

El relato de *La Minga*¹ de un Hospital pediátrico, como proceso transformador

The story of “La Minga” from a pediatric hospital, as a transformative process

María Begoña Yarza
Fernando González
Claudio Hermosilla
Thelma Suau
Elsa Peralta
Claudio Del Canto
Francisca Cortés
Paz Delgado
Andrea Mena
Francisca González
Pablo Hermansen

“No es ‘EL HOMBRE’ sino los hombres particulares los únicos que habitan en la tierra”.
Hanna Arendt ‘La condición Humana’(Arendt 1989)

RESUMEN

Las personas y sus organizaciones solo pueden cambiar las formas de relacionarse si estas transformaciones tienen en cuenta su historia, su cultura, sus problemáticas particulares. Para proponer un giro social y cultural es necesario comprender la fenomenología de los comportamientos de dicha población. Las organizaciones sociales son agrupaciones vivas, dinámicas, que mutan constantemente. Su lectura de acuerdo a los signos de los tiempos, y el reconocimiento de sus elementos identitarios e idiosincráticos, deben estar en el centro del proceso de gestión de cambio, para que el cambio propuesto sea legítimo y considerado como propio por parte de la comunidad.

Incorporar el ‘enfoque de derechos en la atención de salud’ en el corazón de una organización, plasmándola en la visión institucional, es un cambio paradigmático en la forma y en el ejercicio del día a día de una institución de salud, afectando a todos y cada uno de sus integrantes. La existencia de estrategias promotoras de derechos, permiten que se releven a los niños, niñas y adolescente como sujetos de derecho, acorde con la Convención de Derechos de la Niñez (CDN)(ONU 1989), a la cual Chile adscribió hace casi 30 años. Es deber de las organizaciones públicas ejercer el rol de garante, intermediario del estado, en la realización y cumplimiento de todos los derechos de la niñez en este espacio público.

El presente trabajo tiene por objetivo relatar la “Minga” del Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés, entendida como el cambio paradigmático del modelo de atención, de gestión y de relación con la comunidad, incorporando el enfoque de derechos en la atención de salud de niños niñas y adolescentes, apalancado por el cambio del actual recinto al nuevo hospital.

¹ El concepto de minga procede de una tradición originaria americana, cuya forma más conocida es la del quechua. Denomina el abordaje de un problema mediante un trabajo colectivo voluntario con utilidad conjunta o retribución. En el proceso de cambio del HEGC se utiliza como metáfora de una de sus variantes, la minga de tiradura, para expresar cambio.

El concepto del ‘enfoque de derechos’ se ha ido dibujando con mayor claridad en las últimas décadas, a pesar de que la ciudadanía alude a una titularidad universal de los derechos sociales desde tiempos memoriales. Nuria Cunill(2010) plantea que la apelación a los derechos humanos remite a la exigibilidad de determinados servicios o prestaciones, a la integralidad en su diseño y a la universalidad de la provisión para toda la población. Estos tres principios: exigibilidad, integralidad y universalidad, remiten a la construcción de un ‘espacio público’ entre el Estado y la ciudadanía, donde ésta incide en la modelación y ejecución del enfoque de derechos. En este espacio y en este contexto es en el que se desarrolla la Minga del Exequiel.

El proceso de transformación de los hospitales desde una organización basada en resolver los problemas de salud desde lo biomédico a una organización centrada en las personas y las comunidades, desde una perspectiva de derecho, se constituye en el gran cambio que nuestras organizaciones deben emprender para lograr resolver las necesidades de las personas, sus familias y la comunidad. Es un cambio estratégico. Es un cambio de paradigma.

Al referir que se constituye en un cambio estratégico no hablamos de la planificación estratégica como instrumento con objetivos concretos de mediano plazo, para optimizar determinadas áreas, o para aumentar la cartera de servicio. Estamos hablando de un cambio en el posicionamiento estratégico de la organización, en cómo se define el hospital y como se definen la forma y el sentido en que las personas y las comunidades, se relacionan con esta organización sanitaria. Las organizaciones que emprenden este camino inician cambios en su institucionalidad, en su marco normativo, y en sus políticas para lograr coherencia con su modelo de atención.

La experiencia del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, de ahora en adelante HEGC, y en particular “La Minga del Exequiel” se reconoce como un caso donde la comunidad, las niñas, niños y adolescentes (NNA) que son atendidos junto a sus familias y los funcionarios del hospital se convirtieron en los actores de este proceso, otorgándole identidad y apropiación. La Minga del Exequiel es un proceso de cambio de Modelo de atención basado en derechos, es un cambio de paradigma, es un cambio en el posicionamiento estratégico del Hospital (Imagen 1).

El HEGC es un hospital público pediátrico, autogestionado desde el 2007, que recibe a los niños, niñas y adolescentes provenientes de las 11 comunas que pertenecen al Servicio de salud metropolitano sur, la población de este territorio es cercana a 1.100.000 personas de las cuales alrededor de 300 mil NNA, son menores de 19 años(Minsal 2017).

Lo primero en esta Minga fue reconocer la historia del hospital e identificar elementos que lo convertían en una organización muy particular. El primero que lo identifica es su origen y el cómo se ha desarrollado a lo largo de sus 60 años de vida. El origen del hospital ha sido evolutivo, fue convirtiéndose en pediátrico de a poco, seis años le llevo convertir todas sus atenciones en pediátricas. Hasta que un día de 1962 el presidente de la época lo nombra Hospital Pediátrico Dr. Exequiel González Cortes. Por otro lado, el camino de desarrollo y crecimiento también tuvo características particulares. Las sucesivas direcciones del hospital fueron comprando casas del Barrio Subercaseaux cada vez que crecía la población a atender y por ende la cartera de servicios. El resultado fue la conformación de un edificio muy plano con muchas casas que se iban uniendo y entre ellas tejen una red de espacios que sostienen las atenciones de salud. A cada rato el edificio nos recordaba esta situación de riesgo permanente. La imagen de niños en camilla cruzando la calle Ramón Barros Luco para realizarse una ecografía, acompañados de un funcionario que lleva la camilla y otro funcionario que detiene el tránsito de la calle y salvaguarda así la seguridad de este traslado tan particular.

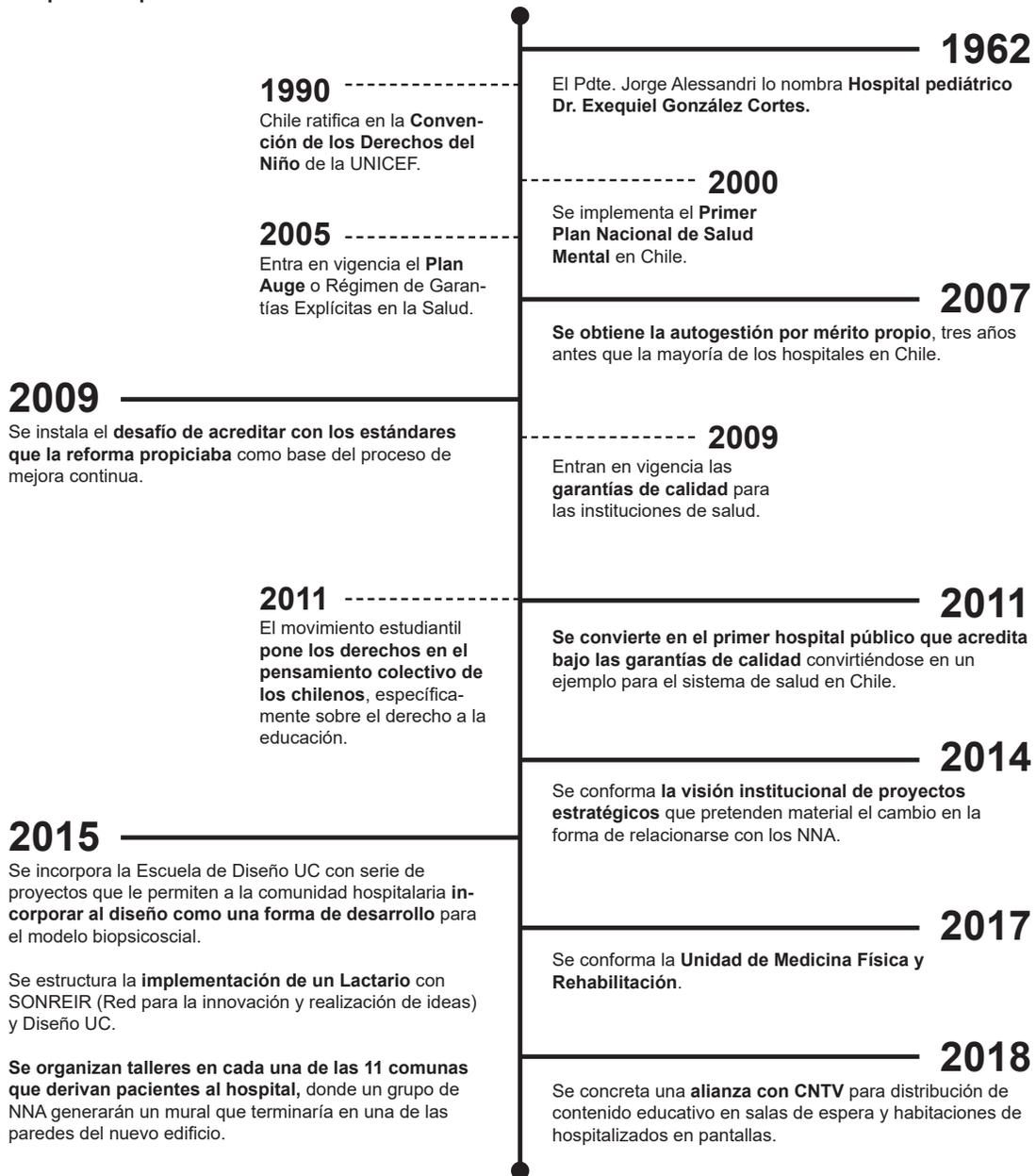
Es así como esta organización fue creciendo y desarrollando sus especialidades y atenciones. Una organización con una historia muy adaptativa, con precariedades funcionales evidentes, pero que forjaba a sus funcionarios en una lógica épica en cada situación que debía superar estos obstáculos y otros emanados de sus riesgos evidentes; incendios, cortes de luz, caída de techumbre. Así se construía al funcionario del Exequiel, creativo, orgulloso de salir adelante en la adversidad, anónimos, viviendo la experiencia laboral muy parecida a la experiencia familiar, cada especialidad se organizaba como una casa que reproducía la lógica del hogar, las habitaciones por estamento, el comedor, la cocina e incluso el living.

