



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

DISEÑO | UC  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Escuela de Diseño

# mayer

Tesis presentada a la Escuela de Diseño de la  
Pontificia Universidad Católica de Chile para  
optar al título profesional de Diseñador.

Diciembre 2023.

Santiago, Chile.

Autora: María Verónica Berger Rojas

Profesor guía: Bernardita Figueroa



María Verónica Berger Rojas

## Agradecimientos

Este proyecto es el resultado del trabajo y apoyo de muchas personas.

Quiero agradecer a mi papá, mamá y cinco hermanos por acompañarme y animarme a creerme el cuento, tanto con el proyecto como en toda mi experiencia universitaria. Siempre serán mis usuarios favoritos.

A Berni, por guiarme y apoyarme durante el proceso.

Ale, Javi y Fran fue un gusto vivir junto a ustedes esta etapa.

Por último, a todos los profesionales de salud que participaron y colaboraron para darle forma a este proyecto, esto está hecho por y para ustedes.

## CONTENIDOS

### INTRODUCCIÓN

---

- 06 Motivación personal
- 07 Sobre el proyecto

### MARCO TEÓRICO

---

- 09 Parir en un Modelo Tecnocrático
- 12 Violencia obstétrica
- 15 Modelos de atención personalizada
- 17 Esfuerzos por el cambio en Chile

### FORMULACIÓN

---

- 25 Rol del diseño
- 27 Oportunidad
- 29 Metodología utilizada
- 33 Contexto y usuarios
- 35 Propuesta de valor

### DESARROLLO PROYECTUAL

---

- 37 Levantamiento de información
- 38 Entrevistas profesionales de la salud
- 53. Conclusiones de la primera entrega

### PROPUESTA

---

- 71 Maper
- 72 Etapas
- 73 Atributos y referencias
- 77 Herramientas
- 80 Blueprint
- 85 Conclusiones

### IMPLEMENTACIÓN

---

- 87 Análisis FODA
- 88 Modelo de Negocio
- 89 Costos
- 90 Flujos

### ANEXOS

---

- 92 Anexos

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 104 Bibliografía

# Introducción

## Motivación personal

No hay nada mejor que trabajar en algo que te apasione, y tuve la suerte de elegir un tema que converge con muchos de mis intereses personales, por lo que fue un gusto investigarlo durante un año.

El diseño siempre será para mi una forma de cuestionar lo existente y preguntarse por qué no puede ser de otra forma.

El proyecto tuvo momentos complejos que requirieron que yo como diseñadora diera un paso para atrás y me cuestionara mis propios sesgos, entendiendo que para mi proyecto utilicé herramientas de diseño que tuve que adaptar a un contexto no-diseñador, lo que requirió simplificación.

Creo que, en ocasiones, ámbitos como la salud pública pueden resultar intimidantes, ya que están arraigados en muchas prácticas heredadas y tienen una forma de funcionar establecida. Sin embargo, la experiencia también me ha demostrado que existen muchos profesionales cuya vocación los impulsa a mantenerse firmes y enfrentar la adversidad.

Es un área que necesita mucho apoyo y es necesario que converja con otras disciplinas para desentrañar los "nudos institucionalizados", como decía Fanny Castillo (matrona de Hospital Santa Cruz), refiriéndose a todas estas prácticas y formas de abordar la salud que han sido heredadas y que ahora simplemente existen, aunque nadie conozca bien su razón de ser.

## Sobre el proyecto

Durante más de tres décadas, Chile ha trabajado para cambiar su enfoque en la atención del parto, buscando transitar de un modelo tecnocrático a uno personalizado, con el fin de disminuir la intervención obstétrica excesiva e innecesaria, y volver a colocar a las mujeres y sus familias en el centro de la atención del nacimiento.

No obstante, estos esfuerzos no han logrado su objetivo, dado que no se ha logrado avanzar en conjunto con las instituciones y profesionales de salud. En consecuencia, la mayoría de los partos continúa siendo atendidos bajo el paradigma tecnocrático, y 8 de cada 10 mujeres que han vivido un parto en Chile reportan haber sufrido violencia obstétrica.

Ante esta realidad, se hace necesario buscar nuevas formas de abordar esta problemática y surge la oportunidad para que el diseño, una disciplina que se caracteriza por su enfoque centrado en las personas y su mirada sistemática, brinde apoyo en esta transición.

En el proyecto se aborda el diseño desde su capacidad para accionar y articular comunidades, entregando métodos no-tradicionales a problemáticas sociales que otros métodos no han podido abordar hasta ahora.

# Marco teórico

## Parir en un Modelo Tecnocrático

En Chile, casi la totalidad de los nacimientos ocurren en territorio biomédico, es decir, hospitales públicos o clínicas privadas, donde el paradigma de atención que se domina es el tecnocrático.

Este **paradigma tecnocrático** refleja los valores característicos de las sociedades occidentales modernas: una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal (Davis-Floyd, 2001). Este enfoque se caracteriza por la **medicalización** y la **intervención excesiva** en el proceso de embarazo y parto. Se le llama incluso “Modelo obstétrico masculino” ya que establece que el parto debe ser un proceso individual y rápido, estableciendo normas de cómo se supone que las mujeres deben dilatar según un modelo ideal de regularidad preestablecido (McCracken, s/f).

No obstante, los partos no siempre se llevaron a cabo en el ámbito institucional.

Este modelo tiene su origen en el siglo XIX, cuando como respuesta a la alta morbilidad materno-infantil, los médicos comenzaron a profesionalizarse y el proceso de parto se trasladó del hogar al hospital (Davis-Floyd, 2001). Como ya se mencionó, esto logró su objetivo y disminuyó la tasa, pero generó consecuencias negativas.

Este traslado marca “*una transformación social e intelectual en el cuidado de los cuerpos de las mujeres*” (Green, 2008, p. 12), ya que en este nuevo espacio el parto se entiende como un acontecimiento peligroso que requiere de intervenciones y ayuda de los médicos para garantizar la seguridad del bebé (Macdonald, 2006).

La noción de que las mujeres necesitan ayuda en el parto, como si no fuera un proceso natural, está estrechamente relacionado con los ideales de género que surgieron a mediados del siglo XIX. Estos ideales conciben a la mujer como un ser frágil y dependiente, por ende, incapaz de dar a luz sin la atención



Figura 1: Gestación.  
Fuente: Valenzuela, 2021.

de un experto masculino (Macdonald, 2006). Este enfoque da lugar a una nueva dinámica entre los actores, generando una **asimetría de poder en la relación médico-paciente** que pone en tensión la autonomía de las mujeres (Canevari, 2022).

Con la profesionalización y tecnificación del conocimiento en procesos reproductivos, la mujer deja de ser una interlocutora válida y la protagonista de su propio parto. En su lugar, se la coloca en la **posición dócil de “paciente”** (Shabot, 2016), desde la cual se vincula con su propio cuerpo y proceso como si fueran entidades ajenas, limitándose a ser una espectadora (Campiglia, 2022).

Una de las características distintivas del modelo tecnocrático es la **estandarización de los procedimientos** y la aplicación de tecnologías para controlar y gestionar el proceso de parto (Davis-Floyd, 2001). Este enfoque sostiene que las intervenciones son necesarias, ya no solo en los partos de riesgo, sino en todos los partos por igual. En consecuencia, esto ha significado un aumento y la normalización de prácticas para inducir, acelerar, gestionar y monitorear, que incluyen la ruptura artificial de la bolsa, episiotomías, administración de oxitocina y cesáreas innecesarias.

Prácticas que desde hace unos años se conocen como “Violencia obstétrica”.



Figura 2: *Nos roban el parto*  
Fuente: *Otro mundo es posible*, 2016.

## Violencia Obstétrica

Desde la década de los sesenta, numerosas matronas, doulas y activista han denunciado que las prácticas ejercidas por la obstetricia moderna pueden perpetuar la violencia obstétrica, ya que sus prácticas tienden a favorecer la pérdida de autonomía de las mujeres y, en ocasiones, atentar contra su capacidad para tomar decisiones informadas respecto a su propio cuerpo y proceso de parto (Canevari, 2022).

La violencia obstétrica (V.O.) es una forma específica de violencia contra las mujeres que es ejercida por profesionales de salud y se manifiesta mediante prácticas que violan los derechos humanos de las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio (Al Adib et al., 2017).

Es importante entender que la violencia obstétrica es un problema sistemático, dado que no se trata de individuos del personal de salud que ejercen violencia en casos aislados, sino de un modelo de

atención tecnocrático que normaliza y perpetúa prácticas violentas.

Se destaca que esta forma de violencia se dirige particularmente a las mujeres, ya que difiere de otras prácticas de violencia médica. A pesar de que la medicina y la ciencia afirman ser disciplinas objetivas, también se ven influidas por representaciones y estereotipos presentes y condicionados por la sociedad (Arena, 2014, p.77, citado en García et al., 2014).

La V.O. está vinculada a concepciones socioculturales sobre las mujeres y los cuerpos femeninos, por lo que constituye una forma específica de violencia de género. La percepción de la mujer infantil, pasiva e histórica, son estereotipos que refuerzan la narrativa de la necesidad de un médico y limitan la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre sus propios cuerpos.

“

**La violencia obstétrica se define como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.**

---

(UNFPA, 2014)

Dado esto, se reconoce como una expresión más de la continua violencia dirigida hacia las mujeres (Sadler et al., 2016).

Diferentes autores la han caracterizado como la **violencia "invisible"** debido a que está profundamente arraigada y normalizada en el sistema de salud, llegando a pasar desapercibida incluso para aquellas mujeres que la viven y quienes la ejercen. Con esto, no se pretende invisibilizar que muchas mujeres sí la reconocen y padecen, pero es importante entender que es una práctica que muchas veces no se reconoce ya que se oculta detrás de prácticas médicas aceptadas.

Ejemplos claros de esto son el rasurado del vello púbico, el uso de enemas, el ayuno y el aseo genital con antisépticos. Estas prácticas, que durante mucho tiempo se normalizaron como protocolos estándar, carecían de respaldo científico. Incluso hoy hay evidencia que las contrarresta y algunas instituciones aún las practican.

Asimismo, a pesar de que está demostrado que la posición horizontal dificulta el proceso de salida del bebé, ya que la pelvis queda baja sin posibilidad de hacer el movimiento que facilita el trabajo de parto, esta postura es la norma y, en la mayoría de los centros de salud en Chile, incluso en las clínicas, es la única opción disponible.

Siendo la única ventaja de esta práctica que permite al personal de salud ubicarse de forma cómoda para atender el parto, reforzando la estructura de poder paciente-médico (Gupta et al., 2007).

A diferencia de otros tipos de violencia en donde es más fácil apuntar a victimarios, en este caso la responsabilidad se sitúa en niveles estructurales y culturales de la sociedad, constituyéndose como un problema tanto de salud como de Estado.

De salud, porque las prácticas de violencia obstétrica pueden conllevar consecuencias en la salud física y emocional de la mujer y su bebé, como desgarros, hemorragias, efectos negativos en la relación con entre mamá-bebé, dificultad para la lactancia materna, traumas emocionales, estrés postraumático y depresión posparto (Laínez et al., 2023).

En cuanto al Estado, es un problema porque esta violencia constituye **una de las transgresiones más frecuentes de los derechos humanos**. Viola los principios fundamentales de dignidad, autonomía y libertad de las personas gestantes, dado que vulnera su derecho a la salud, a la integridad personal, a la no discriminación y a la toma de decisiones informada en la salud (Bowser & Hill, 2010).

La violencia obstétrica puede manifestarse mediante diferentes formas, desde la falta de respeto y dignidad en el trato hasta intervenciones médicas innecesarias e incluso perjudiciales para la salud de la persona gestante y/o su bebe.

A continuación se muestran algunas de sus formas.

#### **Falta de información y consentimiento**

No proporcionar información adecuada sobre procedimientos médicos, riesgos y alternativas, y no pedir el consentimiento informado de la mujer.

#### **Trato irrespetuoso**

Comportamientos o comentarios humillantes o deshumanizadores por parte del personal.

#### **Procedimientos innecesarios**

Realizar intervenciones o procedimientos sin una justificación médica válida, como episiotomías y cesáreas.

#### **Falta de apoyo emocional**

No brindar apoyo emocional adecuado durante el proceso, ignorar las necesidades emocionales de la mujer o privarla de la compañía de un ser querido.

#### **Restricciones en la movilidad**

Imponer posiciones o restricciones físicas a la mujer durante el trabajo de parto que no estén justificadas médicamente.

#### **Estigmatización o discriminación**

Juzgar o discriminar a la mujer por su origen étnico, orientación sexual, estado civil u otras características personales.

#### **Falta de privacidad**

No respetar la privacidad de la mujer durante el parto, exponiéndola innecesariamente a la mirada de personas no autorizadas.

#### **Negar alimentación o ingesta de líquidos**

A muchas mujeres se les niega la posibilidad de ingerir algún alimento, debe estar en ayuno.

## Modelo de Atención Personalizada

Frente a este rechazo, surge en el siglo XX un nuevo paradigma: el modelo de parto personalizado. Este enfoque tiene sus raíces en el movimiento de la partería tradicional y resurge nuevamente como respuesta a la necesidad de volver a centrar la atención en la mujer.

Bajo el paradigma de la atención personalizada, se reconoce el proceso de gestación y nacimiento como un proceso natural y fisiológico, otorgando a las mujeres un papel activo en la toma de decisiones (Borges et al., 2018). Este enfoque aboga por la autonomía de la mujer, respetando sus preferencias individuales, y busca brindar apoyo no solo a nivel físico, sino también emocional.

Según este enfoque, las decisiones para el cuidado sanitario deben considerar tres elementos: la evidencia científica disponible, la experiencia clínica del proveedor de salud y las preferencias del usuario atendido (Sackett et al., 1996).

Desde 1985, el modelo de parto personalizado ganó popularidad en respuesta al llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para revisar el modelo hegemónico. La OMS publicó las "Recomendaciones de Fortaleza" en dicho año, destacando la importancia de desmedicalizar el parto y subrayando el derecho de las usuarias a recibir información. Estas recomendaciones ofrecieron un conjunto de directrices pro-humanización.

Desde ese momento, la OMS y otros organismos han continuado emitiendo recomendaciones para una atención obstétrica más personalizada, utilizando términos como atención humanizada, parto natural y parto respetado. Sumado a esto, han hecho múltiples esfuerzos por dismantelar prácticas tecnocráticas que, desde una perspectiva científica, se ha demostrado que no contribuyen a la salud ni de la mujer ni del bebé.

## Tabla comparativa

En la siguiente tabla se pueden ver una síntesis de las principales características que diferencian ambos modelos.

<b>Modelo Tecnocrático</b>	<b>Modelo Personalizado</b>
Separación entre cuerpo y emociones	Integración cuerpo y emociones
Cuerpo entendido como máquina	Cuerpo entendido como organismo integral
El paciente como objeto	Las familias usuarias como sujeto activo en la atención
Estandarización del cuidado y responsabilidad en el practicante, no paciente	Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicante y usuario
Trato impersonal del paciente	Cuidado personalizado y empático de usuario
Sobrevaloración del uso de tecnología	Uso de tecnología solo si es necesaria
Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo	Énfasis en prevención largo plazo
Intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud	Apertura hacia modelos complementario de atención de salud

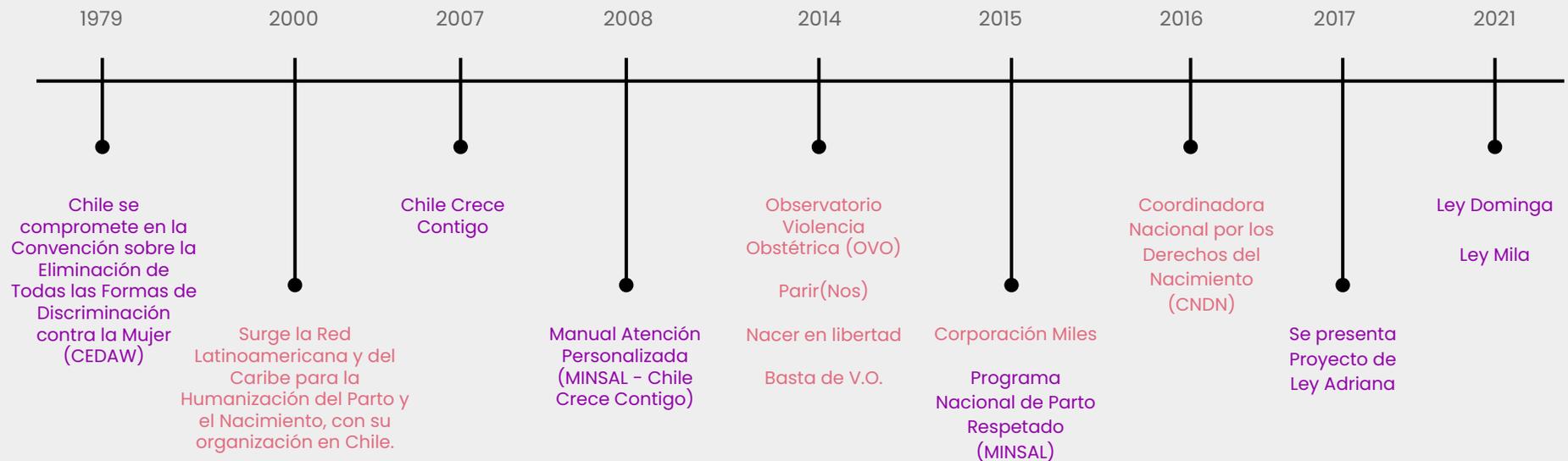
Figura 3: Elaborado a partir de Sadler, 2009.

## Esfuerzos por el cambio en Chile

Este paradigma de atención ha tenido repercusión en Chile y en los últimos treinta años han surgido cada vez más profesionales de salud, organizaciones sociales e intervenciones del Estado que abdican por el cambio de modelo. A continuación se revisarán hitos y actores relevantes.

● Iniciativas gubernamentales

● Iniciativas sociales



## Esfuerzos del Estado

En el contexto de los compromisos internacionales suscritos por el Estado de Chile y los objetivos sanitarios del país, el Ministerio de Salud en conjunto al Programa Chile Crece Contigo, publicó y promovió el “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo” (2008). En este se habla específicamente sobre el parto humanizado, la atención con enfoque intercultural, el nacimiento como un evento familiar, la salud mental y establece un marco normativo que respalda la autonomía de la mujer en la toma de decisiones (posición, conservación de la placenta, etc.).

En 2015 se publicó la "Guía perinatal", que entrega orientaciones técnicas acerca de la atención en el proceso reproductivo, relevando la importancia de considerar la preferencia de la mujer en el manejo del dolor y favorecer prácticas no farmacológicas.

Sumándose a esto, en 2021 se aprobaron dos leyes que estandarizan protocolos de cuidado para asegurar los derechos de las personas gestantes, la Ley Dominga y la Ley Mila.

Es especialmente relevante para el proyecto destacar que en 2017 se presentó el proyecto de Ley de Parto Respetado, también conocido como Ley Adriana. Esta iniciativa se asemeja a proyectos de ley ya existentes en otros países latinoamericanos, como Argentina, México y Venezuela. Actualmente, se encuentra en proceso de evaluación y su aprobación podría ser un factor esencial para impulsar y acelerar el cambio de modelo en los centros de salud de todo el país.

### LEY DOMINGA – 2021

Establece un estándar de manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija.

### LEY MILA – 2021

Resguarda el derecho a la compañía de quienes están hospitalizados o se someten a prestaciones ambulatorias, garantizando condiciones dignas y trato respetuoso específicamente para menores de edad y personas gestantes.

### LEY ADRIANA – PENDIENTE

Proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia obstétrica.

## Esfuerzos Sociales

Las siguientes son organizaciones de la sociedad civil que abordan la salud reproductiva desde la perspectiva de los derechos e intereses de los usuarios, y de la equidad en salud y género. Estas organizaciones forman parte de redes nacionales e internacionales, incluyen a profesionales de la salud y académicos.

### RELACAHUPAN-CHILE

Es una red conformada con el objetivo de mejorar la experiencia del nacimiento y fomentar enfoques alternativos para el parto. Se forma post Congreso de Fortaleza. La rama chilena opera como una entidad sin fines de lucro, dedicada a la promoción del parto respetado. Divulga guías y orientaciones, realiza iniciativas informativas y promocionales.

### CORPORACIÓN MILES

Es una organización creada con el objetivo de articular a las organizaciones de la sociedad civil y personas naturales, por la promoción de los derechos de la mujer en gestación, nacimiento y crianza en Chile.

### OBSERVATORIO VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Organización multidisciplinaria que visibiliza a las víctimas de violencia obstétrica, y desarrolla acciones de acompañamiento a las mujeres y denuncia. Ofrece actividades educativas y preventivas, fomenta la difusión de material informativo.

### COORDINADORA POR LOS DERECHOS DEL NACIMIENTO EN CHILE (CDNC)

Se dedica a promover y defender derechos sexuales y reproductivos mediante capacitaciones y consejerías dirigidas a profesionales de salud, del ámbito legal, estudiantes y público general. Su objetivo es proporcionar herramientas y conocimientos para avanzar hacia una atención integral con enfoque de género y derechos.

## Pero así siguen siendo los partos en Chile

A partir de los resultados de la encuesta realizada por OVO en 2018, se puede observar que los partos siguen siendo tratados bajo el modelo tecnocrático. Además, aunque los abusos ocurren tanto en clínicas como en hospitales, son más frecuentes en estos últimos.

La cantidad de cesáreas anuales reportadas en las clínicas es más de cuatro veces la cantidad recomendada por la OMS, que es entre un 10-15% anual. Si bien, en los hospitales es menor, sigue siendo un número preocupante.



**46.6%**

señala que la experiencia de parto la hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.



**58%**

de las mujeres con educación básica incompleta declaran haber vivido represión de expresiones de dolor y emociones.



**46%**

vivieron procedimientos sin pedir su consentimiento o sin explicarle la razón.



**14.7%**

mujeres después del parto le hicieron sentir que no había estado a la altura.

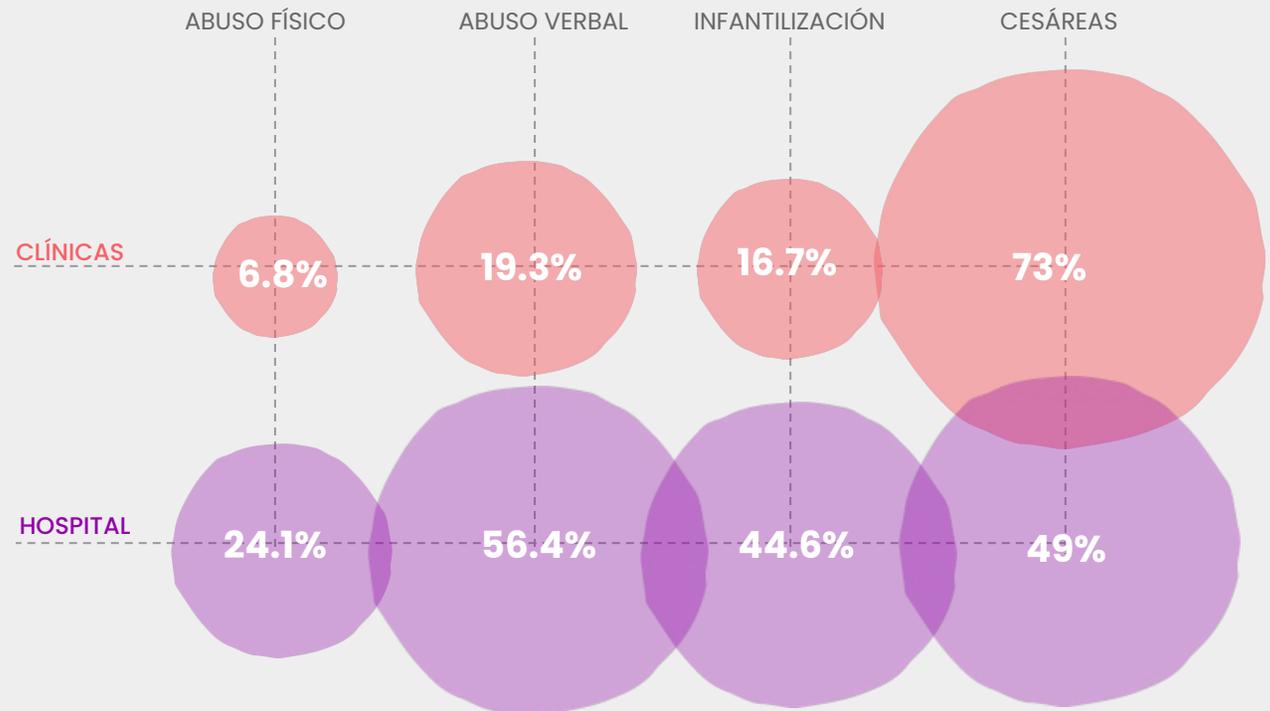


Figura 4: Elaborado a partir de OVO (2018).

