental de trabajar en red y fortalecer la atención primaria y espacios de promoción y prevención en salud adolescente, con intervenciones directas en establecimientos educacionales, y con enfoque de trabajo en salud sexual, como también de salud mental, esto último, finalmente, ayuda a reducir como problemas como el embarazo adolescente, crisis en salud mental y por ende, a descomprimir el sistema secundario y terciario.

Un punto importante y novedoso con respecto a lo señalado por otros servicios, hace referencia a la importancia de extender los espacios de escolarización dentro de los hospitales hasta los 18 años, que actualmente operan únicamente hasta los 14 años. Estos establecimientos educacionales que están validados por el Ministerio de Educación son fundamentales para evitar la desescolarización de pacientes con patologías que implican hospitalizaciones prolongadas. Esto último, implica tanto cambios a nivel de infraestructura, como también personal docente y normativas educativas.

En cuanto a recursos humanos, se destaca como facilitador la existencia de una encargada en el Departamento de Gestión Clínica Adolescente, que asegura un enfoque transversal entre la atención primaria y hospitalaria. Asimismo, se explicita la necesidad de aumentar las duplas psicosociales, fundamentales para un abordaje integral en salud adolescente.

Transición de pacientes

El proceso de transición entre equipos pediátricos y de adultos carece actualmente de protocolos institucionales claros. La implementación de estos protocolos es vista como una prioridad para estructurar el proceso y garantizar la continuidad de la atención. En términos de traspaso de información, la ausencia de hospitales exclusivamente pediátricos en la red facilita el flujo de información, ya que pediatría y adultos comparten el mismo sistema informático por cada establecimiento hospitalario. Sin embargo, se identifican barreras significativas en los sistemas de registro, particularmente en los REM, que no está parametrizado para diferenciar pacientes de 14 a 18 años. Esto genera complicaciones en la visualización de datos y requiere ajustes normativos desde el nivel central, ya que no puede ser modificado a nivel de establecimiento como tampoco de servicio.

Implementación general de la política

En el ámbito de implementación, se han realizado avances dentro del Servicio Occidente, a pesar de aún tener implementada la extensión en la mayoría de la red. No obstante, se considera que se ha realizado un trabajo consistente en términos de planificación para la paulatina implementación. En esta línea, el Concejo

Integrado de Red Asistencial (CIRA), abordó el tema de la atención adolescencia, involucrando a directores de hospitales y jefaturas relevantes. Luego de ello, se realizó una jornada exclusivamente para conversar sobre la extensión de edad pediátrica, esta instancia permitió la elaboración de un borrador de plan de trabajo para la implementación de la política de manera paulatina. Desde el Servicio se considera que, al establecer una planificación clara, con objetivos, metas, actores involucrados, entre otros puntos, promueve una mayor tranquilidad a los equipos. Asimismo, establecer como sentido común que la inversión en salud adolescente tiene un impacto positivo a largo plazo, contribuyendo al bienestar futuro de esta población.

2.6. Servicio de Salud Metropolitano Centro

Capacitación y formación de los equipos

Uno de los facilitadores expuesto tiene que ver con que en el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), se han realizado pasantías en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente que han contribuido a la formación de equipos en temas relacionados con la extensión de la edad pediátrica (EEP).

Por su lado, la barrera más significativa que se identifica es la resistencia a adoptar cambios dentro de la especialidad de traumatología, lo que representa un desafío para la implementación de esta política. Esto último, tiene que ver principalmente a nivel de las competencias técnicas y clínicas de los traumatólogos infantiles.

Capacidad de atención

En términos de infraestructura, el Hospital El Carmen (HEC) presenta ventajas frente al Hospital San Borja Arriarán (HSBA), ya que cuenta con urgencias tanto pediátricas como adultas, además de una infraestructura robusta para atender distintos niveles de complejidad, desde camas básicas hasta unidades de cuidados intensivos. Asimismo, el HSBA enfrenta dificultades debido a un incendio ocurrido hace tres años, que afectó gravemente su infraestructura y genera problemas en el tránsito de pacientes desde urgencias hacia hospitalización. Además, se señala la necesidad de separar espacios específicos para adolescentes, como salas y baños exclusivos, y proteger adecuadamente las ventanas, esto último para proteger y asegurar la integridad de pacientes adolescentes con ideación suicida que estén ingresados en la urgencia de pediatría, la cual se encuentra en un piso elevado.