El espacio público es un espacio de aprendizaje, la historia del Exequiel mostraba una particular

Imagen 1: Línea Temporal de La Minga del Exequiel

MINGA

Hospital Exequiel González Cortés



actitud hacia la innovación dada, quizás por la presencia histórica de la formación de profesionales de la salud y por la voluntad de avanzar a pesar de las restricciones funcionales y estructurales que imponía el edificio clásico. Es así como el diseño e implementación de la “Estrategia IRA” tiene su origen en las conversaciones de médicos como el

Dr. Guido Girardi y de kinesiólogos del hospital, lo que lleva a generar una de las estrategias más exitosas en la disminución de la mortalidad infantil por neumonía en lactantes, en Chile y en América Latina. La primera unidad de cuidados intensivos pediátrica inspira a otros hospitales para desarrollar una estrategia que organiza la atención desde

las necesidades de los pacientes más gravemente enfermos; nuevamente un equipo multidisciplinario liderado por el Dr. Patricio Romero logra instalar por primera vez una forma de acercarnos a un modelo hospitalario centrado en las personas. La Cirugía Mayor Ambulatoria basada en prácticas seguras que ponen el cuidado compartido del mundo sanitario y los padres o cuidadores como centro de esta estrategia, nos convirtió en pioneros en el país en implementarla, allí nuevamente equipos de cirujanos y enfermeras liderados por el Dr. Ricardo Zubieta se convirtieron en exitosos innovadores públicos en salud.

Este espacio de aprendizaje fue compartido por funcionarios y académicos innovadores y creativos. El HEGC nace conjuntamente con el Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil de la sede Sur de la Universidad de Chile, alma mater de generaciones de profesionales y de pediatras con un inconfundible sello “Exequielino”.

Desde el momento que se constituye en el Hospital de niños de la zona sur, año 1962, las autoridades de la época y las sucesivas sabían de la necesidad de construir un Hospital para normalizar la estructura y funcionalidades del actual. Pasaron varios presidentes y muchos ministros y subsecretarios que en el auditorio del Hospital prometieron la construcción del “nuevo edificio”, seis promesas eran las contabilizadas por los funcionarios más antiguos.

La zona sur de Santiago tiene una larga historia de organización social, la historia propia de las tomas de terreno y la formación de poblaciones como la Legua y la Victoria están en los anales más hermosos del movimiento popular chileno, de allí son nuestros niños, sus padres, sus abuelos y también muchos de nuestros funcionarios, así que el sueño no cumplido de un nuevo edificio se peleaba en la calle. En esas movilizaciones estaban todos, la comunidad organizada, los gremios de médicos, de profesionales y de funcionarios. El logro del edificio nuevo, la casa nueva se construyó colectivamente, de ahí surge el llamar a todo este proceso la Mínga. La Mínga del Exequiel comenzó hace muchos años y se fusiona con lo mejor de la tradición popular chilena que tiene que ver con resolver los grandes desafíos de forma colectiva en comunidad y con alegría.

El HEGC no estaba ajeno al contexto histórico de los hospitales chilenos permeados aun de la mirada asistencialista. La reforma del 2005, trae con el GES el anhelo de equidad, con la autogestión la promesa de mejor adaptabilidad en la gestión de las organizaciones de salud, y con la Ley

de derechos y deberes de las personas en salud (de larga discusión y tramitación y dictada finalmente el año 2012), cumplir el objetivo de poner a las personas en el centro. El modelo de atención chileno centrado en las personas, integral y en redes, por fin tenía herramientas para concretarlo en las prácticas de los hospitales.

La autogestión fue obtenida por parte del hospital el año 2007, por mérito propio, tres años antes que la mayoría de los hospitales en Chile que por el peso de la ley se constituyen en organizaciones autogestionadas en el año 2010. Este primer esfuerzo modernizador logro generar en el equipo gestor mayor cohesión y sentido de éxito organizacional al igual que la implementación de las garantías explícitas con monitoreo y seguimiento que logran tener un desempeño excelente, cumpliendo la promesa de equidad con los NNA y sus familias.

El año 2009 entran en vigencia las garantías de calidad para las instituciones de salud y dada la experiencia del proceso de autogestión exitoso, se instala el desafío de acreditar con los estándares que la reforma propiciaba como base del proceso de mejora continua. El Hospital Dr. Exequiel González Cortes se convierte el año 2011 en el primer Hospital público que acredita bajo estos estándares, generando no solo en las personas de la organización y en sus equipos, sino que también en la comunidad, un sentimiento de orgullo. Este hospital de la zona sur de Santiago con precariedades funcionales, déficits estructurales, se convertía en el ejemplo para el sistema y un camino posible para brindar mayor seguridad a los NNA que allí se atendían. Esto último fue el motor principal que permitió este logro. Había un componente épico y ético en este desafío. Dado que la situación estructural generaba múltiples riesgos para la atención de los NNA, el único camino ético de enfrentar esta situación era generar un sistema de gestión de riesgo y de fortalecimiento de la seguridad de los procesos asistenciales.

La acreditación, nos trajo la perspectiva de la gestión del riesgo, nos encaminó a entender los procesos con mirada sistémica, generó más identidad, más motivación, más compromiso con los desafíos y por cierto que nos acercó a las personas que atendemos, a los NNA de la zona sur de Santiago y su comunidad.

La evolución de nuestra organización se expresa en las visiones estratégicas que fuimos construyendo. El 2009 el sueño era “Al 2014 nuestro compromiso con las personas es atenderlas con calidad certificada y tiempos de espera definidos

para cada atención” Las personas que atendemos con sus familias y la comunidad esperan de nosotros seguridad en la atención y conocer su oportunidad de atención. La oportunidad es una dimensión de calidad que si es posible de comprender por todos y por tanto de ser exigible.

Este sueño exigió implementar la transparencia de la oportunidad de la atención y avanzar en la protocolización de esos tiempos basado en las mejores prácticas clínicas, en medicina basada en la evidencia (MBE), en la anticipación al daño, como herramienta de la prevención secundaria de las complicaciones producidas por la evolución de las enfermedades. Desde el año 2009 nos acompañan en este empeño ingenieros de la Universidad de Chile, del magister de negocios, con quienes aprendimos que las listas de espera, el triage de la urgencia, debían ser no solo con oportunidad clínica, sino que debían de ser justas y transparentes para que fuese posible exigir su cumplimiento; que gestionar el riesgo requiere de estructurar el conocimiento y de ahí nace AMBAR, una plataforma que poco a poco se convierte en nuestra primera ficha clínica electrónica centrada en las personas.