## La resistencia al cambio en el mundo de la obstetricia

La arraigada tradición y las estructuras establecidas en el área de obstetricia han generado una resistencia significativa a la adopción de enfoques más personalizados.

El contexto histórico y sociocultural juegan un papel importante, dado que no se trata de aprender una nueva técnica, sino de una nueva forma de pensar y entender a las mujeres más allá de la condición de paciente.

Como menciona Michelle Sadler, *“La obstetricia es seguramente la especialidad médica que más trabaja en contra de las recomendaciones de organismos internacionales de salud y de la evidencia científica”* (2016), dado que a pesar de todos los estudios que existen, aún hay profesionales y centros de salud que se resisten y continúan ejerciendo prácticas no recomendadas.

Esta resistencia se presenta tanto a nivel individual, en profesionales que fueron educados y han heredado el modelo

tecnocrático, como a nivel organizacional, donde el cambio se enfrenta a barreras estructurales y culturales (Sadler, 2009).

Pero si bien existen estas barreras, también surge la cuestión de **en qué tipo de servicios se puede realmente implementar este modelo.**

Para las clínicas la base de la que parten es muy diferente a la de un hospital, ya que como menciona la directora nacional de matronería Giorgia Cartes (Comunicación personal, 8 de septiembre) estos últimos parten limitados por su infraestructura y déficit de recurso humano.

Por lo que para muchos equipos no es posible cumplir con recomendaciones como “una matrona por paciente” o “acompañamiento continuo de persona significativa”, dado que por restricciones de capacidad no pueden.

“

Los traumatólogos, neurólogos, oftalmólogos se pelean por estar actualizados a la máxima tecnología, a los últimos descubrimientos, estar siempre a la vanguardia pero la ginecología y la obstetricia entre más en las cavernas estés y te afirmes pareciera que los hace sentir más orgullosos.

---

Carolina González  
(Comunicación personal, 7 de agosto, 2016)

## Revisión de casos de éxito nacionales

Si bien la norma sigue siendo el modelo tecnocrático, hay casos a nivel nacional que han demostrado que aplicar el modelo personalizado en el área de salud pública es posible, e incluso beneficioso, ya que ha tenido como consecuencia no solo mejorar la experiencia de las mujeres, sino también ha demostrado ser una forma de disminuir costos y, cuando se hace en conjunto, unificar al equipo.

En el trabajo realizado por Michelle Sadler (2009) «Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile», se estudian casos de hospitales que han logrado aplicar cambios, mostrando su proceso y dando varias luces de lo que se necesita para lograr que un equipo de salud avance hacia un nuevo modelo. De este documento se destacan dos acciones claves para el cambio de modelo:

### NECESIDAD DE INVOLUCRAR

Hay que entender que el modelo no requiere sólo acciones, sino voluntades. Por esto es fundamental que el cambio se haga a la par con el personal de salud, no como un agente que sigue órdenes externas, sino como una parte involucrada en la gestión de las soluciones. En los casos mostrados se señala que al incluir al personal, este no solo entiende la urgencia del cambio, sino que también se compromete a nivel individual.

### SER SENSIBLE AL CONTEXTO

Es importante entender que cada equipo y centro de salud tiene sus propios desafíos dados tanto por sus recursos en cuanto a infraestructura y personal, como por su comunidad usuaria. Por esto, el cambio debe ser sensible a su propia realidad, y venir desde las motivaciones y necesidades de la comunidad tanto interna como externa para que tenga sentido y sea factible.



Figura 5: Curso «Humanización proceso de gestación, parto y nacimiento», Servicio de Salud Metropolitano Central.  
Fuente: Sadler, 2009.



Figura 6 Taller de herramientas corporales, Servicio de Salud Metropolitano Central  
Fuente: Sadler, 2009



Figura 7: Curso «Humanización proceso de gestación, parto y nacimiento», Servicio de Salud Metropolitano Central  
Fuente: Sadler, 2009

## La conversación como medio para transitar

Dado que el cambio de modelo de atención está vinculado a la necesidad de un cambio cultural, resulta relevante explorar las técnicas utilizadas para esto. El ámbito de la gestión del cambio ofrece diversos métodos, pero para el proyecto se considera fundamental investigar el potencial de la conversación como estrategia para facilitar la transición.

En particular, se ha estudiado la perspectiva propuesta por Bosch y colaboradoras (2022), reconocidas por su contribución al enfoque de diseño para la transición. Estas diseñadoras proponen la conversación como un medio para redistribuir el conocimiento y romper la inercia que impide el cambio.

Se plantea como un mecanismo para recuperar y redistribuir el poder, partiendo del entendimiento de que la falta de un "entorno autorizador" o permisivo a menudo es lo que genera la inacción (Bason, 2013). En este contexto, la conversación se presenta como una herramienta valiosa para crear el espacio necesario que permita desencadenar acciones significativas y fomentar el cambio cultural dentro de una organización.

“

Todo vivir humano  
ocurre en  
conversaciones y es  
en ese espacio  
donde se crea la  
realidad en que  
vivimos

---

Humberto Maturana  
(Comunicación personal, 7 de agosto, 2016)

---

# FORMULACIÓN

---

## Rol del diseño

En los últimos treinta años el diseño ha progresivamente reformulado el cómo se hace, quién lo hace y con qué objetivos. Como resultado, han surgido diversas formas de trabajo que abarcan desde el diseño de interacción, experiencial, participativo, el co-diseño, el diseño de servicios y el diseño orientado a la innovación social.

Asimismo, la actividad de diseñar en sí misma ha experimentado cambios significativos. Esto se refleja en la evolución del papel de las personas en el proceso, pasando de un diseño "para" las personas a un diseño "por" las personas y, finalmente, a un diseño "con" las personas (Sanders & Stappers, 2014). Este cambio de paradigma reconoce que el diseño ya no es exclusivo de los diseñadores, coincidiendo con la afirmación de John Thackara: "We are all designers now" (2005, p. 226). Reconociendo así el diseño como una capacidad humana fundamental, que entiende que la creatividad puede emerger de cualquier individuo o campo de conocimiento (Brown & Martin, 2015).

Pero si bien todos tenemos la capacidad, no significa que las personas sean inherentemente buenas. Como diferencia Manzini (2015) existe

un diseño difuso que es el que las personas ejercen cotidianamente y un diseño experto, que se refiere a las herramientas y metodologías que los diseñadores profesionales aportan para contar, enmarcar y resolver problemas. Por medio de estas, el diseño puede influir y dar forma a las expectativas, el comportamiento y las prácticas humanas (Norman 2004; Verbeek et al. 2006). En consecuencia, tiene un rol esencial en la generación de cambios, actuando como un facilitador y orquestador para el desarrollo de comunidades y organizaciones.

En este contexto, la disciplina se está volviendo cada vez más relevante para abordar desafíos sociales, especialmente cuando se habla de "Wicked problems", término propuesto por Rittel y Webber (1973) que hace referencia a aquellos problemas que parecen inabarcables o imposibles de resolver. Estos se caracterizan por ser difíciles de encontrar un responsable, dado que las causas que se sitúan en diferentes niveles estructurales y culturales de la sociedad, constituyéndose como problemas que abarcan diferentes esferas. Por esto mismo, son problemas que no tienen una única solución.

Considerando esto, y dada la problemática expuesta sobre el modelo de atención al nacimiento en Chile, surge la oportunidad de intervenir desde el diseño como un aliado para buscar métodos que efectivamente se alineen a las necesidades de los usuarios y sus contextos.

Esto bajo la idea de que para abordar esta problemática es necesario abordarlo bajo una perspectiva participativa, que involucre a los actores clave en la articulación del cambio, para así poder llegar a soluciones pertinentes y sostenibles.

En relación a la manera de abordar este proyecto hay dos enfoques que son pertinentes en relación a dar solución a los problemas que plantea. La primera es el diseño para la transición y la segunda el diseño centrado en la mujer (Woman Centered Design).

## DISEÑO PARTICIPATIVO

Este enfoque reconoce que los usuarios no solo tienen la capacidad de diseñar, sino que su participación es fundamental para generar soluciones innovadoras y sostenibles (Manzini, 2015). Esto dado a que se entiende que sus experiencias los hacen expertos de su contexto.

Esta aproximación no solo disminuye los riesgos a fallar en la aplicación, sino que también aumenta el compromiso de los usuarios con la solución final y promueve una innovación más efectiva, dada por la multiplicidad de perspectivas y experiencias que aportan al proceso de ideación (Kimbell, 2011).

En este, el diseñador toma un rol de facilitador y orquestador, y por medio del diseño de herramientas estimula y guía la creatividad inherente de la gente. Esto reconociendo que las personas ya tienen el conocimiento, pero para ponerlo en valor necesitan un espacio que les permita compartirlo, ordenarlo y accionarlo.

## DISEÑO CENTRADO EN LA MUJER

El término "Woman Centered Design" (WCD), acuñada por Menstrual Health Hub, surge como una alternativa al HCD, enfoque que con frecuencia utiliza el término "Humano" como sinónimo de hombre. Asimismo, reconoce que aunque todos cuentan como seres humanos, las necesidades y experiencias difieren significativamente por lo que es necesario integrar una perspectiva de género en el proceso de innovación si se quiere asegurar que las soluciones desarrolladas sean verdaderamente pertinentes (Madami, s/f).

A través del WCD, se busca mitigar sesgos y comprender que las mujeres se mueven en el mundo de manera distinta, llevando consigo una carga sociocultural que influye en cómo se relacionan con los servicios, las expectativas y sus influencias. Este enfoque no solo busca diseñar servicios más inclusivos y sensibles al género, sino que también pretende catalizar un cambio cultural integral, reconociendo y respetando las diversas experiencias de las mujeres.

Dada la naturaleza del proyecto y lo revisado en el marco teórico, se ha abordado desde esta perspectiva.

## Oportunidad

Como se pudo ver en el estudio bibliográfico, en Chile el cambio de modelo ha sido lento y heterogéneo, razón por la que aún se siguen atendiendo los partos mediante el modelo tecnocrático.

Si bien se han hecho esfuerzos, se pudo notar que hay un problema cultural en la gestación del cambio, dado que no se está avanzando a la par con los equipos de salud. A nivel gubernamental se han promulgado leyes y se han entregado recomendaciones, pero estas no han logrado impulsar el cambio en la práctica.

Si bien se entiende que una parte significativa del problema radica en la misma resistencia que existe dentro de algunos equipos, se reconoce que ya existen muchos profesionales de salud que están a favor. La tendencia sugiere que este apoyo crecerá con el tiempo, a medida que evolucionen las prácticas del pasado y debido a los cambios en los planes de estudios universitarios.

Aunque las leyes desempeñan un papel crucial en la transición hacia un modelo de atención personalizado durante el parto, es

fundamental reconocer que, por sí solas, no son suficientes. Este cambio de paradigma requiere una aproximación integral, con un enfoque especial en apoyar al actor central en esta transformación que es el personal de atención médica.

Es necesario que para que el cambio sea sostenible, los profesionales estén involucrados

Como se mencionó, está en evaluación la Ley Adriana, y en caso de ser aprobada esta podría intensificar la necesidad de apoyo por parte de los centros de salud para llevar a cabo esta transformación.

Ante esto surge la oportunidad para que desde el diseño se pueda contribuir a facilitar que los equipos de maternidad puedan involucrarse y trabajar en conjunto para identificar oportunidades de mejora según su propio contexto y capacidades.

Se posiciona como una herramienta estratégica para colaborar con los cambios promovidos por el Ministerio de Salud y contribuir a la implementación de prácticas de atención más respetuosas y centradas en la persona gestante y su familia.

## Proyecto

### ¿Qué?

Metodología participativa que entrega herramientas de apoyo para que equipos de maternidad puedan generar mejoras accionables en la personalización de su atención.

### ¿Por qué?

El modelo de atención personalizado carece de una estrategia concreta que permita a los equipos de salud accionarlo, dado que si bien se entregan protocolos y recomendaciones, no se entrega un apoyo para que se pueda aplicar el modelo a su contexto particular, lo que genera que se vea como algo imposible.

### ¿Para qué?

Empoderar al equipo, y que a partir de su conocimiento tácito y levantamiento de información con las pacientes, puedan encontrar formas de personalizar su atención según su propio contexto y capacidades, entendiendo que cada equipo enfrenta desafíos particulares por lo que es necesario apoyarlos a que lleven a cabo su propio proceso.

### Objetivo general

Apoyar a equipos de salud a implementar mejoras a favor de la personalización de la atención en centros de salud en Chile.

#### OBJETIVO 1

Identificar los desafíos y facilitadores para la implementación del modelo personalizado en los centros de salud en Chile.

IOV: Mapa de hallazgos principales

#### OBJETIVO 2

Idear una metodología y herramientas mediante la co-creación con profesionales de salud materna.

IOV: Blueprint y prototipado de la metodología con sus respectivas herramientas.

#### OBJETIVO 3

Validar la metodología desarrollada con equipos de salud materna.

IOV: Resultados del testeo.

## Metodología utilizada

Como ya se mencionó, el proyecto se involucra en la innovación en el área de salud pública con un foco centrado en las personas. Por esta razón, se buscó una metodología del mundo del diseño de servicios que permitiera explorar y trabajar colaborativamente con los profesionales de salud.

Así, para el desarrollo del proyecto, se utilizó la metodología del Laboratorio de Innovación Pública UC (LIP UC), que aplica las herramientas del diseño de servicios para abordar desafíos públicos.

La estructura de esta metodología es una adaptación del Doble Diamante, creado por

UK Design Council, al cual se le incorpora un tercer diamante que permite poner énfasis en la etapa de implementación y escalamiento. La figura del diamante representa un proceso que valora tanto la divergencia como la convergencia del pensamiento a lo largo del ciclo de diseño, entendiendo que es necesario tanto abrirse y explorar una gran cantidad de ideas y puntos de vista diferentes para poder definir.

El proceso de LIP tiene como enfoque la deliberación y la co-creación de forma transversal en sus diferentes etapas. Esto permite diseñar junto a los usuarios e integrarlos en el desarrollo creativo para crear soluciones que se alineen con sus necesidades.

Es importante mencionar que, aunque se siguió la metodología, en la práctica no se llevó a cabo de forma lineal. Dado que el diseño es un proceso iterativo, en el que se retrocede continuamente para retroalimentar con la información que se va adquiriendo en el proceso, adaptando así mejor el proyecto a las necesidades del usuario.

Como se puede apreciar en la **figura 8**, la metodología se divide en 3 etapas. Las dos primeras se trabajaron principalmente durante seminario de título, las siguientes dos etapas en el proceso de taller de titulación y las últimas dos etapas de la metodología son proyecciones.

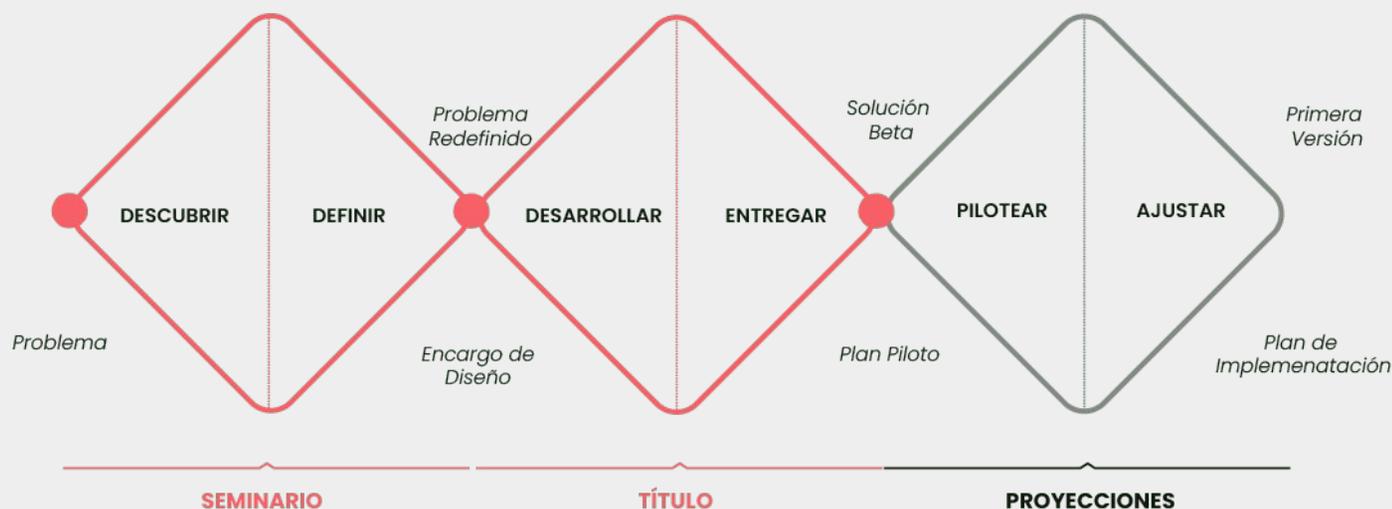


Figura 8: Elaborado a partir de LIP (s/f).

## Descubrir

Se realizó una investigación bibliográfica y levantamiento de información con actores relevantes, a partir de lo que se definió una la oportunidad.

- Exploración sobre la experiencia de parto en Chile.
- Revisión bibliográfica sobre los modelos de atención y la implementación del modelo personalizado a nivel nacional.
- Identificar actores clave.
- Entrevista a 11 mujeres que han vivido un parto en los últimos 10 años en el área pública.
- Entrevista a 20 profesionales del área salud materna en Hospitales.
- Encuesta a 81 profesionales de salud materna en Hospitales.
- Estado del arte.

## Definir

Estudio del usuario, el contexto y el problema, para la re-definición del desafío, estableciendo los atributos conceptuales y formales que la propuesta deberá contener.

- Se decide trabajar con personal de salud como actor principal.
- Selección de referentes para las herramientas.
- Definición de requerimientos del proyecto.
- Definición de objetivos.
- Entrevistas semiestructuradas en profundidad a profesionales.
- Asistencia a ExpoHospital.

## Desarrollar

En esta etapa se co-diseño, testeó e iteró la propuesta a partir del trabajo junto a usuarios clave.

- Se decide trabajar con personal de salud como actor principal.
- Selección de referentes para las herramientas.
- Definir requerimientos del proyecto.
- Definir objetivos.
- Entrevistas semiestructuradas en profundidad a profesionales.
- Asistencia a ExpoHospital.

## Entregar

A partir de los descubrimientos del testeo, se desarrolló la propuesta final de la metodología, con sus etapas y herramientas diseñadas y puntos de contacto priorizados.

- Decisiones formales (Identidad gráfica, nombre, etc.).
- Desarrollo versión final.
- Desarrollo del diagrama de flujos de la metodología para su uso.
- Blueprint.
- Proyecciones.
- Validación con expertos.
- Identificación de aliados potenciales.
- Plan de implementación.

## Pilotear

Implementación y testeo de la metodología, así como su mejora a través del involucramiento de una mayor cantidad de agentes y usuarios. Validación de las herramientas desarrolladas.

- Implementación versión beta de la metodología en contexto
- Buscar alianzas para divulgar y costear el proyecto.

## Desarrollar

Ajustes y plan de implementación que permita su posible escalamiento gradual hacia política pública de manera tal de consolidar el proyecto en el área de salud pública.

- Evaluar resultados e iterar a partir de los resultados del piloto.
- Ajustes en co-creación con profesionales.
- Elaboración informe y presentación con resultados del piloto.
- Presentar resultados piloto a programas como Chile Crece Contigo y directamente al MINSAL.
- Aplicación de estrategia de implementación.

# Metodologías de referencia

Como referencia se estudiaron 2 metodologías que mezclan salud y diseño de servicios, con un enfoque en el paciente, aplicando herramientas para buscar entender la atención desde su punto de vista.

## Human Centered Design 4 Health



Figura 9: Pasos de HCD Process Poster, UNICEF. (s/f)

## EBCD: Experience-based co-design toolkit

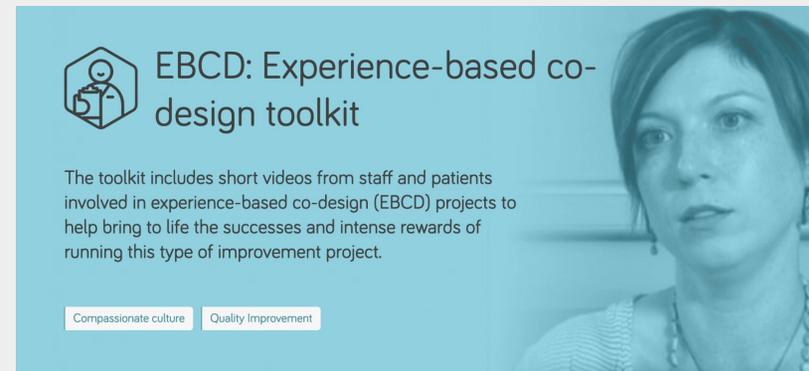


Figura 10: Visual de EBCD, The Point of Care Foundation. (s/f)

## Contexto y usuarios

El presente proyecto se enmarca en el contexto de la salud pública en el área de la salud materna. Aunque el proyecto tiene como objetivo apoyar la implementación a nivel nacional del modelo personalizado, se decidió centrarse de manera específica en equipos de hospitales, entendiendo que son usuarios que necesitan un mayor apoyo.

La metodología tiene como fin ser utilizada de forma colectiva por el personal de salud materna y otros actores relevantes que se consideren importantes incluir.

Para efectos del Proyecto se llevaron a cabo dos etapas de prototipado. En la primera se trabajó con grupos de profesionales del hospital Félix Bulnes, Osorno y Santa Cruz; y en la segunda etapa, se trabajó con el Hospital Luis Tisné.

## Personal del equipo de maternidad

El equipo de maternidad es multidisciplinario y se conforma por: Médicos ginecólogo-obstetra, Matrones, Enfermeros, Técnicos en enfermería, Anestesiastas, Pediatras neonatólogos y Auxiliares.

Para la propuesta fue importante tener en cuenta que este es un usuario que tienen una alta carga laboral, con horarios distintos (depende del turno) y no suelen estar involucrados en procesos de cambio y gestión. Además, son personas que si bien pueden estar a favor del modelo personalizado, muchas veces este se ha presentado como una crítica, por lo que es necesario generar un espacio seguro en el que puedan expresarse. Además, gran parte del personal es femenino, por lo que presentan cargas de cuidado adicionales, por lo que será necesario adecuarse a sus tiempos .

Durante el levantamiento de información, en conjunto a los entrevistados, se pudieron identificar tres tipos de perfiles de profesionales. Estos perfiles varían en cuanto a su apertura al cambio de modelo y fueron denominados: “Escéptico”, “Espera y ve” y “Listo para actuar”. La propuesta si bien se presenta como un apoyo para este último, ya que es alguien que ya está interesado, busca también poder capturar a los otros dos usuarios. En el Diagrama **XXXXXXX** se detallan las características de cada uno.

### PERFILES DEL PERSONAL DE SALUD MATERNA

Más abierto al cambio



Menos abierto al cambio

#### Listo para actuar

Cree fielmente en la necesidad de personalizar la atención y quiere trabajar para mejorar su situación en su hospital. Es un actor clave dado que está listo para empezar.

#### Espera y ve

No tiene una posición clara con respecto a los modelos de atención, por lo que puede ser potencialmente alguien que se mantenga al margen o un usuario que se motive. Probablemente no se exprese en grupos grandes, pero sí cuando son menos.

