

# Plan nacional para las transiciones de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas.

Hacia su atención en servicios y equipos de salud para personas adultas: una propuesta

**Un abordaje con perspectiva de curso de vida**



Ministerio de Salud  
Argentina

# AUTORIDADES

## MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

### **Ministra de Salud**

Dra. Carla Vizzotti

### **Secretaria de Acceso a la Salud**

Dra. Sandra Tirado

### **Subsecretaria de Estrategias Sanitarias**

Dr. Juan Manuel Castelli

### **Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida**

Dr. Marcelo Bellone

## **EQUIPO DE ELABORACIÓN**

María Julia Bruno Dapuetto, coordinación

María Laura Rossi, responsable técnica

Ezequiel Enz y Johanna Merep, edición

Facundo Gingarelli, diseño gráfico

## **AGRADECIMIENTOS**

### **MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**

Juliana Finkelstein, Directora de Salud Perinatal y Niñez

Juan Carlos Escobar, Director de Adolescencias y Juventudes

Eugenia Soubies, integrante de la Dirección de Adolescencias y Juventudes

María Eugenia Fandiño, Claudia Jaroslavsky, Anibal Gimenez, Zulma Benitez, Anahi Arena, Camile Z. Crespo integrantes de la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida

### **HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. “PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN”**

Patricia García Arrigoni, Directora Médica Ejecutiva

Gabriela Bauer, Presidenta del Consejo de Administración

Comité de Transición:

Roberto Mato, Paula López, Micaela Peszkin, Camila Gimeno, Mariana Nastri, Mariana Roizen, Florencia Ugo, Soledad Monges, Virginia Fano, Marcela Palladino, Walter Cacciavillano, Silvia Davis Claudia Botana

### **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Se agradece la contribución financiera y técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

Victoria Bertolino, International PAHO Consultant

Daniela Giacomazzo, Consultora en Determinantes Sociales y Curso de Vida OPS/OMS Argentina

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| Introducción                                      | 5  |
| 1. Marco conceptual                               | 6  |
| Principios básicos                                | 6  |
| Transición en el cuidado de la salud como derecho | 7  |
| 2. Antecedentes y diagnóstico de situación        | 10 |
| Diagnóstico de situación en la Argentina          | 11 |
| 3. Propuesta                                      | 14 |
| Líneas estratégicas de acción                     | 15 |
| 4. Conclusiones                                   | 22 |

## ANEXOS

|   |    |
|---|----|
| Anexo 1. Etapas para la planificación de la transición en base a la edad del paciente | 23 |
| Anexo 2. Diagnóstico de situación. Herramienta de recolección de datos                | 24 |
| Anexo 3. Recurso  | 26 |
| Bibliografía  | 29 |

# INTRODUCCIÓN

Esta propuesta de plan de la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida del Ministerio de Salud de la Nación tiene como objetivo servir de marco conceptual y operativo para facilitar la transición de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud desde los servicios sanitarios de pediatría a los servicios para personas adultas, y mejorar así la calidad de este proceso, sus experiencias personales y familiares, en pos de garantizar el derecho al acceso a la salud y poder alcanzar el desarrollo de su máximo potencial físico, emocional y funcional.

La intención es que esta propuesta luego sea consensuada por los referentes nacionales y jurisdiccionales, así como con los representantes de sociedades científicas y de organizaciones de la sociedad civil.

La meta es obtener un marco que sirva como guía nacional modelo para que cada jurisdicción pueda adaptarlo y llevar a cabo su propio plan de transiciones. Si bien debe ser diseñado acorde a cada situación local, existen mínimos requisitos homologables interjurisdiccionales que deberán buscar fortalecer la organización y la planificación de este proceso, garantizar la continuidad de las prestaciones de los servicios de salud, fortalecer la comunicación entre servicios de salud locales y también acompañar en la transferencia ordenada de información y registros, favoreciendo tanto a adolescentes y jóvenes, sus familias o referentes afectivos, como a las y los profesionales involucrados.

# 1. MARCO CONCEPTUAL

El enfoque en cursos de vida (ECV) aborda los momentos del continuo de la vida reconociendo que la salud es una dimensión relevante dentro del desarrollo humano y que los resultados en dicha dimensión dependen de la interacción de diferentes factores desde la concepción y hasta la muerte, así como transgeneracionalmente. Aporta la mirada longitudinal que conecta la totalidad de la trayectoria de una persona, evidenciando que cada etapa influye sobre la siguiente y también sobre otras distantes en el horizonte temporal. Asimismo, reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las edades, donde la exposición a ciertos aspectos del contexto físico y psicosocial puede ser más nociva y afectar más al potencial de salud a largo plazo (Kuh *et al.* 2003; Bacallao Gallestey *et al.* 2016).

Desde la perspectiva de la salud pública, el ECV es un modelo superador frente a las estrategias fragmentadas del “ciclo de vida”. La salud es vista como un proceso dinámico donde se aúnan las experiencias acumuladas y se apunta a la plena capacidad funcional del individuo promoviendo las trayectorias positivas. Se enmarca en los derechos humanos y aboga por la equidad en el acceso a la salud con la contribución de la mirada de los determinantes sociales, perspectiva de género e interculturalidad (OPS 2021; Bacallao Gallestey *et al.* 2016).

## PRINCIPIOS BÁSICOS

El ECV se organiza bajo tres conceptos básicos: trayectoria, transición y puntos de inflexión o *turning points* (Blanco 2011).

El concepto de **trayectoria** alude a un camino a lo largo de la vida en relación a los diferentes roles en que se desenvuelve una persona (escolar, laboral, de pareja, migraciones, fecundidad, entre otros) sin que esto suponga una secuencia en particular o determinada velocidad en el proceso de tránsito, sino que combina períodos de estabilidad con tiempos de cambio y múltiples transiciones, que representan un aspecto relevante como para diseñar e implementar políticas de salud más eficientes y organizadas.

Las trayectorias vitales de las personas y las poblaciones tienen **transiciones**, momentos de cambio que pueden ser de diverso origen (biológico, económico, psicológico, social, político o geográfico). El instante en que ocurren no está esencialmente predeterminado ni es predecible y pueden estar vinculadas a la ganancia de funciones (por ejemplo, crecimiento y maduración, presentación de oportunidades) o la pérdida (por ejemplo, de facultades mentales o cognitivas, de oportunidades, rendimiento físico) dependiendo del comienzo o fin de los procesos fisiológicos o sociales.