En cuanto a recursos humanos, el diagnóstico realizado por el SSMC muestra un facilitador no menor, que tiene que ver con que el aumento en la carga asistencial producto de la EEP no sería significativo. Asimismo, existen especialidades donde ya está establecida la extensión, como por ejemplo en los servicios ambulatorios de psiquiatría, donde ya se atiende a adolescentes hasta los 18 años. Asimismo, el HEC cuenta con recursos humanos suficientes según este diagnóstico. Sin embargo, persisten barreras como la insuficiencia de horas de atención en salud mental, especialmente por la falta de psicólogos y psiquiatras. Además, se observa que el HEC carece de varias especialidades pediátricas, las cuales deberían derivarse al HSBA para garantizar una atención integral.

Transición de pacientes

El proceso de transición entre equipos pediátricos y adultos es identificado como uno de los nudos críticos más importantes de la EEP. En el HSBA, algunos adolescentes ya son atendidos en áreas ambulatorias de

ciertas especialidades. Sin embargo, existe una percepción generalizada de que la responsabilidad de la transición recae únicamente en los equipos infantiles, cuando debería ser un esfuerzo conjunto entre equipos pediátricos y de adultos. Esta falta de coordinación es un desafío significativo para el éxito de la política.

Implementación general de la política

Se enfatiza la necesidad de contar con una norma técnica clara desde el Ministerio de Salud (MINSAL) para guiar la implementación de la EEP y capacitar a los equipos de salud en su aplicación. Como estrategia inicial, se propone habilitar un box de atención ambulatoria y una sala de hospitalización con baño exclusivo para adolescentes. Asimismo, se plantea la creación de un gestor de casos que facilite la coordinación y el seguimiento de los adolescentes durante su atención, similar a lo que ocurre con los gestores de casos en otros programas como ECICEP.

Conclusiones generales análisis cualitativo

En este apartado del informe se trabajó a partir de la información recolectada mediante entrevistas de diferentes actores relevantes para la implementación de la extensión de la edad pediátrica. Al analizarlas, destacan distintos ámbitos a considerar que, en esta última sección, describiremos a modo de conclusiones.

En primer lugar, con respecto al eje de capacitaciones y sensibilización del personal de salud, se observa una brecha considerable en la formación específica para atender a adolescentes; desde lo clínico y técnico, es necesario subrayar cirugía y traumatología pediátrica, y es que propósito de diferencias anatómicas, tipos de técnicas y herramientas a utilizar, como también por los tipos de patologías, las capacidades de los especialistas son insuficiente en su ejercicio profesional. Esto último genera miedos e inseguridades para la atención a población adolescente. A su vez, se destacan incompetencias en el abordaje de salud mental adolescente, particularmente en lo que respecta a manejo de crisis e ideación suicida.

En relación a lo anterior, es importante señalar que, aunque algunos hospitales han intentado reducir estas carencias mediante capacitaciones puntuales y mesas interdisciplinarias, estas iniciativas han sido limitadas, dependen de voluntades y liderazgos específicos y no logran cerrar las brechas formativas generales. Además, muchos equipos de salud, tanto médicos como no médicos, carecen de una sensibilización adecuada sobre la atención diferenciada de adolescentes, que debiese caracterizarse por un abordaje biopsicosocial, integral, multidisciplinario y con un trabajo articulado con la red en su conjunto. Este déficit que impacta negativamente en la calidad y el enfoque del cuidado que se les brinda.

En cuanto a la capacidad de atención en términos de infraestructura y recursos humanos, los hospitales pediátricos, especialmente aquellos con mayor antigüedad, enfrentan serias limitaciones, con más dificultades de adaptación y posibilidad de modificación y redistribución de espacios. De todos modos, la totalidad de establecimientos señala un déficit e incapacidad actual en su infraestructura, donde se destaca la ausencia de áreas privadas adecuadas de atención, principalmente a nivel hospitalario, pero también ambulatorio, espacios diferenciados por edad y género y equipamiento especializado para la atención de adolescentes. Sumado a lo anterior, la falta de recursos humanos especializados dificulta la implementación de la política de extensión de edad pediátrica.