#### Escéptico

Está abiertamente en contra del cambio. Aún así, podrían ser clave dado que su resistencia puede entregar luces de dónde falta actuar. Será necesario entender su experiencia y preocupaciones.

## Propuesta de valor

La metodología presenta una nueva forma de gestionar la transición a la atención personalizada, proponiendo una estrategia que empodera al equipo a ser quien genere el cambio.

Durante este proceso se incentiva que el equipo reflexione, intercambie conocimiento y genere acciones concretas para mejorar su atención. En consecuencia, se espera que la experiencia en sí misma sea un motivador para aumentar el compromiso del equipo con el cambio y, por ende, hacer el cambio sostenible en el tiempo.

Se propone como un método de transición, que si bien reconoce sus límites, es capaz de hacer que los profesionales abran la mente a lo posible, sacándolos de la idea de que en la salud pública no se puede hacer nada.

Además, presenta una manera eficaz de generar cambios, dado que al ser los profesionales que interactúan diariamente con el servicio los que definen qué se debe priorizar, permite generar cambios necesarios y sensibles al contexto particular.

La metodología no busca la innovación en el sentido de generar algo disruptivo, sino que busca cambiar el estado actual a uno mejor, por medio de cambios factibles y rápidos de implementar, significando una mejora en la calidad de atención para las mujeres y familias, y por ende para el hospital.

---

# **DESARROLLO PROYECTUAL**

---

## Levantamiento de información

Para adentrarse en el ámbito de la atención materna personalizada, además de la revisión bibliográfica, descrita en el marco teórico, se realizó entrevistas de profundidad con diferentes profesionales del área de salud materna y expertos en el modelo de atención personalizada.

A continuación se presentan las actividades realizada y los principales hallazgos obtenidos.

### EXPO-HOSPITAL

Uno de los momentos clave de la investigación fue la participación en la Expo Hospital 2023, dado que permitió ver que efectivamente el sistema de salud y el diseño están cada vez más cerca.

La Expo Hospital es el mayor encuentro de la industria de la salud, donde se presentan los avances y se discute sobre el futuro del sector. Durante el evento, se tuvo la oportunidad de asistir a diversos paneles que abordaron temas relacionados con la calidad en la atención y el enfoque centrado en el paciente. Esta experiencia permitió detectar las nuevas tendencias y entender tanto del contexto actual como hacia dónde se dirige la salud pública.

En relación con la investigación, se destacan tres tendencias del área de salud pública:



Figura 11: Encuentro Expo Hospital 2023. Exposalud, 2023.

*Cada vez hay más conciencia de que la atención del paciente va más allá de los resultados médicos, reconociendo que el trato personal impacta significativamente en la experiencia.*

*Ya están adoptando conceptos como experiencia de usuario, viaje de usuario y personas tipo. Por lo que, contrario a lo que se suponía, el enfoque del diseño de servicio no es tan ajeno.*

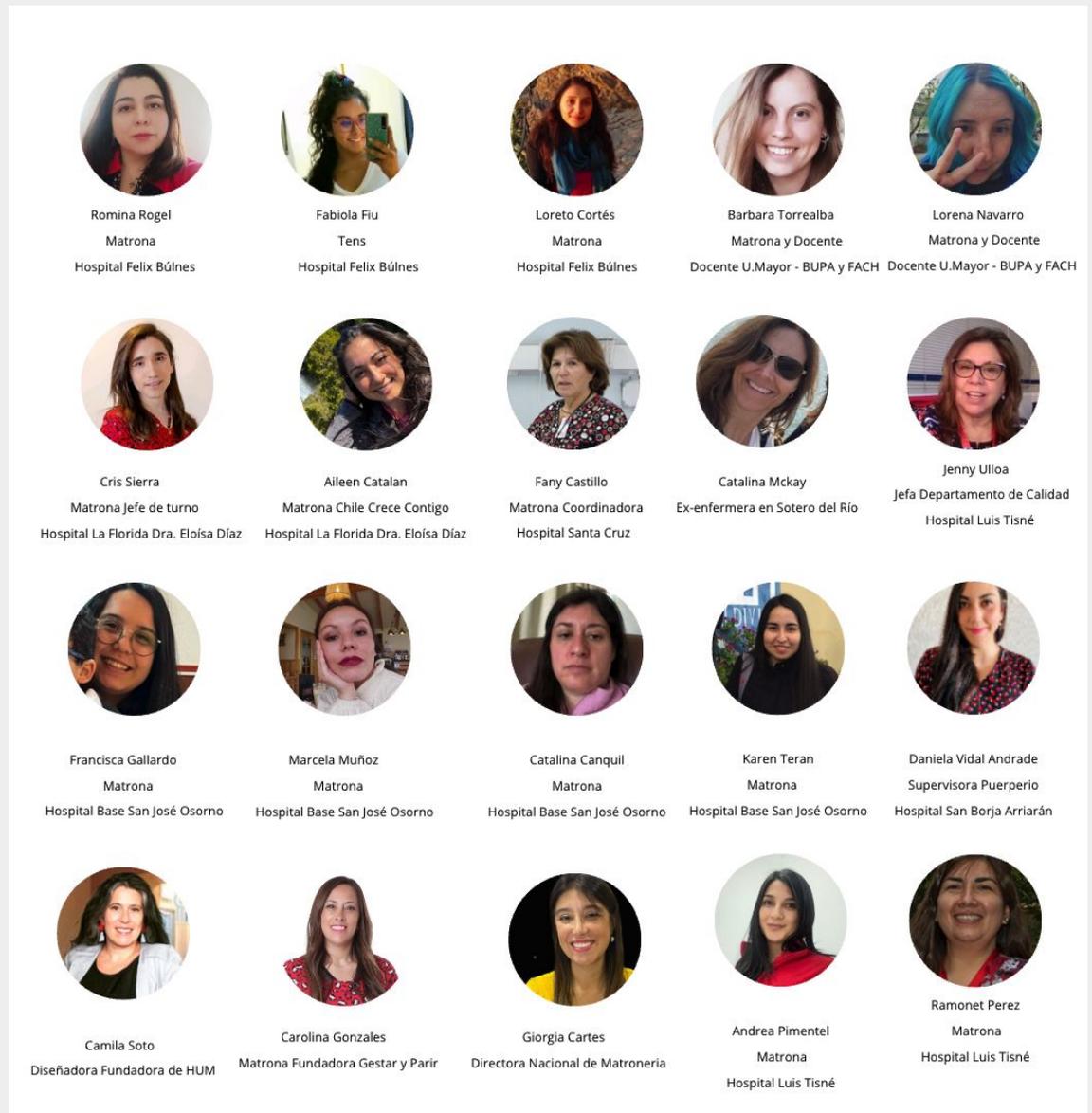
*Se promueve visión sistemática y que para el cambio se debe avanzar en conjunto, involucrando desde el guardia hasta el médico.*

## ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE SALUD

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a 18 profesionales de salud del área pública, algunas fueron individuales y otras grupales. Estas entrevistas tuvieron dos objetivos:

1. En primer lugar, se quería entender mejor al usuario clave y conocer su postura y experiencia con el modelo.
2. En segundo lugar, se buscó conocer las estrategias que implementan actualmente los equipos para realizar cambios e implementar el modelo de atención personalizado, con el fin de identificar su “diseño difuso” (Manzini, 2015) y entender mejor el contexto.

A continuación se detallaran los hallazgos obtenidos..



## MAPA HALLAZGOS PRINCIPALES

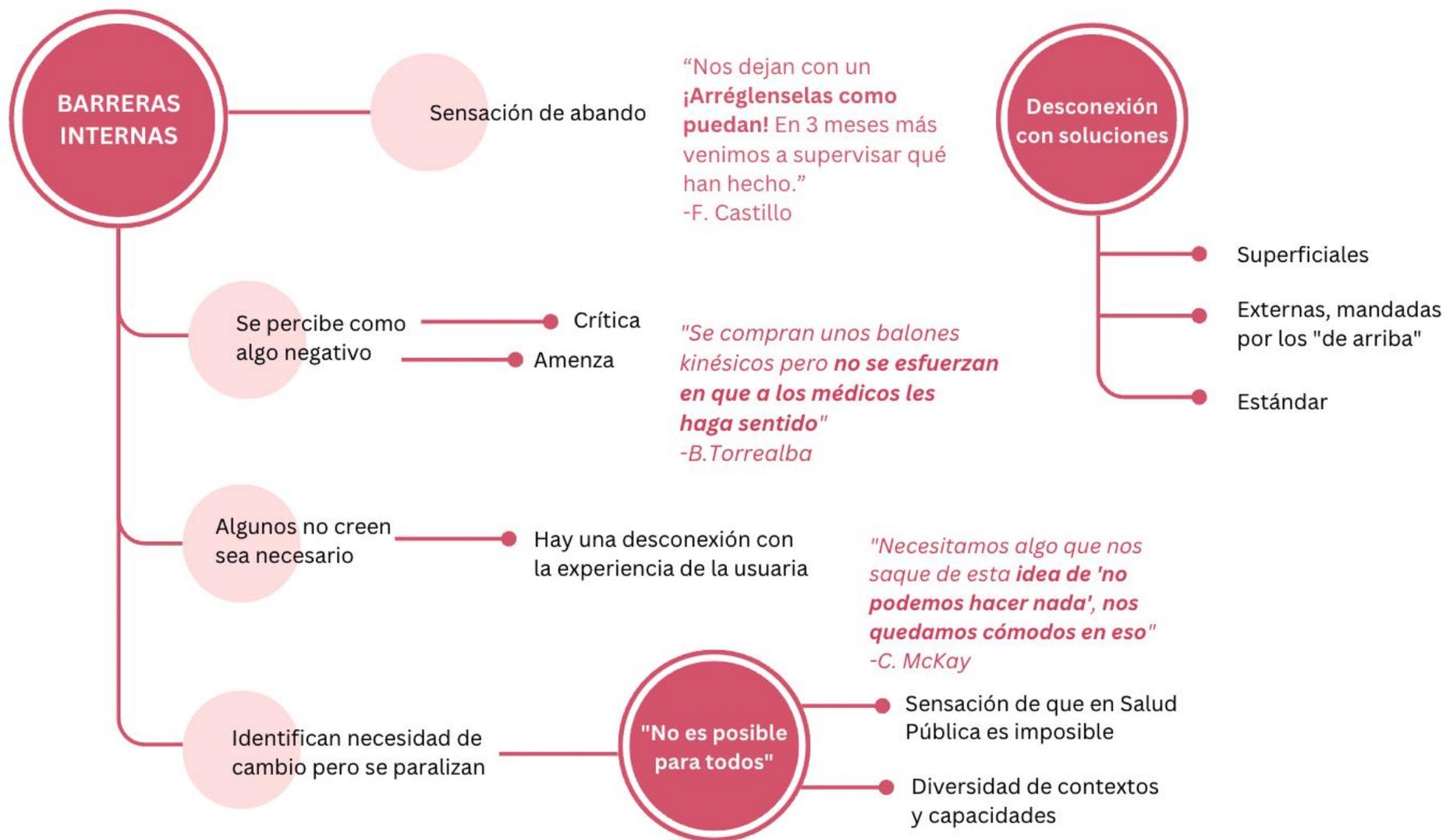


Figura 12: Mapa hallazgos principales, barreras internas. Elaboración propia.

## GENERACIÓN DE CAMBIO

En las entrevistas los profesionales hablan de la “generación de cambio”, aludiendo a que las nuevas generaciones de profesionales vienen con un nuevo currículum y una nueva forma de entender la calidad en la atención.

Si bien este concepto alude a los más jóvenes, se afirma que han visto “buenas transformaciones” de personas que fueron educadas en el currículum más tecnocrático, y que mediante capacitaciones y educación han cambiado su manera de atender.

Sin embargo, se afirma que ser de esta nueva generación no siempre te salva de no convertirte, dado que como dice Cris (comunicación personal, 13 de septiembre): “Yo vi como matrones jóvenes se transformaban en pequeños monstruitos maltratadores de pacientes solamente por un tema de salud. O me uno y hago lo que hacen para validarme socialmente o finalmente me termino yendo”.

## SOLUCIONES EXTERNAS DESCONTEXTUALIZADAS

Se menciona que muchas de las recomendaciones se rechazan por la sensación de que es un modelo impuesto por “los de arriba”, y que es ajeno a su contexto, por lo que se presentan como un desafío para los hospitales y no como un apoyo.

## SENSACIÓN DE ABANDONO

En las entrevistas se habló mucho sobre una sensación general de abandono por parte de las autoridades, dado que les mandan leyes, protocolos, pero no un apoyo efectivo por lo que en la práctica se enfrentan solos al tener que aplicar el modelo.

## CAMBIOS CHICOS PARA LOGRAR ALGO GRANDE

Se habla de que muchas veces para un buen trato e implementar el modelo se necesitan cambios pequeños, que impactan enormemente en la atención de la mujer.

## DIAGNÓSTICO DE ESTRATEGIAS ACTUALES

Para conocer sus estrategias de implementación de cambios actual, se les pidió a las entrevistadas que hablaran sobre alguna experiencia específica y explicarán el flujo de acciones que se tomaron para llevar a cabo.

De estas conversaciones surgieron varios relatos sobre cómo han implementado las nuevas leyes, cosas que habían hecho en pandemia, estrategias que usan para promover la atención personalizada en contextos resistentes, entre otros.

Si bien las estrategias de cada hospital varían, fue posible detectar ciertos patrones en la experiencia de los equipos, que permitieron hacer una síntesis de estrategias.



### RESPUESTAS REACTIVAS

Se habla de que en los hospitales suelen estar entre la espada y la pared por lo que se recae en "Soluciones Parche". No se hace un análisis del contexto ni se priorizan problemáticas, razón por la que muchas veces no se usa de forma eficiente los recursos disponibles.



### NO HAY UNA MIRADA SISTEMÁTICA

Los eventos adversos y los reclamos se tratan de forma aislada, con la persona o el turno involucrado, no como un problema sistemático.



### CAMBIOS DESCONTEXTUALIZADOS

Los cambios han sido por exigencias externas o desde jefaturas. En ambos casos, son estas últimas las que toman las decisiones y se hacen cargo de imponer cómo se aplica. No se incluye la voz del personal ni de las pacientes. En consecuencia, muchas mejoras no son adoptadas por estos usuarios.



### AUTOGESTIÓN

Los mismos equipos muchas veces son quienes se hacen cargo de resolver problemas y financiar recursos como guateros, aromaterapia, balones, crear guías de apoyo, trípticos informativos, etc.



### **FALTA DE ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN**

Los cambios implementados carecen de una estrategia de adaptación para el personal, que facilite e incentive su aplicación. Tampoco hay espacios de reflexión para entender el por qué es importante. Simplemente se comunican.



### **COMPARTIR ESTRATEGIAS CON PARES**

Hay un intercambio de ideas y soluciones en las reuniones con las direcciones regionales. Al ser hospitales que están en situaciones similares, se hacen recomendaciones mutuamente de lo que les ha servido y lo que no.



### **ESTRATEGIAS DE PERSUASIÓN**

Los profesionales que trabajan en entornos hospitalarios con equipos que no están a favor de personalizar la atención desarrollan estrategias de persuasión para impulsar cambios. Esto mediante propuestas que generan beneficios para el hospital, mejorando la eficiencia en el uso de recursos, reduciendo costos y/o incrementando la preferencia de las mujeres por elegir el hospital.

## ENTREVISTA HUM CHILE

Esta reunión tuvo como objetivo conocer el trabajo que realiza HUM, organización que entrega servicios de asesoría y capacitación a centros de salud para que implementen el modelo de atención personalizada. Participó Camila Soto, diseñadora y Fundadora de HUM, y con quien se conversó sobre su experiencia y se le presentó la idea conceptual del proyecto para recibir feedback. De esta experiencia se rescatan los siguientes hallazgos:

### TENER UN ACERCAMIENTO EMPÁTICO

Hay que considerar que la atención personalizada es un modelo que muchas veces puede sentirse como una crítica a todo lo que han hecho hasta ahora por lo que es importante generar espacios en que los profesionales se sientan cómodos para hablar y compartir sus dudas.

### NO ES UNA RECETA, SER SENSIBLE AL CONTEXTO

No se pueden crear protocolos para el cambio, dado que cada contexto es distinto. Es necesario entender quién es el equipo, cuales son sus intereses, sus preocupaciones, sus miedos, sus objeciones, sus pero, y a partir de esos trabajar. Además, cada realidad es distinta por los recursos, infraestructura, protocolos y la misma comunidad que atienden.

### HACER QUE BUSQUEN LAS CAUSAS Y NO SE QUEDEN CON LAS SEÑALES

Es necesario que no se queden con las primeras barreras que encuentren, porque muchas veces pueden estar tratando síntomas de una causa más profunda. Hacer que se cuestionen es necesario para generar cambios.

### LLEVAR A LA ACCIÓN

Hay muchos profesionales que ya entienden la necesidad del cambio y conocen las reglas pero no saben cómo hacerlo o no se sienten capaces. “Muchos profesionales sienten que por su contexto específico no se puede, entonces se quedan en una **etapa de quiero pero no puedo**”

“

*Tienes que cachar qué es lo que están hablando, cuál es el contexto, la cultura, el paradigma, la historia, el caso clave, porque es como “no aquí hace diez años llegó una señora..” y todos saben la historia de la señora Carmen de tal año, se tiene que tratar de cerca, hablar directamente, conocerse.”*

---

Camila Soto (Comunicación personal, 13 de Septiembre de 2023)

## Testeos e iteraciones

La metodología y sus herramientas son el resultado de un proceso de co-creación con diferentes personas, que fueron entregando retroalimentación tanto desde sus perspectivas profesionales como de su experiencia utilizando las herramientas en los testeos. Este enfoque colaborativo permitió ir iterando el proyecto para lograr que se adapte a las necesidades reales de los usuarios.

Durante estos testeos, se puso a prueba la estructura de la metodología y la funcionalidad de las herramientas para lograr que el equipo comparta, conecte y ordene su conocimiento, y que a partir de esto logre encontrar oportunidades factibles para su contexto específico.

El proceso de prototipado se dividió en dos fases. La primera tuvo como objetivo poner a prueba la etapa de diagnóstico, con el fin de tener una mirada amplia de las posibles barreras y facilitadores que surgirían en el uso de la metodología, para entender así qué herramientas eran necesarias. Por esto mismo, se buscó trabajar con distintos equipos de maternidad y se trabajó en formato remoto con grupos de los hospitales de Osorno, Félix Bulnes y Santa Cruz.

En esta primera fase se utilizaron técnicas de prototipado rápido para comenzar a validar hipótesis y disminuir los

niveles de incertidumbre. Por esto mismo, las herramientas fueron simples y a partir de los hallazgos obtenidos se pudo avanzar en su formalización, afinando progresivamente los detalles del proyecto. Prototipar de esta forma permitió que los testeos se convirtieran también en instancias de co-creación con los profesionales de salud.

A partir de esta primera fase, se reformuló la metodología y sus herramientas, y se puso a prueba el proceso de manera secuencial con un grupo del Hospital Luis Tisné, con quienes se trabajó en cinco sesiones de forma presencial y remota.

En paralelo a estos testeos, se llevaron a cabo reuniones con profesionales tanto del área de la salud como del diseño de servicios, con el objetivo de recibir retroalimentación e ir validando ciertas decisiones.

Al ser un servicio complejo con muchas etapas, se fueron priorizando y seleccionando ciertos puntos de contacto y momentos que permitieran probar las actividades claves para el desarrollo de la propuesta.

A continuación se presentan las actividades realizadas y los principales hallazgos obtenidos.

## SESIÓN DE TESTEO Y CO-CREACIÓN

---

Tomando en cuenta los descubrimientos obtenidos en el levantamiento de información, se formuló una propuesta metodológica preliminar y se realizó una instancia de testeo y co-creación con dos profesionales para conversar sobre qué debería considerarse en cada etapa.

---

### OBJETIVO

Evaluar y definir en conjunto qué actividades deberían suceder en cada etapa, reconociendo estrategias que vengan del mundo de la salud.

### PARTICIPANTES

Barbara Torrealba y Lorena Navarro, ambas matronas y docentes de la Universidad Mayor, que han trabajado en instancias de implementación de mejoras con foco en la atención personalizada.

### MÉTODO

Sesión online en la que se utilizó la plataforma web Miro. Por medio de una lluvia de ideas, se definió qué debería considerarse en cada etapa. Para guiar la conversación se preparó una pauta de preguntas y posterior a la primera revisión de todas las etapas se presentaron herramientas de diseño y se definió en conjunto en qué etapa podrían utilizarse. Además, en esta sesión se revisó el resumen de lineamientos rescatados de la OMS, con el fin de validarlos.

### PAUTA DE PREGUNTAS

1. ¿Qué actividades serían necesarias?
2. ¿A quién es necesario incluir?
3. ¿Cuál debería ser el orden de cada una de estas actividades?
4. ¿Cómo medirías el desempeño del cumplimiento de esta etapa?
5. ¿En qué modalidad debería ser?

## HALLAZGOS PRINCIPALES

### NECESIDAD DE COMENZAR CON UNA VISIÓN COMÚN

Antes de empezar es importante construir una visión común para alinear al equipo y establecer una posición compartida sobre lo que se quiere alcanzar. Además, será un desafío sacarlos de la posición de “Así son las cosas”, por lo que es importante ayudarlos a que abran su mente. A partir de esto se define la necesidad de una herramienta que los haga imaginar más allá de su realidad.

### HERRAMIENTAS DE DISEÑO PARA NO-DISEÑADORES

Como en esta reunión se presentaron herramientas de diseño, se pudo ir entendiendo cómo se acercaban a lo que ellas conocían y se fueron proponiendo ideas para acercarlas más al mundo de la salud. Por ejemplo, al hablar de “Perfiles de persona” se mencionó que podría ser difícil que el personal llegue a ideas tan concretas sin una actividad previa, contando su propia experiencia en talleres, y recomendaron una lluvia de ideas, para permitir que durante el intercambio de experiencias salgan temas más complejos. En conjunto, se definieron 11 variantes para guiar el debate sobre sus pacientes, considerando algunas más amplias que permitan comenzar y otras que ayudaran a pensar en la paciente más allá del hospital.

### INCLUIR DIVERSIDAD DE EXPERIENCIAS

Se sugiere establecer como requisito que los grupos formados durante las sesiones no sólo incluyan a individuos de distintas disciplinas, sino también de distintos turnos. Esto aludiendo a que cada turno tiene estrategias y dinámicas que condicionan el cómo trabajan, por lo que permitirá obtener perspectivas más diversas sobre lo que realmente sucede en el hospital y, de esta manera, potenciar el debate.

### GENERAR UN ENTREGABLE

Se conversa sobre que el final de la metodología debiera ser un registro de la propuesta y lo que se debe hacer para lograrla, generando un entregable ya sea para jefatura o para postular algún fondo o buscar asociaciones para financiarlo de ser necesario.

### CONTROLAR SESGOS

Es importante que los participantes sean conscientes de sus propios sesgos y que durante el proceso se les inste a identificar qué pueden ser suposiciones y que será necesario comprobar con las pacientes u otros profesionales que no estén participando, dado que si bien el personal es alguien experto también está condicionado por su propia experiencia.

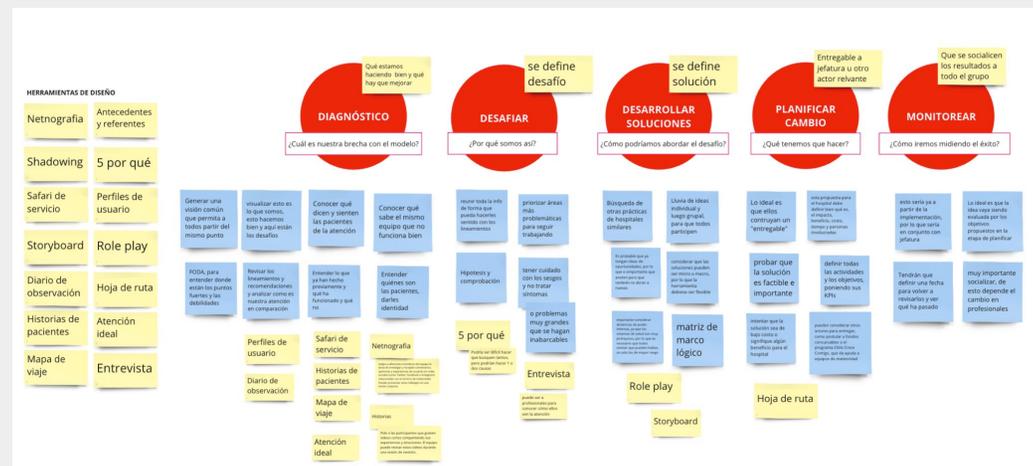


Figura 13: Registro de resultados sesión de prueba y co-creación. Elaboración propia.

