

Experiencia en atención de salud integral y prevención en salud mental pediátrica: aplicación del modelo de atención de salud amigable

Integrated health care and prevention in pediatric mental health experience: application of friendly health care attention model

María Luz Mora Oviedo¹
Carla Slater Riveros²
Macarena Miranda Alarcón³
Claudia López Donoso⁴
Oswaldo Artaza Barrios⁵

Resumen

El siguiente artículo presenta la experiencia del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna en la implementación del "Modelo de Atención de Salud Amigable para Niños". Esta nueva forma de atención propone que se debe satisfacer las necesidades individuales tanto del niño como de su familia, procurando reducir el miedo, la ansiedad y el sufrimiento que se produce debido a la atención de salud recibida. Para ello se realizó un estudio diagnóstico de tres de doce estándares de atención basados en los derechos del niño, a través de una metodología de evaluación y mejoramiento continuo, que permite monitorear sistemáticamente los avances de la instalación de prácticas amigables. Esta experiencia piloto se está desarrollando con el esfuerzo colectivo de un equipo de trabajadores sociales y psicólogos, cuyo desafío es promover la humanización de la atención de salud, objetivo considerado estratégico por nuestra organización

Palabras clave: Atención integral, Prevención en pediatría

Abstract

The following article presents the experience of Dr. Luis Calvo Mackenna Hospital in the implementation of the "Child Friendly Healthcare Initiative Model". The model developed by Child Advocacy International (CAI), in collaboration with UNICEF, WHO, and the Royal Colleges of Pediatrics and Nursing of the United Kingdom, proposes that the pediatric health care must satisfy the individual needs of the child and his/her family assuming the responsibility of reducing the fear, the anxiety and the unnecessary suffering that takes place during and due to the health care. It proposes 12 standards based on the rights of the child and a methodology of evaluation and constant improvement, allowing a systematic progress monitoring of the installation of friendly practices. This pilot experience is developed with the collective effort of a team of social workers and psychologist of the hospital, which challenge is to promote the humanization of the Health Care.

Key Words: Integral attention; Prevention in Pediatrics

Recibido el 26 de mayo de 2010. Aceptado el 26 de agosto de 2010

- 1 Jefa Departamento Psicosocial Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile. Correspondencia a: mmora@calvomackenna.cl
- 2 Psicóloga Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.
- 3 Psicóloga Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.
- 4 Trabajadora Social Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.
- 5 Director Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos de funcionarios de la salud, y de un gran número de programas de mejora de la atención pediátrica nacional e internacional, los niños atendidos en sistemas de salud públicos y privados aún sufren lesiones físicas y psicológicas debido a los tratamientos recibidos. Experimentan innecesariamente miedo, ansiedad y sufrimiento ya que muchas veces sus necesidades de salud mental no son priorizadas. (1). En este ámbito, es necesario que el sistema de salud asuma la responsabilidad de proporcionar una atención integral humanizada, que incorpore dentro del concepto de calidad y seguridad del paciente, el riesgo de daño psicosocial.

El Modelo de "Atención de Salud Amigable" desarrollado por la Defensa Internacional de la Salud Infantil (CAI), en colaboración con UNICEF, OMS y los Colegios Reales de Pediatría y Enfermería del Reino Unido, propone un plan ordenado de mejora continua, aplicable a través de pautas basadas en la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, cuyo objetivo es proporcionar una atención de salud de alta calidad técnica centrada en el niño enfermo y su familia.

ANTECEDENTES

La infancia es una etapa del desarrollo de gran vulnerabilidad ante las situaciones que generan estrés, porque la *psique* del niño aún está en pleno desarrollo (2).

La respuesta de estrés que genera el ser sometido a procedimientos médicos, (2-5, 7-9) produce un aumento significativo de la activación fisiológica cognitiva y conductual (5), pudiendo desencadenarse antes, durante o después de la atención y prolongarse en el transcurso del tiempo (2-10).