El movimiento estudiantil en los años 2011 y 2012 puso en el pensamiento colectivo de los chilenos el tema de los derechos, en lo particular, el derecho a la educación. Es así como la discusión sobre los derechos sociales permeo a la sociedad en su conjunto y a nuestro hospital también. La planificación estratégica del año 2015 plasma esta discusión en una visión movilizadora. “Nos comprometemos en comunidad a proteger los derechos de los niños en todas las acciones que como hospital realicemos”. La visión paternalista de “nuestros niños” empieza a mostrarse reduccionista, se vuelve insuficiente para relacionarse con los NNA. El espacio público del Hospital no solo tiene el propósito de mejorar la salud de los NNA, sino que de convertirlos en mejores ciudadanos. Personas sujetas de derechos.

‘LAS MINGAS’ COMO CATALIZADORES DEL CAMBIO

Los procesos que comprometen cambios de paradigmas requieren no solo de personas que lo lideren y equipos comprometidos, sino que de contextos y circunstancias que lo permitan y lo motiven.

El proyecto de reposición y relocalización del hospital se constituye en el mejor contexto para avanzar en estos cambios. La promesa solamente

de un edificio nuevo no es suficiente para esta comunidad que por 60 años esperaba este cambio, los ciudadanos no solo esperan espacios con mayor confort, funcionalidad y seguridad estructural, sino que anhelan un sistema sanitario más cercano, más sensible. La promesa del cambio de modelo centrado en las personas desde una perspectiva de derechos se convierte en el objetivo central de la Minga.

La Minga, entendida como el cambio de paradigma del modelo de atención, el cambio de la forma de relacionarnos con los NNA y entre nosotros y con la comunidad se hace más visible en el lenguaje del Exequiel a partir del año 2014 y se consolida con la conformación de la visión institucional y de los proyectos estratégicos que pretenden materializar esta visión en las acciones que el hospital desarrollaba. Para conseguir algo importante, algo trascendente, para hacer un cambio estratégico, es necesaria una Minga. Las organizaciones de salud son organizaciones adaptativas y complejas, requieren ser sensibles a las personas y sus necesidades y sobre todo a sus potencialidades. Deben de estar en continuas y simultáneas Mingas.

LA GESTIÓN DEL CAMBIO

En este proceso se evidenciaron las contradicciones propias de dos modelos que fueron conviviendo en este proceso de cambio. Una dimensión visible es la que se expresaba en aquellos que veían perder en el hospital la imagen de su propia casa, la historia de sacrificios y de logros esforzados por salir adelante. Por otro lado, están las personas que frente a la posibilidad de una nueva plataforma deciden construir desde lo mejor del compromiso colectivo una forma de atención más segura, más horizontal, menos asimétrica y más digna para la comunidad y los NNA.

Otra expresión fue la tensión entre lo nuevo y lo histórico, en muchos casos se identificaba lo nuevo con los jóvenes que llegaban, dada la incorporación de nuevos profesionales a partir de procesos de concursos basados en matrices de competencias en que lo innovador y la conciencia de lo público eran los ejes de su selección y que veían en el proyecto un camino de desafíos. Fueron muchos “históricos” que se sumaron al desafío y la incorporación de nuevos integrantes al equipo se convirtió en una tremenda oportunidad de enriquecimiento de esos equipos.

Para aplicar efectivamente los principios de la CDN se necesitaba una energía de cambio ya que

como refiere Schön, “la CDN rompe con la concepción que considera a los NNA como objetos de tutela e intervención por parte del Estado, la sociedad y las familias, e instaura un nuevo ordenamiento entre las relaciones de los NNA, las instituciones, las familias y la comunidad” (Schön 2015). Por lo tanto, era necesario instalar un nuevo escenario sobre el cual se construyan las relaciones entre el hospital, la comunidad y los niños, niñas y adolescentes. Los servicios asistenciales pediátricos conforman un espacio donde deben promoverse y protegerse los derechos de la niñez. Sin embargo, ni los funcionarios ni los mismos usuarios están al tanto de la vulneración de sus derechos que han sido históricamente normalizados. La participación de usuarios en la (auto)determinación de su salud, a través de la incidencia en las decisiones tomadas por los prestadores y gestores de los dispositivos sanitarios ha tomado más fuerza en los últimos años, sin embargo, excepcionalmente se ha escuchado la opinión de los NNA en ella.

La visión institucional del hospital, desarrollada de forma participativa en la planificación estratégica para los años 2015-2018, que vincula todas sus actividades al ‘compromiso irrenunciable de respetar y promover los derechos de los NNA en todas las acciones que como hospital realiza’ empujó la realización el primer “Congreso participativo de niñas, niños y adolescentes”, que tuvo por objetivo reconocer a NNA como sujetos de derechos y situarlos como protagonistas del giro que buscaba dar la institución. Con el lema “Todo de nosotros, con nosotros” por medio de esta estrategia se buscó incorporar efectivamente la perspectiva de los NNA en la práctica cotidiana. Se decía “el congreso participativo de NNA representa una acción reflexiva, crítica y curiosa por parte del hospital, para el cual esta capacidad de análisis le aporta sustancialmente en su crecimiento, posicionamiento dentro del campo asistencial, capacidad de pensamiento organizacional que podría significar una oportunidad de cambio que lo impulse cada vez más a desarrollar temáticas, culturas internas participativas sin dejar de lado la realidad social de su entorno”. El desarrollo de esta experiencia ya fue publicada en esta revista in extenso en Cuadernos Médico Sociales (González 2018).

Por otro lado se implementó un cambio en la relación asistencial docente, desde el paradigma transaccional que nos había permeado desde una visión economicista del hospital, hacia una relación estratégica y colaborativa. Compartiendo el

objetivo de crear un espacio público, de aprendizaje y ciudadano al servicio de las personas. Esto abrió múltiples posibilidades de instalar nuevas formas de atención, nuevas acciones de salud, nuevas especialidades con la colaboración de las Universidades. Al dejar de mirar la salud desde lo biomédico aparecen otras dimensiones para comprender la salud de los NNA. Es así como nos abrimos a otros mundos del conocimiento y la investigación que se han convertido en el sentido común de la organización, psicología social, diseño, ingeniería, antropología, de forma tal que no es posible emprender un desafío o una interpretación de la realidad sino es multidisciplinariamente, con un enfoque biopsicosocial.

La minga se convierte en un proceso consciente de estas tensiones y avances; desarrollar espacios de conversación y participación de los funcionarios y funcionarias en cada una de las decisiones fue un objetivo central. Durante 3 años nos encontrábamos semanalmente con los equipos y sus jefaturas para conversar de como hacíamos las cosas hoy y como serían mañana. La metodología proponía que los equipos desarrollaran sus propuestas y se presentaran al colectivo del hospital, entendiendo que en organizaciones tan complejas no existen cambios de un equipo de trabajo que sean asépticos para los otros equipos. Se construía así incrementalmente el modelo. A esto le llamamos cambios evolutivos. Se tendía a instalar todos los cambios posibles en la infraestructura del hospital clásico.

Durante tres años, se realizaban visitas activas semanales al nuevo edificio, con los equipos de salud del hospital. Relatando los espacios, conversando de las nuevas instalaciones y equipamiento y provocando un espacio sensible de escucha activa de sus inquietudes. Se generaron espacios abiertos de escucha activa sobre el proyecto. A esta estrategia llamamos “foros ciudadanos” en que podía asistir la comunidad y los funcionarios a preguntar y conocer la marcha del proyecto y la marcha del hospital en su gestión, instalando un espacio sistemático de información y recepción de dudas y sugerencias.

MINGA DE LOS ESPACIOS PÚBLICOS

Los centros asistenciales de salud, más que un lugar donde se proveen prestaciones, es un lugar de encuentro en donde una comunidad, delimitada por un territorio y que comparte características culturales, busca dar respuestas a las problemáticas de salud de su población. Al reconocer el hospital

como un espacio público, esta declaración le devuelve la pertenencia a usuarios y funcionarios, balanceando los desequilibrios sobre el cual se ha dado en la relación ‘equipo de salud’ – ‘paciente’, la cual históricamente ha sido vertical, paternalista y asistencialista, con poco valor a la autonomía y autodeterminación de las personas y comunidades. El usuario al asumir el espacio como propio, lo moviliza a la participación y responsabilidad de dicho espacio, y le confiere de esta manera pertenencia e identidad, democratizándolo y horizontalizando el espacio de encuentro donde se lleva a cabo la atención de salud.

Ahora bien, un porcentaje importante del tiempo de los NNA en el centro asistencial no está destinado a la atención de salud precisamente. Hay tiempos de espera, de ocio, de compartir y acompañar. Es por esto que los espacios públicos pensados en los usuarios deben tener un valor en sí mismos. En este sentido, y reconociendo los derechos de la niñez explicitados en la CDN, estos espacios deben promover hábitos saludables de niños y familias, ofrecer alimentación saludable, promover el movimiento y actividad física, garantizar que es un edificio “libre de humo”, y entregar contenido educativo y promocional a la comunidad hospitalaria.