## SISTEMATIZACIÓN

A partir de esta sesión, se homologó las últimas dos etapas, se definió el objetivo de cada una y se hizo una bajada preliminar de las herramientas que se podrían utilizar en cada una, con el fin de comenzar a poner a prueba herramientas.

ETAPA	Objetivo	Herramientas posible	Resultado
<b>Diagnóstico</b>	Entender cuál es su brecha con el modelo y dónde quieren llegar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención ideal</li> <li>• Perfiles de pacientes</li> <li>• Mapa de viaje</li> <li>• Observación</li> <li>• Netnografía pacientes</li> <li>• Historias pacientes</li> </ul>	Escenario inicial de barreras y facilitadores.
<b>Desafiar</b>	Entender por qué funcionan así	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de priorización barreras</li> <li>• Árbol de causas y efectos</li> <li>• Generar hipótesis y resolverlas mediante entrevistas</li> <li>• Desafío</li> </ul>	Desafío.
<b>Desarrollar soluciones</b>	Buscar oportunidades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar antecedentes</li> <li>• Lluvia de ideas</li> <li>• Roleplay / storyboard</li> </ul>	Propuesta de mejora.
<b>Planificar cambio</b>	Definir acciones y cómo se monitorea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de marco lógico</li> <li>• Modelo de factibilidad</li> <li>• Hoja de ruta</li> </ul>	Hoja de ruta entregable que declara acciones y cómo se debería monitorear.

Figura 14: Propuesta metodología rediseñada. Elaboración propia.

## LINEAMIENTOS MODELO PERSONALIZADO

Gestante y su familia enfrentan el proceso bien informados.

La gestante participa activamente en la toma de decisiones.

Acompañante involucrado y activo.

Comodidad y satisfacción.

Consideramos factores emocionales y sociales en la atención.

Respeto y privacidad.

El equipo está comprometido y capacitado.

Existe una relación horizontal entre gestante y personal de salud.

Estamos abiertos a modelos o prácticas complementarias de atención de salud.

Intervenimos y usamos tecnología sólo cuando es necesario

Figura XX: Lineamientos definidos a partir de las recomendaciones de la OMS. Son usados para guiar la conversación en los testeos. Elaboración propia.

## TESTEO 1: EXPLORACIÓN DE HERRAMIENTAS

A raíz de la sesión de co-creación, se definieron las primeras herramientas y se contactó a un grupo de profesionales del Hospital Félix Bulnes, que habían participado en las entrevistas.

### OBJETIVO

Evaluar funcionalidad de las herramientas como método para generar intercambio de conocimiento e identificar el tipo de barreras que encuentran.

### PARTICIPANTES

2 Tens  
2 Matronas

### MÉTODO

Sesión online utilizando Miro. Se definieron tres actividades que se querían prototipar:

1. Atención ideal
2. Definición de la persona: Lluvia de ideas y definición de perfiles.
3. Mapa de viaje: encontrar barreras y facilitadores de cada etapa.

Se tomó el rol de mediador y se encargó de ir anotando en los post- it.

### DURACIÓN

1 hora 20 min

## HALLAZGOS PRINCIPALES

Definir perfiles de paciente permitió que las participantes reflexionaran sobre su comunidad usuaria, y a que se generarán debates interesantes como “no estamos avanzando juntas”.

Si bien la dinámica de la 'atención ideal' facilitó que compartieran su visión personal, se evidenció que la noción de 'ideal' no fue tan alcanzable. Se llegó a áreas más comunes y cercanas a su realidad.

El mapa de viaje efectivamente funcionó como un tablero para comenzar conversaciones, pero la guía del facilitador fue necesaria para que las participantes profundizaran sus análisis.

A partir del primer testeo, se pudo dar cuenta que se había perdido un aspecto crucial que había sido muy relevante en la etapa de entrevistas: comprender cuál era la postura de la persona frente al cambio, sus motivaciones y preocupaciones.

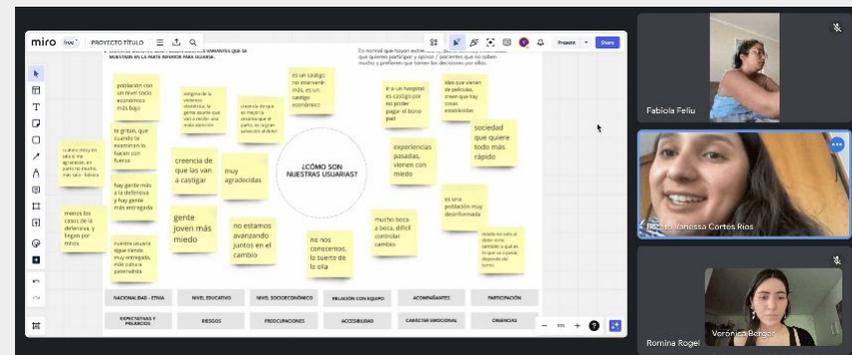


Figura 15: Sesión de testeo realizando actividad 1 ¿Cómo son nuestras usuarias?. Elaboración Propia

## TESTEO 2: EXPLORACIÓN DE HERRAMIENTAS

Se contactó con profesionales del Hospital de Osorno, y se aplicaron nuevamente herramientas del diagnóstico, sumando una etapa previa para la que se diseñaron cartas de reflexión, que tienen como objetivo que cada participante comparta sus motivaciones, preocupaciones y postura frente al cambio.

### OBJETIVO

Evaluar funcionalidad de las herramientas como método para generar intercambio de conocimiento.

### PARTICIPANTES

4 Matronas

### MÉTODO

Sesión online utilizando Miro. Se definieron cuatro actividades que se querían prototipar:

1. Cartas de reflexión
2. Definición de la persona:
3. Lluvia de ideas más perfiles.
4. Mapa de viaje: encontrar barreras y facilitadores de cada etapa.

### DURACIÓN

1 hora 40 min

*“Me encanta sentir que pensamos igual, porque a veces uno piensa que es uno contra el mundo y en verdad hay más gente que está igual y quiere hacer cambios y que le interesa el paciente” (Francisca Gallardo)*

## HALLAZGOS PRINCIPALES

Inicialmente, se había pensado que las cartas de reflexión debían tener un propósito utilitario, generando información para reemplazar, por ejemplo, el análisis FODA. Sin embargo, tras la sesión, se pudo comprender que su valor radica en su capacidad de iniciar conversaciones significativas y ayudar a establecer el tono de la sesión, permitiendo que los participantes entren en confianza.

Además, en esta sesión en el momento de despedirnos, de forma autónoma las participantes reflexionaron sobre la relevancia de estas instancias y estaban agradecidas

*“Nosotras trabajamos las cuatro juntas y la verdad es que cuando las escuchaba hablar yo pensaba...no siempre hablamos estos temas y la verdad es super interesante escucharlas y saber cómo piensan y lo que sienten, yo creo que nos refuerza caleta como equipo” (Marcela Muñoz)*

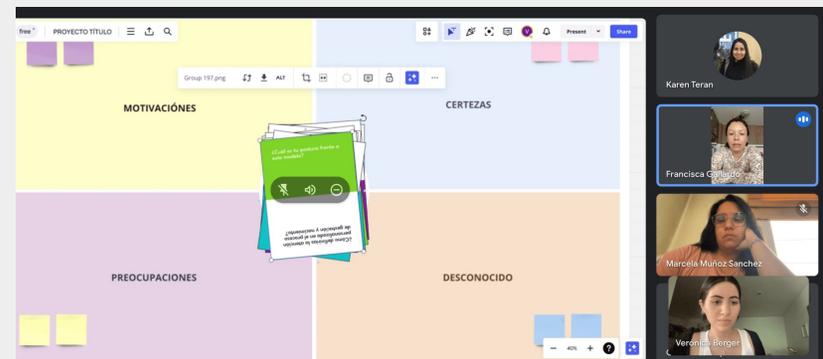


Figura 16: Sesión de testeo realizando actividad 2 ¿Cómo son nuestras usuarias?. Elaboración Propia

## TESTEO 3: EXPLORACIÓN DE HERRAMIENTAS

---

A partir de los primeros dos testeos, se rediseñó algunas etapas y se contactó con el Hospital de Santa Cruz por medio de la coordinadora de matronas, Fany Castillo. Dado que fueron 3 sesiones, se pudo testear varias herramientas e ir ajustando entre sesiones.

---

### OBJETIVO

Evaluar funcionalidad de las herramientas como método para generar intercambio de conocimiento.

### PARTICIPANTES

2 Matronas  
2 Tens

### MÉTODO

Sesión online utilizando Miro. Se probaron cuatro herramientas:

1. Cartas de reflexión
2. Definición de la persona: Lluvia de ideas más perfiles.
3. Definir atención ideal y los lineamientos.
4. Mapa de viaje: encontrar barreras y facilitadores de cada etapa.
5. Fichas para conectar información.

En esta oportunidad, se les enseñó a usar Mural, herramienta de trabajo colaborativo online, y dos de las participantes contribuyeron a ir rellenando.

### HALLAZGOS PRINCIPALES

En la segunda sesión, luego de haber hecho el mapa de viaje y pasar a la etapa de priorización de barreras, se pudo dar cuenta que esta etapa era muy precipitada dado que se priorizaron barreras sin tener una idea clara de si eran o no abordables por el equipo. Esto ya que no se estaba generando una conexión entre facilitadores y barreras, por lo que se elegía a "ciegas" que era lo que podían o no abordar.

Sumándose a esto, si bien el mediador utilizaba los lineamientos para ir guiando el debate en el mapa de viaje, la metodología no estaba logrando que los participantes visualizaron cuáles eran las barreras y facilitadores con respecto a estos, ya que quedaban desconectados, por lo que no se llegaba a alcanzar una conclusión de qué están haciendo bien, qué tienen que mejorar y dónde hay recursos para poder hacerlo.

Ante este quiebre, entre la sesión 2 y 3, se decidió diseñar una nueva herramienta que permitiera que, una vez que el equipo haya terminado de levantar la información del diagnóstico pueda ordenarla y conectarla con los lineamientos, para así visualizar su brecha.

Para el diseño se usó como referente una herramienta de Urbanbat que usa fichas en forma de hexágonos para ayudar a que las personas conectan visualmente su información.

Además, se decidió homologar algunos pasos, y sumar a este cruce de información la búsqueda de antecedentes y definición de oportunidades, dado que se quería probar si se lograba simplificar y hacer más dinámicos estos pasos por medio de esta herramienta. Se diseñaron 5 fichas, con los 8 lineamiento pre-escritos y las demás rellenables:

- Lineamientos
- Barreras
- Facilitadores
- Inspiración
- Oportunidades

A cada ficha se le asignó un icono y un color, con el fin de que estos contribuyan al análisis, ya que si hay solo verde alrededor de un lineamiento eso permite entender que es algo que se está haciendo bien, si hay solo rojo es un lineamiento que hay que trabajar, y si hay de los dos colores significa que hay formas abordables de trabajarlo ya que hay recursos.

## HALLAZGOS PRINCIPALES

Esta actividad resultó ser fácil de implementar y, en las propias palabras de los participantes, fue “entretenido”.

Además, el hecho de que tuvieran que crear las conexiones incentivó el debate entre los profesionales, por lo que surgieron buenas reflexiones y nuevos facilitadores y barreras.

En cuanto a las otras fichas, una vez que los participantes ya habían conectado todas sus barreras y facilitadores con los lineamientos, se les dio 20 minutos para que buscaran inspiración, en redes sociales e internet. Esta actividad funcionó bien, aunque también permitió entender que la inspiración podía venir de casos que ellos conocieran por experiencias pasadas y de los mismos antecedentes del hospital.

Por último, los participantes tuvieron que detectar oportunidades. Esta ficha era la que más se tenía dudas previo al testeo, dado que reemplaza el proceso que originalmente se tenía planificado en la metodología que era hacer la pregunta de desafío y la lluvia de ideas. Pero en la práctica resultó bien, ya que más que oportunidades disruptivas, el equipo definió oportunidades factibles a partir de sus facilitadores y los casos que vieron de hospitales similares al suyo.



Figura 17: Resultado de actividad Testeo 3. Elaboración Propia.

## Conclusiones de la primera etapa

---

Si bien las herramientas lograron que los grupos intercambiarán conocimiento e identificaron facilitadores y barreras de manera efectiva, esta primera etapa permitió definir varios requerimientos para su rediseño.

---

### NUEVO ENFOQUE

El quiebre ocurrido en el caso de Santa Cruz reveló que era necesario adecuar mejor la metodología al usuario. A partir de esto, fue posible cuestionar lo que realmente se necesitaba para alcanzar el objetivo de la metodología.

Además, las barreras identificadas por los equipos permitieron darse cuenta de que el proceso, en lugar de conducir a la innovación, permitía al grupo visualizar muchas oportunidades prácticas y fáciles de implementar, por lo que no era necesario una etapa de desafío y lluvia de ideas.

### NECESIDAD DE UN MEDIADOR

Aunque la intención de este proyecto es que esté disponible para su libre uso y descarga en el sitio web, y pese a que las herramientas lograron el objetivo de que los profesionales identificaran sus facilitadores y barreras para implementar el modelo personalizado, se advirtió que el rol del mediador era clave para guiar la conversación, y que habían grupos que estaban menos preparados para enfrentar este tipo de actividades por lo que necesitaban un mayor apoyo..

### PERSONALIZAR LOS LINEAMIENTOS

Dado que la premisa del proyecto es que el equipo pueda implementar su atención en base a su propio contexto, se cuestiona el hecho de que tengan que seguir lineamientos externos. Además, se estaba perdiendo la atención ideal que ellos habían definido, por lo que se decide conectar esta actividad y que construyan sus propios lineamientos a partir del cruce de lo que ellos consideran importante y los lineamientos del modelo y definan solo 5. Además se evaluó su formato, que nuevamente era lluvia de ideas y post-it, un método que no conectaba con el objetivo de ser una actividad inspiradora, que abriera la mente a lo posible. Dado esto se decidió reformular la actividad.

### A VECES LOS SÍNTOMAS SON MÁS ABORDABLES

Si bien en un principio se criticaba que muchas veces los hospitales se hacen cargo de síntomas y no del problema de fondo, se dio cuenta que más que centrarse en si algo es un síntoma o la causa mayor, lo relevante es detectar dónde el equipo tiene poder de acción, dado que como se vio en el grupo de Santa Cruz, el problema de fondo es la falta de personal (plata y menos profesionales en zonas rurales), cosa que es difícil de abordar de manera rápida para solucionar los problemas que afectan ahora, por lo que se decide abordar un síntoma que es que el personal no tiene tiempo para estar con la mujer en su trabajo de parto, por lo que sus opciones de alivio no-farmacológico no se están usando.

## Sesiones de validación: Salud y Diseño

---

Luego de esta primera etapa de testeos se rediseñó la estructura de la metodología y sus herramientas y se decidió hacer sesiones de validación nuevamente con las matronas y docentes Lorena Navarro y Barbara Torrealba, y además se tuvo reuniones individuales con las docentes Catalina Hepp y Mercedes Rico, para recibir retroalimentación desde el área del diseño de servicios. A partir de estos encuentros se rescatan los siguientes hallazgos:

---

### NECESIDAD DE UN CIERRE

Se recomienda incorporar un cierre que destaque el trabajo realizado por los participantes durante las sesiones. Este espacio permitirá a los participantes presentar sus propuestas finales y reflexionar sobre la experiencia, con la presencia de personas invitadas que no participaron en el proceso, incluyendo tanto a jefaturas como a otros colegas. Se sugiere que el facilitador comparta fotografías del proceso, brindando a todos una visión clara de cómo iniciaron y culminaron, lo que les ofrecerá una comprensión detallada de cómo pueden desempeñar un papel crucial como agentes de cambio dentro del equipo.

### EL VALOR DEL REGISTRO

Las herramientas actúan tanto como guía como registro valioso para el equipo. Se plantea que es un recurso que permite al equipo volver si quieren iniciar un nuevo proceso y también que mientras trabajan, están generando datos para la dirección. Por esta razón, aunque inicialmente se había contemplado ofrecer métodos alternativos para aquellos que prefirieron la versión análoga que no requirieron imprimir todo el material, se concluyó que el registro completo tenía un valor intrínseco, justificando así su utilización.

### VALIDACIÓN DEL MONITOR

Aunque se reconoce la importancia de brindar la opción de que la metodología sea autosugestionada, es necesario tomar medidas para prevenir su uso incorrecto. Además, considerando al usuario, se destaca la necesidad de no aumentar su carga y también se considera que debido a las dinámicas internas, podría resultar complicado que alguien del equipo asuma la responsabilidad de mediador.

# Re-diseño metodología

A partir de lo visto en los testeos se reformula la metodología, se vuelven a reformular las etapas, ahora con nombres inspirados en el proceso de gestación, y se dinamizan y simplifican varias actividades, para comenzar con la segunda fase de prototipado.



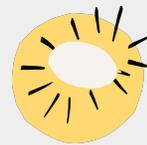
Fase 0:  
Romper la bolsa

- Cartas de reflexión



Fase 1:  
Diagnóstico

- ¿Quiénes son nuestras pacientes?
- Atención ideal
- Lineamientos
- Nuestra historia
- Nuestra atención
- ¿Necesitamos averiguar algo?



Fase 2:  
Alumbramiento

- Conectar información
- Inspirarse
- Oportunidades



Fase 3:  
Gestación del cambio

- Priorizar
- Evaluar necesidades de la solución
- Mapa de acción y seguimiento

## Testeo prototipo de la secuencia de los instrumentos - Hospital Luis Tisné

El testeo con el Hospital Luis Tisné permitió poner a prueba toda la secuencia de las herramientas en un contexto real, en el que se tuvo que cumplir el rol de mediador, gestionar junto a la jefa de departamento de calidad Jenny Ulloa, trabajar con dos matronas que tomaron el rol de coordinadoras: Andrea Pimentel y Ramonet Pérez, formar un grupo e ir organizándose en conjunto para llevar a cabo cada sesión.

En consecuencia, esto permitió entender mejor cómo funciona la metodología en contexto y las necesidades de los equipos de maternidad.

### OBJETIVO

Testear secuencia de herramientas en un contexto real.

### PARTICIPANTES

- 5 matronas
- 4 tens

### MÉTODO

Se realizaron en total 5 sesiones, 3 presenciales y 2 online. Además, en dos de las sesiones presenciales se utilizó la modalidad híbrida, permitiendo que quienes tenían turnos diferentes pudieran conectarse.



Figura 18: Testeando prototipo de instrumentos 1. Elaboración propia



Figura 19: Testeando prototipo de instrumentos 2. Elaboración propia



Figura 20: Compartiendo hallazgos. Elaboración propia.

## PRINCIPALES HALLAZGOS

### MOMENTOS ¿POR QUÉ SOMOS ASÍ?

Las conversaciones permitieron llegar a varios momentos de quiebre, en el que por medio de la estrategia de los 5 por qué para ir profundizando las conversaciones se llegaban a puntos de “¿Por qué somos así?” dado que las respuestas a algunas barreras a veces eran tan simples como “Siempre ha sido así, pero no tiene por qué serlo”, esto permitió ir encontrando varios temas que no presentaban un gran desafío para cambiarlo, pero nunca se habían pensado antes.

### INCLUIR LA VOZ DE LA USUARIA

En conjunto se exploró cómo se podría incluir la voz de la usuaria, a partir de los sesgos que se habían definido. Si bien se les ofreció varias opciones, como entrevistas o videos, se ajustó en conjunto a lo que era viable que ellas realmente pudieran hacer. Resultó un método eficaz, ya que pudieron recolectar información rápidamente de 6 puérperas y no significó una carga adicional.

### VALIDACIÓN DE INTERÉS

Más allá de los hallazgos obtenidos en estas sesiones, una de las validaciones más importantes fue que existía un interés por conversar sobre sus experiencias y conocimiento. Esto se comprobó por el compromiso de los participantes, quienes incluso siendo una actividad que no era obligatoria participaba después de un turno de noche e incluso cuando algunas salieron de vacaciones, y por la calidad de las reflexiones que se generaron en torno a los factores que ellos reconocían como facilitadores y barreras para implementar una atención personalizada.



Figura 21: Sesión 1 Testeo equipo Hospital Luis Tisné. Elaboración propia.

## Herramientas en uso: Caso de estudio

A continuación, con el objetivo de apoyar la explicación de las herramientas, se utilizará el testeo con el grupo del Hospital Luis Tisné para mostrarlas en uso e ir explicando la lógica detrás de las decisiones de diseño que se tomaron para llegar a su forma final.

Para mostrar el caso, se solicitó permiso al equipo sólo con fines académicos.



## Fase 0: Romper la bolsa

### Tarjetas de reflexión

En esta nueva estructura, el primer paso fue partir con las tarjetas de reflexión, las cuales permitieron romper el hielo y poder empezar a conocer a las profesionales.

Esta es la única herramienta que no tiene asociada un registro, dado que es netamente para que los participantes hablen y compartan por experiencias y opiniones.

Se diseñaron para que en cada hoja se pudiera imprimir cuatro y con una forma cuadrada para ser fáciles de cortar.

Cada carta presenta dos preguntas; se recomienda comenzar por la sección blanca, que contiene preguntas más sencillas, antes de darle la vuelta y abordar una pregunta más desafiante.

Originalmente son 16 cartas, es decir 32 preguntas, y se considera disponer cartas editables para que los coordinadores puedan proponer temas atinentes de su contexto que les interese que su equipo converse.

En los tres testeos que se pusieron a prueba permitieron que las participantes entablaron conversaciones muy interesantes y comentaron que les había gustado mucho.

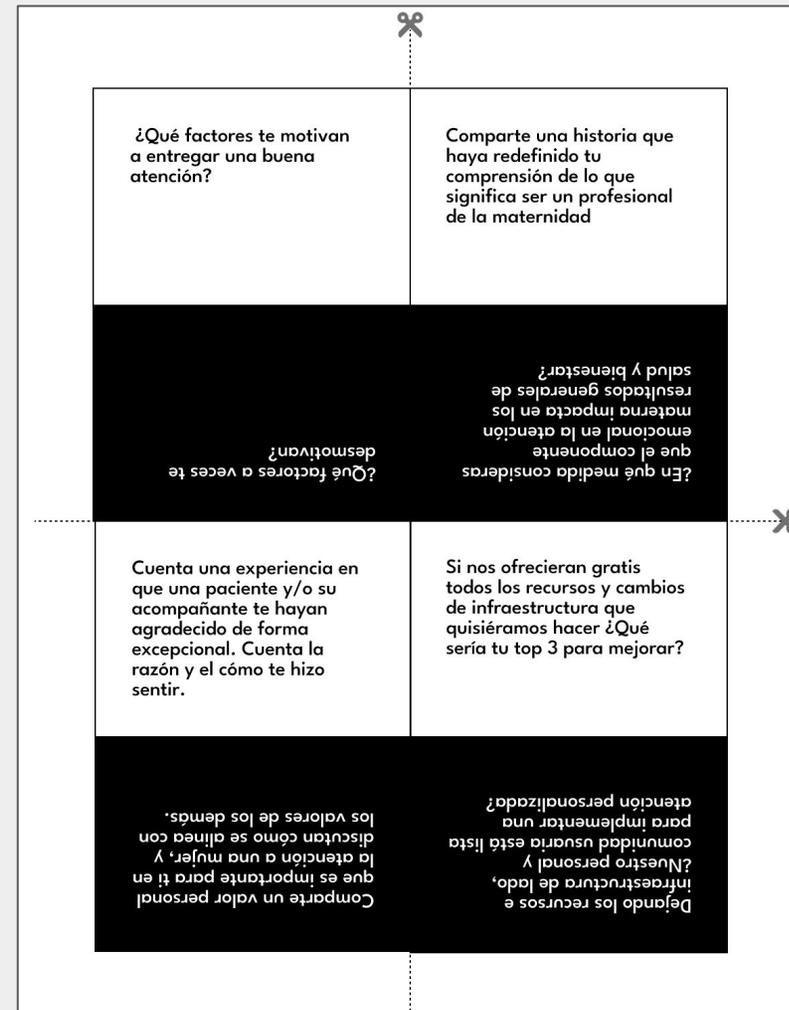


Figura 22: Tarjetas de reflexión “rompe hielo”. Elaboración propia.