Además de ser impredecibles, es frecuente que varias transiciones ocurran simultáneamente. Implican la responsabilidad de asumir nuevos roles, pudiendo aparecer nuevos derechos y obligaciones y, a veces, involucrar nue-

vas facetas de identidad social. Esto se vincula con el concepto de *agencia humana*, que afirma que los individuos construyen su propia vida a través de las elecciones y acciones que toman dentro de las limitaciones y las oportunidades que viven, y de las circunstancias sociales en las que se encuentran.

El concepto de **puntos de inflexión** o **turning points** se refiere a eventos que provocan fuertes modificaciones y generan desvíos en la dirección del curso de vida. Pueden surgir de acontecimientos fácilmente identificables, favorables o no (el nacimiento de un hijo o una hija, un cambio laboral, la muerte de un familiar, una separación, una mudanza) o tratarse de situaciones subjetivas que implican la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales (la autopercepción, la individualización y la realización personal).

A diferencia de las trayectorias y las transiciones —que en cierta medida pueden presentar alguna proporción de probabilidad en su aparición— los puntos de inflexión implican un cambio cualitativo en el largo plazo y solo pueden identificarse retrospectivamente (mientras la persona los está viviendo, no va a poder identificar que está experimentando un cambio en el trayecto de su vida).

## TRANSICIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD COMO DERECHO

Desde la mirada de la atención sanitaria, se destaca la importancia de contemplar la integralidad en salud y considerar el derecho al acceso a una atención de calidad (MSAL 2021a). Esta se alcanza cuando cada persona recibe, a lo largo de toda su vida, el cuidado de la salud integral. Un elemento clave es la continuidad de ese cuidado en los diferentes estadios del desarrollo; y en particular, con relación a adolescentes y jóvenes, al pasar a ser atendidos por los servicios de salud para personas adultas.

**La transición de la atención de adolescentes y jóvenes se define como el paso planificado desde los centros pediátricos —donde en general suele haber un entorno más protegido— hacia la atención orientada a adultos, en un proceso que tenga en cuenta sus necesidades de salud y educativas, y su autonomía progresiva.** Sin embargo, no existe consenso acerca de cuál es el momento óptimo, la edad y las mejores estrategias a implementar, aunque es reconocida la dificultad para implementar un programa adecuado y evaluar los resultados de dicha transición (Phabinly 2017).

La adolescencia es “un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos” (Convención sobre los Derechos del Niño 2003). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende el período entre 10 y 19 años, mientras que para el Código Civil Argentino (2014) abarca desde los 13 hasta los 18 años.

Esta es una etapa que se caracteriza por una enorme potencialidad de cambios positivos, y el aprendizaje y la exposición a nuevas y diversas situaciones (MSAL 2021a). Un aspecto relevante es el desarrollo de la independencia y la autonomía progresiva, que no necesariamente se relaciona de manera directa con la edad, sino con las características individuales, contextuales y sociales. Esto implica que el acompañamiento de las y los referentes afectivos, de las familias, de la comunidad y del Estado debe adecuarse a las necesidades, las capacidades y los deseos de cada adolescente.

## **TRANSICIONES Y CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD**

La definición de **condición crónica de salud en pediatría** se establece ante cualquier situación que implique hospitalizaciones frecuentes, cuidados de salud domiciliarios y/o cuidados sanitarios (Mokkink 2008) y que conlleve alguna deficiencia biológica, psicológica o cognitiva con evolución de algunos meses a más de un año, o que se considere que por sus características será de carácter permanente.

Las mejoras tecnológicas y los nuevos tratamientos disponibles permitieron un aumento en la prevalencia de condiciones crónicas de salud en la edad pediátrica en las últimas décadas. Esto representa un desafío para los equipos de salud pediátricos y de adultos para coordinar y acompañar la transición de adolescentes y jóvenes.

Adicionalmente al período de cambios propio de la edad, el o la adolescente con una condición de salud crónica se enfrenta a desafíos mayores a los de sus pares: estrés asociado al diagnóstico, necesidad de asistir a frecuentes controles médicos, recibir múltiples tratamientos, sumado a la posibilidad de dificultades para relacionarse con sus pares y/o sufrir la marginalización en diferentes ámbitos sociales. Desde la perspectiva de la vulnerabilidad (MSAL 2021b), estos factores podrían condicionar la adherencia al tratamiento e incluso a rechazar el seguimiento de las indicaciones médicas pudiendo deteriorar la condición clínica basal (Urrea-Sepúlveda 2020).

Los y las jóvenes con cualquier forma de discapacidad deben enfrentar también cambios importantes en la atención que necesitan y en la forma en que se la provee. Aquellos servicios de salud que no satisfacen adecuadamente las necesidades de los y las jóvenes y sus familias en este momento de cambios considerables pueden provocar un deterioro del estado de salud con efectos negativos y consecuencias a largo plazo.

Así, el traslado de adolescentes con condiciones crónicas de salud desde los servicios de pediatría a los servicios de adultos es un momento crucial que a menudo se asocia con un deterioro en su salud (Campbell 2016), requiriendo intervenciones (entrevista motivacional, acompañamiento en función de su autonomía, favorecer contactos comunitarios y acompañamiento de personas que hayan pasado por una situación similar) para minimizar la vulnerabilidad que el proceso implica.



## TRANSICIONES COMO PROCESO

Existen diferencias importantes entre los conceptos de **transferencia** y **transición**. La transferencia es el proceso pasivo cuando el adolescente cambia de servicio, es decir, que al cumplir la mayoría de edad deja de asistir a los servicios médicos pediátricos y pasa a ser atendido en los servicios médicos de adultos. En contraposición, la **transición** se considera un proceso activo que se realiza durante la adolescencia buscando asegurar la continuidad del adecuado cuidado, integrando al joven al sistema de atención del adulto.

El proceso de transición debería comenzar tempranamente en la adolescencia y continuar hasta que el joven esté integrado en el sistema de salud para personas adultas, idealmente alrededor de los 18 años. La preparación debería incluir aspectos personales, como la autonomía progresiva, y aspectos sociales (familia, referentes afectivos, educativo-vocacional, comunitario y laboral) y del sistema de salud (tanto pediátrico como para adultos). Requiere de adaptación paulatina y no concluye hasta que el adolescente se haya apropiado del espacio y generado un vínculo con el equipo de salud de adultos, lo que implica respetar tiempos y cumplir pautas previamente acordadas entre adolescentes, familia, referentes significativos y equipo de salud. De esta forma se asegura el cuidado de la salud integral y su continuación de forma ininterrumpida en la adultez (anexo 1).