La atención en salud mental en particular representa un desafío crítico. Los equipos que trabajan en esta área lidian con una escasez de personal capacitado, infraestructura limitada y herramientas insuficientes para gestionar crisis en adolescentes. Estas deficiencias resultan en un acceso restringido y en una atención subóptima para quienes más la necesitan. A pesar de estas dificultades, existe consenso sobre la importancia de abordar la salud mental de manera multisistémica e interdisciplinaria, integrando a las familias, duplas psicosociales y otros actores relevantes en el proceso de cuidado.

La transición de la atención pediátrica a la de adultos es otro aspecto que requiere atención urgente. Actualmente, no existen protocolos formalizados ni sistemas interoperables que faciliten el intercambio de información clínica entre los diferentes niveles de atención. Esta falta de coordinación genera desigualdades y deja a los adolescentes dependiendo de la buena voluntad de los profesionales para garantizar una transición adecuada. Sin embargo, algunos modelos exitosos como en del Hospital Eloísa Díaz y algunas especialidades específicas en otros hospitales, han demostrado la relevancia de la coordinación entre equipos pediátricos y de adultos para mejorar este proceso.

Por último, los desafíos en la implementación de la política de extensión de edad pediátrica (EEP) son amplios y complejos. Los hospitales pediátricos monovalentes enfrentan barreras estructurales y culturales significativas, ya que carecen de la infraestructura y la cultura organizacional necesaria para integrar a los adolescentes en sus servicios. Se señalan resistencias relacionadas con los temores ante la mayor complejidad de los casos y la necesidad de ajustar el modelo de atención para responder a las necesidades de esta población.

Finalmente, se resalta la importancia de priorizar un enfoque integral, inclusivo y coordinado que permita superar las brechas existentes y garantizar una atención de calidad para los adolescentes.

Anexos

Anexo I: Consentimiento Informado para entrevistas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS

Estudio: “Barreras y facilitadores de implementación de Extensión Edad Pediátrica en establecimientos de la Región Metropolitana”

Estimado/a participante:

Usted ha sido invitado/a a participar en una entrevista como parte del estudio “Barreras y facilitadores de implementación de Extensión Edad Pediátrica en establecimientos de la Región Metropolitana”, solicitado por el Regional Santiago del Colegio Médico de Chile. Este estudio tiene como objetivo general describir, categorizar y proponer relaciones entre las barreras y facilitadores de la implementación de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP) en los servicios de atención pediátrica de la región metropolitana, tanto en establecimientos públicos como privados, así como identificar oportunidades de mejora para dicha implementación.

Procedimiento de la entrevista: Si acepta participar, será invitado/a a una entrevista en la que se le pedirá compartir su experiencia y perspectivas sobre la implementación de la EEP en su contexto profesional. La entrevista será grabada para asegurar una transcripción precisa y completa. El contenido de esta entrevista será tratado de manera confidencial y solo será utilizado para los fines del estudio.

Beneficios esperados: Este estudio busca contribuir al mejoramiento de la implementación de la Extensión de la Edad Pediátrica en los establecimientos de salud de la región metropolitana. Al participar, usted ayudará a identificar flujos de atención, barreras de diversa naturaleza y facilitadores que puedan ser replicados en otros contextos para optimizar la atención pediátrica.

Derechos del participante:

- Usted tiene el derecho a retirarse de la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones.
- Puede negarse a responder cualquier pregunta que considere incómoda o inapropiada.
- En cualquier momento posterior a la entrevista, si tiene preguntas o inquietudes, puede ponerse en contacto con la unidad de estudios del Regional Santiago del Colegio Médico de Chile.

Confidencialidad: La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines de mejorar y robustecer la política pública de extensión de edad pediátrica. Los resultados del estudio serán compartidos con las personas e instituciones que hayan participado y facilitado información, garantizando la confidencialidad de sus respuestas.

Contacto: Unidad de Estudios COLMED: estudios@regionalsantiago.cl

Firmas: Este documento será firmado por usted en señal de su conformidad para participar en el estudio. Habrá dos copias del consentimiento, una para usted y otra para el equipo de investigación.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Carta de invitación para entrevistas

Estimado/a:

Junto con saludarle cordialmente, nos dirigimos a usted en representación del Colegio Médico de Chile, Regional Santiago, con el fin de invitarle a colaborar en un estudio titulado “Barreras y facilitadores de la extensión de la edad pediátrica en la Región Metropolitana”. El estudio tiene como objetivo principal describir, categorizar y proponer relaciones entre las barreras y facilitadores que han influido en la implementación de la extensión de la edad pediátrica (EEP) en los servicios de atención abierta y cerrada, tanto públicos como privados, dentro de la región.