## Fase 1: Diagnóstico

### ¿Quiénes son nuestros pacientes?

Esta actividad comienza con un primer vaciado grupal, en esta la hoja es “compuesta”, que quiere decir que son dos hojas juntas con el fin de hacer el formato más participativo.

Esta primera bajada es esencial ya que les permite ordenarse para luego hacer la bajada a 4 perfiles de paciente.

Las variantes que se entregan en la primera actividad permiten fomentar el debate.

1.1A ETAPA 1: DIAGNÓSTICO  
¿QUIÉNES SON NUESTRAS PACIENTES? FECHA

¿CÓMO SON LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS?

NACIONALIDAD - ETNIA	NIVEL EDUCATIVO	NIVEL SOCIOECONÓMICO	RELACIÓN CON EQUIPO	INFLUENCIAS	RED DE APOYO
EXPECTATIVAS Y PREJUICIOS	RIESGOS	PREOCUPACIONES	ACCESIBILIDAD	CARÁCTER EMOCIONAL	CREENCIAS

moper | Modelo para Personalizar la Atención al Paciente | www.moper.cl

Figura 23: Nuestras pacientes. Elaboración propia.

1.1B ETAPA 1: DIAGNÓSTICO  
CARACTERIZACIÓN PACIENTE CLAVE FECHA

NOMBRE

ATRIBUTO CLAVE

PEQUEÑA DESCRIPCIÓN

“ [Escribir frase representativa] ”

📍 **¿QUÉ SIENETE?**  
¿Cuáles son sus emociones? ¿Cuáles son sus preocupaciones y frustraciones?

🗣️ **¿QUÉ PIENSAT?**  
¿Cuáles son sus creencias y valores? ¿Qué es lo que le importa? ¿Cuál es su expectativa?

👋 **¿QUÉ HACET?**  
¿Cuáles son sus actividades y responsabilidades?

moper | Modelo para Personalizar la Atención al Paciente | www.moper.cl

Figura 23: Caracterización del paciente clave. Elaboración propia.



## Fase 1: Diagnóstico

### Atención ideal y lineamientos

Esta actividad que comienza pidiéndole a los participantes que imaginen un futuro ideal busca sacarlos del estado de imposibilidad.

A partir de este juego de teatralización se rescatan atributos clave y se hace el cruce de estos con los lineamientos del modelo personalizado (rescatados de la OMS), para que ellos construyan sus propios lineamientos que serán el “horizonte” del trabajo.

El juego de teatralización sorprendentemente funcionó muy bien, ya que las participantes se motivaron y fue una actividad entretenida, y efectivamente lograron imaginarse escenarios más desapegados de la realidad, que era lo que no se había logrado con otras actividades en los testeos.

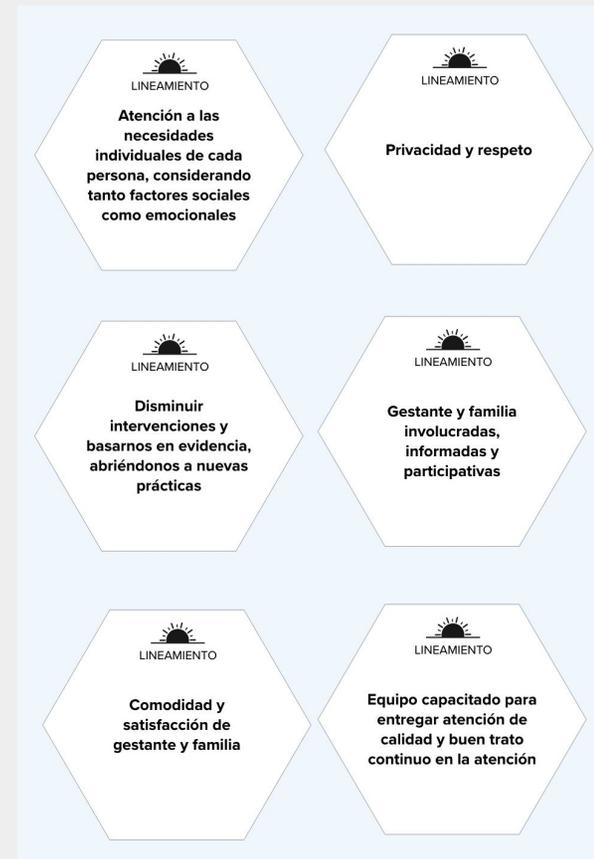


Figura 24: Lineamientos definidos en sesión de testeo. Elaboración propia.



## Fase 1: Diagnóstico

### Nuestra historia

Esta etapa surge como parte del feedback de jefaturas, por lo que si bien no se pudo testear, se definió en conjunto que era necesario que en el diagnóstico las participantes conocieran lo que ya había hecho el hospital antes y lo que está haciendo, para que así se trabajara de forma coordinada. Además, esta actividad permitirá a las participantes conocer qué ha funcionado, con quién han trabajado y qué posibilidades existen.

Se diseñó a modo de línea de tiempo, considerando el uso de tres hojas carta para que a través de ir contando hitos puedan registrar todo lo que saben. Además en esta etapa se plantea la inclusión de jefaturas y personas que llevan mayor tiempo trabajando en el hospital, entendiendo que pueden ser actores clave para proporcionar antecedentes, y reforzando así la idea de que si bien se contruye un grupo, este debe retroalimentarse de otros colegas.

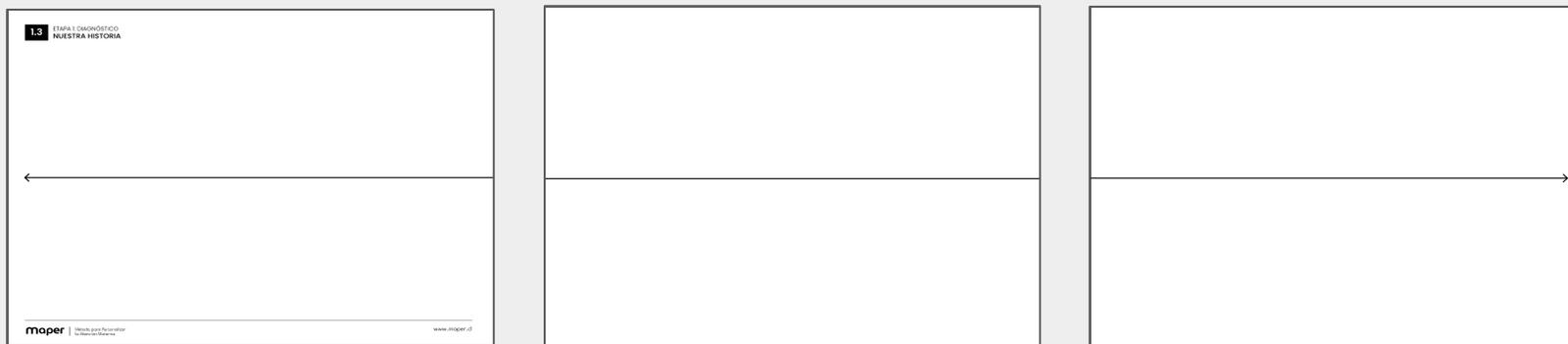


Figura 24: Línea de tiempo, nuestra historia. Elaboración propia.

## Mapa de viaje de los pacientes

Si bien en un principio se pensaba que esta herramienta permitiría hacer el pase a la ideación, se pudo ver en los testeos que era difícil para las personas extraer oportunidades de este. Pero aún así resultó una muy buena herramienta para que el equipo se coordine, dado que les permite ir evaluando cada etapa de la atención, e ir intercambiando su experiencia desde sus diferentes labores, construyéndose así un escenario común en donde todos pueden ver el panorama completo de la atención.

Cuando se decidió agregar las categorías “facilitadores” y “barreras” en el mapa, se cuestionó si era necesario que estuvieran las categorías “¿qué siente?” y “¿qué piensa?”, dado que esto implicaba mayor complejidad a cada etapa,

pero en el testeo se pudo ver que eran preguntas clave para que pudieran empatizar con la usuaria y a partir de esto generar reflexiones más profundas de las que surgen barreras y facilitadores menos obvios como “cuando entran las cambiamos de ropa y las alejamos de su familia, lo que se suma al susto de parir” (Carolina, HLT).

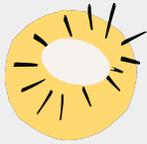
En cuanto a su formato dado que es una de las instancias más participativas y la que permite mayor flujo de conocimiento, se decidió que era necesario un formato mayor, por lo que el mapa se construye de 10 hojas cartas, que forman un pliego que permite trabajar en conjunto, ir pegando los post it y luego poder desarticular y guardar.

El diagrama muestra la estructura de un mapa de viaje de los pacientes, dividido en 10 hojas de trabajo:

- Hoja 1 (Título: 1.4 MAPA CONCEPTIVO MAPA DE VIAJE DE LOS PACIENTES):** Incluye secciones para "¿QUÉ SIENTE?" (con iconos de emociones), "¿QUÉ HACE?" y "PERSONAS".
- Hoja 2:** Etapa "2. INGRESO".
- Hoja 3:** Etapa "3. TRABAJO PARTO INICIAL".
- Hoja 4:** Etapa "4. TRABAJO PARTO ACTIVO".
- Hoja 5:** Etapa "5. PARTO - VAGINAL".
- Hoja 6:** Etapa "8. DADA DE ALTA".
- Hoja 7:** Etapa "9. DESPUES DEL HOSPITAL".
- Hoja 8:** Etapa "6. PARTO - CESÁREA".
- Hoja 9:** Etapa "7. PUERPERIO".
- Hoja 10 (Título: FACILITADORES):** Sección para "FACILITADORES" (Factores positivos que contribuyen a una atención personalizada) y "BARRERAS" (Factores negativos que dificultan una atención personalizada).

Logo de Mappor y URL: [www.mappor.cl](http://www.mappor.cl)

Figura 25: Construcción del mapa de viaje de los pacientes. Elaboración propia.



## ETAPA 2: ALUMBRAR

¿Por qué es así y cómo podría ser de otra manera?

### Conectar barreras, facilitadores y actores

Si bien ya se profundizó sobre esta herramienta en el testeo con el hospital de Santa Cruz, se resalta que a partir de este fue necesario darle una nueva vuelta. En cuanto a forma, ser un hexágono no era práctico para la versión imprimible por lo que se trabajó con cuadrados.

Además, surge el quiebre de si es necesario respetar la regla autoimpuesta de blanco y negro. Considerando que no necesariamente un hospital tendrá impresión a color se hace un requerimiento tenerla en blanco y negro, pero también se valora la utilidad de los colores para hacer más eficiente la visualización de donde hay necesidad y oportunidad para trabajar.

Pero para ser impresos, se propone un formato cuadrado posición diamante.



Figura 26: Testeo Hospital Luis Tisne. Elaboración propia.

## ¿Qué necesitamos averiguar?

Se reconoce que no necesariamente el grupo que decida participar sabe todo. Por esto, como medida para mitigar sesgos y evitar suposiciones, se propone esta herramienta para acompañarlos durante todo el proceso del diagnóstico. En esta la idea es que vayan registrando todas las dudas que surjan en el camino, para luego al final de la etapa analizar cómo pueden resolverla.

En la figura x se ve el ejemplo del Hospital Luis Tisné, que si bien al ser un prototipo el proceso fue más rápido por lo que solo salieron tres dudas y una con pacientes. En este testeo se planteaba al final pero se dio cuenta que era necesario que se usara desde el principio de la etapa para no tener que retroceder.

## ¿Qué necesitamos averiguar?

Se definió que necesitaban comprobar solo una cosa con pacientes y podían hacerlo con solo dos preguntas simples a mujeres del área de puerperio y las agregarían dentro de la atención.

**1.8** GESTACIÓN DEL CAMBIO | EVALUAR PROPUESTAS

LO QUE NECESITAMOS AVERIGUAR	ACCIÓN(ES)	RESPONSABLE(S) ¿Quién(es) del grupo lo hará?	CUÁNDO SE HARÁ Considerar fecha max el día de la sesión
¿Qué cosas no sabemos o podríamos estar suponiendo?	¿Qué técnica usaremos y con quién?		
Por qué las mujeres no vienen a las visitas guiadas	2 preguntas a puerperas durante la atención: ¿Viniste a la visita guiada? ¿Por qué?	Natalia G Natalia S Caro HZ Ramonet Tania S	Miércoles 10 Se hace en el turno B (martes)
Si en jefaturas se han hecho esfuerzos para recuperar la sala que era para acompañantes y se tome neurología	Hablar con Jenny	Andrea	Hoydía en reu
Si la razón de no ponerle ropa interior en el ingreso es por falta de insumo o protocolo	Hablar con Jenny x recursos Preguntar en urgencia x protocolos	Tania S	Miercoles en la mañana

Figura 27: Revisión y evaluación de propuestas, ¿Que necesitamos averiguar?. Elaboración propia.

**1.5B** ETAPA 1: DIAGNÓSTICO  
GUÍA PARA AVERIGUAR

FECHA

<p><b>PERSONA/MEDIO:</b> puerperas</p> <p><b>PREGUNTAS:</b> Registra los temas o preguntas que quieras averiguar.</p> <p>¿Fuieste a la visita guiada?</p> <p>¿Por qué?</p>	<p><b>REGISTRO</b> Usa este espacio para registrar lo que te dijeron.</p> <p>"Hay que tomarse dos horas del día, solo para venir a veer"</p> <p>se percibe como un costo</p> <p>no es una prioridad en comparación a todas las otras cosas que tiene que hacer con mi embarazo que muy probablemente también es cuidadosa</p> <p>"Hubiera tenido que venir con mi hijo o conseguirme con quién dejarlo"</p>
--	---

Figura 28: Registro de de lo averiguado con pacientes en puerperio. Elaboración propia.



### Fase 3: Gestación del cambio

#### Evaluar propuestas

En un principio la idea era hacer una ficha tipo modelo de negocio, pero al darse cuenta que serían oportunidades más prácticas, se decidió hacer algo más acotado que permitiera evaluar dos propuestas por lámina, para que según el equipo y las oportunidades encontradas pudieran evaluarlas rápidamente.

#### OPORTUNIDADES DESARROLLADAS:

- Mejorar protocolo de bienvenida para que diga que a todas las pacientes se les debe poner ropa interior.
- Asesorías por zoom como opción alterna a visitas guiadas.
- Protocolo
- Recuperar sala de acompañantes que fue robada por neonatología en pandemia, padres no tienen dónde estar
- Conseguir fondos para una

**3.1** ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO  
EVALUAR PROPUESTAS

FECHA

<p><b>PROPUESTA DE MEJORA N° _____</b></p> <p>¿Qué vamos a hacer? Describir propuesta</p> <p>Modificar protocolo de bienvenida, que requiera entregarle vestimenta completa a la mujer (ropa interior)</p>	<p><b>PROPUESTA DE MEJORA N° _____</b></p> <p>¿Qué vamos a hacer? Describir propuesta</p> <p>asesorías por zoom, en vez de visita guiada</p>
<p><b>EL PROBLEMA QUE RESUELVE ES...</b></p> <p>¿A quién afecta? ¿Es relevante para esta(s) persona(s)?</p> <p>a las mujeres, se pasa a llevar su dignidad y privacidad</p>	<p><b>EL PROBLEMA QUE RESUELVE ES...</b></p> <p>¿A quién afecta? ¿Es relevante para esta(s) persona(s)?</p> <p>Las mujeres llegan con mucho miedo y frustradas por tener que parir en un hospital, si nos conocieran antes podrían llegar mejor</p> <p>Hay no es solamente que no hay una cultura que reconozca que es importante cambiar el lugar donde va a dar a luz y como esto influye en tu estado</p> <p>venir al hospital presenta un costo, son mujeres que tienen que dejar de trabajar para hacerlo</p>
<p><b>ES UNA BUENA PROPUESTA PORQUE...</b></p> <p>¿Por qué el hospital querría implementarla? ¿A quién beneficia? ¿Podríamos aumentar el beneficio que genera?</p> <p>porque es un cambio fácil, ya tenemos los recursos</p> <p>bienestar de la mujer</p>	<p><b>ES UNA BUENA PROPUESTA PORQUE...</b></p> <p>¿Por qué el hospital querría implementarla? ¿A quién beneficia? ¿Podríamos aumentar el beneficio que genera?</p> <p>acercarse más a la paciente, mejorar nuestra atención, ya que hay mucha gente que sigue buscando su imagen del hospital antiguo</p> <p>podría aumentar las mujeres que atienden en el hospital</p> <p>Beneficia a la mujer, se ajusta a sus necesidades</p>
<p><b>PARA IMPLEMENTARSE NECESITA...</b></p> <p>¿A qué personas involucra? ¿Es factible la participación que se espera de ellas? ¿Qué recursos y/o capacidades necesitamos? ¿Hay costos?</p> <p>Solo escribir y proponer</p> <p>despues divulgar y educar</p> <p>los de urgencia</p>	<p><b>PARA IMPLEMENTARSE NECESITA...</b></p> <p>¿A qué personas involucra? ¿Es factible la participación que se espera de ellas? ¿Qué recursos y/o capacidades necesitamos? ¿Hay costos?</p> <p>Trabajar en conjunto a apps para que divulguen</p> <p>aprobar por jefatura</p> <p>ofertar horarios en donde haya alguien disponible para que mujeres pregunten</p>
<p><b>SU NIVEL DE ACEPTACIÓN SERÁ...</b></p> <p>¿Podría haber personas que se resistan? ¿Cómo podemos mitigar esto?</p> <p>no hay nadie que se oponga</p>	<p><b>SU NIVEL DE ACEPTACIÓN SERÁ...</b></p> <p>¿Podría haber personas que se resistan? ¿Cómo podemos mitigar esto?</p> <p>en pandemia las mujeres se metían a nuestros talleres online</p>

**maper** www.maper.cl

Figura 29: Revisión y evaluación de propuestas de mejora. Elaboración propia.

## La voz de las usuarias

Durante el proceso uno de los desafíos fue determinar cómo integrar a la mujer y la comunidad en la metodología. Inicialmente, la idea era que participaran activamente, involucrándose en algunas sesiones y trabajando en conjunto con el equipo de maternidad.

Sin embargo, dado que la relación entre la mujer y el hospital se limita al momento del parto, ya que antes y después son atendidas en la atención primaria, esto planteó dificultades.

Al conversar con diferentes profesionales se llegó a la conclusión de que no sería viable exigirle a los hospitales este nivel de relación, por lo menos no actualmente.

Además, se consideró que las mujeres que han tenido malas experiencias podrían preferir no participar, por lo que igual podría haber un sesgo dado por quienes deciden o no asistir.

Si bien al partir de la premisa de personalizar la atención puede ser contradictorio no trabajar en conjunto a las pacientes, se reconoce que los profesionales son personas que interactúan diariamente con las pacientes, por lo que para producir soluciones centradas en ella no necesariamente deben usar los mismo métodos que utilizaría un diseñador.

No se integra la voz del paciente de una forma tradicional a través de entrevistas porque son personas que conocen muy bien el contexto,

Teniendo esto en cuenta, y que no se quería aumentar la carga laboral de los profesionales, se exploraron aproximaciones más prácticas y se propone, comprendiendo que esta propuesta podría evolucionar en el futuro, que los profesionales incluyan la voz de las pacientes durante la etapa del diagnóstico usando dos métodos:

1. Antes de definir los perfiles se pasa por la actividad “¿Qué dicen las pacientes?” en la que deben revisar datos que tenga el hospital, como reclamos de la OIRS, respuestas a encuestas de satisfacción y comentarios de RRSS.
2. Al terminar el diagnóstico, con el fin de hacer un control de sesgos, se hace una revisión de lo que no se sabe y lo que podrían ser suposiciones, y se define una estrategia para averiguarlo de manera simple.

## Conclusión etapa de testeo e iteración

A partir del proceso de testeo ya expuesto, se pudo concluir que efectivamente entregarle espacio a los profesionales para que puedan hablar y analizar su atención es una forma efectiva de encontrar formas factibles de implementar el modelo de atención.

Por medio del uso de las herramientas los participantes pudieron intercambiar conocimientos y visualizar su brecha con el modelo, reconociendo tanto aquello que están haciendo bien como aquello donde deben mejorar, y es factible hacerlo.

En los testeos con los grupos del hospital de Santa Cruz y Luis Tisné se pudo ver que estos cambios no necesariamente son cambios complejos, ya que muchas veces son cosas que simplemente no se habían cuestionado y no significan un costo o un gran esfuerzo, pero tienen un gran potencial para mejorar la experiencia de la mujer y familia.

Así, el proceso demostró que la metodología efectivamente puede acercar el modelo al equipo y hacerlo “manejable”.

---

# PROPUESTA

---

Método para personalizar  
la Atención Personalizada



Maper es una metodología participativa que apoya a equipos de maternidad para que puedan articular y gestionar formas de personalizar su atención según las necesidades de su comunidad y los recursos disponibles, permitiendo encontrar oportunidades de mejora que sean adecuadas al contexto particular de su centro de salud.

Este método se presenta no solo como una oportunidad para generar cambios, sino también como una manera de partir la conversación, motivar el compromiso del equipo, fomentar la curiosidad y abrir la mente a lo posible.

El fin de Maper no es la innovación, sino la búsqueda de soluciones factibles y adecuadas al contexto particular, lo cual puede implicar tanto cambios pequeños como cambios más complejos, reconociendo que ambos tipos de cambio pueden tener un impacto significativo en la experiencia de la mujer, su familia y el personal de salud.

**maper**

Método para personalizar  
la Atención Personalizada

**maper**

Método para personalizar  
la Atención Personalizada

## Etapas

La metodología Maper está compuesta por 4 etapas, cuyos nombres están inspirados en diferentes etapas de la gestación.

Cada una cuenta con herramientas y actividades asociadas que se presentarán a continuación.



### Fase 0: Romper la bolsa

¿Cuál es nuestra postura ante el cambio?

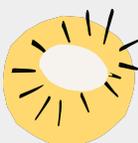
El punto de partida para comenzar es entender quiénes conformar al equipo, conocerse, reflexionar sobre su postura ante el cambio y compartir tanto sus preocupaciones como motivaciones.



### Fase 1: Diagnóstico

¿Cómo es nuestra atención?

Para lograr hacer mejoras y personalizar su atención, es importante que conozcan cuál es el punto de partida. Las herramientas propuestas en esta etapa tienen como objetivo facilitar el análisis del estado actual de la atención para poder identificar la brecha con la visión deseada. La etapa termina cuando logren tener una visión completa de su atención.



### Fase 2: Alumbramiento

¿Por qué es así y cómo podría ser de otra manera?

En esta etapa se conecta toda la información rescatada en el diagnóstico y se le da sentido, definiendo qué es lo que están haciendo bien, qué se necesita mejorar y qué pueden hacer para lograrlo. Las herramientas les permitirán visualizar áreas de acción y definir cuáles son más estratégicas en función de que sean más sostenibles e impacten positivamente en la atención.



### Fase 3: Gestación del cambio

¿Qué necesitamos hacer?

Llegó la hora de aterrizar sus oportunidades, las herramientas les permitirán transformarlas en acciones concretas para implementarlas. El grupo evaluará la factibilidad y definirá qué deben hacer para implementar. A partir de esta etapa se construirá un "entregable", ya sea para jefatura o para participar de algún fondo.

## Atributos y referentes

### Sensible al contexto

Se busca que la propuesta permita al equipo entender sus propias necesidades y las de su comunidades, para que sean capaces de generar soluciones adecuadas y que generen valor en su entorno específico.

**Barrios Comerciales**



Programa que proporciona herramientas metodológicas accesibles y descargables, para que grupos de empresarios y actores locales se autogestionen y trabajen en conjunto para impulsar un proceso de transformación, revitalización y desarrollo sostenible de sus barrios comerciales.