El proceso implica identificar las barreras que pudieran interferir y consolidar herramientas para afrontarlas (White 2018). Las dificultades y limitantes pueden ser múltiples, y dependerán de la persona y su condición crónica de salud, de la familia y/o referentes afectivos, y de los servicios sanitarios.

Algunas **limitantes que tienen que ver con las personas usuarias** pueden ser: la dependencia con el equipo pediátrico, la gravedad de su condición de salud crónica, la falta de confianza en los nuevos profesionales y el impacto que pueda tener sobre su autoestima, que hacen que no estén predispuestas a exponerse a circunstancias nuevas.

**En cuanto a la familia y/o referentes afectivos:** si bien suelen ser el soporte más fuerte para los y las adolescentes, es frecuente que exista una dependencia emocional con el equipo pediátrico tratante y una excesiva necesidad de control y sobreprotección.

**Con respecto al sistema de salud:** la ausencia de equipos específicos de transición, la falta de formación y la carencia de tiempo asistencial y de gestión para poder planificar una transición adecuada, la ausencia de registros de información específicos y la falta de transferencia de los registros del seguimiento pediátrico suelen ser las dificultades más frecuentes, a las que puede sumarse la falta de conocimiento desde los equipos de adultos sobre las enfermedades que se inician en la niñez.

## 2. ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN ARGENTINA

La transición de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud desde los servicios de pediatría hacia los servicios destinados a personas adultas es una problemática aún no resuelta incluso en los países con más desarrollo en el tema. Experiencias internacionales muestran un real beneficio cuando la transición ocurre en forma coordinada y planificada, como en el Reino Unido, los Estados Unidos, Canadá o Australia, donde cuentan con programas armados.

En la Argentina, existe legislación sobre muchas de las condiciones crónicas que comienzan en la niñez, pero ninguna aborda de manera específica esta transición. Si bien hay cada vez más experiencias, son aisladas y se encuentran en aquellos lugares donde hay mayor concentración de especialistas pediátricos y médicos que atienden adultos. Las estrategias existentes se vinculan principalmente con intereses y necesidades de los equipos asistenciales y también con los contactos profesionales con que se cuenta para establecer una red.

Desde algunas sociedades científicas como la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y referentes de ciertas instituciones hospitalarias se organizaron reuniones científicas para reflexionar sobre la temática y se generaron recomendaciones (SAP 2012). Pero aun cuando es claro que la transferencia se debe realizar, en el sistema de salud argentino ocurre de manera sistemática a una edad puntual (habitualmente al cumplir 18 años, pero con diferencias según servicios y/o jurisdicción), sin importar que se haya o no realizado un proceso de transición, generando dificultades en la atención y consecuencias no deseadas.

Hasta el momento, las transiciones de adolescentes con condiciones crónicas de salud no fueron abordadas desde la macrogestión nacional ni desde la jurisdiccional, de manera centralizada y organizada dentro de una política pública.

A nivel nacional es la primera vez que se coloca en agenda esta problemática, entendiendo que el tema amerita que se pongan a disposición todas las herramientas teóricas y prácticas de la salud pública para atenderlo, problematizarlo, ordenarlo y planificarlo dentro de un marco regulatorio nacional.

En este contexto, desde la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida (DNACV) se remitió una encuesta (anexo 2) a referentes de pediatría y adolescencia de las 24 jurisdicciones del país. Posteriormente, se realizaron entrevistas con equipos de algunos efectores considerados de referencia por su complejidad y volumen de pacientes atendidos. Esta

iniciativa fue la única —hasta el momento— de aproximación al tema y a los equipos tratantes en cada jurisdicción y sus hospitales.

La encuesta fue respondida por nueve provincias (Córdoba, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro y San Juan), representando el 37,5% de todas las jurisdicciones del país. Las y los referentes que participaron pertenecían a la dirección o coordinación de Maternidad e Infancia. Las respuestas se complementaron luego con una entrevista al referente de cada equipo que había respondido la encuesta. La tabla 1 resume la información recabada.

**Tabla 1. Resultados del relevamiento de experiencias de transiciones en la Argentina (2022)**

|   |  |
|---|--|
| <b>Realización de transiciones de usuarios/as pediátricos con condiciones crónicas/no crónicas de salud que requieran tratamientos prolongados hacia equipos de adultos</b> | En 7 provincias respondieron que Sí las realizaban.<br>En una provincia respondieron TAL VEZ y en otra, directamente refirieron NO realizarlas.  |
| <b>Cuentan con equipo de transiciones</b>   | 2 jurisdicciones respondieron afirmativamente (responsabilidad a nivel de la microgestión de algunos hospitales y en algunos casos para algunas condiciones crónicas de salud).  |
| <b>Representantes del equipo de transiciones</b>  | Profesionales médicos y no médicos.  |
| <b>Corte etario para la transición</b>  | Variable según lugar, condición crónica de salud y evolución: 14, 16 y 18 o 19 años.   |
| <b>Antelación del proceso</b>   | Variable según servicio, diagnóstico, edad del adolescente y posibilidades de derivación: inmediata, 1 a 6 meses, 1 año. En un solo caso refirieron un período más extenso de 2 años.  |
| <b>Sistemas de registros</b>  | Ninguno específico de transiciones, solo el registro hospitalario habitual.  |
| <b>Protocolos establecidos</b>  | 7 provincias respondieron que NO. 2 provincias: Sí. Los protocolos se establecen en la microgestión, por servicios. En una sola refieren consenso con la Dirección del Hospital.   |
| <b>Convenios entre sectores</b>   | Todos refieren redes no formalizadas.  |
| <b>Cobertura</b>  | Pública exclusivamente. En una provincia refirieron mixta.   |
| <b>Abordaje de la temática “transiciones”</b>   | En 5 jurisdicciones refieren nunca haberlo hecho.<br>4 provincias refieren haberlo hecho a nivel central provincial.   |
| <b>Capacitaciones/ instancias de intercambio de los equipos tratantes</b>   | En 2 jurisdicciones refieren hacerlo mediante ateneos.<br>En otras 2, encuentro de experiencias.   |
| <b>Articulaciones con organizaciones</b>  | Ninguna.   |
| <b>Problemas identificados</b>  | Discontinuidad del tratamiento.<br>Miedo de la familia.<br>Falta de turnos en servicios de adultos.<br>Falta de disponibilidad de servicios de adultos no hospitalarios.<br>Falta de camas de internación para adolescentes en servicios de pediatría.<br>Redes informales.<br>Ausencia de mesas de trabajo/ intercambio entre servicios de pediatría y de adultos, y de protocolos formales.<br>No estandarización de la edad de transferencia.<br>Falta de registro. |
| <b>Propuestas superadoras</b>   | Formalización de un protocolo estandarizado desde la microgestión.<br>Fortalecimiento de la red de Atención Primaria de la Salud (APS).<br>Conformación de equipos específicos de transiciones conformados por referentes de servicios de pediatría y de adultos.<br>Capacitaciones para profesionales.<br>Talleres para estimular autonomía en adolescentes y apoyar a familias. Visitas guiadas a los servicios receptores. “Pasaporte” para el paciente.            |

Fuente: elaboración propia sobre la base de DNACV (2022).