Para llevar a cabo este objetivo, se instalaron pantallas en zonas como: salas de espera y habitaciones de hospitalizados, lo que responde a dos necesidades en NNA y sus acompañantes: comunicación y distracción.

El derecho al resguardo de tu privacidad y el derecho a la información se materializan en un sistema de llamado en atención ambulatoria y la entrega de contenido educativo en espacios comunes y habitaciones. Para el primero, se ha desarrollado un aplicativo que al momento de la atención clínica el profesional a cargo desde la consulta, llame al paciente; en la pantalla además de escuchar una alerta, su nombre aparecerá escrito incluyendo dónde debe acudir. Es importante destacar que en esta aplicación muestra el nombre del paciente anonimizado, resguardando su identidad. Esta implementación ha recibido mejoras en función a las demandas de los usuarios, por ejemplo: el tamaño de letra, factor importante para una clara comprensión.

Para proporcionar espacios de aprendizaje recreativo en marzo 2018 se concreta una alianza con CNTV para la distribución de contenido educativo en las salas de espera y habitaciones de hospitalizados en pantallas. Se comienza con 80 horas de programación, diferenciada por rango etario

entre niños, jóvenes. Gracias a una encuesta realizada a los pacientes, estos se muestran satisfechos con el contenido, además la supervisión de un encargado de la programación ayuda a orientar en el uso, transformándose en una herramienta positiva para el paciente. Si bien los contenidos son apropiados a las distintas edades, la brecha con el actual uso de aplicaciones tales como YouTube en los niños, con libre acceso, no es posible abordarla con la implementación realizada en el Hospital.

Debemos nuevamente analizar esta iniciativa teniendo en cuenta aspectos tales como: tiempo de exposición a la pantalla, inmediatez en la visualización y supervisión de un adulto. La entretención del acompañante también debe ser abordada, ya que, en el periodo de puesta en marcha de este proyecto, estos también expresan la necesidad de distracción. Una nueva habilitación para hospitalizados, debe ser trabajada con el apoyo de psicólogos y equipos multidisciplinarios clínicos, para considerar todas las visiones de una herramienta de uso cotidiano, sin embargo, poco explorada en el marco de la atención hospitalaria en NNA.

En relación a la oferta de venta de alimentos, la licitación de la empresa externa tuvo como requisito que todos los productos sean “libre de sello” y así asegurar que todos los alimentos sean saludables. Lo mismo con las máquinas dispensadoras de snacks, y bebidas. Ser una institución libre de humo de cigarrillo es un hecho desde el momento en que se realizó el cambio de hospital. Sin embargo, una tarea pendiente es la instalación de equipos y/o máquinas para dar la posibilidad de hacer actividad física en las salas de espera.

En este tránsito de transformaciones, se ha ido constituyendo un espacio de trabajo interdisciplinario, abarcando a otras áreas del conocimiento que han permitido que los distintos profesionales de salud se relacionen e interactúen con estas nuevas áreas. Un ejemplo de ello es la incorporación de la escuela de diseño de la Pontificia Universidad Católica con una serie de proyectos que le permitieron a la comunidad hospitalaria incorporar al diseño como herramienta para acercar a equipos de salud los NNA. El trabajo de los diseñadores consistió en rescatar todas aquellas características que hacían del Exequiel un lugar acogedor para las familias y los funcionarios, un lugar donde la comunidad se comunicaba, se expresaba y había dejado huellas de su paso por el lugar, a través de pinturas y rayados que hacían los pacientes y sus familias, de los momentos más trascendentales que les tocó vivir allí, y llevarlo a la construcción de murales participativos que vestirían el hospital nuevo.

La motivación para hacer estos murales fue brindar un espacio para que la comunidad nuevamente se apropiara del edificio, de esta nueva plataforma de salud, entregando su visión y conocimiento de los territorios que habitan.

El proceso consistió en la realización de un taller en cada una de las 11 comunas pertenecientes al territorio del hospital, donde un grupo de NNA de cada una de ellas creó un mural que terminó en una de las paredes del nuevo edificio. Estos talleres se realizaron entre los años 2015 y 2017, con una duración de 10 sesiones cada uno. Fueron coordinados con colegios, centros de salud y centros culturales donde los niños recibieron orientación y capacitación de parte de diseñadores y estudiantes de diseño. En estos talleres, los participantes fueron a reconocer el terreno, reinterpretarlo y hacer una narración visual en el mural, de esa reinterpretación. Al principio el taller estaba dirigido a conversar del territorio, desde su propia experiencia, como habitantes del lugar. A través del diálogo respetuoso, destacar lo positivo y enfrentar desde las posibilidades de mejora, lo negativo. Luego, se definían los elementos que se iban a destacar en el mural y luego se pasaba a hacer una representación gráfica de esos elementos, conceptos, historias y personajes de la vida cotidiana a través de dibujos, finalmente, se editan y distribuyen en el espacio, con la participación de todos. Se terminaba el taller con una pequeña ceremonia dependiendo de las características de cada grupo, con participación de distintas autoridades de la comuna, del colegio o del centro de salud correspondiente. Se entregaba por primera vez, en papel y tamaño real, el mural que había construido el grupo. La experiencia fue muy interesante dada la diversidad de participantes, que hizo que la metodología fuera variando según cada grupo, respetando los tiempos de cada uno de ellos. El personal que guiaba no actuaba como experto, sino de escuchar, conocer y aprender de los territorios a través del relato de los participantes. Se reconoce en estos niños, la capacidad de aprender, de expresar ese aprendizaje y de generar conocimiento y traspasarlo a otros. Se sorprendieron a sí mismos, con el resultado de lo que ellos mismo fueron capaces de crear.

Hoy cada uno de esos murales está instalado en las distintas paredes del Hospital, llevan los nombres de los NNA que participaron y llevan un relato de los principales elementos, que ellos quisieron dejar plasmadas en el mural. Han revitalizado cada uno de esos lugares, entregando color y conversaciones sobre lo que allí está representado.

En definitiva, los cambios organizacionales y estructurales que permiten el desarrollo de espacios públicos, que reconozcan a los usuarios, y particularmente a los NNA como sujetos de derechos, permiten el desarrollo de una institucionalidad sustentada en el empoderamiento social y el sentido de la comunidad. Esto permite un real y efectivo ejercicio de los derechos de los ciudadanos en un territorio con sentido de comunidad y responsabilidad social.

LA MINGA DE LA ALIMENTACIÓN

Algunos años antes del traslado al nuevo edificio, se empezó a hacer evidente el cambio epidemiológico de los pacientes del hospital. El porcentaje de NNA hijos de migrantes cada vez tenía más representación. En este diálogo intercultural hubo dificultades para comprender los hábitos alimentarios de los pacientes siendo una de las más importantes la barrera del idioma con la comunidad haitiana. El traslado de edificio permitió realizar grupos focales con adultos, cuya intención fue conocer en que consiste la alimentación habitual de los migrantes haitianos. De esa reunión conseguimos aprendizajes que sirvieron para realizar una atención especial a nuestros pacientes migrantes haitianos y entender la cultura alimentaria de la población.

Actualmente algunos profesionales del equipo trabajan en conjunto con profesionales de la Universidad de Chile en un proyecto anual llamado “programa de integración culinaria Chile – Haití”. El objetivo final es construir un recetario culinario que mezcle la cultura haitiana y chilena que tenga en cuenta los productos disponibles, que sea barato y de alto valor nutritivo. Indudablemente que la participación de los profesionales del hospital en este proyecto nos permitirá indagar otros aspectos alimentarios que pondremos en práctica en nuestro establecimiento.

LA MINGA DE LAS PERSONAS

El cambio del que hemos hablado en definitiva lo hicieron las personas. La gestión del cambio es con las personas, a través de ellas, por tanto, la minga de las personas se constituye en el eje crítico del proceso de cambio.

La gestión del cambio en el HEGC desde la perspectiva de las personas, comenzó 3 años antes que el cambio propiamente tal se produjera. El primer paso fue medir el “clima emocional-laboral”, donde el cambio se instalaría. Conocer la

percepción de satisfacción, el clima relacional y el orgullo de pertenecer a la institución, fueron claves para el inicio del proceso. La encuesta de clima laboral aplicada, arrojó excelentes resultados: la percepción de satisfacción de los trabajadores del Hospital era de un 80%. Es decir, había un estado emocional en la organización suficientemente sólido para desafiar a las personas a salir de su zona de comodidad, instalada históricamente.