En el caso de los niños, éstos pueden presentar posteriormente alteraciones emocionales y conductuales desadaptativas, tales como enuresis, encopresis, alteraciones del sueño, tics, depresión y fobias, que podrían afectar su desarrollo evolutivo (2-3, 5-10). Junto a lo anterior, los padres se pueden sentir confundidos y atemorizados frente a la atención de salud, sin saber cómo actuar ni tranquilizar a sus hijos (7). De este modo, los niños no sólo deben hacer frente a su propia ansiedad, sino también a la de sus padres (2).

Entre los factores que modulan la respuesta al estrés en los niños se encuentran la etapa del desarrollo psicosocial, el género, la edad, el grado de desarrollo cognoscitivo, el tipo de intervención de salud (Ej. Atención médica o quirúrgica, ambulatoria u hospitalizado.), las características propias del procedimiento (incomodidad, grado de dependencia, inmovilización, etc.), las características del centro de salud (ambiente desconocido, actitud del personal), las características de la familia (composición, creencias, nivel de ansiedad de los padres) y de las medidas de prevención que se tomen (2, 3, 6-8).

Las estrategias de prevención existentes en la literatura se orientan hacia la promoción de la adquisición de recursos en el funcionamiento afectivo, cognitivo, funcional y del comportamiento del paciente, que le permitan afrontar la situación estresora, reducir efectos eventualmente adversos para el psiquismo y facilitar la recuperación biopsicosocial (4).

Sin embargo, este problema no se instala exclusivamente en el niño y su núcleo cercano, ya que *se es paciente en interacción con una institución de salud*. Por lo tanto, las intervenciones efectivas deben ir orientadas hacia la totalidad del sistema y a la individualidad de las personas que interactúan en él (niños, familiares, trabajadores de la salud, gobiernos y comunidad).

La descripción de esta realidad nos lleva a establecer el desafío de humanizar la atención de salud a través del Modelo de Atención de Salud Amigable para Niños.

Modelo de Atención de salud Amigable para Niños

Durante el año 2008 el Departamento Psicosocial del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, formó un comité interdisciplinario con el objetivo de potenciar la atención de salud integral y al mismo tiempo, darle continuidad al proceso participativo de construcción de derechos y deberes de la atención de salud de los usuarios.

Mediante una investigación bibliográfica se identificó el "Modelo de Atención de Salud Amigable para Niños" desarrollado por la Defensa Internacional de la Salud Infantil (CAI) en colaboración con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Departamento de la Salud y Desarrollo

Infantil y Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Colegio Real de Pediatría y la Salud del los Niños (RCPCH) del Reino Unido y el Colegio Real de Enfermería (RCN), del Reino Unido (1). Éste propone que la atención médica pediátrica debe satisfacer las necesidades individuales del niño y su familia, y por tanto, ser proporcionada por un equipo capacitado en conjunto con sus padres o tutores. Consiste en incorporar en la atención de salud doce estándares evaluables en forma sistemática, que permitan identificar las acciones que se realizan con los pacientes y construir planes de mejora (Ver tabla N°1)

El programa de evaluación y mejoras propone asignar a la unidad de atención la categoría de oro, plata o bronce, de acuerdo al nivel porcentual de cumplimiento del estándar evaluado (Ver tabla N°2).

La recolección de datos se realiza a través de los siguientes instrumentos: una lista de control aplicada a jefes de servicio que evalúa por observación directa la existencia de políticas, guías y protocolos de atención en cada estándar; una entrevista semiestructurada a funcionarios que evalúa principalmente las creencias y las prácticas desarrolladas por ellos en la atención de salud y una entrevista semiestructurada a padres y niños que evalúa principalmente los criterios de soporte de cada estándar. Los criterios de soporte describen actividades a ser realizadas para alcanzar cada estándar. Éstos pueden ser criterios de estructura que se refieren a los recursos que se necesitan (como políticas, capacitación, documentos etc.), criterios de proceso que se refieren a acciones emprendidas por el personal para alcanzar el resultado (como técnicas de evaluación y procedimientos) y criterios de resultado que se refieren a los efectos deseados de la atención en términos de las respuestas (como comportamientos, nivel de conocimientos, satisfacción del usuario). Cada uno de estos instrumentos debe ser aplicado a la mayor cantidad posible de personas.