En relación con las entrevistas, la situación es variable según el efector. En algunas instituciones la temática del abordaje de la transición está problematizada desde hace algunos años y con mayor insistencia a partir de la pandemia por COVID-19. Algunos cuentan con un programa escrito respaldado desde la dirección de la institución y transversal a todos los servicios, en otros casos atañe a algún servicio en particular.

Como estrategias facilitadoras, se destaca la formación de un Comité de Transiciones, la convocatoria a becas de formación en servicios pediátricos orientado a transiciones para médicos clínicos de adultos y la disposición de un consultorio en donde físicamente se identifique al equipo de transiciones. Como cuestiones aún no resueltas, el registro de la información no incluye indicadores específicos de la transición y no siempre se hace un traspaso de la información completa de la historia clínica con el seguimiento de la atención médica o, por el contrario, se hace un traspaso de toda la historia clínica sin un resumen apropiado que facilite el manejo de quién recibe al paciente. La transferencia, aun en las instituciones con un programa organizado, sigue dependiendo de las vinculaciones profesionales y -en la mayoría de las circunstancias- se pierden el seguimiento y el intercambio posterior desconociendo la calidad y la adherencia al tratamiento en servicios de adultos.

Entre las condiciones de salud, se destaca con mayor dificultad las transiciones vinculadas a la salud mental – con alta demanda y protocolos diversos según instituciones.

Las planificaciones de cada transición se realizan sin criterios previamente consensuados con el nivel central, no hay registros provinciales de las transiciones, cada equipo realiza las conexiones necesarias con equipos de adultos según afinidades profesionales y conocimientos previos, pero no existen procesos sistematizados independientes de las personas que estén a cargo en ese momento. Las autoridades sanitarias no tienen información sobre estas prácticas, porque al no haber un plan organizado que regule y sistematice, estos procesos se pueden describir como acciones artesanales dependientes de cada profesional a cargo y su habilidad.

Un aspecto no abordado todavía es que las organizaciones sociales y de la comunidad son otro pilar por considerar en el acompañamiento de estas personas.

### 3. PROPUESTA

Desde la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida se considera relevante contar con un **documento marco de referencia a nivel nacional** para poder alcanzar las **metas para una transición satisfactoria**, asegurando el cuidado de la salud de alta calidad, apropiado para cada etapa del desarrollo, y su continuación de forma ininterrumpida mientras la persona va transitando de la adolescencia hacia la adultez.

Para lograr esto se definieron líneas estratégicas en coherencia con las políticas y los planes de acción nacionales establecidos para avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud con equidad y calidad para todos los y las adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud.

La **primera línea** estratégica implica incluir en agenda política la problemática de las transiciones y promover la acción intersectorial. Se trata de un pilar fundamental no abordado formalmente y el motivo por el cual se consideró relevante la elaboración de esta propuesta de plan nacional.

La **segunda línea** estratégica apunta al **abordaje integral**, considerando a la persona usuaria, sus referentes afectivos y los profesionales de atención en diferentes instancias. Si bien el abordaje de las transiciones se gestó primordialmente desde estas instancias, requiere formalizarlas y respaldarlas desde los niveles superiores.

La **tercera línea** estratégica implica constituir **un sistema de información** apropiado, informatizado, específico, sensible y disponible para todas las personas involucradas en el proceso de transición.

# LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN

## 1. INCLUIR EN AGENDA POLÍTICA Y PROMOVER LA ACCIÓN INTER-SECTORIAL

### Objetivos

Incluir en agenda el abordaje de las transiciones desde la mesogestión y promover el trabajo conjunto de los diferentes sectores que deberían involucrarse para su concreción.

### Acciones

- Adaptar el plan de transición a la realidad de la jurisdicción.
- Fortalecer el primer nivel de atención.
- Identificar redes de derivación y contrarreferencia (redes integradas de servicios de salud).
- Regionalización con el mapeo de recursos hospitalarios (generales y especializados) y no hospitalarios disponibles al interior de cada región.
- Identificar recursos faltantes y posibilidades de convenios con el área privada o de otras jurisdicciones.
- Bogar por la formación de profesionales especializados en la transición.
- Estimar cantidad de jóvenes que deberían participar del proceso de transición.
- Contemplar la necesidad de financiamiento para garantizar el sostenimiento de las redes de derivación y contrarreferencia.
- Identificar otras necesidades como asignaciones, transferencias monetarias, marcos especiales para la atención médica.