Lo segundo fue alinear los subsistemas de la gestión de personas en base al modelo de competencias. Este modelo ampliamente usado en la gestión moderna de RRHH, ofrece varias ventajas. Entre ellas, moviliza a las personas hacia la excelencia en su conducta laboral, al modelar los desempeños exitosos y transferirlos operativamente a otros. Por tanto, se modeló a aquellos trabajadores mejor alineados con el cambio y con el nuevo paradigma que se quería instalar en la institución. De esta forma, se obtuvieron las “competencias transversales” del Exequiel; aquellas que predecían de mejor manera el estado deseado al que aspiraba el Hospital. Estas competencias se plasmaron en el Diccionario de Competencias Transversales del HEGC. Posteriormente se definieron las competencias para cada estamento: auxiliares, profesionales, administrativos y técnicos. Especial relevancia tuvo la definición de las competencias para los jefes, supervisores y encargados de la organización. Con el diccionario de competencias bien definido, consensado y difundido en la organización, fue posible desarrollar el sistema inicial en la gestión de personas: reclutar y seleccionar a los mejores candidatos disponibles, de acuerdo a lo que la organización ha definido como los mejores trabajadores para esta institución en particular.

El proceso fue arduo; seleccionar 236 cargos de manera rigurosa, moderna y en base a competencias, (y no por antigüedad), fue un gran desafío. Ayudaron al éxito del proceso, el que fuera progresivo. El ministerio de salud entregó los cargos y las asignaciones de cuarto turno respectivas, de manera fraccionada en 3 años, lo que finalmente resultó ser una ventaja. Permitió que la organización entrara poco a poco en una cultura meritocrática, aprendiera a realizar perfiles de cargo por competencia y observara a los candidatos desde la óptica de competencias. Las jefaturas, los gremios y las personas en general dejaron de hablar de la antigüedad como el criterio central para ocupar un cargo. La participación y transparencia del proceso fue otro factor clave de éxito. La selección del mejor candidato la realiza una comisión,

compuesta por la jefatura respectiva, el o la psicóloga a cargo del proceso y los gremios. Cada concurso fue una nueva posibilidad de mejorar el proceso, cuya operatividad máxima fue plasmada en una completa política de reclutamiento y selección. La ejecución misma del proceso fue realizada por una consultora externa, primeramente. Pero sus resultados no fueron los esperados, por lo que la fórmula de contratar internamente a psicólogos de apoyo para desarrollar la selección fue lo que mejor resultó.

El ingreso de todas estas nuevas personas a la institución, generó varios efectos y desafíos de gestión. La planta rejuveneció. Se incorporaron integrantes de la generación Y, también llamados millenials, que corresponden a aquellos nacidos entre los años 80 y mediados de los 90, aportando fuerza al cambio, orientación al logro en proyectos que los convoquen. Tensionaron a la organización hacia el objetivo deseado. A veces no fue fácil la integración con los más “antiguos”, que experimentan el compromiso y la pertenencia institucional de manera muy distinta. Integrar la frescura de lo nuevo con la experiencia de lo histórico fue clave para el éxito de la gestión del cambio. Aquellos equipos que lograron esta virtuosa combinación, fueron los que mejor vivieron el proceso.

Los nuevos cargos, además, ampliaron de manera muy importante la diversidad del equipo de salud, otorgando profesionalismo y experticia técnica a la gestión institucional. Se incorporaron ingenieros, administradores públicos, chef de cocina, técnico agrícola, traductor de creole. Se contrataron más profesionales clínicos (terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.), que han favorecido una mirada más integral de los NNA y sus familias.

El desarrollo de un intensivo programa de capacitación en el uso del equipamiento del nuevo edificio, posibilitó una mejor integración de todos los trabajadores. Todos -los nuevos y antiguos, los profesionales y no profesionales, los nuevos y los tradicionales-, enfrentaron juntos el desafío de aprender o actualizar sus conocimientos operativos sobre los nuevos equipos. Estas capacitaciones formaron parte del programa anual de capacitación, lo que optimizó este gran esfuerzo logístico.

Un eje fundamental en el proceso exitoso de la minga de las personas fue el programa de desarrollo de competencias para jefes: “Liderazgo para el cambio”. De la misma forma que para el diseño de las competencias transversales, se

modelaron las competencias de los mejores jefes del Exequiel. Se definieron 7 competencias críticas, de las cuales dos resultaron especialmente relevantes: conciencia organizacional y facilitar el cambio. Se evaluó el nivel de desarrollo de las 7 competencias críticas en más de 50 jefes de la institución; proceso que fue realizado a través de la metodología de *assessment center*, por una consultora externa, experta en el tema. Posteriormente, cada jefe recibió los resultados de su evaluación en forma personalizada, en un espacio de retroalimentación de profundo aprendizaje. Cada uno realizó un plan de desarrollo individual, a partir de los resultados de la evaluación. El proceso culminó con un taller de desarrollo de aquellas competencias colectivamente más débiles. La experiencia resultó de gran potencia organizacional. Las jefaturas, actores muy relevantes de la gestión del cambio, se sintieron apoyados y genuinamente acompañados en su tarea de contener e impulsar a sus propios equipos al cambio organizacional.

Otro programa de gran relevancia en la Minga de las Personas, fue el Programa de Buenas Prácticas. Más del 60% de los trabajadores del HEGC tuvieron la posibilidad de reflexionar activamente sobre aquellas prácticas conductuales que era necesario dejar en el edificio antiguo, y cuales se requería incorporar en el nuevo edificio. A través de talleres, reuniones o jornadas, y con una metodología lúdica y experiencial, se definieron las mejores prácticas para llevar al nuevo Exequiel. Esto permitió instalar la gestión del cambio, no sólo como un cambio de infraestructura, si no como un cambio de conductas, de emociones. Ampliar los paradigmas individuales y colectivos en su más amplia expresión.

La participación activa y permanente de la comunidad hospitalaria en cada paso del proceso de cambio permitió que éste se experimentara como propio, no como ajeno ni impuesto. Como fue mencionado previamente, el equipo directivo, junto con los jefes de cada servicio participó en innumerables reuniones con los trabajadores, tanto para la contención emocional como para reflexionar sobre aspectos prácticos y logísticos del nuevo edificio y del nuevo modelo de atención.

Finalmente, en el marco de la entrada en vigencia de la Ley N° 21.015 a partir del 1° de abril del 2018, la que incentiva la inclusión laboral de personas con discapacidad, el hospital asume el desafío de apoyar la reinserción de las personas a la sociedad como parte del proceso terapéutico. Es así como nace la Minga de la Integración Laboral, que incluyó la selección y reclutamiento

de funcionarios en los nuevos cargos que traía el proyecto del nuevo hospital, en los que se consideró un grupo de cargos para personas con capacidades diferentes. Dos factores han resultado claves en el éxito del proceso. El primero es un contexto del cargo adecuado. La experiencia ha sido contundente en señalar que no basta con la buena voluntad de la organización. Es necesario hacer el proceso de manera cuidadosa y bien pensada. Hemos aprendido que el cargo elegido debe estar muy bien diseñado, con funciones claramente especificadas, en un equipo con habilidades blandas bien desarrolladas y un estilo de jefatura flexible y abierto al cambio.

Lo segundo es contar con apoyo externo con experticia en la intermediación laboral de personas con capacidades diferentes. La organización que apoya el proceso debe tener suficiente experiencia y compromiso con el proceso de inclusión laboral en toda su magnitud. Cuando esto no ha sido así, la inclusión de los funcionarios con capacidades diferentes no ha sido exitosa.

Uno de los Centros de Responsabilidad que incorporó a estos nuevos funcionarios, fue el Centro de responsabilidad de Gestión de Usuarios a modo de ejemplo real de que la integración no solo es posible si no que entrega la oportunidad que tenemos como comunidad de aprender de ellos y con ellos. Se asignaron 2 cargos para ellos y se sometió a concurso, apoyados por una empresa dedicada a la capacitación de personas con ceguera o gran disminución de su capacidad visual, y fue así que en conjunto con ellos desarrollamos un perfil que debía contener las competencias que como Exequiel exigíamos para todos los nuevos funcionarios.