La experiencia en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

Se realizó un estudio preliminar cuyo objetivo fue identificar las necesidades psicosociales locales de los usuarios y definir los estándares prioritarios a evaluar

debido a la dificultad operativa de evaluar los doce estándares desde el inicio.

Esta investigación fue de tipo cualitativo y consistió en la aplicación de quince entrevistas en profundidad, dirigidas a padres y madres de niños y niñas con patologías crónicas y agudas de la Región Metropolitana y de regiones; y a niños y niñas con el mismo perfil que se encontraban cursando entre 1° básico y 4° medio.

Esta técnica nos permitió recabar información sin intencionar las áreas temáticas, obteniéndola desde la narración de las experiencias de los expertos vivenciales.

Los resultados arrojados por dicho estudio nos permitieron identificar tres aspectos de mayor necesidad: la calidad de la información entregada, la preocupación por el sufrimiento de los pacientes durante la atención y la carencia de espacios, infraestructura y actividades lúdicas adecuadas para pacientes pediátricos. A partir de estos resultados se priorizó la medición de los siguientes estándares:

Estándar. 5 "Compartir Información y mantener a los padres y niños informados e involucrados en todas las decisiones".

Estándar. 7 "Reconocer y aliviar el dolor físico y psicológico".

Estándar. 9 "Permitir el Juego y Aprendizaje".

Para la etapa de ejecución se conformaron dos grupos de trabajo: un equipo coordinador, compuesto por dos trabajadoras sociales y dos psicólogas, cuyo rol fue planificar estrategias para dar a conocer el modelo a equipos de trabajo de distintos servicios, instalar el concepto de Hospital Amigable en la práctica clínica y administrativa, sensibilizar al nivel directivo y a otros profesionales del hospital con el proyecto; realizar la planificación de la capacitación sobre el modelo y realizar la medición de los estándares priorizados.

El segundo grupo de trabajo fue un comité ampliado, compuesto por personas de diferentes especialidades (médicos, enfermeras, administrativos, ingenieros, sociólogos, psicólogos, educadoras, kinesiólogos, entre otros). El rol de este comité fue apoyar el plan de acción según sus áreas de experticia

Ambos grupos de trabajo desarrollaron sus actividades tanto dentro como fuera de su horario laboral, impulsados por la satisfacción personal de ver los resultados positivos de la implementación de sus iniciativas y fundamentalmente, por los valores que sustenta el Proyecto Hospital Amigable (humanismo, justicia, solidaridad y sensibilidad social) que movilizan el desafío de ir instalando el modelo en la práctica clínica y administrativa.

Estrategias de instalación del modelo:

A partir de los resultados del estudio preliminar se orientaron acciones al desarrollo de las tres áreas de necesidad detectadas.

1. Difusión y sensibilización

Se sostuvieron reuniones con equipos de trabajo de atención directa al paciente, tanto clínicos, como de soporte y administrativos para explicar el modelo, recibir retroalimentación, motivar a los equipos a la realización de actividades “amigables”, identificar iniciativas que ya estaban siendo realizadas, y motivar a participar en la construcción de un nuevo estilo de atención pediátrica.

- a. Con el objetivo explícito de difundir el modelo mediante alguna acción visible, concreta y claramente identificable, se invitó a los funcionarios del hospital a trabajar un día del mes con un “accesorio entretenido” (gorro, máscara, collar, lápiz, etc.). El objetivo implícito fue realizar conjuntamente alguna acción que permitiera ubicar a los funcionarios en un plano más infantil y lúdico, es decir, más cercano a lo que los niños reconocen como propio. Esta actividad ha permanecido un año y medio en funcionamiento con una participación aproximadamente de 100 funcionarios mensualmente.
- b. Se rescataron iniciativas amigables para los funcionarios, tales como masoterapia, globoflexia y talleres de elongación, que entregaron herramientas lúdicas y de auto cuidado, con el objetivo de mejorar la disposición del funcionario para hacer la atención de los usuarios más amigable.

Estas iniciativas fueron potenciadas y apoyadas por el comité coordinador y desarrolladas por los propios funcionarios que las propusieron.