## Indicadores propuestos

| INDICADOR   | PROPÓSITO   | NOTA TÉCNICA  | FUENTE   |
|---|---|---|--|
| <b>Número de instancias de capacitación sobre el proceso de transición a nivel jurisdiccional.</b>  | Evaluar la convocatoria para capacitación de las y los profesionales en relación con el proceso de transición.                        | Cifra absoluta, de recolección anual.<br>Número de convocatorias a capacitación sobre el proceso de transición (cursos/ jornadas/ simposios/ sistema de becas/ residencias)   | Registros institucionales.<br>Valoración del nivel central en la jurisdicción. |
| <b>Porcentaje de instituciones de la jurisdicción con atención pediátrica de pacientes con condiciones crónicas de salud con un programa de transición escrito y vigente.</b> | Evaluar la elaboración de un programa específico de transición instaurado en la institución.  | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de instituciones de atención pediátrica de pacientes con condiciones crónicas de salud con un programa de transición escrito y vigente / Número de instituciones de atención pediátrica de pacientes con condiciones crónicas de salud. | Registros institucionales.<br>Valoración del nivel central en la jurisdicción. |
| <b>Porcentaje de profesionales de atención pediátrica y de atención de adultos capacitados en transición a nivel jurisdiccional.</b>  | Evaluar la capacitación del recurso humano con relación al proceso de transición.   | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de profesionales de atención pediátrica y de atención de adultos capacitados en transición / Número de profesionales de atención pediátrica y de atención de adultos pertenecientes a efectores participantes de la transición.         | Registros institucionales.<br>Valoración del nivel central en la jurisdicción. |
| <b>Número de adolescentes y jóvenes que requieren un proceso de transición por condición de salud en la jurisdicción.</b>   | Identificar quiénes requieren un proceso de transición.   | Cifra absoluta, de recolección anual.<br>Número de adolescentes y jóvenes que requieren un proceso de transición según su condición de salud  | Registros institucionales.<br>Valoración del nivel central en la jurisdicción. |
| <b>Porcentaje de adolescentes y jóvenes en proceso de transición a nivel jurisdiccional.</b>  | Evaluar el porcentaje de adolescentes y jóvenes que están efectivamente en un proceso de transición por su condición de salud.        | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de adolescentes y jóvenes en proceso de transición / Número de adolescentes y jóvenes que requieren un abordaje de transición por su condición de salud.  | Registros institucionales.<br>Valoración del nivel central en la jurisdicción. |
| <b>Porcentaje de adolescentes y jóvenes que completaron su transición a nivel jurisdiccional.</b>   | Evaluar el porcentaje de adolescentes y jóvenes que completaron satisfactoriamente su proceso de transición por su condición de salud | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de adolescentes y jóvenes que completaron su proceso de transición / Número de adolescentes y jóvenes que iniciaron la transición.  | Registros institucionales.<br>Valoración del nivel central en la jurisdicción. |



## **2. TRABAJAR PARA UN ABORDAJE INTEGRAL Y PARA LOGRAR EQUIDAD EN SALUD EN UN MARCO DE DERECHOS**

### **Objetivos**

Diseñar un plan de transición personalizado, flexible, integral y coordinado entre profesionales del sistema pediátrico y de adultos, el o la adolescente y su familia y/o referentes afectivos, que facilite el proceso y minimice sus dificultades incluyendo la evaluación y el monitoreo periódico para adecuarlo.

### **Acciones**

#### **En relación al o la adolescente:**

- Instalar el tema, darlo a conocer y conversar acerca del programa de transición de la institución en conjunto con sus familiares y /o referentes afectivos, y el equipo tratante.
- Habilitar espacios de consulta.
- Evaluar las capacidades de autonomía progresiva (anexo 3a).
- Identificar pacientes por niveles de complejidad (anexo 3b) para planificar su transición más adecuada.
- Valorar calidad de vida.
- Valorar satisfacción con la atención/ transición/ traspaso.
- Referenciar a voluntarios que ya hayan realizado el proceso de transición.

#### **En relación a la familia y /o referentes afectivos:**

- Valorar la satisfacción de la familia y/o referentes afectivos.
- Identificar posibilidades de apoyo comunitario y hacer vinculaciones con las organizaciones de la comunidad.

## En relación a los servicios de salud

- Adaptar el plan jurisdiccional a la institución.
- Apuntalar las redes integradas en salud y la estrategia de atención primaria de la salud (APS) como gestor principal de salud.
- Generar instancias de capacitación e intercambio (por ejemplo, capacitación de médicos generalistas en servicios de pediatría y de profesionales de servicios de pediatría en servicios de adultos bajo modalidad de residencias, becas, jornadas científicas y con la comunidad).
- Generación de una red formal con listado de profesionales (generalistas y especialistas) formados a partir de ese intercambio.
- Atención conjunta en el proceso de transición: implantación de Unidades de Transición interdisciplinarias.
- Identificar un gestor de casos. Se sugiere alguien especialista en adolescencia
- Valorar turnos protegidos.
- Reafirmar el recurso de la telemedicina y otras tecnologías de la información y de la comunicación (TIC).
- Contemplar la mayor carga y el tiempo mayor de consulta en relación a la asignación de turnos/honorarios.

## Indicadores propuestos

| INDICADOR  | PROPÓSITO   | FICHA TÉCNICA   | FUENTE   |
|--|---|---|--|
| Número de pacientes pediátricos con condiciones crónicas de salud que requieren una transición.  | Identificar el número de pacientes que requerirán un abordaje por parte del equipo de transición. | Cifra absoluta, de recolección anual.   | Registros institucionales.<br>Valoración del equipo de transición. |
| Porcentaje de pacientes pediátricos con condiciones crónicas de salud que tuvieron al menos un primer contacto para iniciar la transición. | Evaluar la eficacia en el abordaje de los pacientes a transicionar.                               | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de pacientes pediátricos con condiciones crónicas de salud con un primer contacto / Número de pacientes pediátricos identificados para transición.                                | Registros institucionales.<br>Valoración del equipo de transición. |
| Porcentaje de pacientes pediátricos con condiciones crónicas de salud que tuvieron un abordaje oportuno del proceso de transición.         | Evaluar la precocidad en el abordaje, considerando la edad del o la adolescente.                  | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de pacientes con condiciones crónicas de salud con un primer contacto precoz (12-13 años) /<br>Número de pacientes pediátricos identificados para transición en ese grupo etario. | Registros institucionales.<br>Valoración del equipo de transición. |
| Porcentaje de pacientes pediátricos con condiciones crónicas de salud transferidos oportunamente.  | Evaluar la transferencia, considerando la edad del paciente.                                      | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de pacientes con condiciones crónicas de salud con una transferencia oportuna (18-24 años) / Número de pacientes pediátricos en proceso de transición en ese grupo etario.        | Registros institucionales.<br>Valoración del equipo de transición. |

| INDICADOR   | PROPÓSITO  | FICHA TÉCNICA  | FUENTE                               |
|---|--|--|--------------------------------------|
| Porcentaje de pacientes satisfechos con el proceso de transición* **                                  | Medir la satisfacción acerca de la asistencia recibida.                          | <p>Cifra relativa, de recolección anual.</p> <p>Número de pacientes con condiciones crónicas de salud satisfecho con el proceso de transición / Número de pacientes con condiciones crónicas de salud en proceso de transición.</p> <p>* También de familiares y /o referentes afectivos.</p> <p>** También con respecto a la transferencia.</p> | Valoración del equipo de transición. |
| Porcentaje de profesionales de atención pediátrica/ de atención de adultos capacitados en transición. | Evaluar la capacitación del recurso humano en relación al proceso de transición. | <p>Cifra relativa, de recolección anual.</p> <p>Número de profesionales de atención pediátrica / de atención de adultos capacitados en transición / Número de profesionales de atención pediátrica / de atención de adultos pertenecientes a efectores participantes de la transición.</p>   | Registros institucionales.           |
| Porcentaje de profesionales de atención pediátrica/ de atención de adultos capacitados en transición. | Evaluar la capacitación del recurso humano en relación al proceso de transición. | <p>Cifra relativa, de recolección anual.</p> <p>Número de profesionales de atención pediátrica / de atención de adultos capacitados en transición / Número de profesionales de atención pediátrica / de atención de adultos pertenecientes a efectores participantes de la transición.</p>   | Registros institucionales.           |