Al ser seleccionados los concursantes, se les asignó un contrato de trabajo y se les asignó funciones específicas en la confirmación de citas, desde llamar a las personas que estaban citadas a atención médica, recordarles la cita y hacer el registro del contacto telefónico en el sistema informático. Se les entregó las herramientas necesarias, un puesto de trabajo, un computador, un teléfono y el sistema informático que les permite escuchar los datos del paciente a llamar antes de hacer la llamada. La empresa que apoyó el proceso realizó capacitación en terreno tanto al equipo, como a las jefaturas y al resto de la comunidad hospitalaria. El aporte de los funcionarios ha permitido mejorar la asistencia de los pacientes en un 5%. Además, han demostrado tener competencias que destacan sobre sus pares como su alta capacidad para afrontar desafíos, gran disposición a

aprender y alta capacidad de trabajo, puntualidad y productividad, con escaso ausentismo laboral y gran compromiso con lo que realizan. Como están relacionándose a diario con nuestros pacientes, nos han permitido tener más claridad de los problemas que ellos presentan para asistir a sus consultas y las causas de su ausentismo, pero también ha mejorado nuestra imagen como Hospital con nuestros pacientes, pues tienen muy buen trato con ellos.

Para el resto del equipo, el hecho de trabajar con personas con discapacidad, los ha hecho más sensibles, tolerantes y menos discriminadores. Han establecido buena relación con ellos para las situaciones cotidianas como la compañía para el almuerzo y escuchan atentamente la opinión en los temas laborales. Los problemas de ayer, hoy parecen tener una perspectiva distinta y una mirada diferente.

LA MINGA DEL MODELO DE ATENCIÓN

Desde la observación de las prácticas cotidianas, se constató que aún no estaba suficientemente incorporado que los NNA son sujetos de derechos. Que citarlos a controles con los especialistas sin cautelar su asistencia a la escuela era no ponerlos en el centro y menos proteger el ejercicio de sus derechos; que ofrecerles una atención segmentada, desde el órgano o sistema, y por ende desde el especialista que ve el diagnóstico, sin evidenciar que la naturaleza de la atención en salud es integral, biopsicosocial, también se constituía en un paradigma biomédico y lejos estaba del paradigma centrado en las personas.

Las prácticas de atención en turnos nocturnos estaban basadas en tiempos y número de personas a descansar que disminuía de forma dramática el número de personas al cuidado de los NNA, por debajo de los estándares mínimos; lograr consensos en estos estándares, y modificar esta práctica de forma tal que se cumplieran en oportunidad y calidad el monitoreo y las prácticas de cuidado, significó cambiar el sistema de turnadas en número, en tiempo y en la forma que se realizaba.

Incorporar la tecnología y la inteligencia clínica para desarrollar la perspectiva anticipatoria y de planificación generó la cultura de gestionar los riesgos y por tanto aumentar la seguridad de nuestras prácticas, reconociendo el derecho de las personas a estar en ambientes más seguros y evitar los daños prevenibles. La expresión de este proyecto es Ámbar, registro clínico electrónico centrado en

las personas, en su multidimensionalidad y no en las prestaciones o en los recursos. Es así como la tecnología se convierte en la plataforma donde se plasman de forma concreta y visible los avances en instalar un nuevo modelo.

Esta constatación hizo que los proyectos estratégicos fueran encaminados a abrir espacios más democráticos de salud, todos apalancaban la minga. Todos los proyectos tenían cambios en la forma de relacionarnos con las personas, con los NNA, con las familias y entre nosotros.

A continuación, presentamos 3 experiencias que se dieron de manera secuencial en el tránsito de un edificio a otro, con los cambios en la cultura organizacional que se han presentado. En cada uno de ellos la gestión clínica da un giro hacia el enfoque de derechos en la atención de salud, poniendo al NNA y familia en el centro del modelo de atención:

1. EL LACTARIO: LA HOSPITALIZACIÓN NO DEBE INHABILITAR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

En el artículo 9 de la CDN se señala que todo NNA tiene derecho a permanecer con su madre, padre o tutor. Reconocer este derecho nos llevó a correr la cortina de nuestro actuar, en especial respecto a la lactancia materna. Considerando que la lactancia materna exclusiva (LME) como indicador en Salud Infantil ha sido una estrategia ampliamente difundida desde hace más de 20 años, nos empezamos a preguntar lo que hacemos y decimos y más aún, cuánto promovemos y protegemos este derecho a ser amamantado. Al mirar qué pasaba a nuestro alrededor, observamos que la mayoría de las Comunas del SSMS la prevalencia de LME al 6° mes era mayor que el promedio de la RM, pero que una Comuna tenía uno de los más bajos del país.

Cuando en el año 2015, se devela el actuar de profesionales que abiertamente no sólo atentaban, sino que fruto de prejuicios, cuestionaban a madres por amamantar en nuestras salas de hospitalizados, hubo conciencia de que había que mirar hacia dentro de la institución, y conocer y cuantificar nuestra labor como Hospital en este ámbito. Es así que nace la inquietud de parte de la Unidad de Nutrición, de evaluar la prevalencia de LME de los lactantes hospitalizados al momento de su egreso y como la hospitalización influye en la lactancia, y según ello elaborar estrategias de cambio. Este estudio realizado entre marzo a octubre

de 2015 que entrevistó a 96 madres de menores de 6 meses hospitalizados en camas básicas en el Hospital, develó una triste realidad: de un 52% de lactantes que al ingreso se alimentaban con LME, sólo un 28% la conservaba al momento del egreso hospitalario, y las causas de esto era en 68% por indicación médica, un 16 % por decisión personal y un 16% por indicación de otro profesional de la salud. Las principales razones del cese de LME no diferían de las señaladas en la literatura (sensación de poca producción láctea y mal incremento ponderal) y se comienza a educar e informar a las madres sobre mitos y realidades que surgen al amamentar, incluyendo a madres y a familiares en talleres sobre lactancia materna.

Pese a la precaria infraestructura y la falta de espacios se comienza a soñar y lentamente se va dando cuerpo a las ideas iniciales. En este contexto se va estructurando la implementación de un Lactario cuyos objetivos fueron:

1. Aumentar el número de niños con Lactancia Materna Exclusiva al 6^omes,
2. Apoyar a la madre que tiene a su hijo hospitalizado y/o trabaja para mantener la lactancia exclusiva por el mayor periodo posible.
3. Apoyar a la mujer en el amamantamiento a través del refuerzo de la técnica adecuada para la lactancia.
4. Promover la iniciativa de los “Hospitales amigos de la madre y el niño”
5. Medir sistemáticamente la prevalencia de lactancia exclusiva durante el primer semestre de la vida y complementaria durante el primer año.

A través de un trabajo sistemático, de búsqueda y visitas a otros hospitales que ya tenían experiencia se realiza la planificación a escala humana, y que comprendió varias etapas:

1^o Levantamiento de información: Contamos con la información inicial, las falencias y las fortalezas, las causas dependientes de la Institución que contribuían a disminuir la LME, y la motivación de muchos profesionales en concretar este sueño.

2^o Establecimiento de criterios: A partir de los objetivos, la pregunta fue ¿Cómo queremos que el lactario incida en el hospital, en los pacientes y en las personas?, ¿Cuál será el carácter que dictará las pautas para diseñar la atmosfera del espacio? A través de muchas conversaciones, de mucho compartir, se llegó a la definición de que el Lactario sería un “SPA de regaloneo para las mamás”, tranquilo y cómodo, que favorezca la conversación para la generación de una comunidad como ambiente de apoyo, y un espacio que contribuyera a empoderar en el rol de ser mamá. Así se establecen las bases

de una mirada diferente, inclusiva, de favorecer el compartir experiencias y nuestro rol de acompañar a cada una de las madres con sus propias realidades y creencias. En este sentido se estableció que debía funcionar en forma permanente, contar con normas establecidas de funcionamiento, contar con un líder capacitado en lactancia, atender las consultas espontáneas y/o programadas según necesidad, realizar y registrar las actividades de promoción de la lactancia, y que la planta física debe contar con la privacidad, comodidades básicas y suficientes.

3^o Diseño: En esta etapa se observaron experiencias de Lactarios como la del Hospital Barros Luco Trudeau y de la Clínica Las Condes. A través de un diario mural y mensajes, se preguntó a las mamás que esperaban de un lactario. Y finalmente la selección y adaptación del mobiliario para un espacio de 3,4 x 4,6 mt.

4^o Propuesta física: Se realizó una propuesta de diseño de los espacios físicos, ubicación del mobiliario, áreas de trabajo, refrigerador, etc. Diseñando además los diagramas de flujo del personal y las nodrizas. En un espacio tan reducido se trabajó también en los campos visuales resguardando la intimidad de la nodriza como la de la supervisión por parte de técnico a cargo. El desafío fue convertir este espacio en un lugar con vida, una especie de refugio y de Comunidad, en el que fuese transformándose desde un espacio físico cómodo, con una disposición que posibilite privacidad, la conversación, que relaje a la nodriza, con una decoración ad hoc; a un espacio de información creada entre todas y todos, con frases de empoderamiento, infografías sobre la lactancia y beneficios “sorpresivos”, Paneles de transmisión de la información y que la nodriza se apropie de este espacio y lo sienta suyo a finalmente un espacio No Físico sino un espacio de comunidad, con un lactario integrado dentro de otras dinámicas hospitalarias, que las madres nodrizas sientan como propio, en donde exista una intervención respetuosa y se potencie retroalimentación para seguir mejorando.