Las actividades de sensibilización se orientaron a vincular a los funcionarios con el proyecto desde sus motivaciones personales, invitándolos en forma activa a participar a través de entrega de invitaciones, fotografías publicadas en redes sociales como *facebook*, mensajes en intranet y afiches con fotos de las actividades realizadas. En adelante, estas se han mantenido en forma permanente con el fin de lograr paulatinamente una mayor adherencia al proyecto.

2.- Evaluación de los estándares seleccionados:

Se realizó un estudio descriptivo, de diseño no experimental, en el que se midieron 33 unidades de atención directa al usuario, con una muestra estratificada de 503 personas. Se aplicaron tres instrumentos en 33 unidades de atención directa de pacientes ya sean clínicos, de apoyo o administrativos, para conocer el nivel de práctica de los tres estándares seleccionados. La recolección de datos fue a través de un check list aplicado a médicos jefes de servicios o enfermeras jefes, una entrevista semiestructurada para funcionarios y una entrevista semiestructurada para usuarios adultos y niños. Se aplicaron 169 instrumentos a usuarios y 334 a funcionarios. La distribución de entrevistas a usuarios fue de un 58% a adultos y 42% niños. La distribución de las entrevistas realizadas a funcionarios fue de un 27% médicos, 28% enfermeras y otros profesionales, 33% técnicos paramédicos y un 12% administrativos. Los instrumentos de recolección de datos permitieron medir los siguientes indicadores para los tres estándares:

- Existencia de políticas y sistemas establecidos para compartir la información con los usuarios y en los equipos de trabajo, para manejo del dolor y para permitir el juego y el aprendizaje
- Existencia de recursos disponibles para difundir la información, manejar el dolor y para desarrollar actividades de juego y aprendizaje
- Realización de capacitación al personal en herramientas de comunicación; manejo del dolor físico y psicológico; juego y aprendizaje según etapa del desarrollo
- Prácticas comunicacionales, de manejo del dolor físico y psicológico, y de juego y aprendizaje realizadas por los funcionarios
- Percepción de los usuarios de dichas prácticas

Los instrumentos de recolección de datos fueron aplicados por alumnos universitarios de las carreras de trabajo social y psicología, entre los meses de Abril y Junio de 2009.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron cuantitativos y cualitativos.

En los resultados cuantitativos, los niveles generales de práctica alcanzados, para cada estándar, en el hospital fueron los siguientes: "Compartir Información y mantener a los padres y niños informados e involucrados en todas las decisiones" un 64%, "Reconocer y aliviar el dolor físico y psicológico" un 57% y "Permitir el Juego y Aprendizaje" un 53%.

Los resultados de las 33 unidades de atención evaluadas se ordenaron en un ranking por estándar y por unidad de atención, lo que permitió, apreciar niveles de logro disímiles, que están expresados en los porcentajes alcanzados por los servicios mejor evaluados. En el estándar "Compartir Información y mantener a los padres y niños informados e involucrados en todas las decisiones" se obtuvo un 87%, en "Reconocer y aliviar el dolor físico y psicológico" se obtuvo un 83% y en "Permitir el Juego y Aprendizaje" un 78%. También se detectan áreas críticas transversales, una de ellas es la capacitación de funcionarios en herramientas de juego para acercarse al niño(a) que fue evaluado con un 12.8%.

En los resultados cualitativos se rescataron opiniones y sugerencias de mejoras de atención.

Las mencionadas con mayor frecuencia fueron: para el estándar "Compartir Información y mantener a los padres y niños informados e involucrados en todas las decisiones": utilizar recursos didácticos para informar a los niños, capacitar a los padres con un lenguaje adecuado, capacitar a los funcionarios en manejo de conflictos y entrega de malas noticias, y realizar reuniones multidisciplinarias para manejo de casos.

Para el estándar "Reconocer y aliviar el dolor físico y psicológico" fueron: padres presentes durante toda la Hospitalización de sus hijos, potenciar hospitalización domiciliaria, uso de analgésicos en procedimientos

dolorosos, y capacitación a funcionarios en manejo del dolor no-farmacológico y cuidados paliativos.

Para el estándar de "Permitir el Juego y Aprendizaje" fueron: capacitación para personal y usuarios en juego y estimulación, contar con infraestructura adaptada para niños, personal especializado en juego y aprendizaje, e implementar actividades de juego/estimulación.