### 3. PROPICIAR EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

#### Objetivos

Proporcionar a los niveles centrales de la macro (nacional), la meso (jurisdiccional) y la microgestión (local, en contacto directo con las personas usuarias), y a los propios adolescentes y jóvenes, información oficial y confiable, para que sea posible adoptar las mejores decisiones al momento de requerir alguna prestación de salud.

#### Acciones

- Implementar un sistema de registro adecuado que permita el monitoreo y facilite el traspaso de la información para el o la adolescente o joven y para los y las profesionales.
- Generar recursos tecnológicos accesibles para adolescentes y jóvenes: apps con información para facilitar la cogestión de su salud, divulgación sobre qué hacer ante ciertas situaciones vinculadas con su condición de salud y un mapa de recursos por jurisdicción/región.

#### Indicadores propuestos

| INDICADOR                                      | PROPÓSITO   | NOTA TÉCNICA  | FUENTE  |
|--|---|---|---|
| <b>Sistema de información electrónico.</b>     | Garantizar un registro electrónico en los efectores de la jurisdicción.                                 | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número de efectores que cuentan con un registro electrónico /<br>Número de efectores de la jurisdicción.   | Registros institucionales.<br>Nivel central jurisdiccional. |
| <b>Calidad del registro de la información.</b> | Evaluar la calidad del registro de la información sobre el o la adolescente y su proceso de transición. | Cifra relativa, de recolección anual.<br>Número historias clínicas de calidad* en pacientes pediátricos con condiciones crónicas de salud en proceso de transición /<br>Número de historias clínicas en pacientes pediátricos identificados para transición.<br><br><i>* Considerar el registro electrónico, que contemple los indicadores de la transición y que sea fácilmente exportable. Establecer estándares.</i> | Registros institucionales.<br>Nivel central jurisdiccional. |

## 4. CONCLUSIONES

La transición de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud a los servicios de atención para personas adultas es un proceso complejo que, de no realizarse adecuadamente, puede implicar el riesgo de empeorar su situación de salud incluyendo la posibilidad de que se interrumpa su atención. Esto implica un derecho vulnerado no solo del o la adolescente sino de toda la comunidad.

En la Argentina, el abordaje planificado de esta transición es una cuenta pendiente. Las experiencias son atomizadas y por iniciativa de algunos equipos o de servicios de instituciones de salud y problematizado por algunas sociedades científicas.

En ese contexto, surge la necesidad de contar de manera ineludible con un plan nacional que sirva de marco para los niveles jurisdiccionales y así poder orientar acciones pertinentes para lograr un proyecto de transición consolidado. Cada jurisdicción debería incluir en agenda política las transiciones de las y los adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud, legitimando y apoyando el abordaje en la microgestión.

Para realizar una transición adecuada, no solo se requieren servicios especializados en un segundo o tercer nivel de atención. Los equipos en el primer nivel de atención son quienes operativizan la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, generan un vínculo estrecho y prolongado con las familias, las instituciones y las organizaciones de las comunidades a las que pertenecen, lo cual implica un mayor conocimiento de las realidades y las problemáticas específicas en el terreno y de los recursos efectivamente disponibles (OPS 2007). A esto debería sumarse el trabajo en redes jurisdiccionales, favoreciendo el aprovechamiento de recursos, y facilitando la referencia y la contrarreferencia.

Este documento resulta un primer gran paso para encarar las transiciones de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud con un marco desde la macro gestión. Se espera que pueda ser socializado entre los referentes de distintas áreas (sociedades científicas, organizaciones de la comunidad, OPS/OMS, gobierno) y ser sometido a una mesa de trabajo intersectorial para alcanzar un consenso.

# ANEXOS

## ANEXO 1. ETAPAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN EN BASE A LA EDAD DEL PACIENTE

Al organizar el plan, se puede estructurar en etapas en relación a la edad del adolescente o joven, y adaptarlas a las particularidades del modelo de atención, la complejidad de la condición de salud, los determinantes sociales y las experiencias previas durante su niñez.

### Etapas para la planificación de la transición

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>1. Iniciar el proceso de planificación de la transición.</b>          | Instalar el tema, conversar sobre las perspectivas futuras con el o la adolescente y sus referentes afectivos.<br>Brindar información acerca del programa de transición de la institución.   | Idealmente de manera precoz, alrededor de los 12-13 años. |
| <b>2. Diseñar un plan de transición personalizado.</b>                   | Anticipar y adecuar la preparación hacia la atención en adultos según los intervalos etarios.<br>Armonizar la transferencia entre el equipo de cuidados pediátrico y el de adultos, incluyendo la vinculación con organizaciones de la comunidad.  |   |
| <b>3. Evaluación de habilidades.</b>                                     | Evaluar las capacidades de autonomía y responsabilidad del o de la adolescente, y reevaluar esas capacidades en edades sucesivas para definir progresos o dificultades sobre las que se pueda trabajar.<br>Identificar a los grupos con mayor vulnerabilidad de tener una transición complicada para implementar medidas de apoyo. | Entre los 14 y los 18 años.                               |
| <b>4. Seguimiento y monitoreo incluyendo el registro apropiado.</b>      | Elaborar un sistema de registro apropiado, que pueda también transferirse fácilmente al equipo de atención de adultos.<br>Dejar constancia escrita en la historia clínica de los avances en la preparación para la transición.   |   |
| <b>5. Transferencia a un centro de cuidado de adultos de referencia.</b> | Revisión del proceso, identificar necesidades y preocupaciones del adulto joven.   | Entre los 18 y los 21 años.                               |
| <b>6. Finalización de la transición.</b>                                 | Confirmar la transferencia y supervisar cómo continuó el enlace con el o la profesional de cuidado de adultos.   |   |

Fuente: elaboración propia sobre la base de White (2018).