La demanda comenzó a crecer, algunos horarios fueron muy demandados, lo que condujo a que en el nuevo edificio se cuente con dos lactarios. Actualmente, las madres acuden al lactario a solicitud del equipo de salud, es un lugar cómodo y de relajación para las mismas. Es atendido por un profesional de salud todos los días de la semana y se le entrega consejería en los temas atingentes. Agregado a los anterior, el mismo profesional realiza clínicas de lactancia a las madres, actividad que se hace en el servicio clínico de manera personalizada al binomio madre – hijo. La meta siempre

ha sido lograr convertir al Exequiel en un Hospital amigo de la madre y el niño, para lo cual se han socializado las políticas e instructivos para incentivar la lactancia en cada ámbito posible a través de la capacitación del personal, la pesquisa activa de madres de lactantes menores de 6m, apoyo a la LM en cohabitación conjunta y seguimientos de la diada.

2. MINGA REHABILITACIÓN: RECONOCER EL DERECHO A LA (RE) HABILITACIÓN EN TODO PROCESO ASISTENCIAL

Inspirados en los principios fundamentales de la convención de derechos de la niñez (CDN), y particularmente en el derecho a la supervivencia, desarrollo y protección, es que un grupo de profesionales del hospital vinculados a procesos de salud-enfermedad y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes (NNA) con condiciones crónicas, visualizó la necesidad de crear una Unidad de Rehabilitación que pueda permitir su adecuado ejercicio.

Garantizar las “condiciones necesarias para lograr un pleno desarrollo”, así como un “crecimiento sano física, mental y espiritualmente”, ambos explicitados en la CDN exige la coordinación entre distintos sectores, sin embargo, un centro asistencial pediátrico de alta complejidad debe contar con programas y prestaciones que colaboren en este sentido desde su vereda. Para ello, lo primero es contar con un equipo que comande todos los procesos de rehabilitación física, inspirados por el derecho a la vida, el desarrollo y la protección, y orientadas a la participación del NNA en su comunidad.

Es así como en abril del 2017, luego de un largo proceso participativo y vinculante con todos los actores relacionados a la rehabilitación de los NNA del hospital, se conformó la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, y con colaboración de referentes técnicos del MINSAL, Directivos del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, y expertos en gestión de unidades de rehabilitación, se construyó la misión organizacional: “Ser un equipo comprometido con el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes que, por medio de los procesos de habilitación y rehabilitación, respeta sus derechos, favorece la inclusión y trabaja en red con las familias y la comunidad”, y como visión “Ser la unidad líder de todos los procesos de habilitación y rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes del servicio de salud metropolitano sur, con una mirada inclusiva, orientada a la inserción y participación en la comunidad, dando énfasis a

la innovación, y asegurando calidad de atención y continuidad en los cuidados; lo que la posicionará como referente nacional de la disciplina”.

Los principios y valores sobre los cuales se construye la unidad son, ser un modelo de salud Biopsicosocial, por medio del trabajo colaborativo, sinérgico e interdisciplinario de los profesionales de la salud participantes del proceso de habilitación o rehabilitación, con pertinencia cultural y espiritual, incorporando la perspectiva y expectativas del paciente y familia. Para ello el modelo de atención se basa en la Clasificación Internacional de Funcionalidad y Discapacidad (CIF)(OMS 2001) y todas las acciones realizadas están orientadas al desarrollo y/o la recuperación de funciones para lograr la plena participación en su comunidad.

El Modelo de gestión se basa en la continuidad de atención tanto entre niveles de atención de salud, así como a lo largo del ciclo vital, teniendo en perspectiva la transición al equipo de salud de adultos. La programación, rendimientos, y organización se realizó considerando la justicia sanitaria, dando prioridad a la oportunidad de la atención de acuerdo a las ventanas críticas del desarrollo para intervenir, y con proporcionalidad de acuerdo al pronóstico funcional de cada caso.

La experiencia de haber implementado la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación en el hospital le cambió la cara a la forma en que el Hospital se relaciona con sus pacientes y familias. Haber permeado en los procesos asistenciales de los equipos de atención ambulatoria y hospitalaria permite el reconocimiento del derecho que tienen “Los niños impedidos a los servicios de rehabilitación, (...) que los ayuden a disfrutar de una vida plena y decorosa”. El reconocimiento de este derecho, enunciado en la CDN, así como disponer de los medios necesarios son un imperativo de las instituciones del estado, y las de salud, por cierto, en tanto que son garantes intermediarios de éste, para que los derechos se cumplan efectivamente.

3. MINGA SALUD MENTAL: HACIA UN MODELO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL HEGC

Desde los primeros movimientos de desinstitucionalización psiquiátrica, motivados por la privación del acceso y ejercicio de los derechos de las personas con enfermedad mental, la tendencia ha sido evitar la hospitalización mediante la creación de nuevos recursos en la comunidad. Es así como la atención hospitalaria crítica en psiquiatría ha migrado a los hospitales generales,

permitiendo un mejor ejercicio de derechos, mayor integralidad y seguridad en la atención y menor estigma. En nuestro país el primer Plan Nacional de Salud Mental (7), marca un hito permitiendo mejorar sustancialmente la oferta de servicios, mejorando coberturas y calidad.

El modelo de gestión vigente para la red de salud mental apuesta por el despliegue de servicios que fortalezcan la atención ambulatoria, identifique y mejoren las barreras de acceso, como también apunten a la oportunidad y pertinencia de la atención con óptimos estándares de calidad en todos los niveles de los sistemas de salud. Esto a través de la profundización del modelo comunitario de atención en salud mental y su articulación al modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (Minsal 2000).

Desafortunadamente en Chile aproximadamente uno de cada cinco niños, niñas y adolescentes (NNA) entre 4 y 18 años tendrían un trastorno de salud mental con discapacidad, prevalencias de 22,6%. Los dispositivos de psiquiatría crítica están presentes en sólo 15 de los 29 servicios de salud del país, donde el 40% de ellos se ubican en la región metropolitana. La magnitud del problema es mayor si consideramos que el presupuesto destinado a salud mental, del total del destinado a salud, es tan sólo el 2,4%, cifra similar a países de bajos ingresos (Minsal 2018).

La Minga del Exequiel pretende implementar la nueva prestación de hospitalización psiquiátrica crítica, ausente en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) desde una perspectiva de derecho, alineada con el modelo comunitario y altamente articulada a su red territorial.

La Unidad de Cuidados intensivos en Psiquiatría (UHCIP), que brinda atención crítica psiquiátrica, es una unidad de atención anhelada por el territorio de SSMS y viene a satisfacer una importante brecha asistencial. Para responder a las necesidades y expectativas, el equipo directivo del hospital dispone de un espacio de diálogo, exploración y de construcción colectiva de esta unidad. Se desarrollan diversas jornadas de trabajo, incorporando a los equipos de atención de especialidad en salud mental infantil, hospital de día infanto-juvenil, asesores técnicos de SSMS y el servicio de psiquiatría del Hospital El Pino. De este modo, se consolida el desafío de implementar una unidad de atención cerrada, centrada en las necesidades de las personas y al servicio de sus procesos de tratamiento, desarrollados principalmente de manera ambulatoria. Pretende ser altamente estructurada e intensiva

en la intervención, pero flexible en lo que respecta a las múltiples formas de articulación con los equipos territoriales de salud mental en función de las necesidades únicas individuales de cada persona usuaria y su familia. Se dispone de un trabajo transdisciplinario orientado a fortalecer la continuidad de los procesos terapéuticos. Esto es, continuidad de los cuidados (De la Barra 2019, Hernández 2017).