El proyecto propone la evaluación anual de los niveles de práctica de los estándares por lo que se planificó la reevaluación de estos primeros tres estándares para el año 2011

3.- Diseño e implementación de estrategias de mejora

En base a los resultados obtenidos en la medición de los estándares, se definieron las siguientes actividades:

3.1 Plan de capacitación

La capacitación surgió como una necesidad transversal en el hospital, expresada en los datos cualitativos y cuantitativos. Se definió la instalación de capacitación permanente a funcionarios en el Modelo de Hospital Amigable y en habilidades para instalar prácticas amigables. Por el sistema de autoaprendizaje esta capacitación se dirigió a 300 funcionarios durante el año 2009, de los cuales 27 asumieron el rol de monitores.

3.2 Concurso Anual de Proyectos de Iniciativas amigables

Se invitó a cada unidad de atención participante a presentar sus propios proyectos de mejora en los estándares evaluados. Estos proyectos fueron revisados por el comité coordinador para evaluar su factibilidad técnica y económica y también para definir la efectividad de sus objetivos en relación al logro en el estándar. La comunidad estuvo representada por el Comité de Usuarios de Pacientes Crónicos y por el Consejo Consultivo, quienes realizaron la selección de los proyectos ganadores. El primer concurso se realizó en Diciembre de 2009, con treinta iniciativas presentadas por once unidades de atención directa al paciente. Algunos de los proyectos ejecutados son de mejoramiento de la ambientación de salas de hospitalizados en Cirugía, uso de escalas amigables

de medición del dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos pediátrica, de mejoramiento de la información a usuarios en Fonoaudiología, de espacios de juego en Policlínicos. Otros están actualmente en etapa de implementación.

3.3 Rediseño de la estrategia de instalación del modelo Hospital Amigable.

Para ello se decide transformar el “comité ampliado” en una “comunidad hospital amigable” con objetivo y valores comunes cuya función prioritaria será misionar el proyecto dentro de la institución. Esta comunidad estará formada por funcionarios que se reunirán sistemáticamente a discutir estrategias para lograr resultados.

La difusión y sensibilización estará centrada en la estrategia de captación de clientes y en la protocolización de las prácticas de salud en el contexto de la gestión del cuidado. Una de las estrategias definidas son las reuniones de reflexión acerca del sentido de la instalación de prácticas amigables con jefaturas y personal de las unidades de atención y la entrega de informe de diagnóstico de estándares del modelo.

4. Estrategias a futuro

4.1. En el ámbito de la Gestión del Cuidado, avanzar en la protocolización de la atención de salud integral incorporando los estándares del modelo Hospital Amigable

4.2. Incorporar en las funciones de supervisión de Enfermería el monitoreo de prácticas en cada uno de los estándares del modelo.

4.3. Instalar un programa de capacitación permanente para nuestros funcionarios en herramientas para mejorar los niveles de práctica de los estándares.

4.4. Mantener la actividad mensual del “Día del accesorio entretenido”: Esta actividad se continuará potenciando con mayor fuerza en el sector de atención clínica y administrativa de Policlínicos, sector de atención ambulatoria con menor riesgo de infecciones intrahospitalarias.

4.5. Creación de alianzas con redes institucionales de la comunidad a nivel nacional (MINSAL; UNICEF, otras instituciones de salud y universidades)

4.6. Continuidad en la ejecución de iniciativas amigables y proyectos con financiamiento interno y externo.

4.7. Organización de jornadas hospitalarias de socialización del Modelo de Atención de Salud Pediátrica Amigable.

4.8. Reevaluación de los tres estándares medidos e identificación y evaluación de tres nuevos estándares en el año 2011

Aprendizajes de la instalación del Modelo

Durante la instalación del modelo surgieron preocupaciones en relación al nivel de demanda que requiere para su aplicación. Funcionarios y espectadores externos se mostraron preocupados porque significaría disponer de más tiempo, energía y recursos para instalar iniciativas amigables y generar cambios profundos en la manera de atender a nuestros pacientes.