**Codesigning Schools Toolkit**



Herramientas colaborativas, enfocadas en la equidad y fundamentada en el diseño, que buscan guiar a los equipos escolares en un proceso de transformación en beneficio de todos los estudiantes. La idea es que los educadores adapten los recursos que entrega el kit a su entorno específico.

## Empoderador

El proyecto busca que sean los profesionales quienes definan cómo quieren que sea su atención y cómo lo van a lograr. Reconociéndolos como actores esenciales para el cambio y fomentando un mayor compromiso.

Barefoot College



Organización en India que capacita a mujeres de comunidades rurales, en habilidades prácticas, como la instalación y mantenimiento de paneles solares, para que se conviertan en agentes de cambio en sus propias comunidades, generando un impacto gradual pero sostenible.

Share an idea



Proyecto que surge después de un terremoto para recopilar ideas de la comunidad sobre cómo querían que se remodelara Central City.

## Facilitador

Se busca mediante el diseño apoyar a que el equipo pueda conectar e intercambiar conocimiento, poniéndolo en valor para mejorar la experiencia de las usuarias.

### IDK Ideas Development Kit



Entrega herramientas a equipos para guiarlos a generar soluciones creativas, fomentando el trabajo en grupo, la cooperación y la co-creatividad. Se destaca su forma progresiva de guiar el proceso de creación paso a paso.

### Share an idea



Iniciativa que busca conectar personas a través de divisiones (políticas, edad, género, raza, etc.), a través de herramientas y recursos que facilitan conversaciones sobre temas importantes y a menudo polarizantes.

## Herramientas

Para la metodología se diseñaron instrumentos y técnicas que permiten guiar el análisis colectivo y visualizar la información de manera efectiva.

Este enfoque se alinea con el diseño de información, el cual busca facilitar que las personas puedan comprender, conectar e interpretar información, permitiendo así hacerla transferible a acciones concretas (Ramírez, 2022).

Estas herramientas visuales buscan posibilitar que los equipos de maternidad organicen e intercambien conocimientos para que así puedan, a partir de una mirada compartida y sistemática, tomar decisiones.

Es importante destacar que los instrumentos no garantizan, por sí solos, el éxito en el proceso de mejora; más bien, son un respaldo. Será la conversación y capacidad del equipo para reflexionar lo que asegurará un buen proceso, razón por la que se plantea el rol de un mediador.

## Formato general de las herramientas

A partir de los testeos se pudo conocer mejor el contexto del usuario y definir los requisitos para el rediseño final de las herramientas.

Teniendo en cuenta la experiencia se definió que era esencial que estuvieran accesibles tanto online como presencial, por lo que estos se ofrecerán en ambos formatos mediante el sitio web, donde las personas podrán descargarlo para imprimir o apretar un link que los llevará a la plataforma Mural.

Dado que son instrumentos para incentivar la colaboración, en un principio se consideró la posibilidad de un formato más grande, pero dado el usuario se definió que es necesario que el kit sea imprimible desde cualquier impresora sin requerir comprar insumos aparte.

Alineándose a esto mismo, con el fin de ser de bajo costo todas las herramientas se diseñaron en blanco y negro. Se definió una gráfica sencilla y sin muchos detalles, y a través del uso de líneas y grosores tipográficos se jerarquiza la información.

La única herramienta en la que se da la posibilidad de imprimir a color son las fichas para sistematizar el diagnóstico, dado que el color tiene un objetivo funcional, pero también se ofrecen en blanco y negro, usando los iconos como identificador visual.

Todas las herramientas, excepto las tarjetas de reflexión, están compuestas por una ficha y su instrucción.

## Tipografía:

**Poppins bold** | Poppins regular | Poppins light



Fecha

Nomenclatura de la herramienta

**3.1B** ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO  
EVALUAR PROPUESTAS

FECHA

PROPUESTA DE MEJORA N° \_\_\_\_

¿Qué vamos a hacer?  
Describir propuesta

EL PROBLEMA QUE  
RESUELVE ES...

¿A quién afecta? ¿Es  
relevante para esta(s)  
persona(s)?

ES UNA BUENA  
PROPUESTA PORQUE...

¿Por qué el hospital querría  
implementarla? ¿A quién  
beneficia? ¿Podríamos aumentar  
el beneficio que genera?

PARA IMPLEMENTARSE  
NECESITA...

¿A qué personas involucra?  
¿Es factible la participación que  
se espera de ellas? ¿Qué recursos  
y/o capacidades necesitamos?  
¿Hay costos?

SU NIVEL DE  
ACEPTACIÓN SERÁ...

¿Podría haber personas que  
se resistan? ¿Cómo podemos  
mitigar esto?

PROPUESTA DE MEJORA N° \_\_\_\_

¿Qué vamos a hacer?  
Describir propuesta

EL PROBLEMA QUE  
RESUELVE ES...

¿A quién afecta? ¿Es  
relevante para esta(s)  
persona(s)?

ES UNA BUENA  
PROPUESTA PORQUE...

¿Por qué el hospital querría  
implementarla? ¿A quién  
beneficia? ¿Podríamos aumentar  
el beneficio que genera?

PARA IMPLEMENTARSE  
NECESITA...

¿A qué personas involucra?  
¿Es factible la participación que  
se espera de ellas? ¿Qué recursos  
y/o capacidades necesitamos?  
¿Hay costos?

SU NIVEL DE  
ACEPTACIÓN SERÁ...

¿Podría haber personas que  
se resistan? ¿Cómo podemos  
mitigar esto?

Logo y sitio web

**maper** | Método para Personalizar  
la Atención Materna

www.maper.cl

Etapa

ETAPA 0: ROMPER LA BOLSA

ETAPA 1: DIAGNÓSTICO

Actividad

Reflexión

Nuestras pacientes

Visión común

Nuestra Historia

Cartas de reflexión

1.1 A  
¿Quiénes son nuestras  
pacientes?

¿Qué dicen nuestras pacientes?

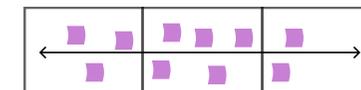
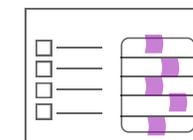
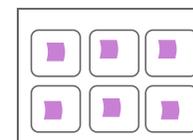
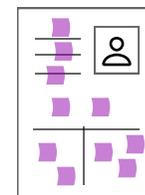
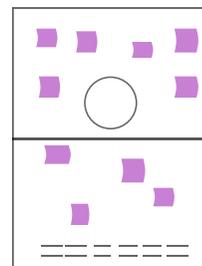
1.1 B  
Perfiles de pacientes

1.2 A  
La atención ideal

1.2 B  
Definir nuestros lineamientos

1.3  
Nuestra historia

Herramienta  
utilizada



Objetivo

Romper el hielo y entender las motivaciones, preocupaciones e intereses del grupo, generando un espacio de confianza.

Comenzar a reflexionar y definir quiénes y cómo son sus pacientes.

Conocer perspectivas de las pacientes.

Construir 3-4 perfiles que representen a sus pacientes.

Sacar al equipo de su posición de "Así son las cosas" e incentivarlos a pensar más allá.

Definir 5 lineamientos que guiarán el proceso.

Conocer cambios que ya se han implementado, cómo se han hecho y qué ha funcionado.

Resultado

Se genera un espacio de confianza.

Atributos y características de sus pacientes.

Hallazgos de lo que dicen.

Perfiles de pacientes.

Imaginario compartido.

5 lineamientos.

Línea de tiempo con antecedentes.

Descripción

Cartas que permiten a cada integrante responder preguntas sobre el modelo personalizado, la atención del hospital y su experiencia personal.

Lluvia de ideas de todo lo que conocen sobre quiénes son sus pacientes, guiándose por las variantes definidas.

Se proponen dos técnicas:  
• Revisar los reclamos de la OIRS.  
• Utilizar comentarios en RRSS.

Perfiles de pacientes.

Se presenta un escenario futuro y se pide que en grupos de 2-3 personas representen mediante una teatralización la atención ideal.

A partir del cruce entre sus atributos ideales y los lineamientos del modelo personalizado (OMS), definen sus propios lineamientos que son sus metas para lograr una atención personalizada.

En esta sesión se invitan a jefaturas y personas que llevan más tiempo trabajando. La información que salga de esta reunión puede ser muy importante ya que podría dar pistas sobre como avanzar.

Referencia

Holstee Tarjetas de reflexión.

Experiencia Lorena Navarro trabajando para detectar barreras de accesibilidad a urgencias.

Basado en mapa de usuario 3C. Diseño de Servicios UC.

Sueño del barrio - Barrios comerciales.

Se utiliza información de la OMS (xxx)

Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (2010). Metodologías Participativas, Manual.

En detalle

ETAPA 2: ALUMBRAR

ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO

Nuestra atención

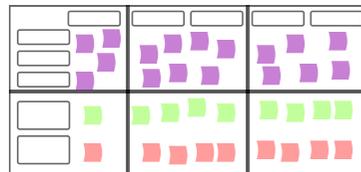
Resolver dudas / suposiciones

Conectar información

Evaluar oportunidades

Planificación

1.4  
Viaje de las pacientes



Ponerse en los zapatos de los perfiles definidos y definir las barreras y facilitadores de cada etapa.

Mapa de viaje de los perfiles definidos.

Los canvas ya cuentan con las etapas predefinidas, que son 9, y deben especificar en cada una qué sienten, qué acciones realizan, las personas involucradas, las barreras y los facilitadores.

Basado en mapa del viaje. Diseño de Servicios UC.

1.5 A  
¿Necesitamos averiguar algo?



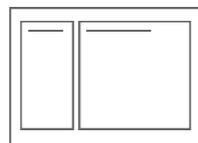
Checkear vacíos o sesgos en la investigación.

Plan para averiguar sus dudas.

Esta ficha se va usando durante todo el diagnóstico para ir anotando dudas que surjan, pero ahora es el momento de definir cómo lo averiguaran, con quién, responsable y fecha.

Basado en Rapid Inquiry. Human Centered Design 4 Health.

1.5 B  
¿Qué descubrimos?



Checkear vacíos o sesgos en la investigación.

S

2.1A  
Conectar barreras, facilitadores, actores relevantes, y lineamientos



Hacer el cruce entre los lineamientos, barreras, facilitadores y actores relevantes.

Imagen visual de qué lineamientos tienen más barreras y facilitadores.

Utilizando las fichas de lineamientos, barreras y facilitadores van conectando.

Basado en Rapid Inquiry. Human Centered Design 4 Health.

2.1B  
Inspirarse



Inspirarse en buenas prácticas y encontrar posibilidades.

Antecedentes.

Deben buscar en internet o usar sus propios conocimientos para buscar buenas prácticas que sirvan de inspiración para superar las barreras encontradas.

2.1C  
Oportunidades

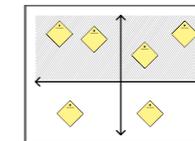


Definir posibles soluciones para mitigar o eliminar sus barreras.

Posibles soluciones.

Reflexionan sobre las barreras y los facilitadores que tienen y van anotando posibles soluciones.

3.1 A  
Matriz de priorización



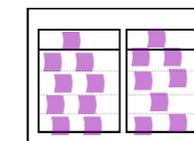
Priorizar oportunidades.

Oportunidades que trabajarán.

Dependiendo las oportunidades que hayan encontrado, como grupo definen cuáles son importantes u urgentes de abordar, definiendo a su vez cuál es su marco de acción y según eso la cantidad.

Basado en portafolio de innovación INNspirAL.

3.1 B  
Necesidades de la solución



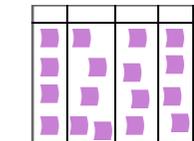
Evaluar la oportunidad, midiendo su relevancia y factibilidad.

Propuestas que pueden abordar.

Por cada oportunidad deben responder una serie de preguntas y evaluar si es algo que pueden o no lograr marcando el check, neutro o cruz. En caso de presentar cruces, evaluaran si pueden abordarlo de otra manera.

Basado en Business model Canvas.

3.2  
Mapa de acción y seguimiento



Definir cómo lo llevarán a cabo y cuándo lo monitorearán

Mapa de acción y fecha de seguimiento.

Deben definir las actividades que llevarán a cabo para lograr las implementar las propuestas, definiendo responsables, indicadores de éxito y fecha de revisión.

Basado en mapa de ruta. Diseño de Servicios UC.

## ACTIVIDADES CLAVE

### CAPACITACIONES Y CERTIFICADO DE EXPERTO

Se ofrecen talleres de capacitación para obtener certificado de experto en la metodología y poder convertirse en mediador. Esta opción se piensa tanto para aquellos que quieran trabajar en la organización y convertirse en un mediador que apoya a otros equipos, como también una estrategia para que los hospitales capaciten a su propio equipo y que estos se conviertan en capacitadores para implementarlo en su propio equipo.

### ACOMPañAMIENTO DE EQUIPOS

Se ofrece un servicio de acompañamiento bajo dos modalidades que varían en el involucramiento.

En primer lugar se ofrece un servicio de asesoría, en donde un mediador asesora al coordinador del centro. En esta opción es el mismo equipo el que ejecuta la metodología de forma autogestionada, pero los resultados de cada etapa se validan junto a un asesor experto en la metodología, para así asegurar que están avanzando bien y entregando retroalimentación.

En segundo lugar, se ofrece un acompañamiento continuo, con un mediador que trabaja en conjunto al equipo durante las sesiones, se hace cargo de guiar todo el proceso y proveer el material. En esta opción el coordinador toma un rol de gestor, manteniendo la comunicación con jefatura y apoyando al mediador.

# Blueprint

Para mostrar cómo funciona Mapper como servicio se desarrolló un Service Blueprint, herramienta que se utiliza para visualizar el detalle completo de un servicio (incluyendo el antes, durante y después).

Esta representación permite mostrar en una secuencia lógica las acciones que realizará el usuario del servicio, cómo interactúa con los diferentes puntos de contacto y las tareas que la organización realiza en el “backstage” para que el servicio funcione de manera correcta.

Para la propuesta no se desarrollaron todos los puntos de contacto, por lo que se dividen en puntos priorizados y puntos no priorizados.

Los puntos priorizados fueron los que se decidió abordar con mayor detalle durante el proceso de proyecto de título, ya que son los puntos claves para el pilotaje e implementación. Los puntos no priorizados deberán ser desarrollados y testeados en los siguientes pasos para poder llevar a cabo el servicio.

## SIMBOLOGÍA

### Puntos de contacto priorizados



Mediador



MapperKit



Sitio web



Actividades que pasan en las sesiones de la metodología



Actividades que pasan fuera de las sesiones (pre servicio, actividades de investigación, post servicio).

### Puntos de contacto no priorizados



Coordinador



Brief de resultados



Guía mediador



Mailing



Formulario de evaluación



Presentaciones

## PUNTOS DE CONTACTO



### MaperKit

El MaperKit contiene las instrucciones y las herramientas de las cuatro etapas de la metodología.

El kit completo está disponible de forma gratuita, permitiendo su acceso a cualquier persona interesada y posibilitando su uso repetido tantas veces como sea necesario.

Para acceder a este se hace mediante la página web, donde se puede descargar para imprimir o utilizar de forma online mediante el link que lleva a las plantillas en Mural, esto con el fin de dar la posibilidad de que las sesiones puedan ser de forma presencial o remota según las necesidades del equipo.



## Mediador

Es una persona que está capacitada en la metodología, personaje clave en el desarrollo de la metodología, pues es quién guía a los participantes a través de todo el proceso y quien se cerciora que se vayan cumpliendo los objetivos de manera óptima en cada etapa.

Se proyecta que tener una capacitación de la Maper pueda sumar curriculum.



## Coordinador

Es el representante del equipo, que trabaja en conjunto al mediador para coordinar las sesiones e ir revisando los avances. Funciona como link entre facilitador, participantes y jefatura.



## Guía del mediador

Guía que se le entrega al mediador durante su capacitación. En esta se explica el foco de la metodología, su rol dentro de este y las tareas que debe llevar a cabo. Esta guía sirve como apoyo durante las sesiones y puede ser consultada en caso de dudas. Además en esta se le proporciona una pauta para que el guía vaya chequeando que se vayan cumpliendo los objetivos de cada etapa, para evaluar si se puede dar paso a la siguiente.



## Brief de resultados

Al final del proceso se le entrega al hospital un resumen del proceso en el que se encuentra todo el proceso.



## Sitio web

En el sitio web se encuentra toda la información sobre la metodología y las herramientas. Este permitirá a las personas e instituciones interesadas saber más. Además, como proyección, será en este sitio donde se comparta la experiencia de los equipos que hayan utilizado Maper, a través de fotos y un brief estándar que les permita compartir su proceso y solución. Volviéndose así un insumo adicional para la etapa de inspiración y también permitirá validar la funcionalidad de la metodología.

The screenshot shows the Maper website interface. At the top, there is a navigation bar with the Maper logo and the tagline 'Método para Personalizar la Atención Materna'. The navigation menu includes 'METODOLOGÍA', 'HERRAMIENTAS', 'CASOS DE ÉXITO', and 'CONTACTANOS'. The main content area features a large heading 'HERRAMIENTAS PARA EL CAMBIO' and a sub-heading '¿Cómo es nuestra atención?'. Below this, there is a list of four items: '1. Nuestras pacientes', '2. Atención ideal y lineamientos', '3. Nuestra Historia', and '4. Nuestra atención'. The background of the main content area is a collage of colorful sticky notes and diagrams.

**maper**  
Método para Personalizar la Atención Materna

METODOLOGÍA HERRAMIENTAS CASOS DE ÉXITO CONTACTANOS

## HERRAMIENTAS PARA EL CAMBIO

Utilice estos recursos para guiar a su equipo a través de una búsqueda para personalizar su atención. Trabaje cada fase de la metodología en orden o, en caso de que ya esté abordando un desafío, elija la fase específica que mejor se adapte a las necesidades de su equipo.

Para descargar el kit de herramientas completo, visite el Apéndice.

ETAPA 0 ETAPA 1 ETAPA 2 ETAPA 3 APÉNDICE

ETAPA 1

### Diagnóstico

#### ¿Cómo es nuestra atención?

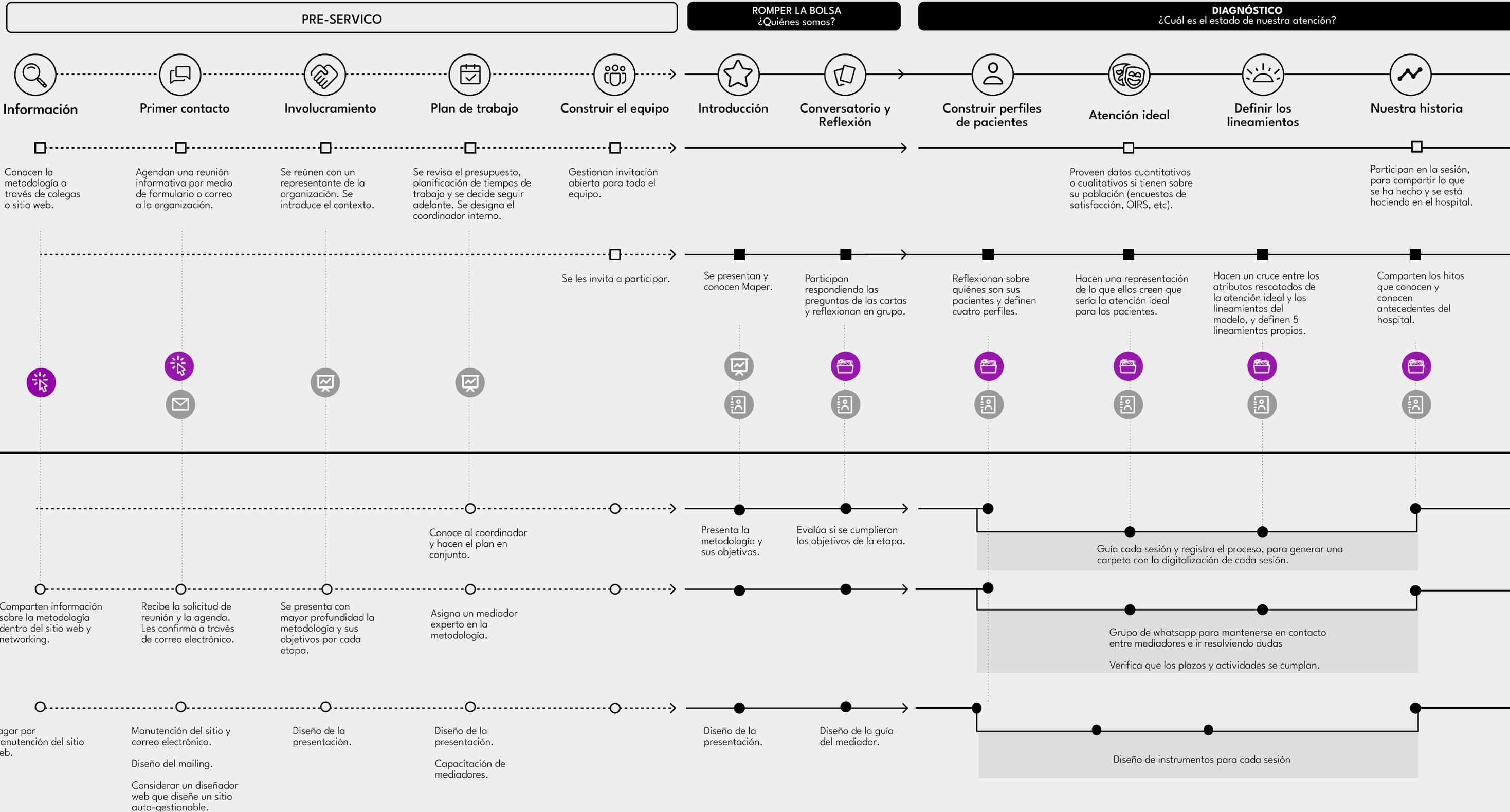
Para lograr hacer mejoras y personalizar su atención, es importante que conozcan cuál es el punto de partida.

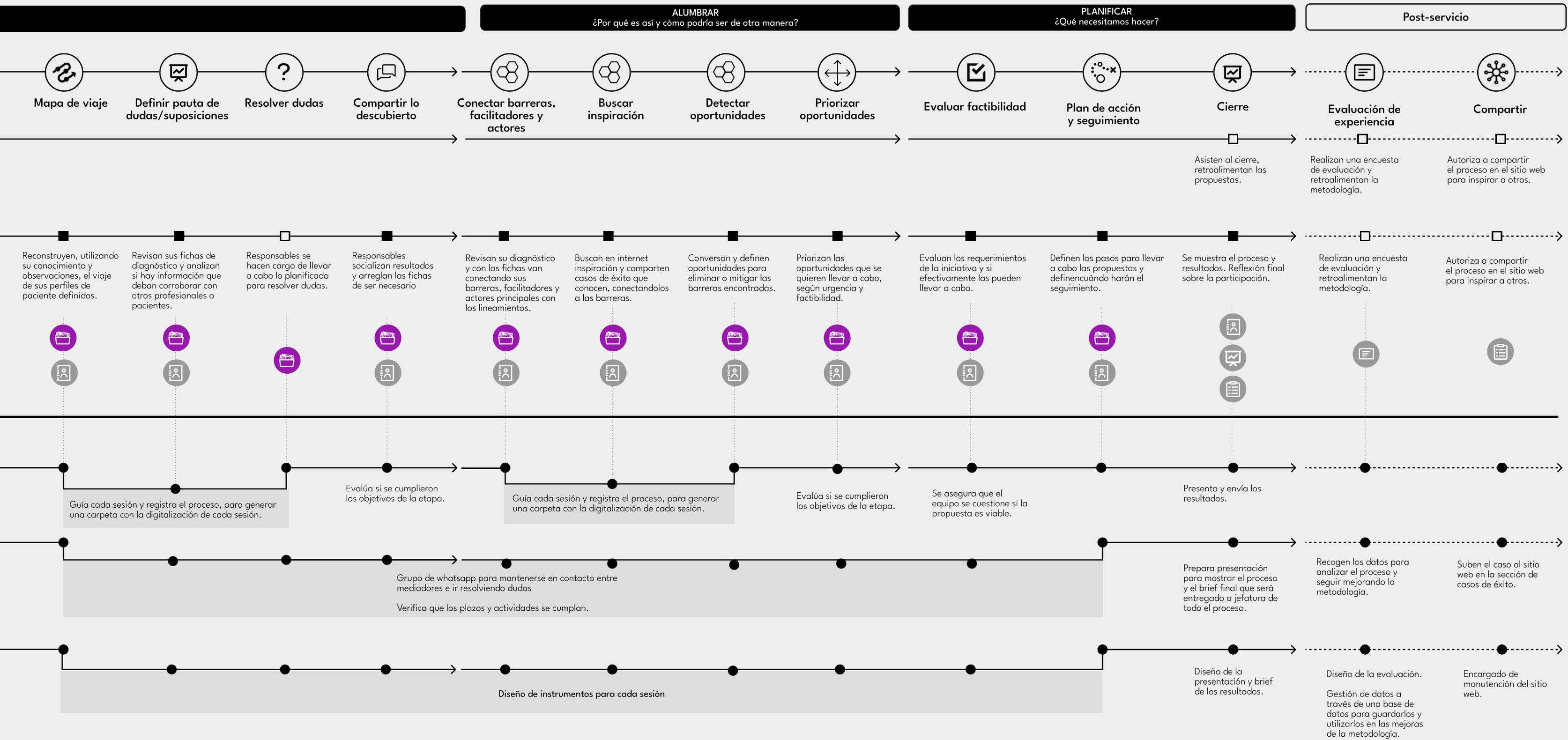
Las herramientas propuestas en esta etapa tienen como objetivo facilitar el análisis del estado actual de la atención para poder identificar la brecha con la visión deseada.