## ANEXO 2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN. HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: .....

Provincia: .....

### Área de la cuál es referente

1. ¿Se realizan transiciones de usuarios/as pediátricos con condición crónicas/no crónicas que requieran tratamientos prolongados hacia equipos de adultos?

SÍ/NO/TAL VEZ

2. ¿Cuentan con un equipo específico que aborde el proceso de transición de estos pacientes?

SÍ/NO

3. En caso de contar con un equipo, ¿por quiénes está conformado?

*(pregunta abierta)*

4. En el caso de que existan distintas edades de corte para realizar las transiciones según cada servicio hospitalario, ¿cuáles son los cortes etarios?

*(pregunta abierta)*

5. ¿Con cuánto tiempo de antelación comienzan con el proceso de transición?

*(pregunta abierta)*

6. ¿Existen registros de estadísticas hospitalarias anuales sobre usuarios/as transicionados/as y por servicio hospitalario?

7. ¿Tienen protocolos establecidos para el proceso de transiciones?

8. En caso afirmativo, ¿existe un único protocolo establecido o cada servicio involucrado posee el suyo?

9. En caso afirmativo, ¿estos protocolos han sido acordados por la dirección hospitalaria u otras instituciones (asociaciones científicas, por ejemplo, otras)?



**10. Si es que posee convenios para efectuar las transiciones, se trata de:**

CONVENIO SECTOR PÚBLICO

CONVENIO SECTOR PÚBLICO/ PRIVADO

NO EXISTEN CONVENIOS

REDES NO FORMALIZADAS

**11. ¿Cuál es la cobertura de los usuarios/as transicionados/as?**

COBERTURA PÚBLICA EXCLUSIVA

COBERTURA MIXTA PÚBLICA/ PRIVADA

**12. ¿Alguna vez trabajaron la temática “TRANSICIONES” con el Nivel Central (ministerio provincial) o municipal?**

NIVEL CENTRAL PROVINCIAL

NIVEL MUNICIPAL

AMBOS

NO SE HA TRABAJADO LA TEMÁTICA

**13. En relación a las transiciones, los equipos tratantes realizan:**

ATENEOS

ENCUENTROS DE EXPERIENCIAS

OTROS

**14. ¿Existen articulaciones con organizaciones de usuarios/as con problemáticas de salud específicas que demanden este tipo de intervenciones? (pregunta abierta)**

### **Entrevista complementaria**

**Se profundizó acerca de:**

- Protocolos y conformación de los equipos de transiciones.
- Problemas identificados con relación a la transición
- Propuestas superadoras.

## ANEXO 3. RECURSERO

### ANEXO 3A. HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN

Entre las distintas herramientas para evaluar la preparación de las y los adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas de salud y de sus madres y padres (Zhang 2014) se validó el instrumento *Transition Readiness Assessment Questionnaire* (TRAQ) 5.0 de uso frecuente entre las y los profesionales que abordan las transiciones en la Argentina.

#### Cuestionario de Evaluación para la Preparación de la Transición (TRAQ)

Nombre del paciente: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Fecha de hoy: ..... / ..... / .....

**Instrucciones para los jóvenes:** Por favor marcá con una cruz la opción que mejor describa tu capacidad para cada una de las siguientes áreas que son importantes para la transición del cuidado de tu salud a la medicina del adulto. No hay respuestas correctas ni incorrectas y las respuestas serán confidenciales y privadas.

**Instrucciones para padres/cuidadores:** si el joven que está a su cuidado no tiene la capacidad de comprender el significado por sí mismo de las preguntas que se mencionan más abajo, por favor respóndalas en forma conjunta y marque con una cruz el casillero que mejor describa la capacidad del joven para realizarlas.

**Marque con una cruz,** si usted es (padres/cuidadores) quien está completando el formulario.

| Áreas   | No, no sé cómo hacerlo | No, pero quiero aprender a hacerlo | No, pero estoy aprendiendo a hacerlo | Sí, ya he comenzado a hacerlo | Sí, lo hago siempre que lo necesito |
|---|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Manejo de la medicación (para pacientes que han tomado o toman medicación)</b>   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 1. ¿Si la necesitás, vas a buscar tu medición a la farmacia?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 2. ¿Sabes qué hacer si tenés una reacción adversa a tu medicación (por ejemplo, reacción alérgica, diarrea por la medicación)?            |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 3. ¿Tomás vos mismo tus medicamentos tal como te lo indicaron?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 4. ¿Solicitás tus medicamentos antes de que se terminen?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| <b>Asistencia a citas</b>   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 5. ¿Te ocupás vos mismo de pedir los turnos para los consultorios médicos?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 6. ¿Estás pendiente de las derivaciones a especialistas, controles o de los resultados de laboratorio?                                    |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 7. ¿Organizás vos mismo cómo viajar para ir a las consultas médicas?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 8. ¿Te ocupás vos mismo de consultar al médico si observás cambios inusuales en tu salud (por ejemplo, reacciones alérgicas, etc.)?       |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 9. ¿Sabés realizar vos mismo los trámites para obtener una cobertura médica si perdés la actual?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 10. ¿Sabés qué beneficios cubre tu obra social, prepaga, etc.?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 11. ¿Manejás tu propio dinero y te encargás de los gastos de tu casa (por ejemplo, utilizás tarjeta de débito, crédito, etc.)?            |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| <b>Seguimiento de los problemas de salud</b>  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 12. ¿Podés completar vos mismo algún formulario relacionado con tu historia clínica, incluida la lista de tus alergias?                   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 13. ¿Tenés anotado tus turnos médicos y demás citas de alguna manera (agenda, lista, celular, etc.)?                                      |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 14. ¿Realizás vos mismo una lista de preguntas antes de ir a la consulta médica?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 15. ¿Recibís ayuda económica a través de alguna institución (subsidio, pensión, apoyo, etc.)?   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| <b>Comunicación con las y los profesionales</b>   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 16. ¿Le contás a la médica o al médico, la enfermera o el enfermero lo que te pasa?   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 17. ¿Respondés vos mismo las preguntas que te hacen la médica, el médico, la enfermera o el enfermero u otra persona del equipo de salud? |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| <b>Manejo de las actividades cotidianas</b>   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 18. ¿Colaborás con la planificación o preparación de las comidas?   |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 19. ¿Mantenés ordenado tu cuarto y/o casa o levantás la mesa y/o lavás los platos después de comer?                                       |                        |                                    |                                      |                               |                                     |
| 20. ¿Vas a hacer compras a los negocios del barrio (por ejemplo, almacén, farmacia, etc.)?  |                        |                                    |                                      |                               |                                     |

Fuente: González et al. (2017).