Esta experiencia nos ha mostrado que las iniciativas amigables que fueron surgiendo no demandaron más trabajo a los funcionarios, por tratarse de estrategias que les facilitaron sus tareas normales: crear material escrito para informar a los pacientes disminuyó la cantidad de tiempo utilizado en informar, la utilización del juego como distractor durante procedimientos incómodos o dolorosos hizo que los pequeños pacientes colaboraran más, el “día de accesorio entretenido” hizo que los usuarios se acercaran a ellos con una predisposición más gentil y que los niños toleraran mejor los tiempos de espera, entre otros.

No obstante, ha sido una barrera el que parte de los funcionarios confundiesen la actividad de trabajar con un accesorio lúdico, con el objetivo del modelo. Si bien esta estrategia de juego fue muy bien aceptada por los usuarios y también por los funcionarios, lo que se busca lograr es la empatía en la relación equipo de salud-paciente, el que se identifique y respete al niño como un sujeto de derechos en una situación vulnerable. El accesorio entretenido es una estrategia más para lograr alcanzar nuestra meta central que es disminuir,

prevenir y/o evitar dentro de lo posible el dolor, miedo y sufrimiento de los niños durante su atención de salud.

En relación al origen extranjero del modelo, este ha sido validado en diversos países, tanto del primer, como del tercer mundo. Nuestro equipo lo adaptó para dar respuesta al problema original planteado por el Hospital Luis Calvo Mackenna, ya que dentro de su propia configuración este programa permite responder a las necesidades de la organización de salud que lo implemente. Es flexible y ofrece alternativas de acción según las posibilidades y metas de cada grupo de trabajo que lo utilice.

Elementos claves para la instalación del modelo

Según la experiencia del equipo coordinador, los elementos claves necesarios para llevar a cabo esta tarea con éxito son los siguientes:

- Tener el respaldo desde la Dirección del Hospital, al incorporar el modelo en sus lineamientos estratégicos.
- Contar con la asesoría de equipos que hayan aplicado el modelo con anterioridad: en este caso, con uno de sus autores Sr. Andrew Clarke, de la *Child Advocacy Internacional* (CAI).
- Conformar equipos de trabajo multidisciplinarios.
- Identificar líderes para la conducción en cada unidad de atención.
- Desarrollar estrategias comunicacionales.
- Establecer un plan de reconocimiento público y alineado con la institución
- Establecer alianzas con universidades para realizar el diagnóstico de los estándares.
- Establecer alianzas con el departamento de Recursos Humanos de la institución para abordar las necesidades de los funcionarios y para el desarrollo organizacional.
- Incorporar la evaluación de competencias en relación con el modelo en los sistemas de selección de personal.
- Desarrollar estrategias motivacionales coherentes y consecuentes, y evaluar el cumplimiento de acciones planificadas para fortalecer confianzas.

- Tener capacidad para gestionar recursos humanos y económicos tanto institucionales como de otras redes.
- Realizar capacitación permanente de los funcionarios en herramientas para el desarrollo del modelo.
- Identificar consultoras de capacitación con experiencia en el área de la salud.
- Generar instancias de participación de los funcionarios para apoyar iniciativas amigables y hacerlos partícipes de los cambios.
- Informar claramente al funcionario de las conductas esperadas en relación con el modelo.
- Realizar apoyo y seguimiento regular de los planes de mejora.
- Realizar el análisis de fuerzas y barreras para planes de mejora.

CONCLUSIONES

La implementación de este modelo de Atención de Salud Amigable nos ha permitido seguir avanzando hacia la ruptura paulatina de un abordaje sólo bio-médico, que se ha mantenido como “un producto cultural propio de la modernidad occidental que privilegia la normativa técnica por sobre la relevancia humana”, y que requiere del análisis de la *perspectividad y multidisciplinarietàad* de la medicina (12).

Cuando hablamos de perspectiva nos referimos a reconocer la existencia de una realidad social cambiante y a actores con realidades distintas que coexisten (la del paciente, la del equipo de salud, la de la sociedad etc.) y a la incorporación en la reflexión de aportes significativos de otras disciplinas entre ellas las ciencias sociales y la bioética. La multidisciplinarietàad de la atención de salud, significa perspectivas y actores múltiples y que, por tanto, devienen en significados múltiples, donde diagnosticar y tratar van unidos a comprender, escuchar y aconsejar. Desde la calidad y seguridad biopsicosocial del paciente, esta mirada nos permite hacernos cargo de las consecuencias del acto de atención de salud, en relación con un niño, sujeto de derechos, que siempre es único y especial, que integra en la atención su mundo infantil como elemento para la configuración de un nuevo sistema: ser un niño que presenta una enfermedad que es atendido desde su integralidad, en su entorno familiar.

Tabla N°1: Estándares y Criterios de soporte

Estándares	Criterios de Respaldo
E 1: "Evitar que los niños tengan que ir al hospital (y a otros centros de salud) a menos que esto sea por el bien del menor"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios accesibles, que compartan políticas y sistemas de derivación en red. 2. Políticas para la admisión, la revisión de la permanencia en el hospital y la instalación de soportes como la hospitalización domiciliaria. 3. Sistema/ políticas para identificar y apoyar a niños vulnerables y sus familias, supervisión de salud, análisis y fomento de programas y estrategias para proteger a niños nonatos como programa de maternidad segura
E 2: "Apoyar y dar la mejor atención de salud posible"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistemas de cuidado, políticas pautas clínicas y otros materiales de apoyo apropiados y basados en evidencias conocidos y usados por todos 2. Auditorías clínicas multidisciplinares para todos los trabajadores de la salud 3. Recursos Humanos calificados, selección del personal, manuales de organización, capacitación etc. 4. Servicios de apoyo terapéuticos, servicios generales, recursos materiales esenciales pertinentes al nivel de atención entregados
E 3: "Proporcionar una atención de salud segura, en un ambiente sin riesgos; limpio y amigable para los niños"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad eficaz, políticas generales y sistemas de atención seguros para proteger a los niños, sus padres, y a los trabajadores de la salud. 2. Políticas de control de las Infecciones que se generen producto de la atención de salud. 3. Sistemas y políticas establecidas para reducir los problemas de salud físicos y mentales, asociados al trabajo.
E 4: "Entregar atención médica enfocada en el niño"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención médica que satisfaga las necesidades de cada niño, entregada por funcionarios de salud idóneos 2. Áreas con implementación necesaria para los niños en sus distintas edades, desarrollo, para sus tutores y las madres en etapa de lactancia. 3. Cuidados paliativos para niños y sus familias.
E 5: "Compartir información y mantener a los padres y a los niños consientes y completamente informados e involucrados en todas las decisiones."	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas, sistemas y/o prácticas que aseguren que los niños y sus familias reciban la información necesaria y comprensible sobre sus problemas de salud, cambios en su condición, instalaciones, rutinas, investigaciones y procedimientos. 2. Sistemas para abordar las quejas, felicitaciones y sugerencia. 3. Que los funcionarios de salud compartan información ente ellos.
E 6: "Proveer atención médica y tratar al niño como un individuo con derechos"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas y sistemas de atención que aseguren el acceso igualitario y oportuno a cuidados médicos preventivos, investigativos, curativos y paliativos, que satisfagan las necesidades del niño. 2. Políticas y sistemas de atención que aseguren el trato sin discriminación por edad, sexo, raza, etnia, discapacidad o de cualquier otro tipo. 3. Políticas y sistemas de atención que aseguren el respeto y la dignidad, la privacidad, evitando procedimientos y tratamientos degradantes e innecesarios
E 7: "Reconocer y aliviar el dolor y malestar"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de atención de cuidados paliativos, formados por profesionales avanzados y/o equipos multidisciplinares 2. Sistemas de atención, guías y recomendaciones clínicas que ayuden al reconocimiento, evaluación de los síntomas y estrategias farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el dolor y el control de los procedimientos. 3. Apoyo psicológico para los niños, familias y trabajadores de la salud.
E 8: "Dar tratamiento de resucitación, emergencia y atención continua, apropiada para cada niño grave."	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provisión de tratamientos continuos de resucitación/emergencia apropiados para niños gravemente enfermos coordinados y proporcionados por funcionarios de alto nivel y durante las 24 hrs. 2. Tener en los hospitales un sistema para entregar cuidados continuos apropiados para niños graves en una área amigable, en donde se cuente con el monitoreo adecuado, oxígeno continuo, equipos de resucitación, suministro de medicamentos esenciales, salas de esperas amigables para niños y sus familias, separada de los niños fallecidos 3. Acceso a servicios y/o sistemas de apoyo psicológico para niños, sus familiares y funcionarios de la salud al sufrir enfermedades con riesgo de muerte
E 9: "Permitir el juego y el aprendizaje"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar el uso de estrategias que incluyan el juego para recrear y estimular el desarrollo, para que los niños se sobrepongan a su problema de salud y ayudar a manejar el dolor y otros síntomas de sufrimiento 2. Deben existir instalaciones apropiadas para el juego: áreas y materiales 3. Orientación para la familia del uso de juegos seguros y apropiados para el niño
E 10: "Reconocer, proteger y apoyar a los niños vulnerables y/o víctimas de abuso"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar acciones, enfocadas a prevenir el maltrato y abuso. 2. Protocolo que guíe el actuar de los funcionarios de la salud, pautas clínicas para reconocer, diagnosticar e investigar el abuso, generar sistemas de protección y apoyo a niños abusados y sus familias. 3. Mantener información confidencial escrita acerca de familias vulnerables, niños abandonados y abusados.
E 11: "Promover y monitorear la salud"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un sistema para monitorear el estado nutricional de los niños, incluyendo el crecimiento. 2. Un sistema para monitorear el desarrollo físico (motriz y sensorial) y psicológico del niño 3. Un programa de educación en salud para los niños y para quienes los cuidan, que sea adecuado, accesible, que entregue la información en un lenguaje adecuado, entendible.
E 12: " Mantener la mejor nutrición posible"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistemas de cuidados y políticas para la protección, fomento y apoyo a la lactancia; evaluar el nivel nutricional del niño. 2. Entregar apoyo para la lactancia, en las unidades de maternidad, en la comunidad y en los centros de salud que se entreguen cuidados secundarios

Tabla N°2: Niveles de logro alcanzados para cada estándar

NIVEL BÁSICO	NIVEL BRONCE	NIVEL PLATA	NIVEL ORO
0% - 25% Práctica Actual	26% - 50% 1er paso hacia la Mejor Practica	51% - 75% 2do paso	76% - 100% Mejor Práctica

Referencias

1. Nicholson S.; Clarke A., "Atención de Salud Amigable para Niños: Manual para Trabajadores". Child Friendly Health Care Initiative (CFHI), 2003. Versión del manual en inglés disponible en Internet: www.cfhiuk.org. Consulta en la Web el año 2008.
2. Alonso López J., "Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada", *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 2005, Vol. 3, Nº1, Pág. 56-70
3. Montoya I., Zaragoza C., García C., González R., "Manifestaciones conductuales de disestrés post-quirúrgico en cirugía mayor ambulatoria pediátrica" *Cir. May. Amb.* 2005, Vol. 10: Pág.176-183.
4. Mucci, M.C., García, S.B., Lado, M.C., y cols. "Estrategias de intervención "Psi" en situaciones médicas: Psicoprofilaxis quirúrgica" *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2000, Vol. 9: Pág.47-57.
5. García M., Cuesta M., Rubio A, Ibáñez A., López J., Martínez Ll. "Respuesta al estrés pre-quirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre las poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica". *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 2005, Vol. 52: Pág.383-388
6. Rausch C., "El accidente en niños y adolescentes: características y prevención del trauma asociado" *Revista del instituto Chileno de Terapia Familiar*, 2000, Vol. 8: Pág.22-34.
7. Moix J., "Preparación psicológica para la cirugía pediátrica" *Archivos de pediatría*, 1996, Vol 47 (4): Pág.211-217.
8. Silvente C., Moix J., Sanz A. "Reducción de la Ansiedad en la Antesala del Quirófano en Pacientes Pediátricos". *Cir. Pediat.* 2000, Vol 13: Pág. 30-34.
9. Lolas S. Fernando: "Proposiciones para una Teoría de la Medicina" Editorial Universitaria Santiago de Chile, Pág.44. 1992