La etapa termina cuando logren tener una visión completa de su atención y entiendan que es lo que están haciendo bien y cuáles son sus barreras, definiendo la brecha con el modelo que permitirá generar un estado de urgencia.

1. Nuestras pacientes
2. Atención ideal y lineamientos
3. Nuestra Historia
4. Nuestra atención

Etapas





## Siguientes pasos y proyecciones

Como pasos siguientes, el Hospital Luis Tisné está interesado en volver a aplicar la metodología con los cambios que se definieron y un nuevo grupo de participantes.

Además, se habló con el Hospital El Carmen, Maipú, quienes por temas de que fue muy lento el proceso para aprobar el proyecto no alcanzaron a participar en esta etapa, pero al compartirle resultados están interesados en hacer el testeo.

Además, si bien la metodología se presenta como un todo y se espera ser usada así ya que se construyó bajo una lógica para poder levantar toda la información posible, también se deberá explorar métodos sprint, como por ejemplo utilizando solo las fichas de colores que se usan en la Etapa 2: Alumbrar. Esto pensando, que si bien lo ideal es hacer todo el proceso para poder tener una mirada sistemática de dónde están con respecto al modelo, también se pueden accionar cambios de forma más directa, pero se deberá testear en las siguientes etapas.

A futuro Maper busca posicionarse como una herramienta estratégica para colaborar con los cambios promovidos por el Ministerio de Salud y contribuir a la implementación de sus protocolos.

Por esto mismo, se considera que Maper podría una vez que se continúe prototipando e iterando, volverse un proyecto financiado por el MINSAL, en particular a través del programa Chile Crece Contigo. Esto considerando que este programa ha sido uno de los precursores del Modelo de Atención

Personalizada, podría ser un actor potencialmente interesado en lanzar el proyecto. Esto permitiría alcanzar una mayor cobertura a lo largo de todo Chile.

Además, se proyecta que en un futuro Maper pueda convertirse en una metodología internacional, aumentando así su alcance.

En cuanto a la metodología en sí, se propone como un método en constante iteración, y se espera que al ponerse en práctica se pueda ir retroalimentando de las experiencias de los equipos.

Como se propone en la página web, se proyecta que este sea un sitio donde se compartan las buenas prácticas y se estimule el trabajo en red, entendiendo que si bien los desafíos son particulares, hay estrategias que pueden ser replicables.

Si bien ya se declaró la razón de por qué no se había incluido a las pacientes en el proceso, se proyecta que a medida que se vaya asentando el modelo personalizado y los hospitales puedan disminuir su brecha, la metodología deberá replantearse nuevos desafíos y buscar formas en que las gestantes y comunidad puedan ser partícipes de estas sesiones de forma directa, pensando así esta primera propuesta como una transición para preparar el terreno para trabajar de forma más colaborativa en el futuro y así la atención sea cada vez más personalizada.

## Conclusiones

Para concluir, luego de este arduo semestre de trabajo en conjunto con los profesionales de la salud del área de maternidad y haber investigado la implementación del modelo personalizado en Chile, solo, puedo decir que la clave de es crear espacios.

Cuando se trata de generar cambios, se suele pensar que la solución es entregar, pero en casos como este, lo más adecuado es potenciar desde adentro.

Es necesario seguir creando espacios y seguir trabajando a la par con los profesionales, empoderandolos para que sean ellos quienes lideren el cambio en la práctica.

Si bien la metodología está en sus primeros inicios, se espera sea la base para construir algo que efectivamente pueda ayudar y contribuir a personalizar la atención del nacimiento.

---

# IMPLEMENTACIÓN

---

### FORTALEZAS

- Las herramientas permiten el acceso libre a quien quiera utilizarlas, y al ser online la distribución del producto es sencilla
- Puede imprimirse a bajo costo.
- Herramientas disponibles tanto en formato online como descargable, permitiendo la modalidad de sesiones online y presenciales.

### DEBILIDADES

- No incluye la voz de las usuarias.
- Requiere de otros actores para llegar a ser reconocido.

### OPORTUNIDADES

- Ley Adriana probablemente va a ser aprobada y esto requerirá a los hospitales adecuarse a nuevos estándares de calidad de atención.
- Interés gubernamental por impulsar proyectos que reduzcan la violencia de género
- Demanda social por mayor calidad de atención del parto.
- Cada vez hay más hospitales interesados en tener una maternidad personalizada, dado que mejora su propuesta de valor y atrae más pacientes.

### AMENAZAS

- La situación económica nacional podría ser un problema para conseguir fondos.
- Cantidad de proyectos en salud, que podría disminuir la posibilidad de que el MINSAL destine recursos a este proyecto.
- Escándalo de fundaciones, hay menos actores donando fondos.

## MODELO DE NEGOCIOS

<p><b>SOCIOS CLAVE</b></p> <p>MINSAL - Chile crece más.</p>	<p><b>ACTIVIDADES CLAVE</b></p> <p>Capacitaciones.</p> <p>Acompañamiento en implementación de Maper.</p> <p>Compartir casos de éxito en el sitio web.</p>	<p><b>PROPUESTA DE VALOR</b></p> <p>Las mejoras vienen desde adentro por lo que son más adecuadas</p> <p>Se compromete al equipo por lo que las soluciones pueden ser más sostenibles</p>	<p><b>RELACIÓN CON LOS CLIENTES</b></p> <p>3 tipos:</p> <p>Se descarga el kit: lejana.</p> <p>Participa en capacitación.</p> <p>Lo acompañamos toda la implementación.</p>	<p><b>SEGMENTO DE CLIENTES</b></p> <p>Servicios de salud pública y privada</p> <p>Universidades</p> <p>Personas interesada en implementar el modelo de atención personalizada.</p>
<p><b>ESTRUCTURA DE COSTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación del sitio web.</li> <li>• Mantención sitio web.</li> <li>• Sueldo mediadores internos.</li> <li>• Aspectos legales.</li> </ul>		<p><b>FLUJO DE INGRESOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postular a FONIS.</li> <li>• Venta de cursos de capacitación.</li> <li>• Venta de mediadores.</li> </ul>		
<p><b>RECURSOS CLAVE</b></p> <p>Mediadores expertos en Maper MaperKit (digital y análogo) Guía del mediador.</p>				<p><b>CANALES</b></p> <p>Comunidad en wpp de mediadores para resolver dudas.</p> <p>Sitio web</p> <p>Correo</p>

## COSTOS

PRESUPUESTO PROYECTO MAPER					
<b>Fecha</b>	<b>20 de Diciembre de 2023</b>				
Item	Descripción	Ud	Cantidad	P. Unit. (\$)	Total (\$)
<b>1.- Implementacion Paguina WEB</b>					
1.1	Diseñor	HH	50	4.000	200.000
1.2	Programador	HH	80	3.500	280.000
1.3	Licencia Hosting (vigencia 12 meses)	UN	1	700.000	700.000
<b>Total Implementacion Paguina WEB</b>				<b>Sub-Total \$</b>	<b>1.180.000</b>
<b>2.- Implementacion de Talleres</b>					
2.1	Diseño de Imágenes	HH	20	4.000	80.000
2.2	Preparacion Maperkit	HH	10	3.500	35.000
2.3	Impresiones	uni	-	10	-
<b>Total Implementacion de Talleres</b>				<b>Sub-Total \$</b>	<b>115.000</b>
<b>3.- Costos Capacitaciones (por taller)</b>					
3.1	Taller para mediadores (Experto en metodologia)	HH	7	10.000	70.000
3.2	Sueldo Capacitador	HH	9	9.000	81.000
<b>Total Costo Capacitaciones</b>				<b>Sub-Total \$</b>	<b>151.000</b>
<b>4.- Gastos Administraivos</b>					
4.1	Contitucion de sociedad	uni.	1	300.000	300.000
4.2	Contabilidad	mes	1	40.000	40.000
4.3	Otros	uni.	1	10.000	10.000
				<b>Sub-Total \$</b>	<b>350.000</b>
				<b>TOTAL \$</b>	<b>1.796.000</b>

## Flujo

### Flujo Proyecto MAPER

	Costo Unidad	Meses												Total	
		Mes 0	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11		Mes 12
<b>Ingresos</b>															
Taller				1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7
Cantidad de Capacitaciones						1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Venta Taller \$	200.000			200.000	0	200.000	0	200.000	0	200.000	0	200.000	200.000	200.000	1.400.000
Venta Capacitacion \$	350.000			0	0	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	3.150.000
<b>Total Ingresos mes</b>				200.000	0	550.000	350.000	550.000	350.000	550.000	350.000	550.000	550.000	550.000	4.550.000
<b>Egresos</b>															
Implementacion Paguina WEB	1.180.000	1.180.000													1.180.000
Implementacion de Talleres	115.000		115.000												115.000
Taller para mediadores (Experto)	70.000		70.000												70.000
Sueldo Capacitador	81.000			-	-	81.000	-	81.000	-	81.000	-	81.000	81.000	81.000	486.000
Contitucion Sociedad	300.000	300.000													300.000
Otros Gastos Administracion	50.000		50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	600.000
<b>Total egresos mes</b>		1.480.000	235.000	50.000	50.000	131.000	50.000	131.000	50.000	131.000	50.000	131.000	131.000	131.000	2.751.000
<b>Saldo de Caja</b>		-1.480.000	-235.000	150.000	-50.000	419.000	300.000	419.000	300.000	419.000	300.000	419.000	419.000	419.000	1.799.000
<b>Saldo Caja Acumulado</b>		-1.480.000	-1.715.000	-1.565.000	-1.615.000	-1.196.000	-896.000	-477.000	-177.000	242.000	542.000	961.000	1.380.000	1.799.000	
<b>Capital Inicial</b>	-1.715.000														
<b>Utilidad Proyecto 1er año</b>	1.799.000														

# ANEXO

---

---

ETAPA 0: ROMPER LA BOLSA

## 0.1 CARTAS DE REFLEXIÓN

Las cartas de reflexión permiten que el grupo inicie este proceso rompiendo el hielo y conociéndose un poco más, ya que permiten que cada persona comparta una opinión o experiencia sobre temáticas que pocas veces se hablan como equipo.

### PREPARAR LA SESIÓN

Corte las cartas de reflexión, son en total 16 cartas, 32 preguntas, y vienen 4 cartas en cada hoja. Puede hacerlo en papel normal, pero si quiere reutilizarlas se recomienda usar un papel más grueso.

Si el grupo de participantes es mayor a diez considere para esta actividad dividir al grupo en dos, para asegurar que todos puedan hablar. De ser así, imprima más cartas para que cada grupo tenga su mazo.

Para elegir dónde se juntarán en esta primera sesión, intente ser creativo. Se recomienda que sea un espacio que permita a los participantes estar cómodos y relajados, si es al aire libre mejor. Lo esencial es que haya espacio para que puedan estar en un círculo.

### ACTIVIDAD

Las cartas se responderán por turno. Cada participante, por turno, va eligiendo una carta y responde primero la pregunta con fondo blanco y luego la con fondo negro. Los demás pueden responder también si quieren u opinar sobre la respuesta.

Antes de empezar con las cartas, establezca las normas:

#### Habla desde el "yo":

Nos interesa conocer tu percepción de las cosas. Permítete compartir lo que piensas, aunque pueda ser contradictorio o impopular, siempre desde el respeto.

#### Escucha desde el corazón:

Comprométete escuchar con compasión y fomentar un espacio donde todos puedan sentirse escuchados. Se pueden presentar posturas y opiniones distintas a las tuyas, lo que no significa que sean malas.

#### Da un paso adelante y retrocede:

Todos pueden dar un paso adelante para hablar cuando quieren pero tengan en cuenta que todos están hablando y también es importante dar un paso atrás para escuchar.

#### Di más:

Un estribillo clave para la conversación es "Di más", alientense a profundizar sus ideas.

#### PARTICIPANTES

Grupo

#### TIEMPO

40 min.

#### LO QUE NECESITAN

Ficha 1.1

#### FORMATO RECOMENDADO

Presencial.



#### TENGA EN CUENTA

Puedes crear sus propias cartas si quiere que su equipo reflexione de algo específico. Para esto acceda a la herramienta online en la página web [maper.cl]



#### TENGA EN CUENTA

Está bien si no se alcanza a leer todas las cartas, lo importante es la calidad de la conversaciones. Puede utilizar las que no leyeron en otra sesión.

<p>¿Qué factores te motivan a entregar una buena atención?</p>	<p>Comparte una historia que haya redefinido tu comprensión de lo que significa ser un profesional de la maternidad</p>
<p>¿En qué medida consideras que el componente emocional en la atención materna impacta en los resultados generales de salud y bienestar?</p>	<p>¿Qué factores a veces te desmotivan?</p>
<p>Cuenta una experiencia en que una paciente y/o su acompañante te hayan agradecido de forma excepcional. Cuenta la razón y el cómo te hizo sentir.</p>	<p>Si nos ofrecieran gratis todos los recursos y cambios de infraestructura que quisiéramos hacer ¿Qué sería tu top 3 para mejorar?</p>
<p>Comparte un valor personal que es importante para ti en la atención a una mujer. Y discutan cómo se alinea con los valores de los demás.</p>	<p>Dejando los recursos e infraestructura de lado, ¿Nuestro personal y comunidad usuaria está lista para implementar una atención personalizada?</p>

<p>¿Cuál es el aspecto más desafiante de entregar atención en el área de maternidad?</p>	<p>Comparte una experiencia de cuando observaste a un colega entregando una atención y cuidado ejemplar a un a paciente</p>
<p>¿Cómo podríamos apoyarnos mutuamente como equipo para superarlos?</p>	<p>¿Cuáles son los atributos de una atención ejemplar?</p>
<p>¿Qué significa para ti la atención personalizada en nuestra área?</p>	<p>¿Qué significaría para el hospital cambiar a un modelo completamente personalizado?</p>
<p>¿En qué medida crees que nuestras propias experiencias de vida influyen en la forma en que abordamos la atención?</p>	<p>¿Qué cambios te motivan y cuáles te preocupan?</p>

<p>¿Qué es lo más gratificante del trabajo para ti?</p>	<p>¿Que se ha hecho para que nuestra atención sea personalizada?</p>
<p>¿Qué es lo menos gratificante del trabajo para ti?</p>	<p>¿Qué ha funcionado y que no? ¿Por qué?</p>
<p>¿Qué rol deberían tener las mujeres durante su proceso de gestación y parto? ¿Qué rol debiesen tener sus acompañantes?</p>	<p>¿Qué desafíos personales has enfrentado al tratar de implementar un enfoque más personalizado en tu práctica?</p>
<p>¿Nuestro rol cambia con el modelo de atención personalizada? ¿Por qué?</p>	<p>¿Qué factores socioculturales contribuyen a que sea difícil personalizar la atención? Considera factores que influyen a nuestro equipo y a las pacientes.</p>

ETAPA I: DIAGNÓSTICO

## 1.1 NUESTRAS PACIENTES

Teniendo en cuenta que el objetivo es personalizar la atención, deben comenzar entendiendo y caracterizando quiénes son sus pacientes. Esto permitirá que el grupo empiece a reflexionar sobre la comunidad y sus necesidades.

### PREPARAR LA SESIÓN

Se recomienda para esta sesión recopilar datos que tenga el centro sobre su comunidad usuaria, por ejemplo resultados cuantitativos, reclamos OIRS, comentarios de RRSS. Esta información ayudará a enriquecer el debate de los participantes.

### ACTIVIDAD

Con el apoyo de las fichas, deberán compartir lo que saben y ordenar su conocimiento para caracterizar a su comunidad usuaria. Incite en esta conversación que los participantes compartan experiencias y nociones. Terminarán definiendo cuatro perfiles que les permitirán tener en el centro del proceso a las pacientes.

### INTRUCCIONES

- 1 Comenzarán con la ficha 1.1 A reflexionando en torno a la pregunta ¿Cómo son nuestras pacientes? Pueden utilizar las variantes de la parte inferior de la ficha para guiar su conversación.
- 2 Una vez haya un buen vaciado de información, es hora de revisar los datos recopilados, que permitirán ampliar la conversación a ¿Qué dicen las pacientes? Deben anotar los hallazgos en la misma ficha.
- 3 Luego, deben definir 3 o 4 atributos clave para construir perfiles de pacientes, ya sea porque son un grupo crítico o un grupo muy representativo. De no llegar a un consenso, pueden votar.
- 4 Si son más de 5 participantes, dividirse en grupos y cada uno trabajará en la personalización de uno de los perfiles, usando la ficha 2B.
- 5 Para construir los perfiles es necesario que vayan más allá, y les den personalidad, esto ayudará a poder empatizar. Para esto es importante que compartan sus experiencias, contando anécdotas con estos tipos de usuarios o las "cosas típicas" que hacen.
- 6 Cada grupo presenta a su persona y los demás van contribuyendo a ajustarla de ser necesario.
- 7 Terminar con un espacio para reflexionar ¿Están conformes con estos 4 perfiles? ¿Representan bien a su comunidad usuaria? ¿Existe la posibilidad de que refuercen algún estereotipo o prejuicio? ¿Hay algo que creen que deberíamos averiguar? (Uso de ficha 1.8)

#### PARTICIPANTES

Grupo

#### TIEMPO

Hasta la próxima sesión.

#### LO QUE NECESITAN

Ficha 1.1 A  
Ficha 1.1 B



#### TENGA EN CUENTA

Es normal que comiencen definiendo a sus pacientes de manera general, pero en su papel de mediador es crucial orientarlos a que profundicen más, utilizando la técnica de los "5 por qué".



#### TENGA EN CUENTA

En esta etapa los participantes pueden caer en prejuicios o sesgos, por lo que es muy importante hacer en la última reflexión una revisión.

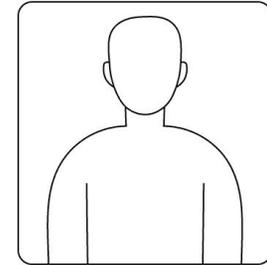
## 1.1B ETAPA I: DIAGNÓSTICO CARACTERIZACIÓN PACIENTE CLAVE

FECHA

| NOMBRE

| ATRIBUTO CLAVE

| PEQUEÑA DESCRIPCIÓN



[Escribir frase representativa]



#### ¿QUÉ SIENTE?

¿Cuáles son sus emociones? ¿Cuáles son sus preocupaciones y frustraciones?



#### ¿QUÉ PIENSA?

¿Cuáles son sus creencias y valores? ¿Qué es lo que le importa? ¿Cuál es su expectativa?



#### ¿QUÉ HACE?

¿Cuáles son sus actividades y responsabilidades?

ETAPA I: DIAGNÓSTICO

## 1.2 ATENCIÓN IDEAL Y LINEAMIENTOS

Esta actividad ayudará al grupo a definir cómo les gustaría que fuera su atención, posicionándolos en un futuro que les permitirá abrir la mente e imaginar lo que es para ellos el ideal de atención, para que puedan definir sus lineamientos.

### PARTICIPANTES

Grupo

### TIEMPO

30 min.

### LO QUE NECESITAN

Post-it  
Lápices  
Ficha 1.2A y 1.2B

### FORMATO RECOMENDADO

Presencial.



### PREGUNTAS DE APOYO

- ¿Qué hace la persona gestante?
- ¿Qué hace su familia?
- ¿Qué pasa durante su experiencia?
- ¿Qué ve? ¿Qué siente?
- ¿Cómo se relaciona con el equipo de salud?



### TENGA EN CUENTA

Los lineamientos son ideales, no herramientas o soluciones. Deben estar escritos como afirmaciones, en positivo, no ser muy extensos y lo más importante ¡Ser inspiradores!

Por ejemplo "Destinar más recursos" no es un lineamiento.

### PREPARAR LA SESIÓN

Dado que es una sesión en la que tendrán que actuar, puede hacerla más entretenida llevando utilería como accesorios. En cuanto al espacio, considere un lugar que permita a los grupos presentar.

### ACTIVIDAD

Dividir al grupo en subgrupos compuestos por 3-4 personas. Cada grupo deberá, a partir del escenario futuro propuesto, imaginar cómo es la atención y representarla mediante una corta actuación de 3 minutos en la que cada integrante deberá tomar el rol de la paciente, acompañante o profesional de salud. No deberán demorarse más de 20 min. El escenario propuesto es este:

¡Bienvenidos al año 2060, donde la atención materna es una prioridad nacional!

Nuestro hospital, gracias al apoyo financiero del Estado y cambios internos ha logrado convertirse en un referente a nivel internacional de lo que es una atención personalizada.

### INTRUCCIONES

- 1 Lo primero que debe hacer cada subgrupo es discutir ¿Cómo es la nueva experiencia de los pacientes y familiares en este escenario del año 2060? Guíense de las preguntas de apoyo y comiencen a imaginar su escenario. Definan qué quieren mostrar y qué roles representarán
- 2 ¡Hora de actuar! Mientras, el público deberá ir anotando los atributos que rescatan de la representación.
- 3 Una vez todos hayan terminado, deben compartir sus atributos y ponerse de acuerdo sobre los más importantes para resgitarlos en la ficha 1.2A.
- 4 Ahora, usando la lámina 1.2B deberán revisar los lineamientos del modelo de atención personalizada y analícelos como grupo ¿Cómo es su atención respecto a estos? ¿En qué están mejor y qué les falta mejorar?
- 5 Teniendo en cuenta tanto los atributos como los lineamientos del modelo, deben escribir sus propios 5 lineamientos. Prioricen ¿Qué es lo más importante para lograr su visión? Si no hay un consenso, pueden votar. Luego registren en la lámina 1.2B
- 6 Terminar con un espacio para reflexionar ¿Están conformes con los lineamientos definidos? ¿Creen que es posibles abordarlos?

## 1.2A ETAPA I: DIAGNÓSTICO ATENCIÓN IDEAL: ATRIBUTOS

FECHA


## 1.2B ETAPA I: DIAGNÓSTICO NUESTROS LINEAMIENTOS

FECHA

### LINEAMIENTOS DEL MODELO

- Gestante y su familia enfrentan el proceso bien informados.
- La gestante participa activamente en la toma de decisiones.
- Acompañante involucrado y activo.
- Comodidad y satisfacción.
- Consideramos factores emocionales y sociales en la atención.
- Respeto y privacidad.
- El equipo está comprometido y capacitado.
- Existe una relación horizontal entre gestante y personal de salud.
- Estamos abiertos a modelos o prácticas complementarias de atención de salud.
- Intervenimos y usamos tecnología sólo cuando es necesario

### NUESTROS LINEAMIENTOS

1
2
3
4
5

## 1.3 NUESTRA HISTORIA

Esta actividad permitirá entender los esfuerzos y los cambios que ya se han implementado, y cómo se han hecho. La información que salga de esta reunión puede ser muy importante para considerar más adelante, ya que se mapeara los actores que han estado involucrados y lo que ha funcionado. Esto dará pistas sobre como avanzar y qué oportunidades existen.