### 3B. CATEGORIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD COMO PROPUESTA PARA ORIENTAR EL PROCESO DE TRANSICIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ADULTOS

Categorización según:

| Aspectos a considerar                        | Complejidad baja   | Complejidad alta   |
|--|--|--|
| <b>Condición crónica de salud</b>            | <i>A definir condiciones crónicas de salud</i>                         | <i>A definir condiciones crónicas de salud</i>               |
| <b>Multimorbilidad</b>                       | 1 sola condición crónica   | 2 o más condiciones crónicas                                 |
| <b>Cantidad de profesionales requerentes</b> | 1 profesional podría ser suficiente para el seguimiento y la atención. | 2 o más profesionales para el seguimiento y la atención.     |
| <b>Promedio de visitas en el último año</b>  | Menos de 8 visitas promedio al año a profesionales de la salud.        | 8 o más visitas promedio al año a profesionales de la salud. |
| <b>Polifarmacia</b>                          | Menos de 4 fármacos.   | 4 o más fármacos.  |

Fuente: elaboración propia sobre la base de Barrio Cortes et al. (2020).

# BIBLIOGRAFÍA

Bacallao Gallestey, J., A. Alerm González y M. Ferrer Arrocha. 2016. *Paradigma de vida. Implicaciones en la clínica, epidemiología y la salud pública*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Paradigma%20del%20curso%20de%20la%20vida.%20Implicaciones%20en%20la%20cl%C3%ADnica,%20la%20epidemiolog%C3%ADa%20y%20la%20salud%20p%C3%ABlica.pdf>

Barrio Cortes, J., C. Suárez Fernández, M. Bandeira de Olivera, C. Muñoz Lagos M. T. Beca Martínez, C. Lozano Hernández, I. del Cura González. 2020. "Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria", *An Pediatr (Barc)* 93(3):183-193.

<https://www.analesdepediatria.org/es-enfermedades-cronicas-poblacion-pediatrica-comorbilidades-articulo-S1695403320300242>

Blanco, M. 2011. "El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo", *Revista Latinoamericana de Población* 5(8):5-11. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Población. <https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/142/168>

Campbell, F., K. Biggs, S. K. Aldiss, P. M. O'Neill, M. Clowes, J. McDonagh, A. While y F. Gibson. 2016. "Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. art. n.º.: CD009794. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009794.pub2/full>

Código Civil Argentino (CCA). 2014. Ley N.º 26.994. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/texto>

Código Civil Argentino (CCA). 2005. Ley N.º 26.061. Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Comité de los Derechos Niño. 2003. Observación General N.º 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2006/4280.pdf>

De Cunto, C. L. 2012. "Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto", *Arch Argent Pediatr* 110 (4):341-347. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2012/v110n4a15.pdf>

González, F., M. Roizen, M. Rodríguez Celin, C. De Cunto, A. Eymann, R. Mato et al. 2017. "Validación español-argentina del cuestionario de transición a la atención médica del adulto en adolescentes con enfermedades crónicas", *Arch Argent Pediatr* 115(1):18-27. [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files\\_ao\\_gonzalez\\_29-12-16pdf\\_1483034752.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_ao_gonzalez_29-12-16pdf_1483034752.pdf)

Kuh, D., Y. Ben-Shlomo, J. Lynch, J. Hallqvist y C. Power. 2003. "Life course epidemiology", *Journal of epidemiology and community health* 57(10):778-783. <https://jech.bmj.com/content/jech/57/10/778.full.pdf>

Mokkink, L. B., J. H. van der Lee, M. A. Grootenhuis, M. Offringa, H. S. A. Heymans. 2008. "Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): National consensus in the Netherlands", *Eur J Pediatr* 167:1441-7. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00431-008-0697-y.pdf>

Ministerio de Salud (MSAL). 2021a. *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. Dirección de Adolescencias y Juventudes. Argentina. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Guia\\_de\\_Derechos\\_6-2021.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Guia_de_Derechos_6-2021.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). 2021b. *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordaje%20integral%20del%20suicidio%20en%20las%20adolescencias.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2007. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C.: OPS. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primary\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. 2017. *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Buenos Aires: OPS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2021. *Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública*. Washington, D.C.: OPS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53368/9789275323021\\_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53368/9789275323021_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Phabinly G, McManus M, Rogers K., White P. 2017. Outcome Evidence for Structured Pediatric to Adult Health Care Transition Interventions: A Systematic Review. *J Pediatr* 188:263-9 [http://www.garrahan.gov.ar/images/Outcome\\_Evidence\\_for\\_Structured\\_Pediatric\\_to\\_Adult\\_Health\\_Care\\_J\\_Pediatr.pdf](http://www.garrahan.gov.ar/images/Outcome_Evidence_for_Structured_Pediatric_to_Adult_Health_Care_J_Pediatr.pdf)

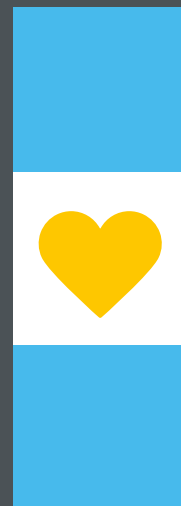
Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). 2012. *Transición del adolescente con enfermedades crónicas*. <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/transici-oacuten-del-adolescente-con-enfermedades-cr-oacutenicas.pdf>

Urrea-Sepúlveda, A. M. y M. B. Tovar-Añez. 2020. "Transición del cuidado pediátrico al cuidado adulto, ¿una realidad para la cual no estamos preparados?", *Univ. Salud*. 22(3):256-264. <https://doi.org/10.22267/rus.202203.198>

White, P. H., W. C. Cooley, Transitions Clinical Report Authoring Group, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians. 2018. "Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home", *Pediatrics* 142(5). <https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/5/e20182587/38577/Supporting-the-Health-Care-Transition-From?autologincheck=redirected?nfToken=00000000-0000-0000-0000-000000000000>

Zhang, L. F., S. W. Jane Ho y S. E Kennedy. 2014. "A systematic review of the psychometric properties of transition readiness assessment tools in adolescents with chronic disease", *Pediatrics* 14:4. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1471-2431-14-4.pdf>

*primero  
la gente*



Ministerio de Salud  
Argentina