Para llevar a cabo este estudio, es esencial contar con la colaboración de los diversos servicios y establecimientos de salud de la Región Metropolitana. Particularmente, requerimos información relevante que permita generar un informe de situación de la red de establecimientos pediátricos, que contemple:

- Funcionamiento de los servicios clínicos de urgencia, cirugía y traumatología, odontología, y psiquiatría infanto-juvenil.
- Flujos de atención.
- Recursos físicos y humanos disponibles.
- Cartera de prestaciones.
- Número de atenciones y egresos hospitalarios.

El informe tendrá un enfoque en visibilizar las brechas actuales para la implementación de la Extensión de la Edad Pediátrica (EEP). Es importante señalar que los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente con fines de mejorar la política pública, y los resultados serán compartidos con todas las instituciones participantes para que puedan acceder a los insumos generados, los cuales serán de utilidad para fortalecer y mejorar la implementación progresiva de esta medida en la red de salud de la región.

Agradecemos de antemano su valiosa colaboración, y quedamos a su disposición para coordinar la entrega de la información y resolver cualquier duda que pudiera surgir.

Esperando contar con su apoyo en esta importante iniciativa, le saluda atentamente,

Atentamente,

Unidad de Estudios, Regional Santiago del Colegio Médico de Chile.

Anexo 3. Pauta de entrevista para cargos de gestión y administración, tanto a nivel de servicios como central.

Estimado/a,

Muy buenos días/tardes, primero que nada le queremos agradecer su disposición a participar de este estudio y acceder a ser entrevistado/a. La entrevista tiene una duración aproximada de 30 o 40 minutos, y, tal como se señala en el consentimiento informado, esta entrevista tiene fines de mejorar la política pública de la extensión de edad pediátrica a nivel regional, y el informe final del estudio será compartido con su persona. Finalmente, comentarle que en los documentos que se publicarán no se señalará su nombre, si no que se hará referencia a su perfil profesional y a la institución en la que trabaja y representa.

Le solicitamos que nos conteste las preguntas a partir de su experiencia como profesional del área e involucrado a nivel de gestión y administración dentro del servicio público, además de su conocimiento y experiencia clínica.

Dentro de la entrevista se abordarán principalmente tres temáticas fundamentales a la hora de evaluar la instalación paulatina de esta política, a saber, las capacitaciones, formación y sensibilización de los equipos; la capacidad de atención a nivel de recursos físicos y humanos dentro de los establecimientos de salud, y, la transición de los pacientes desde el sector pediátrico hacia el de adultos.

A continuación, comenzaremos con las preguntas:

1. A propósito de la implementación de la extensión de la edad pediátrica, desde nivel central y particularmente en el área de _____, ¿Qué se ha pensado en materia de capacitación y/o formación para los equipos de salud (no solo médicos) para el abordaje de salud adolescente? Nos podría comentar si se identifican necesidades tanto en términos de sensibilización de los equipos de salud, como también en términos de capacitación a nivel clínico y técnico.
2. ¿Considera que existen barreras en la implementación de políticas para la formación en salud adolescente?
3. Desde el nivel central / de servicios de salud, como también dentro de los espacios que usted conoce, ¿Existen políticas, normas, protocolos sobre la atención para la población adolescente? Por ejemplo, a nivel de consentimiento.
4. Por otro lado, desde su experiencia y conocimientos, ¿cuál es el vínculo que establecen los equipos de salud con las familias para el caso de pacientes adolescentes? Tanto a nivel de servicios de urgencias como con pacientes crónicos.
5. Desde su experiencia en el área _____, pensando en la implementación de la política de EEP, ¿Considera que la infraestructura de los establecimientos de salud (secundarios y terciarios) es suficiente y adecuada para la atención de población adolescente? ¿Qué aspectos de la infraestructura física sería necesario modificar o adecuar?, ¿Podría señalar lo que usted priorizaría en este ámbito?