### PARTICIPANTES

Grupo

### TIEMPO

40 min.

### LO QUE NECESITAN

Fichas 1.4 (3)

### FORMATO RECOMENDADO

Presencial.

### EJEMPLO



### TENGA EN CUENTA

Como mediador guíe la conversación y asegúrese de preguntar específicamente qué se ha hecho sobre los lineamientos definidos.

### PREPARAR LA SESIÓN

Para esta etapa es importante tener la visión de personas que llevan más tiempo trabajando y, para tener contraste, las que llevan menos tiempo. Deberá revisar si los participantes cumplen estos requisitos o si es necesario invitar a otras personas del equipo a participar en la sesión. Asimismo, es importante invitar a jefaturas, para entender lo que se ha hecho y lo que se está haciendo a favor de la atención personalizada.

### ACTIVIDAD

Con las fichas 1.4 (3) unidas formando la línea de tiempo, anotar en orden cronológico los hitos y antecedentes de cambios a favor de la atención personalizada que han habido en el área y su atención.

### INTRUCCIONES

- 1 Cada persona del grupo debe contar su historia, explicando cómo era la atención cuando llegó. Las historias deben ser breves y no superar los tres minutos por persona.
- 2 En una segunda ronda, cada integrante debe mencionar un hito importante que, a su parecer, marcó un cambio en la atención. Pueden ser hitos de diversa índole, como por ejemplo la llegada de nuevas personas al equipo, cambios en la infraestructura, inclusión de una nueva práctica o protocolo, o los momentos de crisis. El mediador es el encargado de anotar cada hito donde corresponda cronológicamente en la línea.
- 3 Luego se deberá abrir el debate sobre la historia del equipo. Es el momento de examinar las situaciones difíciles y los éxitos. Es importante revisar los intentos de asociatividad que ha habido a lo largo de la historia y qué resultó en el pasado. También asegurarse de analizar si los cambios han tenido o no el resultado esperado y la razón de esto.
- 4 Terminar con un espacio para reflexionar ¿Qué sensación les dejó esta sesión? ¿Había algo que no sabían y les sorprendió?



**PARTICIPANTES**  
Grupo

**TIEMPO**  
40 min.

**LO QUE NECESITAN**  
Ficha 1.4

**FORMATO RECOMENDADO**  
Presencial.

**EJEMPLO**



**TENGA EN CUENTA**

Como mediador guíe la conversación y asegúrese de preguntar específicamente qué se ha hecho sobre los lineamientos definidos.

ETAPA I: DIAGNÓSTICO

### 1.4 VIAJE DE LAS PACIENTES

El mapa de viaje permite sistematizar y visualizar cómo experimentan las pacientes su atención. Esto ayudará al grupo a ordenar su conocimiento y tratar de ver la experiencia a través de los ojos de la paciente, identificando los facilitadores y las barreras que influyen en cada etapa.

**PREPARAR LA SESIÓN**

Esta actividad se hace con los hallazgos obtenidos en la definición de los perfiles de pacientes y de las observaciones, por lo que es importante que este material este disponible para que los participantes puedan revisarlos.

Para el espacio considere un lugar que permita que todos puedan ver las fichas, pueden posicionarse alrededor de una mesa o pegarlas en la pared.

**ACTIVIDAD**

Deberán analizar cada etapa del viaje que hace la paciente, considerando desde antes que llegue al hospital, su experiencia en este y posterior. La idea es que analicen todas las posibilidades, por lo que deben considerar etapas adversas. Se proponen 9 etapas, pero pueden intervenir o incluir otras de ser necesario. En cada etapa deberán analizar qué siente la persona, qué hace, personas con las que interactúa y los facilitadores y barreras.

- **Facilitadores:** Elementos que mejoran o facilitan la experiencia de la paciente.
- **Barreras:** Obstáculos o desafíos que la paciente puede enfrentar durante su viaje.

**INTRUCCIONES**

- 1 Primero deberán definir qué integrantes representarán a que paciente, con el fin de que en cada etapa se represente a sus perfiles definidos, es decir, a las personas que les toque el perfil 1 deberán en cada etapa pensar cómo es para ella.
- 2 Vayan etapa por etapa rellenoando.
- 3 Una vez tengan completado su mapa de viaje con los post-its, como grupo, analicen cuáles son los puntos más críticos del viaje ¿Dónde se encuentran las mayores dificultades para la paciente? ¿En qué etapas del proceso hay más barreras? ¿Cuáles son las barreras que más impactan en la experiencia de la paciente y su familia? Traten de entender las razones detrás de estos desafíos.
- 4 Terminar con un espacio para reflexionar ¿Hubo algo que les sorprendió?

1.4 ETAPA I DIAGNÓSTICO  
MAPA DE VIAJE DE LAS PACIENTES

**1. PREVIO AL HOSPITAL**

¿QUÉ SIENTE?



¿QUÉ HACE?

PERSONAS

**2. INGRESO**

**3. TRABAJO PARTO INICIAL**

**FACILITADORES**

Factores positivos que contribuyen a una atención personalizada.

**BARRERAS**

Factores negativos que dificultan una atención personalizada.

maper | Método para Personalizar la Atención Materna

www.maper.cl

**8. DADA DE ALTA**

**9. DESPUES DEL HOSPITAL**

**6. PARTO - CESÁREA**

**7. PUERPERIO**

ETAPA I: DIAGNÓSTICO

## 1.5 ¿QUÉ NECESITAMOS AVERIGUAR?

Esta es una herramienta que se usa de forma transversal durante todo el diagnóstico, dado que es muy probable que durante las actividades encuentran lagunas de conocimiento, que requieren ser preguntadas a alguien que no se encuentra en el grupo. Está herramienta busca ser tanto un recordatorio como un apoyo, para que no se queden estancados.

**PARTICIPANTES**  
Grupo

**TIEMPO**  
20-30 min.

**LO QUE NECESITAN**  
Ficha 1.5A Y 1.5B

**FORMATO RECOMENDADO**  
Ambos formatos funcionan bien.

**INTRUCCIONES**

- [En caso de que no la hayan hecho durante el proceso] Vuelvan a consultar las fichas de la persona, observación y mapa de viaje. ¿Qué respuestas se desconocen o podrían ser suposiciones? Estas son sus "áreas de investigación": sobre lo que necesitan saber más.
- Utilicen la ficha 1.5A para establecer, en primer lugar, qué es lo que quieren averiguar. Mientras más acotado sea, más fácil serán los siguientes pasos.
- Describan qué acciones tomarán para averiguarlo. ¿Necesitan ver algo? ¿Necesitan hablar con alguien en específico? ¿Cómo sería mejor aproximarse a esa persona? ¿En dónde? Por ejemplo, si necesitan saber algo sobre la etapa de Urgencia, sería bueno hablar con otros colegas, pero también podrían hablar directamente con pacientes. Definan formas realistas y abordables, lo importante es que les permita resolver la duda.
- Una vez hayan decidido las técnicas y acciones que tomarán, debatan quiénes son las personas más adecuadas del grupo para hacerse cargo. Consideren para quién sería más fácil, ya sea por acceso, cercanía, turnos, etc.
- Por último, definan cuándo esta persona llevará a cabo la acción, colocando fecha límite para la siguiente reunión. Esta persona deberá utilizar la ficha 1.5B para sistematizar.
- En la siguiente sesión las personas responsables deberán compartir lo averiguado y de ser necesario el equipo tendrá que editar alguna de sus fichas anteriores.

**PREGUNTAS DE APOYO**

¿Están seguros de que las principales barreras son las más importantes? ¿Podrían las barreras más pequeñas tener más peso?

¿Se ha hecho algo al respecto de esta barrera? ¿Saben por qué ha funcionado o no?

¿Lo que escribimos es algo en lo que creemos o un hecho?

**maper** | Método para Personalizar la Atención Materna www.maper.cl

1.5A ETAPA I: DIAGNÓSTICO  
GUÍA PARA AVERIGUAR

FECHA

LO QUE NECESITAMOS AVERIGUAR	ACCIÓN(ES)	RESPONSABLE(S)	CUÁNDO SE HARÁ
¿Qué cosas no sabemos o podríamos estar suponiendo?	¿Qué técnica usaremos y con quién?	¿Quién(es) del grupo lo hará?	Considerar fecha max el día de la sesión

**maper** | Método para Personalizar la Atención Materna www.maper.cl

1.5B ETAPA I: DIAGNÓSTICO  
GUÍA PARA AVERIGUAR

FECHA

<p><b>PERSONA/MEDIO:</b></p> <hr/> <p><b>PREGUNTAS:</b> Registra los temas o preguntas que quieres averiguar.</p>	<p><b>REGISTRO</b> Usa este espacio para registrar lo que te dijeron.</p>
---	---

ETAPA 2: ALUMBRAR

## 2.1 CONECTAR INFORMACIÓN

Llegó el momento de conectar nuestra información y ver dónde es factible y más urgente que actúen.

### PREPARAR LA SESIÓN

Esta actividad es la que requerirá mayor preparación dado que habrá que cortar las fichas, por lo que se recomienda que sea online de no contar con suficiente tiempo para preparar el material. Considerando que en cada hoja vienen 6 fichas, en el kit se contabilizan en hojas: 1 de lineamientos, 7 de barreras, 7 de facilitadores, 5 de actores, 5 de inspiración y 5 de oportunidades. Si estima que para su sesión necesita más, puede imprimirlas.

Para esta etapa será importante traer la línea de tiempo de Nuestra Historia (Ficha 13) y el Mapa de Viaje (Ficha 1.4), ya que servirán como insumo.

### ACTIVIDAD

Conectar y visualizar su información. Si son más de 7 personas se sugiere que se dividan en grupos y vayan trabajando en cada lineamiento.

### INTRUCCIONES

- 1 Comiencen leyendo uno a uno sus 5 lineamientos y en cada uno respondan: ¿Qué barreras y facilitadores han encontrado en el diagnóstico? Vayan generando conexiones. Consideren que las barreras y facilitadores pueden estar conectados a más de un lineamiento.
- 2 Luego, deberán buscar en internet (Google, Instagram, Facebook, etc.) casos de éxito y buenas prácticas, nacionales o internacionales, que hayan abordado barreras similares. No necesariamente deben ser del área de maternidad; pueden provenir de otra unidad de salud o incluso de un servicio de otro ámbito. Pueden considerar casos que ustedes conozcan e incluso casos de su propio centro que consideren exitosos.
- 3 Llegó el momento de analizar. ¿Qué observan? ¿Dónde identifican más barreras? ¿Dónde encuentran facilitadores? ¿En qué lineamiento están bien y en cuál hay muchas barreras? Si bien puede ser que haya un lineamiento con muchas barreras, también consideren que es importante que existan facilitadores para que pueda ser abordable. Registren utilizando la lámina 2.1A.
- 4 Por último, con toda esta información conectada, deben definir oportunidades. Esta fase consiste en proponer, proponer, proponer. Verán después cuáles son las mejores. Pueden trabajar de forma individual o grupal.
- 5 Sacar fotografía. Como mediador será el encargado de hacer el registro online de la actividad para que quede guardada. Y anotar todas las oportunidades.

#### PARTICIPANTES

Grupo

#### TIEMPO

60-90 min.

#### LO QUE NECESITAN

Lápices  
Fichas  
Ficha 2.1

#### FORMATO RECOMENDADO

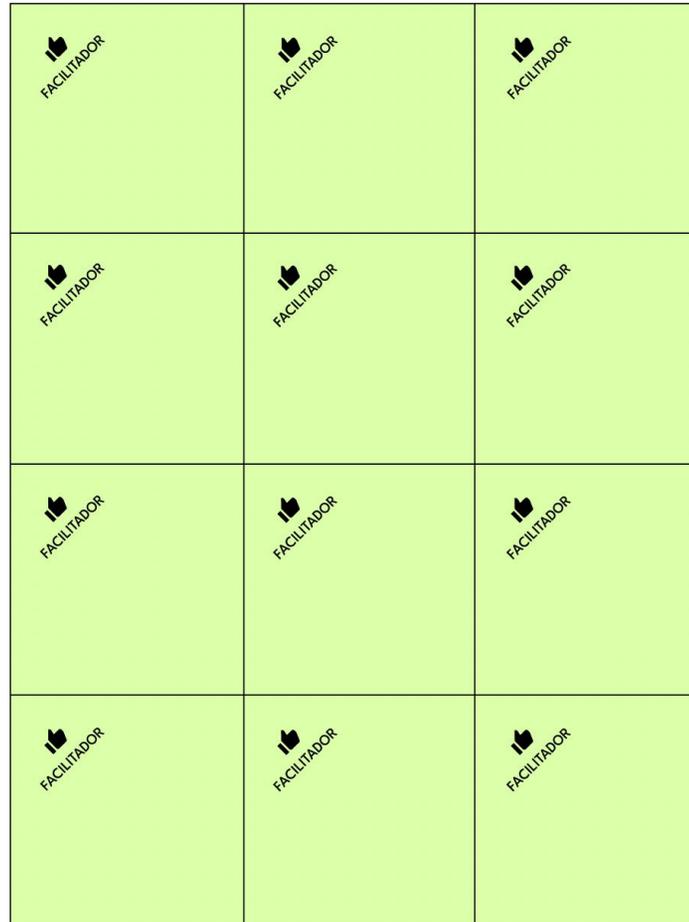
Presencial.

#### TUTORIAL



#### IMPORTANTE

No hay una forma correcta de ordenar las fichas, solo deben ir generando conexiones que les hagan sentido.



 BARRERA	 BARRERA	 BARRERA
 BARRERA	 BARRERA	 BARRERA
 BARRERA	 BARRERA	 BARRERA
 BARRERA	 BARRERA	 BARRERA

 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>
 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>
 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>
 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>	 INSPIRACIÓN <small>(A través del pensamiento)</small>

 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD
 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD
 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD
 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD	 OPORTUNIDAD

 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>
 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>
 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>
 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>	 ACTOR RELEVANTE <small>(Describir qué tipo de actor es)</small>

ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO

## 3.1 EVALUAR OPORTUNIDADES

Durante la actividad anterior, el grupo recopiló múltiples ideas. Ahora es momento de definir y priorizar. Durante este proceso se intentará determinar qué acciones son factibles de implementar e importantes. En este sentido, es importante considerar las conclusiones sobre el diagnóstico y tener presente sus lineamientos, para así definir qué acciones permitirán acortar las brechas entre lo que existe hoy y la atención a la que se quiere llegar.

**PARTICIPANTES**  
Grupo

**TIEMPO**  
40 min.

**LO QUE NECESITAN**  
Lápices  
Ficha 3.1

**FORMATO RECOMENDADO**  
Los dos funcionan bien.

**EJEMPLO**



**PREPARAR LA SESIÓN**

Es importante que en esta actividad se tenga acceso a las oportunidades levantadas y todo el cruce de información. Si es en la misma sesión mejor, si no pueden ocupar el registro fotográfico o el online.

**ACTIVIDAD**

Deberán definir en qué quieren seguir trabajando, para esto clasificaran las oportunidades encontradas según tres variables:

- Urgencia (mayor apuro): se refiere a las contingencias que una situación o problema está originando para la comunidad. Aquí se le asigna una nota alta a las ideas que resuelven asuntos que exigen mayor prisa.
- Relevancia (mayor impacto): se refiere a la mayor trascendencia, duración y/o cobertura que podría tener como resultado la acción a desarrollar. Aquí se califican con una nota las ideas que tendrían mayor impacto.
- Viabilidad (más posible o factible): esta categoría se refiere a los recursos internos y externos que se poseen para realizar las acciones a desarrollar. Aquí se califican con nota alta las ideas más factibles.

**INTRUCCIONES**

- 1 Asignar una letra de la A a la Z a cada oportunidad, pueden usar las mismas fichas de oportunidad para ponerles la letra o transcribirlas a la ficha
- 2 Hecho esto, asignar una nota del 1 al 7 a cada una de las ideas, evitando repetir la nota.
- 3 Finalmente, seleccionar las opciones que tengan una ponderación más balanceada y alta de las tres categorías. Esto ayudará a definir qué actividades o esfuerzos abordar primero, permitiendo definir una hoja de ruta coherente y priorizada.

**maper** | Método para Personalizar la Atención Materna | [www.maper.cl](http://www.maper.cl)

**3.1A** ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO  
PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES

FECHA

OPCIONES	URGENTE	RELEVANTE	VIABLE	TOTAL

**maper** | Método para Personalizar la Atención Materna | [www.maper.cl](http://www.maper.cl)

**3.1B** ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO  
EVALUAR PROPUESTAS

FECHA

PROPUESTA DE MEJORA N° ____	PROPUESTA DE MEJORA N° ____
¿Qué vamos a hacer? Describir propuesta	¿Qué vamos a hacer? Describir propuesta
<b>EL PROBLEMA QUE RESUELVE ES...</b> ¿A quién afecta? ¿Es relevante para esta(s) persona(s)?	<b>EL PROBLEMA QUE RESUELVE ES...</b> ¿A quién afecta? ¿Es relevante para esta(s) persona(s)?
<b>ES UNA BUENA PROPUESTA PORQUE...</b> ¿Por qué el hospital querría implementarla? ¿A quién beneficia? ¿Podríamos aumentar el beneficio que genera?	<b>ES UNA BUENA PROPUESTA PORQUE...</b> ¿Por qué el hospital querría implementarla? ¿A quién beneficia? ¿Podríamos aumentar el beneficio que genera?
<b>PARA IMPLEMENTARSE NECESITA...</b> ¿A qué personas involucra? ¿Es factible la participación que se espera de ellas? ¿Qué recursos y/o capacidades necesitamos? ¿Hay costos?	<b>PARA IMPLEMENTARSE NECESITA...</b> ¿A qué personas involucra? ¿Es factible la participación que se espera de ellas? ¿Qué recursos y/o capacidades necesitamos? ¿Hay costos?
<b>SU NIVEL DE ACEPTACIÓN SERÁ...</b> ¿Podría haber personas que se resistan? ¿Cómo podemos mitigar esto?	<b>SU NIVEL DE ACEPTACIÓN SERÁ...</b> ¿Podría haber personas que se resistan? ¿Cómo podemos mitigar esto?

**maper** | Método para Personalizar la Atención Materna | [www.maper.cl](http://www.maper.cl)

ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO

### 3.2 HOJA DE RUTA

Con esta herramienta es posible elaborar un cronograma para la realización de las propuestas que se han definido con el grupo. La hoja de ruta permitirá tener una visión clara y concreta sobre cómo podrían implementar los cambios que proponen.

**PARTICIPANTES**

Grupo

**TIEMPO**

40 min.

**LO QUE NECESITAN**

Lápices  
Ficha 3.1

**FORMATO RECOMENDADO**

Los dos funcionan bien.

**EJEMPLO**



**PREPARAR LA SESIÓN**

Dependiendo de las propuestas del grupo y su complejidad, se deberá decidir si es necesario hacer un mapa de acción para cada una por separado o si pueden organizarse en un mismo mapa.

**ACTIVIDAD**

Armarán un cronograma tentativo para proponer cómo se podrían cumplir las metas y decidir qué iniciativas conviene desarrollar a corto, mediano y largo plazo. Además, servirá para identificar quiénes podrían ser los responsables de llevar a cabo cada una de las acciones y los tiempos en los cuales se ejecutarán.

**INTRUCCIONES**

- 1 Comiencen definiendo cómo organizaran sus propuestas, si es en una sola línea de tiempo o necesitan más mapas.
- 2 Lo primero es pensar en las actividades que deberán llevar a cabo para realizar su propuesta ¿Qué requiere? Intenten ser específicos, para que puedan planificar bien lo que deben hacer.
- 3 Definan el tiempo que requerirá cada actividad ¿Son semanas? ¿Meses? Definan un plazo máximo.
- 4 Describan todos los recursos que serán necesarios, desde capacidades del equipo, insumos, costos, etc.
- 5 Decidan quién se hará cargo de que esto suceda. Debe ser alguien que esté dispuesto a hacer el seguimiento, ya sea porque es quien participará en la actividad o porque se asegurará de que otros lo cumplan.

**3.2** ETAPA 3: GESTACIÓN DEL CAMBIO  
**HOJA DE RUTA**

FECHA

Acciones	
Tiempo	← →
¿Qué recursos requiere la actividad?	
¿Quién será el responsable?	
¿Cómo mediremos si tuvo éxito?	
¿Cuándo monitorearemos avances?	

## Bibliografía:

Aquí está la bibliografía ordenada alfabéticamente:

1. Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
2. ARENA, Francesca (2014). «La medicalizzazione del parto: un processo dell'età moderna? Genere e medicina tra saperi e poteri (XVII-XX secoli)», en GARCÍA GALÁN, Sonia; MEDINA QUINTANA, Silvia; SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (eds.) (2014). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Asturias: Trea, págs. 77- 92.
3. Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R., & Sixto, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002&lng=es&tlng=es).
4. Bowser, D., & Hill, K. (2010) *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Harvard School of Public Health and University Research, Washington DC.  
[https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)
5. Brown, T., & Martin, R. (2015). *Design for action: How to use design thinking to make great things actually happen*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2015/09/design-for-action>
6. Canevari, C. (2022). La autonomía profesional como amenaza a la garantía de los derechos de las mujeres en maternidades públicas. En R. Castro y S. Frías (Eds.) *Violencia obstétrica y ciencias sociales: Estudios críticos en América Latina* (pp. 175-209). Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
7. Campiglia, M. (2022). ¿Curar el parto? La compleja relación entre medicina y nacimiento. En R. Castro y S. Frías (Eds.) *Violencia obstétrica y ciencias sociales: Estudios críticos en América Latina* (p. 211-253).
8. Camila Soto (Comunicación personal, 13 de Septiembre de 2023)
9. CaroLina, HTL. Entrevista personal, noviembre 2023.

## Bibliografía:

10. Castillo, F. Comunicación personal.
11. Cris. Comunicación Personal.
12. Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75. S5-S23.
13. Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75. S5-S23.
14. Gallardo, F. Comunicación personal.
15. Gonzalez, C. Comunicación personal.
16. Green, M. (2008). *Making Women's Medicine Masculine The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology*. Oxford University Press.
17. Gupta, J. J.; Doley, S.; Bujarbaruah, K. M., 2007. Evaluation of forage based feeding system for rabbit production in northeastern region of India. *Indian J. Anim. Nutr.*, 24 (4): 216-218.
18. Kimbell, L. (2012). Rethinking Design Thinking: Part II. *Design and Culture*. 4(2), 129-148. <https://doi.org/10.2752/175470812X13281948975413>
19. Laínez, N., Martínez, G., Portillo, D., Alvarenga, A., & Vélis, A. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*, 6(1):70-77. DOI: 10.5377/alerta.v6i1.15231
20. Macdonald, M. (2006). Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly*.
21. Madami. (s/f). Madami uses 'Women-Centered Design' (WCD). <https://madami.co/our-approach>

## Bibliografía:

22. Manzini, E. (2015). Cuando todos diseñan: una introducción al diseño e innovación social.
23. MaKay, C. Comunicación personal.
24. McCracken, s/f.
25. Norman, D. (2004). Emotional design: why we love (or hate) everyday things [El diseño emocional: por qué nos gustan (o no) los objetos cotidianos] Nueva York: Basic Books.
26. OMS (Organización Mundial de la Salud). (1985). Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Lancet, 2:436-7.
27. Ramirez, R. (2022). ¿Qué es el Diseño de Información? Introducción [Clase 01]. Diseño de Información. Diseño UC.
28. Rittel, H.W.J., Webber, M.M. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sci 4, 155-169 (1973).  
<https://doi.org/10.1007/BF01405730>
29. Sadler, M. (2009). Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile, resultado de proyecto FONIS N° SA06I20034, ejecutado por Universidad de Chile, Departamento de Antropología.  
<https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/FONIS.pdf>
30. Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdúm, D., Leiva-Rojas, G., Skoko, E., Guillen, P. & Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. <https://doi.org/10.1016/j.jrh.2016.04.002>
31. Sanders, E & Stappers, P. (2008). Co-creation and the New Land