En este sentido, una de las principales estrategias de trabajo ha sido la conformación de Equipo Gestor de Casos. Un equipo de personas conformado por diversos profesionales, representantes de cada equipo de especialidad en atención de salud mental infanto-juvenil, del territorio correspondiente al servicio de SSMS en sus 11 comunas. Este equipo es el protagonista en la priorización de ingresos a la unidad. Semanalmente el equipo se reúne y se analizan integralmente los casos derivados a hospitalizar, permitiendo evaluar el posible beneficio de la indicación de hospitalización, como visualizar nuevas alternativas de intervención que permitan intensificar el tratamiento ambulatorio mientras espera la “cama”. Esta gestión de camas integrada en red para población infanto-juvenil permite:

a) Articular fuertemente el equipo de tratamiento que refiere con el referido, facilitando el trabajo conjunto donde el proceso de contra referencia y derivación asistida, se ha construido desde el inicio y, por tanto, la continuidad de cuidados es un proceso natural y fortalecido.

b) Identificar aquellas personas en que la hospitalización puede ser traumática y por tanto se previene la vulneración de derechos. Por ejemplo, personas con trastorno de espectro autista (TEA), aquellas que han tenido experiencias previas negativas con hospitalizaciones o que simplemente no cuentan con alta motivación para hospitalizarse. En estos casos, se generan no solo estrategias para fortalecer su tratamiento ambulatorio, sino que se generan nuevos espacios de acercamiento a la unidad, como hospitalizaciones parciales, que permiten preparar la hospitalización, mejorando la adherencia y disminuyendo eventos adversos como agitación psicomotora y contenciones mecánicas.

c) Entregar la mayor oportunidad de atención identificando aquellas personas de alto riesgo y/o aquellas que se beneficiarán porque tienen voluntariedad en un momento posiblemente fugaz, como aquellas con enfermedad adictiva.

d) Generar espacios de gestión de casos

complejos, permitiendo que sean analizados casos que no cuentan con indicación de hospitalización, pero que el equipo de especialidad territorial genera una necesidad de análisis y visualización de nuevas estrategias de intervención.

e) Dinamizar las camas. Dado que el territorio se ha empoderado en la utilización de sus camas, existe una autorregulación en esta utilización. Al ser protagonistas y autónomos en la gestión de camas, se intensifican también los tratamientos ambulatorios para aquellas personas próximas al alta y así disponer de camas en caso de alta demanda.

f) Uso óptimo de recurso, la hospitalización es escasa y costosa. La mirada integral, no sólo del psiquiatra, sino de diversos profesionales como trabajadores(as) sociales, psicólogos(as), enfermeros(as), técnicos en rehabilitación, abogados(as), etc., permite una priorización de manera integral y efectiva, agregando valor al proceso. Va más allá de la tradicional hoja y/o ficha de derivación de hospitalización.

g) Articular el intersector, desafortunadamente fraccionado en infancia. A diferencia de la población adulta, la población de NNA que presenta un trastorno psiquiátrico, los que por su gravedad y complejidad requieren hospitalización, muchas veces se encuentra intervenidos por diferentes dispositivos. Estos generalmente son de la línea de protección, reparación traumática, tratamiento de adicciones, salud mental escolar, justicia juvenil, etc. Con el objetivo de mejorar la eficiencia de las intervenciones, el uso de recursos, disminuir la iatrogenia y mejorar la pertinencia territorial es que toda hospitalización planificada se gestiona mediante los representantes del Equipo Gestor de Casos. Los equipos de otros dispositivos son también invitados a las reuniones, desplegando toda la información relativa al caso e intencionado de este modo, la articulación intersectorial territorial.

h) El espacio se hace propio, y la UHCIP resulta ser una plataforma al servicio de una red de tratamiento ambulatoria.

El proceso de implementación aún está en marcha, actualmente se cuentan con 10 camas en la unidad. Los desafíos son muchos aún, sin embargo, se han sentado las bases para fortalecer el modelo comunitario de atención en salud mental desde la atención terciaria, donde este modelo de gestión de camas integrada en red es por ahora único en infancia y ha sido fruto del trabajo, convicción y diálogo entre muchas personas que trabajan en diferentes niveles de atención de salud mental del SSMS.

REFLEXIONES FINALES

La Minga del Exequiel está constituida por múltiples Mingas. Solo es posible emprender un cambio del ethos de un hospital si se convierte en un proceso épico y ético colectivo. Los procesos de reposición de la infraestructura hospitalaria es una buena oportunidad para realizar estos cambios, sin embargo la reposición per se no es suficiente. La toma de conciencia de la envergadura del cambio es progresiva. Solo mirando en la perspectiva del tiempo es posible dar cuenta de su profundidad, este cambio remece las bases de una cultura occidental, medico-céntrica, asistencialista, muchas veces clasista que solo ve los problemas de salud de las personas y no ve todas las potencialidades existentes en las personas y su comunidad en las temáticas de salud.

Este cambio de paradigma, para que se sostenga y se fortalezca en el tiempo, requiere que el equipo directivo genere activamente espacios democráticos de reflexión sobre el modelo, sobre los cambios en la gestión operativa, sus métricas de evaluación, sus objetivos. Este proceso requiere estabilidad de los equipos que lideran el cambio, necesitan tiempo, mucha reflexión colectiva y una visión estratégica robusta con sentido sanitario. La minga es permanente, no es un hito ni una fecha, es un proceso continuo.

Las prácticas de este equipo deben ser ejemplares en el cumplimiento de los pilares organizacionales donde se asientan las instituciones que emprenden este camino: gobernanza sistémica, transparencia en la gestión y la rendición de cuentas o accountability ejercido por las personas y comunidad que generan un espacio público democrático y participativo. Este equipo debe tener gran convicción dado que aún existen instrumentos de evaluación y normativa del sistema de salud muy desalineada con el modelo centrado en las personas. Por lo que se pone a prueba la solidez de estos equipos en sus competencias técnicas y transversales para gestionar el cambio en este contexto.

En el plano interno, los avances en el modelo centrado en las personas y la comunidad con perspectiva de derecho no ocurren de forma homogénea en el hospital; estos avances dependen de múltiples variables. Una de ellas es el tipo de liderazgo, aquellas unidades donde nos encontramos con líderes transformacionales que generan ambientes positivos, con relaciones de confianza en el equipo, espacios de conversación más democráticos, con disenso, donde las tensiones

se hablan y se comprenden, generando así espacio público para la comunidad de salud, para la comunidad de aprendizaje. En esos lugares la apropiación del modelo fue orgánica. Por el contrario en las unidades o equipos en que los liderazgos no participaron de la discusión y construcción y solo se “administraba” la Minga, en esos equipos se retrocedió durante el proceso de cambio.

Existen además otros factores de contexto que pueden ser amenazantes o impulsores de este proceso: el patrocinio del gestor de red es crítico, si este cambio es solo un esfuerzo de una organización en la red asistencial o es parte de un cambio más sistémico del territorio de salud que lidera el gestor de red. Otro factor relevante es la incorporación de las organizaciones representativas de los funcionarios de la salud en el proyecto de cambio.

La mayor fuerza de nuestra minga está en la historia de Exequiel, en el sentido de lo público, en lo creativo de su gente y en la visión profundamente comunitaria y transformadora de los funcionarios y las personas que atendemos. Esta el riesgo de creer que el cambio de infraestructura es suficiente o que la llegada al edificio nuevo en octubre del 2017 era el fin de la minga. Pueden existir periodos de estancamiento e incluso de retrocesos, pero este camino seguirá adelante; siempre y cuando, se vuelva a nutrir de lo mejor de su historia y de lo mejor de sus prácticas clínicas, organizacionales y de participación comunitaria.

REFERENCIAS

1. Arendt H. (1989) “La condición humana”. Ediciones Paidós. Buenos Aires, 1993. Pág. 49. Convención sobre los Derechos del Niño. Organización de Naciones Unidas.
2. Cunill N.(2010) “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública”. Revista CLAD Reforma y Democracia. Caracas. Nº46
3. De la Barra F, Irarrázaval M, Valdes A, Soto-Brandt G. (2019). Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Rev Panam Salud Publica.* 43:e33. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.33> [Accesado el 10 Julio 2019]
4. González F, Montiel B, Yarza MB, Trujillo P. (2018) Enfoque de derechos en la práctica asistencial. *Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés. Cuad Méd Soc (Chile),* 58 (3): 111-118
5. Hernández M, (2017) La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37(131): 171-187
6. MINSAL (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Santiago: Ministerio de Salud disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf> [Accesado el 10 Julio 2019]
7. MINSAL (2017). Estadísticas vitales 2017, Departamento de estadísticas e información en Salud, Ministerio de salud, 2017.
8. MINSAL (2018), Modelo de Gestión Red temática de salud mental en la red general de salud. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf [Accesado el 10 Julio 2019]
9. OMS (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Resolución asamblea CIF, 54ª Asamblea Mundial de la Salud, 2001
10. ONU: Asamblea General, (1989) Convención sobre los Derechos del Niño, 20 Noviembre 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/convencion%285%29.pdf> [Accesado el 10 Julio 2019]
11. Schön A, Hammermüller E, Di Tommaso V, Bagari G. (2015) La Convención sobre los Derechos del Niño en Acción: Experiencia del Hospital “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” en la integración del enfoque de derechos en las prácticas del equipo de salud. *Arch Argent Pediatr.* 113 (3):269-75.