6. ¿Considera que la cantidad y tipo de profesionales es suficiente y adecuado para la atención de adolescentes?, ¿Nos podría comentar su opinión tanto a nivel de atención ambulatoria como de servicios de urgencia?
7. ¿Existen protocolos, normas u orientaciones respecto de la transición de la atención adulta a la pediátrica? Si es así, ¿cuáles? Nos podría comentar si existen tanto a nivel central/de servicios, o bien, si es que conoce alguna iniciativa en la temática en algún establecimiento de salud específico.
8. Desde su experiencia en el área de _____, ¿cómo son los vínculos entre los equipos de psiquiatría infantil y de adultos? Por ejemplo, para el traspaso de casos, se fijan reuniones clínicas, se hace traspaso de información mediante algún documento formal, se utiliza alguna ficha clínica, u otra cosa.
9. ¿Qué estrategias se han implementado para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la comunicación entre los equipos pediátricos y de adultos, especialmente considerando posibles cambios de personal?
10. ¿Qué otros elementos facilitadores o innovadores para la EPP se le ocurren que no haya comentado anteriormente?
11. ¿Se le ocurren algunas otras barreras o brechas de cualquier índole, que para usted dificulte la política de EPP en la región?

Anexo 4. Pauta de entrevista para médicos que trabajan directamente en establecimientos de salud

Estimado/a,

Muy buenos días/tardes, primero que nada le queremos agradecer su disposición a participar de este estudio y acceder a ser entrevistado/a. La entrevista tiene una duración aproximada de 30 o 40 minutos, y, tal como se señala en el consentimiento informado, esta entrevista tiene fines de mejorar la política pública de la extensión de edad pediátrica a nivel regional, y el informe final del estudio será compartido con su persona. Finalmente, comentarle que en los documentos que se publicarán no se señalará su nombre, si no que se hará referencia a su perfil profesional y a la institución en la que trabaja y representa.

Le solicitamos que nos conteste las preguntas a partir de su experiencia como profesional del área que trabaja directamente dentro de un establecimiento de salud que involucra a población infanto juvenil.

Dentro de la entrevista se abordarán principalmente tres temáticas fundamentales a la hora de evaluar la instalación paulatina de esta política, a saber, las capacitaciones, formación y sensibilización de los equipos; la capacidad de atención a nivel de recursos físicos y humanos dentro de los establecimientos de salud, y, la transición de los pacientes desde el sector pediátrico hacia el de adultos.

A continuación, comenzaremos con las preguntas:

1. En su espacio de trabajo, ¿Existen espacios de formación para el abordaje de salud adolescente? Nos podría contar un poco al respecto.

2. Desde su especialidad y área de trabajo y pensando en la extensión de edad pediátrica, ¿Considera que existe la suficiente formación clínica y técnica para el abordaje de salud adolescente?
3. Considerando que la adolescencia tardía (14 - 18 años) es una etapa de la vida que tiene características y necesidades particulares, las que se diferencian de la población adulta como también de la infantil, ¿cómo ve usted dentro de los equipos de salud con los que trabaja la recepción de esta política de EEP? ¿Hay una sensibilidad para el trabajo con adolescentes, es decir, habilidades blandas y visiones de abordaje de salud diferenciados y particulares?
4. Para equipos de hospitales infantiles: ¿cuáles son las principales dificultades y barreras de incluir a la población adolescente dentro del hospital?
5. Desde su experiencia y pensando en la implementación de la política de EEP, ¿Considera que la infraestructura de los establecimientos de salud (secundarios y terciarios es suficiente y adecuada para la atención de población adolescente? ¿Qué aspectos de la infraestructura física sería necesario modificar o adecuar?, ¿Podría señalar lo que usted priorizaría en estos ámbitos?
6. ¿Considera que la cantidad y tipo de profesionales es suficiente y adecuado para la atención de adolescentes?, ¿Nos podría comentar tanto a nivel de atención ambulatoria como de servicios de urgencia?
7. Desde su experiencia, ¿cómo son los vínculos entre los equipos de psiquiatría infantil y de adultos? Por ejemplo, para el traspaso de casos, se fijan reuniones clínicas, se comparte la información mediante algún documento formal, se utiliza alguna ficha clínica, u otra cosa.
8. ¿Qué estrategias se han implementado para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la comunicación entre los equipos pediátricos y de adultos, especialmente considerando posibles cambios de personal? ¿Cómo cree que se podría mejorar este proceso?
9. ¿Qué otros elementos facilitadores de la EPP se le ocurren que no haya comentado anteriormente?
10. Se le ocurren algunas otras barreras, de cualquier índole, que para usted dificulta la política de EPP en la región. Nos podría comentar alguna innovación que se le venga a la cabeza y no haya descrito previamente.



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO