



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

DISEÑO | UC

Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuela de Diseño

DISEÑO Y BARRERAS DE LENGUAJE

UN SISTEMA DE ASISTENCIA EN LA
COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE



Inge Hagemann Gutter
Profesor guía: Denise Montt

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

Santiago, Julio 2017

DISEÑO Y BARRERAS DE LENGUAJE: UN SISTEMA DE ASISTENCIA EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

INGE HAGEMANN

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

Profesor guía: Denise Montt

Julio 2017, Santiago, Chile

CONTENIDOS

4	Introducción	
7	Marco teórico	
	Migrantes en Chile	
	Migración haitiana en Chile	
	Ámbito de intervención	
	Salud y comunicación	
	Relación médico-paciente	
	Salud intercultural	
24	Oportunidad	
	Oportunidad de diseño	
	Formulación	
27	Levantamiento de información	
	Observación en terreno	
	Experiencia pacientes	
	Experiencia prof. de la salud	
	Contexto y usuario	
41	Proyecto	
	Antecedentes y referentes	
	Formulación	
	Usuario	
55	Diseño	
	Enfoque	
	Primeras ideas	
	Informantes clave	
	Contextos de atención	
	Pruebas de material	
	Exploración de forma	
	Diseño de íconos	
	Maquetación	
90	Sistema final	
	Canvas	
	Implementación	
	Proyecciones	
	Conclusiones	
102	Anexos	
108	Referencias	

INTRODUCCIÓN

La salud en Chile es un derecho fundamental decretado en la constitución, y como tal, es deber del Estado asegurar su acceso, así como también garantizar su protección, promoción y recuperación (CPR, art. 19). Sin embargo, la ley no establece en qué forma se entrega este servicio ni asegura que se haga de manera óptima, segura y confiable.

Al existir una barrera comunicacional, por ejemplo, la prestación del servicio de salud se complica enormemente ya que, al no contar con un marco regulatorio que establezca protocolos de asistencia en estos casos, la responsabilidad de darse a entender recae directamente en el paciente, quien debe buscar la forma de comunicar al personal médico sus síntomas además de otros datos relevantes para la atención médica.

Mi acercamiento a la problemática es desde la experiencia personal de resultar internada en un hospital extranjero, sin la posibilidad de recibir atención de salud en algún idioma que me fuera comprensible. Esto fue un inconveniente a lo largo de toda la cadena de atención, desde el ingreso en adelante, resultando especialmente crítico al mo-

mento de tener que comunicar síntomas y datos de mi historia clínica al personal de salud, muchos de los cuales no fueron entendidos, resultando en errores y demoras durante la atención, además de altos niveles de estrés y frustración para ambas partes.

Al trasladar esta situación a la realidad nacional, nos encontramos con que es una problemática recurrente. En la actualidad residen en Chile alrededor de 258 mil personas de otras nacionalidades, con una fuerte crecida de la inmigración dominicana y haitiana, siendo esta última la que más ha aumentado, con un alza de 731% en los últimos 3 años (El Mercurio, 2016). Llama la atención este caso en particular, principalmente por lo amplio de la brecha que nos separa, tanto en distancia como en cultura. El acceso a la salud, al igual que otros servicios básicos, resulta para ellos una instancia crítica, por cuanto no han podido salvar la barrera idiomática que los afecta y que repercute en casos de desinformación, diagnósticos errados y sensación de inseguridad generalizada en torno a lo que significa recibir atención médica en un país extranjero.

MARCO TEÓRICO

MIGRANTES EN CHILE

Chile ha pasado en las últimas décadas de ser un país que genera migrantes, a ser uno que recibe importantes flujos de ciudadanos extranjeros con la intención de asentarse en el país (Extranjería, 2014). Históricamente ha sido notoria la relevancia para este fenómeno de las personas provenientes de países limítrofes, sobre todo desde el norte (Perú y Bolivia). Sin embargo, cada vez más personas se aventuran en viajar a Chile desde tierras lejanas. Pueblos con los que no sólo nos separa una distancia física sino que también cultural, manifestada en diferencias de idioma, creencias y costumbres. Los migrantes que residen en Chile son principalmente de Perú, Argentina, Bolivia, Ecuador y Colombia, lo que representa aproximadamente el 2,6% del total de población que reside en el país (Extranjería, 2014). Si bien ha aumentado la cantidad de migrantes que llegan a Chile, la cantidad sigue siendo inferior al promedio mundial que se ubica en el 3,2%.

La migración hacia Chile es principalmente en búsqueda de estabilidad y mejores condiciones que las que tenían en el país de origen y con el fin de asentarse de manera definitiva.

Llegan al país por lo general como turistas y luego, al tener un contrato de trabajo, tramitan su permanencia definitiva a través del Departamento de Extranjería y Migración, DEM. (Rojas, Silva, 2016).

Mediante este permiso es que pueden acceder a los beneficios otorgados por el Estado de Chile como salud o subsidios de vivienda, permitiendo, a través de esto mejorar en parte sus condiciones de vida. Sin embargo, de no contar con estos documentos, deben gestionar de forma independiente los primeros pasos que dan para asentarse en el país.





MIGRACIÓN HAITIANA EN CHILE

Haití es el país más pobre de Latinoamérica, con una renta per cápita de 772 dólares (IMF, 2009). Las razones de su migración masiva a Chile se explican desde el contexto que vive Haití actualmente, enfrentando una crisis política y las consecuencias de un devastador terremoto que dejó graves consecuencias aún no reparadas del todo. Chile aparece en este contexto, y en base a su estabilidad política y económica, como un prometedor destino para buscar nuevas oportunidades y, alentados por recomendaciones de familiares y amigos, los ciudadanos Haitianos se aventuran en el proyecto migratorio.

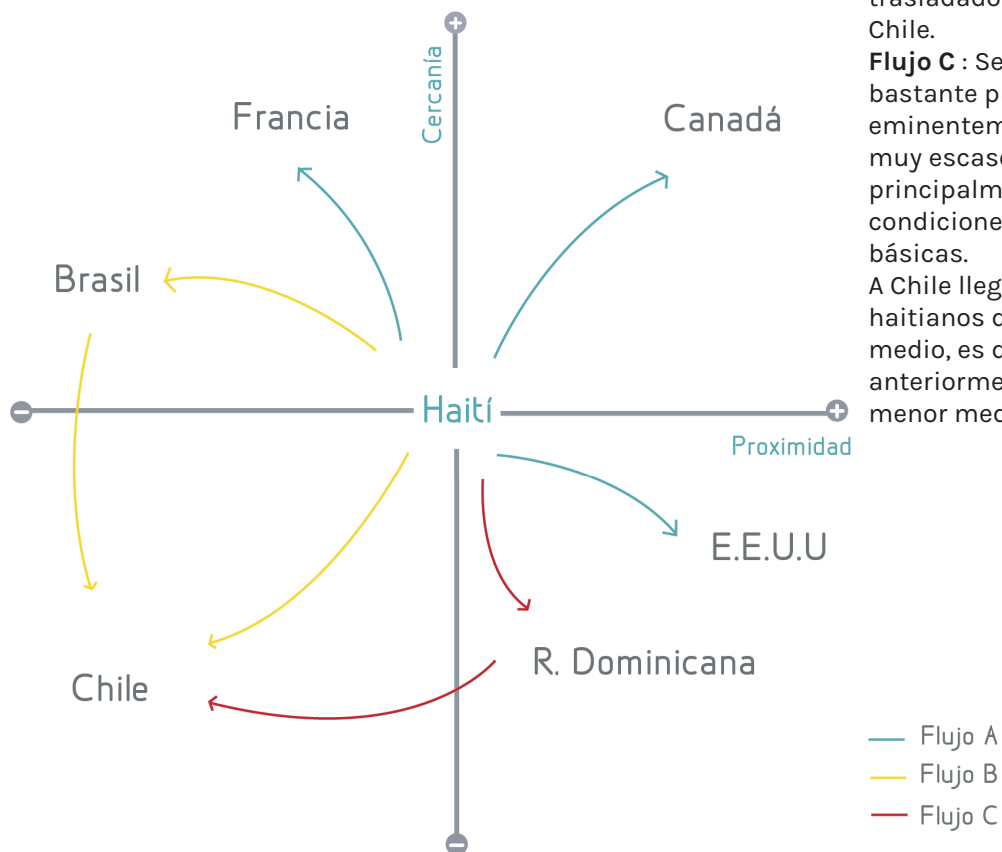
Para entender quiénes llegan a Chile y en qué condiciones lo hacen, me referiré brevemente a las conclusiones obtenidas por el estudio de caracterización de la migración Haitiana (Adriasola, 2006) en Chile, que detectó la existencia de 3 flujos migratorios:

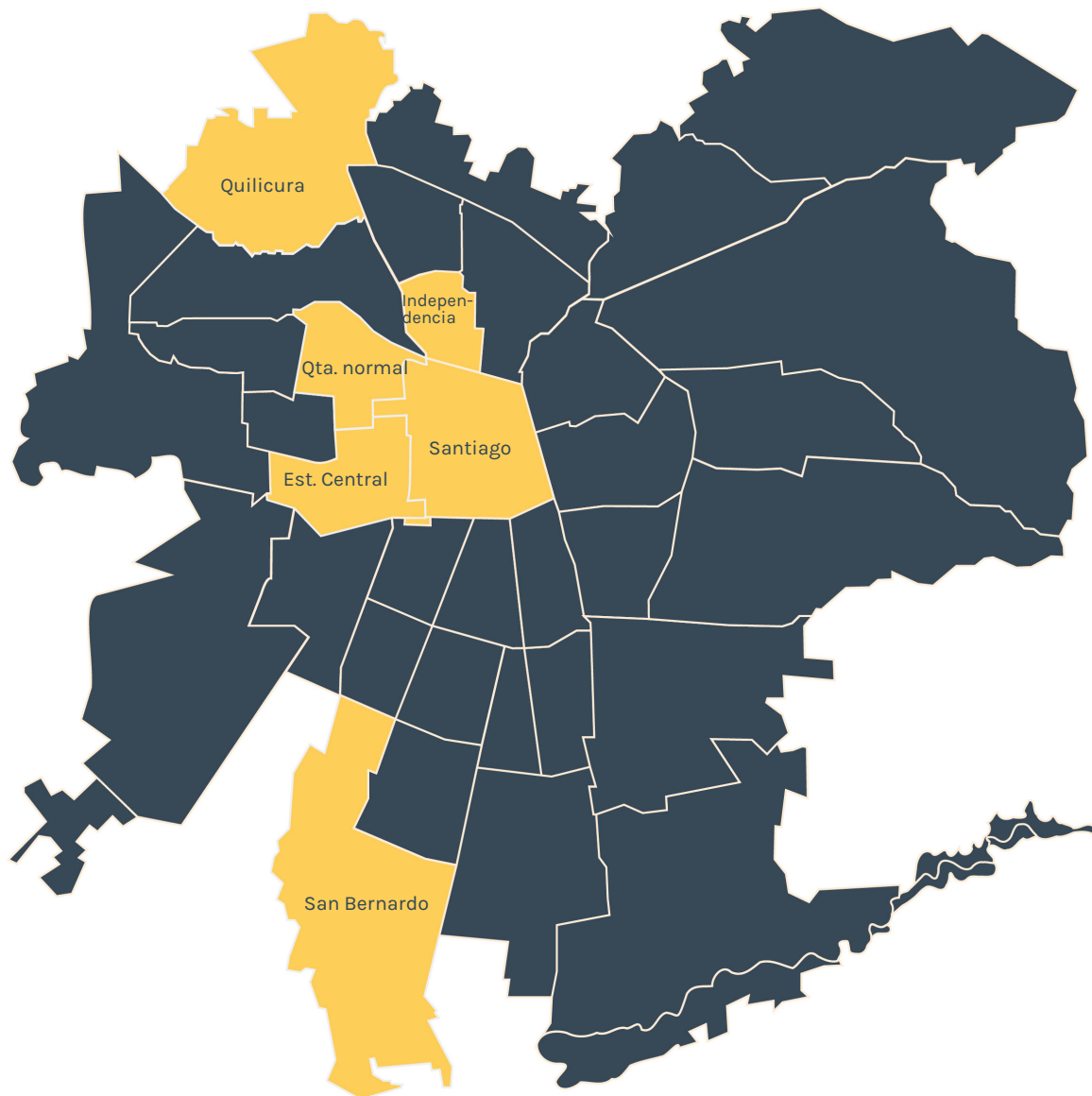
Flujo A, de migrantes con mayor capital cultural y económico, que viajan a países más cercanos culturalmente y próximos físicamente, como EEUU y Canadá. Cuentan también con redes de apoyo en el destino y viajan con conocimientos del lugar al que llegan.

Un **Flujo B**, que cuenta con menor cantidad de recursos que el flujo A y aspira principalmente a encontrar mejores condiciones de vida que las que tenían en su país. Buscan cercanía cultural en países como Brasil y República Dominicana, pero debido a crisis en estos lugares, se han trasladado a países como Chile.

Flujo C: Segmento bastante precarizado, eminentemente rural, y de muy escasos recursos. Busca principalmente asegurar condiciones de subsistencia básicas.

A Chile llegan ciudadanos haitianos de segmento medio, es decir del flujo B anteriormente descrito, y en menor medida del C.





HAITIANOS E INTEGRACIÓN

8 de cada 10 haitianos que llegan al país sólo hablan Créole. Esto dificulta enormemente sus posibilidades de inserción en la sociedad chilena. Según datos del Servicio Jesuita Migrante, esto sería aún más crítico para mujeres que por lo general son contratadas en la industria de servicios y para esto deben tener un manejo básico del Español. Los hombres, por otra parte, se emplean por lo general en construcción, donde tienen mayor interacción con chilenos y pueden aprender rápidamente el idioma.

Los migrantes haitianos que llegan a Chile se asientan en un 95% en Santiago, Principalmente en las comunas de Santiago Centro, Estación Central, Quilicura y Recoleta, de las cuales sólo las últimas 2 cuentan con programas de apoyo a migrantes gestionados a través de las municipalidades. Esto surgió de la necesidad de relacionarse con esta nueva porción no menor de ciudadanos de la comuna. Es así como se establecieron planes de acción de trabajo interdisciplinario para ayudar a los migrantes a integrarse en áreas de educación, salud, vivienda y trabajo,

CLASES DE ESPAÑOL E INCLUSIÓN

A su llegada, los migrantes se apoyan por lo general en su comunidad y esta es también una forma de mediar con la sociedad chilena. Un ejemplo destacable es la labor llevada a cabo en la parroquia Santa Cruz de la Población Los Nogales con la comunidad haitiana de Estación Central que, a través de un mediador, detectan necesidades en la comunidad y buscan generar apoyo mediante capacitación y orientación a los ciudadanos extranjeros actuando como intermediario entre ellos y los servicios a los que necesiten acceder.

En esta comunidad es donde se apoya el presente proyecto, acá trabajé con los alumnos y voluntarios del proyecto Zanmi, organizado por el Centro Universitario Ignaciano de la Universidad Alberto Hurtado, donde además de asistir como voluntaria, realicé testeos y entrevistas tanto a organizadores como a alumnos, quienes me entregaron retroalimentación sobre las propuestas que iba presentando y, permitiéndome orientar el proyecto hacia aquello que resolviera sus necesidades de la mejor forma posible.

En este lugar se realizan clases de español a niños y adultos, junto con actividades recreativas y de inclusión. Los cursos se organizan por niveles y se realizan tres veces por semana de manera semestral.

Por otra parte, en la Iglesia San Saturnino, del barrio Yungay también se realizan clases de español a aproximadamente 150 alumnos. En las clases los alumnos también tienen la posibilidad de compartir con otros haitianos y de esta forma hacer comunidad. De esta forma, en distintas partes de la capital principalmente se ha ido replicando esta iniciativa que busca poder acercar el contexto nacional a estos nuevos ciudadanos e incluirlos de mejor forma a nuestro país.

Se han realizado también trabajos de sensibilización y fiscalización por las distintas municipalidades, tendientes a detectar malas prácticas y abusos a los que muchas veces se ven enfrentados los ciudadanos haitianos por desinformación, sobre todo en las áreas de trabajo, salud y vivienda. (OIM, 2015)



Arriba: Clases de español Barrio Yungay, donde asisten más de 150 alumnos 3 veces por semana
Abajo: Grupo niños proyecto Zanmi 2017, con quienes se trabajó en el presente proyecto

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN: SALUD

La brecha cultural entre Chile y Haití dificulta enormemente la integración de los migrantes a nuestro país en las distintas áreas en que deben desenvolverse, como vivienda trabajo y salud.

Verse enfrentado a un problema de salud, a diferencia de lo que ocurre con otras áreas de interacción, es un problema fortuito y poco anticipable en muchos casos, es por esto que considero esta área trabajo como urgente para plantear soluciones que asistan a los migrantes en el ámbito de comunicación para mejorar su percepción en torno a la cadena misma de salud.

Si bien se ha avanzado legislando en torno a la atención de salud a migrantes, aún no existen condiciones que garanticen una atención segura, confiable y de calidad a todos los pacientes que enfrentan esta situación. De esta misma forma no se cuenta con marcos regulatorios que normen la interacción en salud en contextos críticos como sería el caso de la existencia de una barrera idiomática.

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD CHILENO

Las áreas de atención pública de salud en Chile, ordenadas de menor a mayor complejidad, se dividen en:

Primaria, compuesta por consultorios y Centros de salud familiar (CESFAM). **Secundaria**, conformado por consultorios adosados de especialidad (Centros CAE) y hospitales de mediana complejidad.

Terciaria, que se compone de hospitales, donde fundamentalmente se reciben pacientes derivados de las dos áreas anteriores (Minsal)

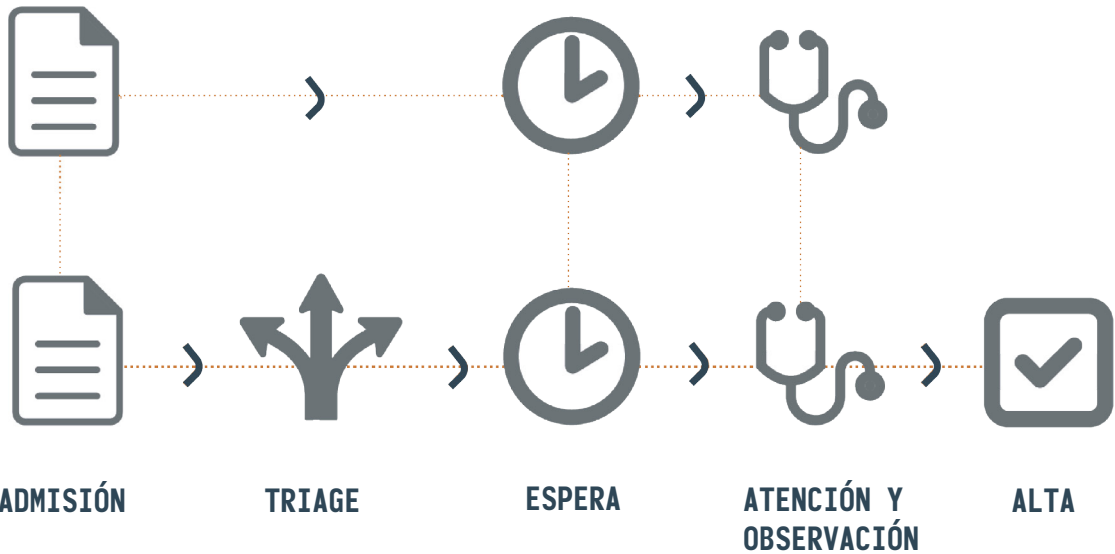
Es en los CESFAM y centros CAE que se observa la mayor concurrencia de pacientes haitianos que acuden a recibir atención médica. Por lo general, en estos centros de atención la comunicación médico-paciente es autogestionada, es decir, surgen soluciones improvisadas en respuesta a la problemática existente (Imagen 1). Si bien en algunos casos se han generado iniciativas por parte de municipios de poner a disposición mediadores que asistan el proceso de atención, estos son aún insuficientes para la demanda existente, limitando la eficiencia de la intervención.

Para el paciente que llega al país con poco o nulo conocimiento del español, es muy complejo darse a entender en el contexto de una consulta médica. Es fundamental contar con información veraz y certera para hacerlo, ya que esto impactará en toda la cadena de atención, por lo tanto el primer acercamiento al sistema resultará crucial para que se de correctamente el resto de la atención.

Entre las áreas de atención donde se ve de manera más directa esta problemática se encuentran pediatría, maternidad y enfermedades respiratorias.

CONSULTAS

URGENCIAS



El paciente acude a recepción y se registran sus datos a partir de una identificación. Generando una ficha DAU con su información

Un profesional de la salud evalúa la condición general del paciente mediante la medición de signos vitales, con esto establece su nivel de gravedad y asigna una prioridad de atención

El paciente espera para ser atendido, en urgencias el tiempo varía según la prioridad asignada en la etapa de triage

Se realiza anamnesis y examen físico a fin de establecer un diagnóstico y posteriormente indicar tratamiento. Intervienen médicos, enfermeros y tecnólogos

El paciente abandona el recinto luego de recibir tratamiento, por lo general lo hace con indicaciones adicionales de cuidado

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente es el punto clave de la atención de salud, implica el medio por el cual la información es recolectada, los diagnósticos y planes organizados, además de permitir proveer los cuidados y apoyo al paciente para lograr su recuperación (Lipkin, et al. 1995)

Implica también un vínculo que se mantendrá a lo largo de toda la cadena de atención. Resulta fundamental a la hora de asegurar un servicio de calidad al paciente, aportando seguridad y confianza con respecto a su atención de salud. Esta relación funciona en torno a la empatía que ofrezca el médico hacia el paciente y la disposición y capacidad de este último para compartir con el profesional de la salud los problemas que lo aquejan.

Una mala comunicación entre ambos repercutirá en una pobre relación médico paciente y muy probablemente un resultado negativo de la experiencia de atención para ambos, pero incluso más allá de la percepción, hay estudios que demuestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos, también mejoran los resultados fisiológicos ya que el paciente se siente más confiado a seguir el tratamiento que le plantee su médico. (Lewin Et. al, 2001)

De esta forma, una mejora en la comunicación médico-paciente impactará positivamente en toda la cadena de atención así como en el resultado que se obtenga de un tratamiento específico.

LA ENTREVISTA MÉDICA

La entrevista médica es la instancia crítica de comunicación entre ambos actores. Es acá cuando la comunicación efectiva resulta un aspecto determinante. La entrevista funciona en tres sentidos (Lipkin et. al , 1995) :

1. Reunir información (Consultar síntomas, confeccionar el historial médico, etc).

2. Desarrollar y mantener una relación terapéutica (otorgar tratamiento e informar oportunamente los pasos a seguir).

3. Comunicar información al paciente (sobre su diagnóstico, indicaciones médicas o instrucciones de procedimientos, por ejemplo).

LA IMPORTANCIA DEL FEEDBACK

Desde la perspectiva de teoría de comunicación, se considera que es peor para el proceso comunicativo entender mal que no entender, puesto que cuando se tiene una idea errónea se piensa que se ha obtenido información veraz, sin saber que no es así. Cuando el mensaje no es comprendido del todo, en cambio, por lo general se consultará nuevamente para aclarar el término mal entendido. Esto resulta problemático en muchos aspectos, por ejemplo si un paciente extranjero comunica una dolencia con una palabra de pronunciación similar a otra, es posible que el médico, que no maneja del todo este segundo idioma, confunda la palabra y no comprenda lo que el paciente intenta comunicar.

El resultado de una comunicación exitosa es la retroalimentación o feedback, ya que permite asegurar que el mensaje se ha entregado de manera correcta.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

Una buena comunicación entre ambas partes permitirá no sólo disminuir los niveles de estrés psicológico a los que se ve sometido el paciente cuando asiste al médico, sino que beneficiará también un diagnóstico certero y permitirá la correcta prestación del servicio de salud. Los problemas de comunicación en el ámbito de salud son críticos, afectan toda la cadena de atención y repercuten directamente en la salud del paciente.

Una mala comunicación entre médico y paciente puede repercutir en que el doctor falle en detectar la razón de consulta, que siga una aproximación cerrada al recopilar información, y/o que entregue al paciente indicaciones poco claras o inadecuadas. (Lipkin et. al , 1995) Existe evidencia para respaldar que los esfuerzos realizados hasta ahora por incluir en el sistema a comunidades que no hablan español no son la mejor solución, tanto por el lenguaje técnico que se emplea en el contexto de salud (No dominado por traductores "amateur") como por las diferencias culturales que se deben abordar. Variables como el dolor son descritas de maneras diferentes por distintos

grupos culturales con términos específicos, metáforas o expresiones locales (Meuter, et. al, 2015).

La comunicación médico-paciente se puede ver afectada por diversos factores, siendo los más críticos, y de relevancia para el presente estudio, aquellos que afectan el código. En teoría de la comunicación, se conoce como código al conjunto de signos y reglas combinados de una manera particular a fin de que pueda ser comprendido por ambas partes (Icarito, 2016).

El código utilizado por médicos, puede complicar la situación comunicacional de pacientes extranjeros en 3 sentidos:

- 1. Diferencia cultural asociada a términos específicos**
- 2. Términos técnicos que dificultan la comprensión del mensaje**
- 3. Brecha idiomática que impide la comunicación efectiva.**

De esta forma, problemas con el código pueden afectar a más de un factor de la comunicación a la vez, particularmente al emisor, al receptor, el mensaje y la señal recibida, reafirmando la importancia de la problemática.

TIPOS DE BARRERAS DE COMUNICACIÓN



SALUD INTERCULTURAL

El servicio metropolitano central de salud **tiene pacientes de 44 países**. Resulta interesante conocer cómo está preparado el sistema local para atender esta demanda, que significa un cambio no solo por las diferencias idiomáticas que en muchos casos existen, sino sobre todo, por las costumbres socioculturales de las comunidades y de qué manera el servicio de salud ha logrado adaptar al contexto local para avanzar en la inclusión de estos grupos.

En el área de maternidad, por ejemplo, se han dado bastantes pasos por realizar partos respetados, escuchando las necesidades de la madre y adaptándolas, dentro de lo posible, al contexto local.

Pueblos originarios: En el sur de Chile se trabajó con comunidades en la infraestructura

de hospitales públicos que permitieran la instauración de la modalidad de parto vertical, práctica habitual para pueblos como el Mapuche y Aymara, entre otros.

Perú: Para las madres Peruanas, la lactancia materna no constituye una práctica habitual como sí lo es en Chile, donde se prioriza y se plantea como sistema único de alimentación al recién nacido en caso de no existir problemáticas. Esta es una problemática que se detectó y con la que actualmente se trabaja mediante el apoyo de psicólogos especialistas, realizando seguimiento a los casos para evitar que se produzcan complicaciones con los recién nacidos e informando oportunamente a las madres ante cualquier problema.

Utasanjam usuña

parir como en nuestra casa

Por la incorporación y pertinencia cultural en la atención del embarazo y el parto en el sistema público de salud Programa de Salud y Parto Indígena - SSP



Porque las mujeres aymara tenemos derecho a contar con el apoyo de nuestras parteras/os (usuyirinaka) y a recibir atención profesional de calidad durante el embarazo y el parto...

¿Qué es Utasanjam usuña?

Es una invitación a las mujeres aymara a recuperar el parto natural según sus tradiciones. La iniciativa valora el saber de los parteros /as y promueve su participación en los controles de embarazo y en el parto, en conjunto con el equipo de los consultorios y de la maternidad del Hospital Juan Noé.

¿Quiénes pueden participar?

Todas las mujeres aymara embarazadas atendidas en el sistema público de salud que lo soliciten.

Las mujeres no indígenas también podrán optar a esta modalidad de atención.

¿Cómo puedes ingresar a Utasanjam usuña?

La participación es voluntaria y puedes inscribirte desde el primer control de embarazo con la matrona de tu posta rural o consultorio.

¿Cuáles son sus etapas?

I. Durante el embarazo / en la posta rural o consultorio

- Desde los primeros controles la matrona de tu consultorio o posta rural te informará e invitará a participar, convérsalo con tu familia y pareja.
- En esta etapa es importante que busques en tu comunidad a una partera/o que pueda acompañarte durante el embarazo y el parto.
- La partera /o en conjunto con la matrona evaluarán el estado de tu embarazo y te ayudarán a lograr un parto natural, por lo mismo es importante que tu partera /o te acompañe a los controles en el consultorio.

La matrona /on de tu posta o consultorio pondrá un distintivo en tu carné de control de embarazo para que en la maternidad te reconozcan como usuaria de Utasanjam usuña. Cuando vayas a la maternidad recuerda llevar tu carné y mostrar el distintivo a la matrona/on de turno.

Guía de apoyo y explicación de parto Aymara para pacientes del norte de Chile, programa Chile crece contigo

Haití: Para las madres haitianas es común alimentar a sus bebés con comida de adultos a pocos meses de nacidos. Esta práctica está muy arraigada en el pueblo haitiano y se ha abordado por personal de salud local atendiendo a las necesidades de cada caso. La inclusión en el ámbito de salud debe apuntar a promover prácticas que acerquen a las personas a la red de atención. De a poco se ha ido incorporando al sistema Chileno el concepto de Salud Intercultural, que apunta a apertura

hacia las demás culturas en un sentido de respetar las creencias y costumbres, en este sentido, Alarcón (2003) señala que este enfoque no debiera parecer ajeno o extraño a la práctica médica, ni tampoco implicar una carga para el profesional de salud dado que **se fundamentan en los actuales principios de bioética médica** expresado en el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la cultura propia.

QUÉ ESTABLECE LA LEY

- Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:

- a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.
- b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.
- c) Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.
- d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.

- Ley nº 20.584

A través de este decreto, que dice relación con los derechos y deberes del paciente, ya podemos evidenciar cómo, incluso en temas informativos se excluye a pacientes que no hablan Español.

En el CESFAM de Los Nogales, se constató que existe información en estos ámbitos en Español y Mapudungún, respondiendo a una disposición legal que obliga que así sea, sin embargo al consultar por la recurrencia de casos de pacientes que hablen Mapudungún y no entiendan Español, los funcionarios mencionaron que hasta el momento no había ocurrido. En cambio, los casos de pacientes haitianos que sólo hablan Creolé son recurrentes y no existe una manera de darles a entender esta información básica que respecta a la instancia previa a la atención. Por lo que, hasta ahora, no se asegura la universalidad de la entrega de información y los centros de salud limitan a cumplir con lo que establezca la ley.

PROTOCOLOS DE INFORMACIÓN

- A familia de pacientes operados
- A familia de pacientes hospitalizados en urgencias
- A acompañantes de pacientes atendidos en urgencias
- A familiares de pacientes hospitalizados
- Recepción servicio de urgencias

"INSTITUCIONALIZAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES"

Objetivo protocolos de información, formulados por el Ministerio de Salud

Los protocolos de información que establece la ley relativos a la comunicación en el ámbito de salud fueron creados a fin de mejorar los niveles de satisfacción usuaria y disminuir la tasa de reclamos, puesto que la calidad de la **información entregada durante el proceso de atención de salud es el segmento peor evaluado por usuarios del sistema público.**

Sin embargo, ninguno de estos protocolos atiende directamente al paciente ni asegura su acceso a la información, al contrario de lo señalado como parte de los objetivos de este mismo programa. Al consultar a un médico urgenciólogo sobre el caso particular de los pacientes extranjeros que presentan una brecha idiomática y la manera en que se resuelve formalmente, señaló que no existe protocolo alguno en esta área y que por tanto deben remitirse a formas de comunicación determinadas por ellos mismos.

OPORTUNIDAD DE DISEÑO

Como se mencionó anteriormente, de los países a los que migran los ciudadanos haitianos, Chile es aquel que posee menor cercanía cultural y menor proximidad física al país de origen. Es así como el proceso de adaptación sobre todo debido a la brecha cultural e idiomática se vuelve mucho más complejo. En el ámbito de atención de salud esto resulta crítico puesto que es fundamental contar con información confiable y veraz por parte del paciente tanto para asegurar la correcta prestación del servicio por parte del profesional de la salud, como también para permitir que el paciente se sienta seguro y autónomo respecto a su atención. Esto es algo que no está ocurriendo actualmente puesto que no existen programas o proyectos que faciliten la comunicación e inclusión del paciente en el sistema.

La oportunidad surge de a detección de la pro-

blemática que constituye la barrera de idioma que enfrentan los inmigrantes Haitianos en Chile. Particularmente la compleja situación que abordan al acudir a los servicios de la red pública de salud del país, donde deben ser capaces de comunicarse con médicos y otros profesionales del área con su escaso o nulo dominio del Español. Es así como algunos de ellos han recibido diagnósticos erróneos y tratamientos ineficaces, aumentando la sensación de inseguridad ante un sistema de salud que no se encuentra preparado para acoger su demanda.

En este contexto se enmarca la oportunidad puesto que **no existe un sistema que facilite el traspaso de información crítica entre ambas partes que aporte seguridad al paciente y permita facilitar la prestación del servicio por parte del profesional de la salud.**

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

HOSPITALES RM

En la Región metropolitana se realizaron visitas al Hospital Clínico UC, (área de maternidad), Hospital Félix Bulnes, (área de pediatría y OIRS) y Hospital Salvador (servicio de urgencias y OIRS). En la maternidad del Hospital Clínico UC pude observar el caso de una paciente de origen Asiático que acudió a realizarse una cesárea que tenía agendada con anticipación. La paciente, sin embargo, no logró comunicar el motivo de su visita puesto que no hablaba ni entendía español. Es así como debió esperar por más de 1 hora que llegara un familiar que pudiese traducir y gestionar los temas de admisión con la recepcionista del lugar. Durante el tiempo de espera, la paciente se mostró notoriamente molesta por no poder ser admitida, el personal de atención por otra parte se mostraba confundido y sólo intentaban calmarla a la espera de alguien que ayudara a resolver la situación.

En el Hospital Félix Bulnes se vieron enfrentados a una problemática similar recientemente,

cuando una ciudadana Coreana acudió por el mismo motivo de consulta, sin embargo no pudo ser atendida hasta que contaran con alguien que pudiese hacer las veces de intérprete entre paciente y personal médico. En esta oportunidad, funcionarios de la OIRS contactaron a la embajada de Corea la esperanza de contar con su apoyo para facilitar la atención de la paciente, sin embargo esto les fue negado y se vieron obligados a solucionar la problemática internamente utilizando sus propios medios.

Al consultar en este mismo lugar por atención a otro tipo de pacientes con dificultades para comunicarse, mencionaron que los pacientes sordomudos eran a menudo una complicación puesto que si bien, por disposición legal todo hospital público debiese contar con un monitor que maneje lengua de señas, en la práctica esto no siempre es así y de hecho en el Hospital Félix Bulnes no hay funcionarios que desarrollen esta labor.



La problemática de las brechas comunicacionales son transversales a los centros de salud de la capital y especialidades, tanto que en muchos de ellos están implementando soluciones autogestionadas como la que se ve en la imagen, donde mediante carteles se intenta armar un sistema de apoyo para traducción de palabras clave.

En maternidad del hospital Félix Bulnes, alumnos de enfermería desarrollaron un diccionario creole-español con términos específicos que les asisten en la comunicación con pacientes haitianas.

CESFAM LOS NOGALES

El CESFAM Padre Vicente Irarrázaval de Los Nogales, en Estación Central es conocido por los vecinos del sector como "El consultorio de los Haitianos" por la gran cantidad de pacientes de esta procedencia que se atienden en el lugar. Se realizaron visitas con el objetivo de recabar información sobre la problemática levantada. En este lugar se entrevistaron a distintos actores relevantes del proceso de atención de salud, a continuación se detallan los principales hallazgos:

Los entrevistados coincidían en que la primera labor del personal al enfrentarse a pacientes que tal vez no hablen Español era detectar cual era su nivel de dominio del idioma, esto se realizaba mediante preguntas simples efectuadas en la etapa de admisión. Coincidían también en que los pacientes que no dominan el español acudían a los servicios de salud por lo general acompañados de algún familiar o amigo que servía de traductor. En el resto de los casos, cuando venían solos, el mismo personal de atención debía ubicar a personas en la sala de espera que hablara Creole para que asistieran

en el proceso de indicar nombres o información **OIRS:** Al consultar en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias por la frecuencia con que reciben pacientes haitianos, mencionaron que sucede diariamente y de manera recurrente. Comentaron que cuentan con un facilitador (intérprete Creole- Español) y un mediador que se encarga de gestionar administrativamente los temas relativos a pacientes haitianos.

Ante la importancia que ha tomado la barrera idiomática entre pacientes haitianos y médicos locales, es que el Ministerio de Salud, a través del servicio de salud metropolitano, ha implementado un sistema de mediadores en las comunas de Recoleta, Quilicura, Estación Central y Cerrillos, por ahora a modo de plan piloto. Uno de ellos trabaja en el CESFAM Padre Vicente Irarrázaval de la población Los Nogales de Estación central. Sin embargo no se encuentra disponible todo el tiempo y es capaz de cubrir sólo una parte de la demanda existente para traducir en consultas.



Farmacia: Mencionaron utilizar como método de comunicación enviar papeles (En español) con la información de los medicamentos. De esta manera, cuando detectaban que un paciente no entendía las indicaciones entregadas se las daban por escrito con la finalidad de que consulte posteriormente con un familiar o amigo que entienda español y que lo pueda asesorar en la traducción. También mencionaron conocer el programa Babel de traducciones, pero este no era utilizado por las funcionarias puesto que no habían recibido capacitación al respecto y en general no entendían su funcionamiento. **Ambas funcionarias de la farmacia tenían el programa instalado en sus computadores pero ninguna lo utilizaba.** Por otra parte, una de ellas, que realizaba turnos en urgencias, mencionó que debido a las constantes

dificultades que experimentan al intentar comunicarse con pacientes haitianos, debieron idear un método de "frases clave" mediante el cual, apoyadas por letreros instalados en los box de procedimientos, las enfermeras podían explicar acciones y dar instrucciones a los pacientes sobre qué debían hacer. Algunos ejemplos de frases utilizadas en este contexto y traducidas al Creole por ellas mismas, son: "Ubíquese de espaldas", "Le voy a extraer sangre", "Empuñe el brazo", etc.

Recepción SAPU: En la recepción del servicio de urgencias, la funcionaria señaló que muchas veces deben consultar a personas en la sala de espera si pueden ayudar en la traducción, situación a la que en varias ocasiones les han dicho que no. Lo que ella atribuyó a una "falta de solidaridad entre ellos".

EXPERIENCIA PROFESIONALES DE LA SALUD

Al hablar con profesionales de la salud, todos coincidieron en que la presente es una problemática real y recurrente, sobre todo en el último año, donde han visto aumentada considerablemente la cantidad de pacientes extranjeros, particularmente haitianos.

Un urgenciólogo del Hospital San Juan de Dios entrevistado por la recurrencia de estos casos, señaló que era algo que veía de una a tres veces por turno (12 horas), tanto con pacientes haitianos como chinos

Indicó que no existen protocolos de atención y que las soluciones pasan por preguntarle a acompañantes, a otros pacientes o consultando palabras específicas vía Google Translate.

Ante la pregunta "¿En qué instancia de atención consideras que puede ser más crítico no poder contar con información directa por parte del paciente?", mencionó que:

"Todas. Entendiendo la atención médica de urgencia como una cadena, entendemos por que la falla en cualquiera de estos eslabones hace toda la atención inválida o el resultado no es el óptimo para el paciente o el sistema. Si no logro

entender bien los síntomas, difícilmente voy a poder hacer un diagnóstico adecuado. Aunque haga un diagnóstico adecuado, si el paciente no sigue las indicaciones de tratamiento o las indicaciones al alta, entonces tampoco el resultado es bueno".

Comprender esto permite entender la dimensión real de la problemática, puesto que, como señala el médico, si hay una incorrecta recolección de información en un inicio, probablemente sea muy difícil llegar a un diagnóstico certero. Esto se confirmó luego al consultar a un médico broncopulmonar de la Clínica Indisa, quien da luces sobre la importancia de contar con información veraz y confiable por parte del paciente, al respecto señala que: **La base o la parte más importante para llegar a un diagnóstico es la historia clínica. Como te pasaron las cosas, cómo sucedieron los hechos. Entonces cuando uno se salta eso y llena al paciente de exámenes te pierdes en los exámenes. Empiezas a tratar exámenes y no al paciente entonces se pierde una cosa que es vital para poder llegar al diagnóstico.**

"Pero cuando viene una persona que es un intérprete, alejado de una persona que viene solamente para solucionar el asunto de idiomas, ahí hay otro problema más. Porque el señor que viene, que sabe el idioma puede no estar interpretando bien lo que le pasa al paciente Y a veces fíjate que, yo no entiendo nada de chino, pero como que le miro la cara, como un poco la parte de la expresión, veo que, o le hago gestos de síntomas. Y me entiendo más a veces que con el intérprete"

**MÉDICO BRONCOPULMONAR
CLÍNICA INDISA**

"Han hecho programas de capacitación en Creole, pero la verdad nadie tiene tiempo para salirse un día entero de la oficina e ir a aprender eso"

**RECEPCIÓN OIRS
HOSPITAL SALVADOR**

"Tenemos una niña que sabe Creole, pero ella trabaja en otro hospital, así que cuando tenemos un problema la llamamos, pero en realidad lo hace por la buena onda nomás"

**RECEPCIÓN OIRS
HOSPITAL FÉLIX BULNES**

EXPERIENCIA PACIENTES HAITIANOS

Se realizaron 4 entrevistas a Haitianos residentes en Chile, 3 de ellos llegados recientemente (menos de 6 meses) y uno de ellos que reside hace 4 años en nuestro país.

Los tres primeros son alumnos del programa Zanmi, se realizó esta entrevista en la última clase del programa, sin embargo su manejo del español era aún muy limitado, lo que complicó la obtención de información en el área de interés pero otorgó datos relevantes sobre la experiencia comunicativa con ellos.

A los alumnos se realizaron 2 preguntas, con la intención de desarrollar luego estos temas en profundidad.

1. ¿Has ido al doctor en Chile?

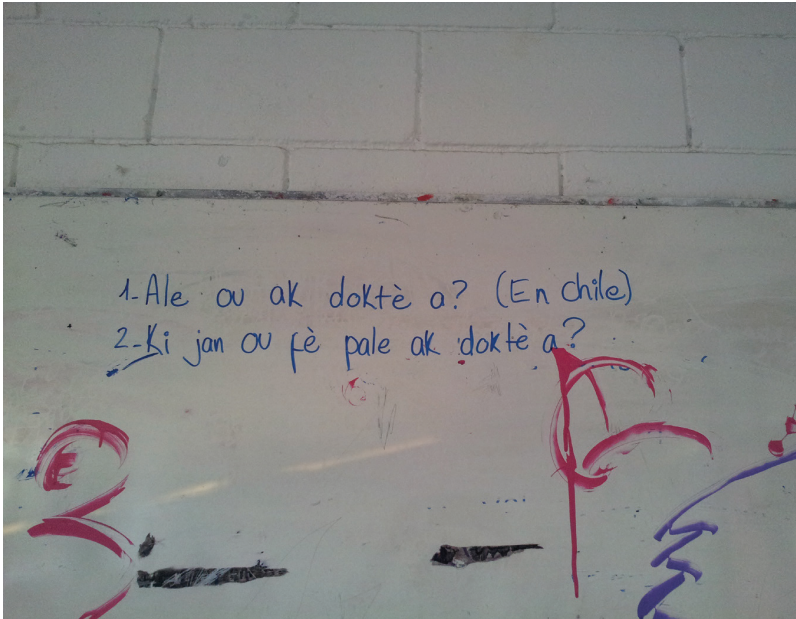
2. ¿Cómo lo haces para comunicarte con el doctor?

Dos de ellos que entendían un poco más de español respondieron de manera oral, explicando que han ido y que en un inicio para comunicarse asistían acompañados, También refirieron a la utilización de gestos para indicar el lugar que les duele.

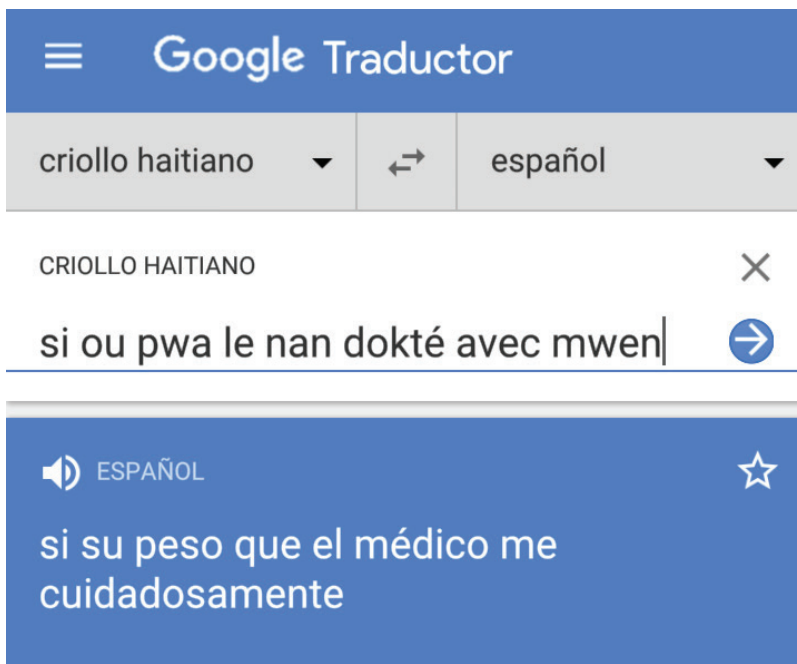
El tercer entrevistado fue consultado a través de google Translate, escribiendo él en creole y siendo traducido al español. Esto resultó muy poco útil ya que las frases traducidas no tenían sentido, por lo que finalmente debió ser consultado por sus compañeros.

Mencionó también el tema de los gestos y comunicación mediante señas. Enfatizando en que deben, según ellos "sobreactuar" para que se entienda bien lo que quieren transmitir, De esta forma, si les duele el estómago, se tomarán esta parte del cuerpo con ambas manos y recrearán una cara de dolor aunque no sea tanto lo que sienten en el momento.

El cuarto entrevistado, residente hace 4 años compartía la opinión de asistir acompañado, sin embargo él tuvo la suerte de poder encontrar a un médico que hablaba Francés, idioma que él también manejaba por lo que la comunicación fue mucho más sencilla. Se refirió, sin embargo, al sistema de atención de salud en Chile que considera mucho peor que el de Haití, por la calidad de la atención y los tiempos de espera a los que deben someterse. Por este motivo, al poder contar con un contrato de trabajo optó a ingresar a un sistema de Isapres que le aportara cobertura suficiente para atenderse en el sistema privado de salud. El entrevistado señaló también la importancia de la solidaridad entre ellos y la disposición que tiene a ayudar a sus compañeros Haitianos, es así como él mismo se ofrece muchas veces a acompañar a personas al médico en casos en los que el paciente no entienda español.



◀ Se pudo constatar lo poco efectivo que resulta Google Translate en la traducción de frases largas. Sin embargo, esta es una de las herramientas más utilizadas por médicos y profesionales de la salud al intentar salvar barreras idiomáticas con pacientes.



LA ENTREVISTA MÉDICA

La Consulta o Entrevista Médica es el acto fundamental de la actividad profesional del médico. (Muniaguirra, et al). Es el punto inicial de la cadena de atención y permite sentar las bases de lo que será la relación médico paciente, siendo una de los objetivos de la entrevista, además de la recopilación de información, la mantención de esta relación.

La entrevista médica se puede realizar en distintos contextos, sea una consulta clínica, en habitaciones de pacientes o en recepción de urgencias. El personal que la guía también puede variar, siendo la información recopilada en general por médicos, internos o enfermeras.

Una correcta entrevista médica permitirá obtener información certera para guiar el diagnóstico en la dirección correcta, y por el contrario, una mala recopilación de datos puede alejar al profesional de la salud de la razón que motiva la visita del paciente.



Hospital Clínico de la Universidad de Chile
Facultad de Medicina y Odontología
Escuela de Medicina

Nº Clínica: Clínica

HISTORIA CLÍNICA

Servicio: Sala: Cama: Fecha y hora Ingreso:

Datos Personales del paciente

Nombre: B.L.T.
 Edad: Sexo: Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:
 Ocupación: Profesión:
 Domicilio:

Molestia Principal o Motivo de Consulta u Hospitalización:

- A. ANAMNESIS ACTUAL
- B. ANAMNESIS REMOTA

Antecedentes Familiares

	HTA	DM2	C.G.	AVC	NEO	PSIQ	OTRO
Padre							
Madre							
Hermanos							
Otros							

Antecedentes Personales

Tuberculosis	
Alcoholismo	
Hábitos	

Antecedentes Gineco - Obstétricos

Menstrual:	TUR:	Ciclo menstrual:	Menopausia:
Último Parto:	Resultado:	Partos:	Nacidos vivos:
Gestaciones:	Abortos:		
Otra información:			

HISTORIA CLÍNICA

J.M.S

Edad: 78 años.
 Sexo: Femenino
 Ocupación: Dueña de casa
 Profesión: Domestica
 Domicilio: Lini 1075

ANAMNESIS ACTUAL:

Alojada de las 21 hrs. de ayer en su cama topica con el inicio de la dolor, sugiere ser la pierna derecha. Queda con dolor, no puede levantarse por si sola y es ayudada por su hijo cuando necesita en su cama.

Al día siguiente no es capaz de levantarse ya que cualquier intento de movilizar la extremidad derecha provoca dolor, por lo cual solicita una ambulancia que la trasladó al Servicio de Urgencia del Hospital Clínico.

ANAMNESIS REMOTA:

Antecedentes médicos:

Médicas: Hipertensión arterial (ablate a día)
 No refiere otros antecedentes de enfermedad
 Alergias: No refiere.
 Quirúrgicas: Colelitomía hace 10 años.
 Infecciones: No sabe.

Revisión por sistemas:

Respiratorios: No quejas en los últimos meses.
 Oídos: No de oídos.
 Hábitos: No fuma, no bebe.
 Familiares: Vive con su hijo a quien realiza los labores de casa y sale diariamente a los compras.

Examen físico:

General:

- Estado general conservado
- Decubito dorsal, puede sentarse en la cama.
- Consciente, bien orientada, con buena respuesta por el dolor.
- Temperatura: 38.3 mmHg.
- Presión Arterial: 120 / 80
- Temp. Axilar: 36.8
- Peso: 65 Kgs. (bajo norma)
- Respiratorio: 24 x min. de amplitud conservada.
- Piel y fincaes: adecuadas para su edad.

Existen tantas aproximaciones a la entrevista como médicos para guiarla ya que este enfoque es muy personal, sin embargo por lo general, la entrevista se organiza de manera secuencial, siguiendo una serie de pasos definidos que pueden variar en orden pero no en contenido. Los hallazgos realizados permiten ir abriendo la entrevista e indagando en temas que ayuden a clarificar el diagnóstico. La información recopilada en esta instancia nutrirá además todo el proceso de atención, ya que la ficha de ingreso es luego consultada por todos los profesionales de la salud que acuden a evaluar el estado del paciente

FACTOR TIEMPO

"Un estudio comparó a médicos que se comprometieron con la atención centrada en el paciente con aquellos que no se comprometieron con tal práctica (23) Estos últimos tomaron un promedio de 7,8 minutos por consulta. Los médicos que usaron habilidades centradas en el paciente tomaron 8,5 minutos; Esto es, hubo menos de un minuto de diferencia. Sin embargo mientras estaban aprendiendo estas habilidades, a los médicos les tomaba 11 minutos por consulta".

(Moore, et al. 2010)

CONCLUSIONES PRELIMINARES

MÉDICOS

ATENCIÓN COMO CADENA	APOYOS SON AUTO GESTIONADOS	BRECHA CULTURAL	AUSENCIA DE PROTOCOLOS
---------------------------------	--	----------------------------	-----------------------------------

En cuanto a la observación en terreno de centros de salud y hospitales, se concluyó la importancia de considerar la atención una cadena, por cuanto cada etapa será relevante para lo que venga después.

Por otra parte, los apoyos generados son auto-gestionados y formulan en base a necesidades internas que van surgiendo, a las que intentan dar respuesta en la medida de lo posible, en ninguno de los casos cuentan con subvención estatal para apoyar esta labor de mediación.

Luego, el tema de la brecha cultural es una variable no menor a considerar, puesto que la aproximación a la salud varía según el trasfondo cultural que se tenga. Esto hace que los pacientes haitianos sientan que tienen que "sobreactuar" los síntomas y que esto sea interpretado por los profesionales de la salud como exageración generalizada y no sean tomados en cuenta en ocasiones. Por último, se destaca el tema de la ausencia de protocolos de acción, por lo que las soluciones como se mencionó, se basan en la improvisación y no siempre responden de manera óptima a la necesidad levantada.

PACIENTES

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	FALLOS EN SISTEMAS DE APOYO	NIÑOS COMO INTERMEDIARIOS	ENFERMEDADES RECURRENTE
---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

En el caso de los pacientes, se observó una "falta de autonomía" que no les acomoda en cuanto a su atención de salud, por cuanto les gustaría poder ser autovalentes en este sentido, muchas veces se apoyan en sus hijos que saben más español ya que lo aprenden más rápido, sin embargo, tras ser consultados, los niños señalan que no es una labor que les agrade asumir, además que difícilmente un niño pequeño podrá traducir de manera exacta términos médicos consultados por el doctor.

Por otra parte, se constataron los fallos que presenta uno de los sistemas de apoyo más utilizados, Google Translate, programa que al ser utilizado para traducir frases largas, arroja oraciones sin sentido, que fue lo que ocurrió en el testeado realizado.

Por último, se observó una alta recurrencia de enfermedades, principalmente de tipo respiratorio, en la población haitiana recientemente arribada. Según lo extraído de entrevistas y visitas, a muchos además no les gusta acudir al médico por lo que es frecuente que simples resfríos se agraven o que persistan por más tiempo del esperado.



ANTECEDENTES Y REFERENTES

SISTEMA PECS

El Picture Exchange Communication System, PECS por sus siglas en inglés, es un sistema visual de comunicación para personas con trastornos del espectro autista. Este sistema permite, mediante tarjetas que recrean visualmente acciones o pasos de una tarea, que el usuario organice de manera física las acciones cronológicas que tendrá que seguir para llevar a cabo una acción. Aporta orden y el poder ver los pasos facilita su ejecución para estos pacientes.

El objetivo principal es la comunicación, hacer y responder preguntas, además de poder expresar sus necesidades e inquietudes, sin embargo, a través de esta labor cumple también un objetivo educativo, por cuanto el niño aprende nuevas palabras, acciones y mediante el entrenamiento y retroalimentación permite aprender a ordenar correctamente oraciones.



DESCRIPCIÓN DE LA INTERACCIÓN

El sistema se compone de tarjetas que refieren a las acciones u objetos requeridos, estas se encuentran ordenadas en páginas de un libro categorizando siempre por ámbito, para hacer más sencilla la búsqueda al usuario.

El niño busca a través de las páginas las tarjetas que necesitará para completar su frase. Una vez que las selecciona, las desprende del libro para ordenarlas en el panel inferior, fijándolas con velcro. Finalmente la tira de oraciones es desprendida por el niño y entregada a la persona con la que se quiere comunicar, quien le entrega un refuerzo inmediato.

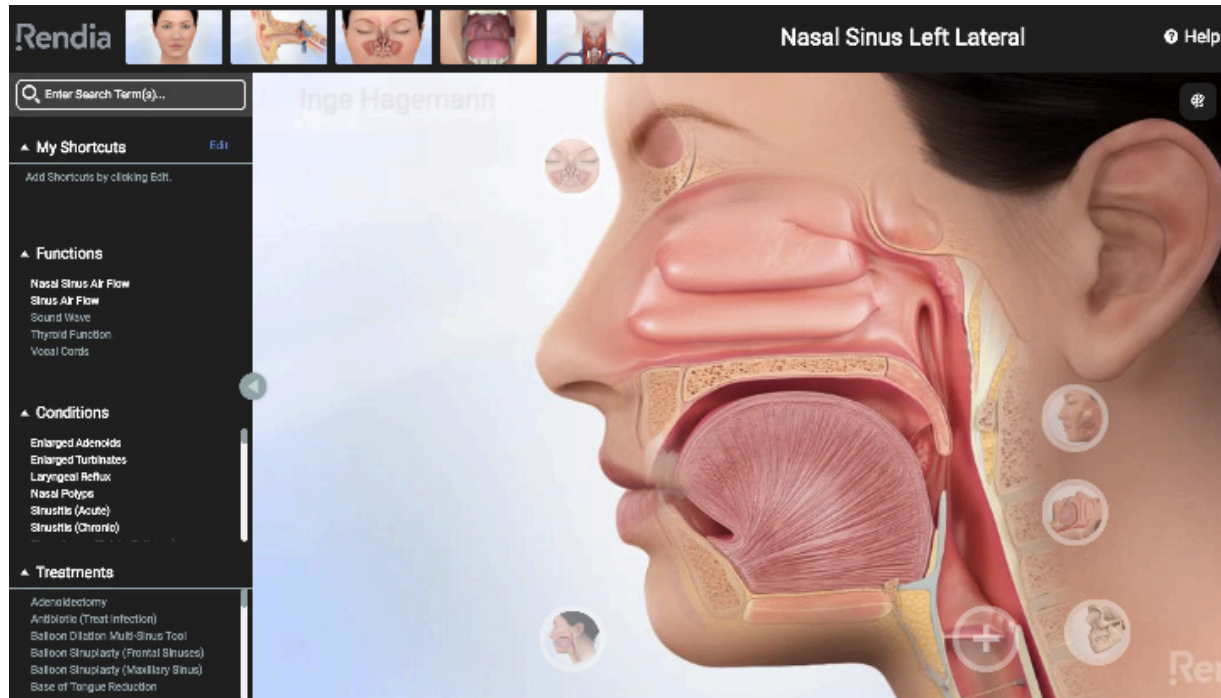


Se destaca del sistema su cualidad eminentemente visual y la manera en que permite interactuar físicamente con el objeto para obtener un resultado de comunicación, lo que hace que sea más cercano y atractivo para el usuario. Por otra parte, al ser un sistema totalmente análogo, no depende de elementos externos ni demasiados recursos para funcionar, además de ser bastante más económico que un dispositivo electrónico.

Desde el diseño considera aspectos como el contraste y la visibilidad, lo primero en la distinción de las imágenes con el fondo y del mismo con las tiras de oraciones y lo segundo por el tamaño del sistema y la simpleza de las imágenes empleadas.

Al ver el sistema en uso, sin embargo, se evidencia que la interacción se complica por la cantidad de imágenes que involucra, el sistema de unión (velcro) que utiliza y las categorías que considera, haciendo que sea complejo volver a organizar las piezas y lentificando el proceso de comunicación. Por otra parte, hace del proceso algo unidireccional y separa mucho simbólicamente al emisor del receptor.

RENDIA



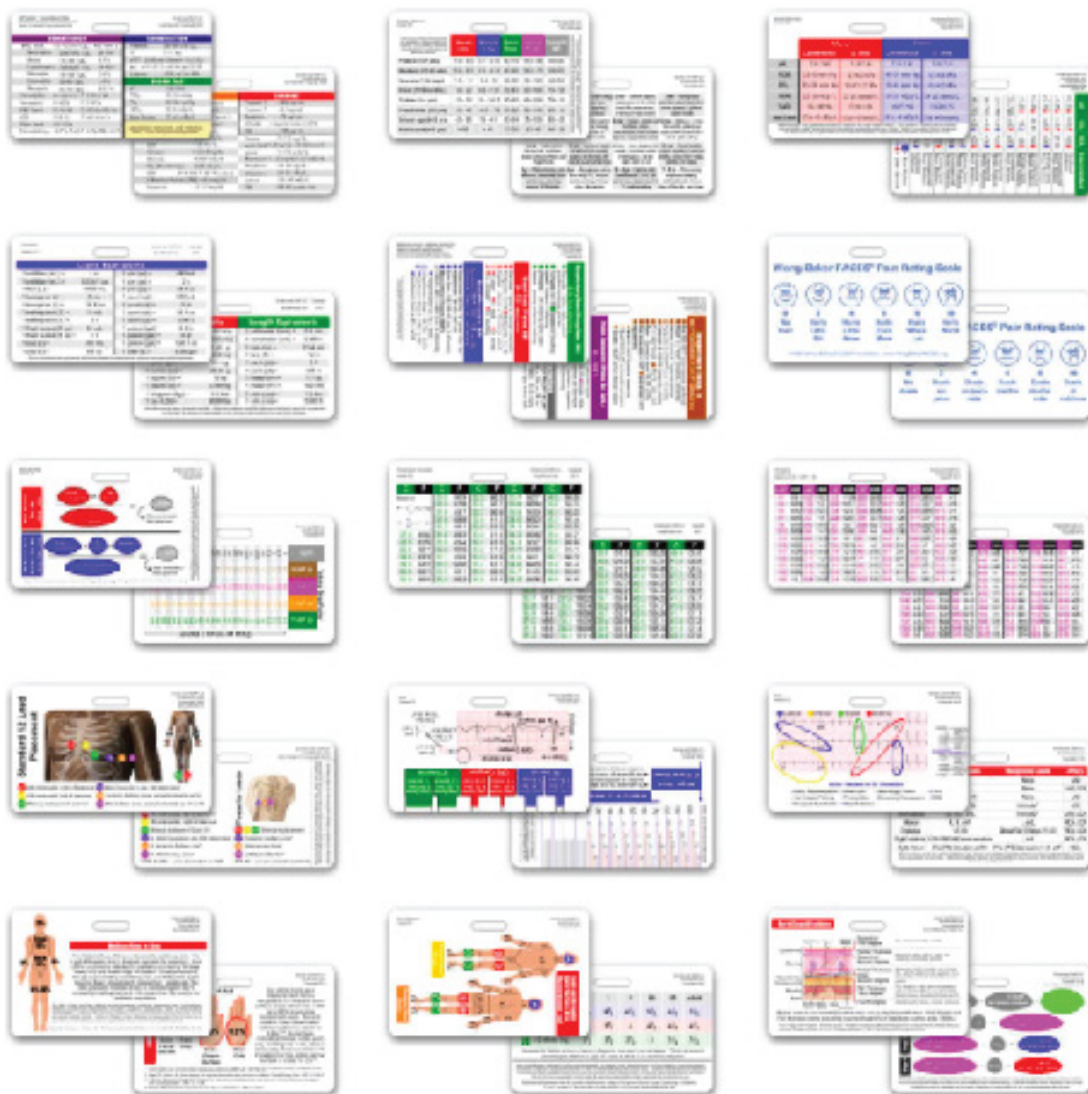
Rendia es un software educativo que mediante gráficas 3D y modelos representativos del cuerpo humano busca mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, facilitando las explicaciones y haciendo el diagnóstico mucho más comprensible y didáctico para el paciente.

El programa se divide por sistemas, según la especialidad requerida por el médico tratante y permite simular con animaciones sobre un modelo virtual patologías y tratamientos, para que el paciente pueda comprender de manera mucho más clara y visual el problema que le afecta y cómo evolucionará gracias a la terapia propuesta.

WONG-BAKER COMPREHENSIVE SET

Wong-Baker es la compañía que desarrolla y comercializa material anexo a las escalas de dolor Wong-Baker (Escala visual de 1-10 con ilustraciones de caras asociadas a cada nivel de dolor). En torno a esto han desarrollado, entre otras cosas, sets de apoyo a profesionales de salud, como tarjetas explicativas con material relevante para sus funciones, como son tablas de conversiones, medidas de referencia, y datos útiles.

Las tarjetas vienen en sets de 30 y condensan en poco espacio información que es necesario tener a mano.



CASO DE ESTUDIO

El principal antecedente para el presente proyecto de título es un sistema diseñado en el contexto del Taller Mercado, perteneciente a Diseño UC en el año 2009, a cargo del profesor Eduardo Águila. Este proyecto se desarrolló de manera interdisciplinaria con Medicina UC en respuesta a la necesidad de contar con un sistema de apoyo que permitiera a médicos de América Solidaria mejorar la comunicación con pacientes haitianos agilizando de esta forma el sistema de atención.

Se basa en las patologías más recurrentes observadas por médicos en Haití



Se destaca del proyecto su versatilidad así como también lo amplio de las problemáticas que abarca. Cubriendo desde el diagnóstico hasta el tratamiento con apoyos gráficos para el paciente.

Lamentablemente el proyecto no fue implementado por problemas de financiamiento, se infiere que su fabricación resultaba de alto costo debido a la complejidad del sistema, formado por distintas piezas gráficas e interactivas además de los set de ficticios que deben ser producidos especialmente. Por la misma complejidad de sistema, se infiere que no puede ser producido en el país de destino, por lo que siempre debe ser trasladado por los médicos, quienes estarán a cargo de implementarlo, por lo que al ser producido en Chile lo que tampoco se espera que sea replicable con facilidad o reproducibile, ya que en caso de fabricarse de manera masiva se contarían con recursos para hacerlo y lo generaría una entidad central. El proyecto de todas formas responde de manera coherente al mercado en que se inserta y constituye una ayuda de importancia tanto para el paciente como para el profesional de la salud.

El proyecto que se plantea en esta tesis, sin embargo, apunta al sistema local, donde además de contar con escasos recursos y bajo apoyo de instituciones que colaboren por ser "responsabilidad del estado", se debe considerar desde un inicio hacer un proyecto de bajo costo y que, en caso de no poder renovarlo totalmente por temas de financiamiento, que este se autosustente y pueda seguir siendo un aporte a la comunidad por un largo tiempo y en distintas partes del país



Es un kit en formato maletín que se compone de (1) Cartas que representan hábitos (2) Ficticios o modelos a escala de deposiciones, orinas, flemas y vómitos (3) Hoja con indicaciones médicas puestas de manera gráfica, para entregar a los pacientes (4) Lámina que grafica dolor al corazón, tos y tipo de flema. (5) Fotos que muestran síntomas y distintos aspectos de la vida en Haití. (Visión universitaria UC, 2009)



"Este proyecto se centró justamente en lo contrario a lo high tech que estaba muy de moda en esa época, acá la idea era que ojalá no tuviera que tener ninguna tecnología"

-Eduardo Águila, entrevista personal

McDonald's

AUTOMATED ORDER KIOSKS

Los tótems de autoservicio de McDonald's facilitan la interacción del usuario al momento de la compra, además de hacer el proceso más rápido, evitando filas. Es de gran ayuda a personas con problemas de comunicación, ya que todos los textos se apoyan de imágenes y descripciones, además de contar con la opción de seleccionar el idioma de preferencia.

Por otra parte, la máquina permite efectuar la totalidad de la compra, incluido el pago, luego del cual el usuario obtiene un número que lleva a su mesa donde el pedido es entregado.



JERRY

El oso Jerry es un juguete que enseña a niños sobre diabetes tipo 1 de manera didáctica. Es una forma visual de comunicación y constituye una manera mucho más cercana de aproximarse al usuario con información médica de lo tradicional, como las explicaciones verbales.

Además, permite al niño realizar físicamente la acción que debe llevar a cabo, por lo que el proceso de aprendizaje resulta más sencillo,



V-PEN



El V-Pen es un dispositivo que permite escanear las imágenes del sistema PECS, previamente mencionado, para "hablar" a través de él. Al pasar el lápiz sobre la imagen, este lee la acción y la reproduce en altavoz, logrando con esto una interacción más natural y fluida entre emisor y receptor.

De lo contrario, con el sistema tradicional, quien recibe la información debe ubicarse junto al niño o detrás de él, para poder ver qué señala en el libro, sin embargo con este sistema pueden situarse frente a frente y comunicarse de forma más fluida.

FORMULACIÓN

¿QUÉ?

Sistema básico de apoyo al traspaso de información entre pacientes Haitianos y médicos locales para anamnesis en el contexto del sistema público de atención de salud

¿POR QUÉ?

Ante la creciente migración de haitianos a Chile, la barrera idiomática entre pacientes que no hablan español y médicos locales constituye una dificultad para la prestación del servicio de salud

¿PARA QUÉ?

Para permitir un proceso más seguro y confiable a ambas partes, permitiendo la comprensión y correcto traspaso de información crítica durante el proceso de anamnesis

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Facilitar el traspaso de información relativa a anamnesis entre pacientes Haitianos y profesionales de la salud en el contexto de atención de salud en Chile, disminuyendo la brecha idiomática existente entre ambos para una mejor prestación del servicio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir los errores de comunicación o confusión de conceptos existentes en la interacción médico-paciente que repercuten en fallas en el proceso de atención de salud
2. Reducir la sensación de miedo, incertidumbre y frustración por parte del paciente ante la atención de salud
3. Aumentar la sensación de seguridad del paciente e independencia con respecto a su atención de salud

USUARIO

El usuario al que está dirigido el presente proyecto puede ser entendido en dos categorías, acá definidos como usuario primario y secundario. Esta división apunta a describir de mejor manera a todos los sujetos que utilizarán el dispositivo diseñado, más que separarlos puesto que ambos son igualmente importantes en la interacción propuesta.

El usuario primario será el paciente Haitiano que acude al servicio de salud, puesto que es quien se encuentra en una posición más vulnerable al momento de la atención, lo que hace que el uso del dispositivo resulte crítico para él y que la interacción con este resulte también más significativa.

El usuario secundario, por otra parte, será el médico o profesional de la salud a cargo. Quien deberá supervisar y guiar la interacción con el paciente. Si bien el foco del proyecto está en mejorar la experiencia del paciente, es fundamental que la solución planteada constituya un beneficio también para el profesional de la salud, o que en última instancia no modifique significativamente la forma o tiempo de atención para que la integración al sistema sea de manera más fluida.

USUARIO PRIMARIO: PACIENTE HAITIANO

El usuario al que apunta el proyecto es un ciudadano haitiano, arribado recientemente a Chile, (hace menos de 1 año) y que por tanto, tiene un dominio del español muy limitado. No logra darse a entender claramente para poder comunicar sus síntomas a un médico y mucho menos domina el lenguaje técnico de atención de salud. El contexto en que llegan es por lo general de desinformación puesto que lo que conocen de Chile es a través de lo que ha escuchado de parientes o amigos que viajaron anteriormente. En general, la información que tiene sobre el país antes de llegar resulta escasa y se produce una discordancia entre el modelo de vida que planificaron y lo que finalmente encontraron en el país una vez iniciado su proyecto migratorio, al respecto el estudio de caracterización de la población haitiana en Chile destaca que, según ellos, "no era tan fácil como se pensaba y más aún si no se cuenta con acceso a trabajo". (Rojas, 2016)

El acceso a la salud también es un punto crítico para ellos puesto que se enferman muy seguido al poco tiempo de llegados, en parte por la diferencia climática que deben enfrentar, así como también por las duras condiciones de vida y trabajo. Por otra parte en cuanto a su relación con el sistema de salud Chileno, de entrevistas se extrajo que se muestran disconformes frente a él puesto que señalan que en Haití nunca debían esperar tanto por atención médica y que el servicio mismo era también de mejor calidad, este tema fue abordado también por una de las entrevistadas, recepcionista del servicio de urgencias del CESFAM de Los Nogales, quien atribuía esta "impaciencia" a una "escasa tolerancia al dolor", puesto que según ella, los pacientes Haitianos acudían y muchas veces saturaban este servicio frente a molestias mínimas que podrían solucionarse de manera doméstica.

USUARIO SECUNDARIO: PROFESIONALES DE LA SALUD

Como usuario secundario se cuenta el personal de atención, entre el que se entenderá todo aquel profesional del servicio de salud que tenga algún grado de interacción directa con el paciente haitiano a lo largo de la cadena de atención y deba levantar anamnesis o entregar indicaciones al paciente, como se señaló el proyecto se enmarca como caso de estudio en el área broncopulmonar, pero se espera ampliar en un futuro esta condición a otras especialidades. En el caso de las consultas médicas en centros CAE o CESFAM, la interacción relevante (en cuanto a comunicar síntomas y explicar padecimientos) será únicamente con el médico a cargo, pero en el caso de consultas realizadas en otros contextos, como hospitales o interconsultas, se incluyen en esta categoría a internos, enfermeras y todo aquel que asista en el proceso de anamnesis.

Se considera como usuario ya que será quien apoyará el uso del sistema, por lo que su colaboración en el proceso es fundamental. En este sentido se plantea que el proyecto desarrollado impacte de manera positiva a ambas partes para que estén dispuestos a ponerlo en práctica.

DISEÑO

ENFOQUE

Como primera decisión de diseño, se optó por acotar el proyecto a un área más específica de atención. Esto luego de concluir que abarcar la atención de urgencias generales, que era el plan inicial resultaba poco práctico tanto por dificultad para observar la problemática (por recurrencia y por ser una instancia muy crítica de intervenir) como por lo amplio de las patologías que puede presentar un paciente en la atención primaria.

El enfoque del proyecto es, en primera instancia, hacia enfermedades respiratorias, sin embargo uno de los objetivos más importantes planteados a desarrollar es que la solución pueda ser ampliable a otras áreas. De este modo, se toma esta especialidad como caso de estudio pero se espera poder replicar la propuesta a modo de "paquetes por especialidad" según las necesidades de cada caso.

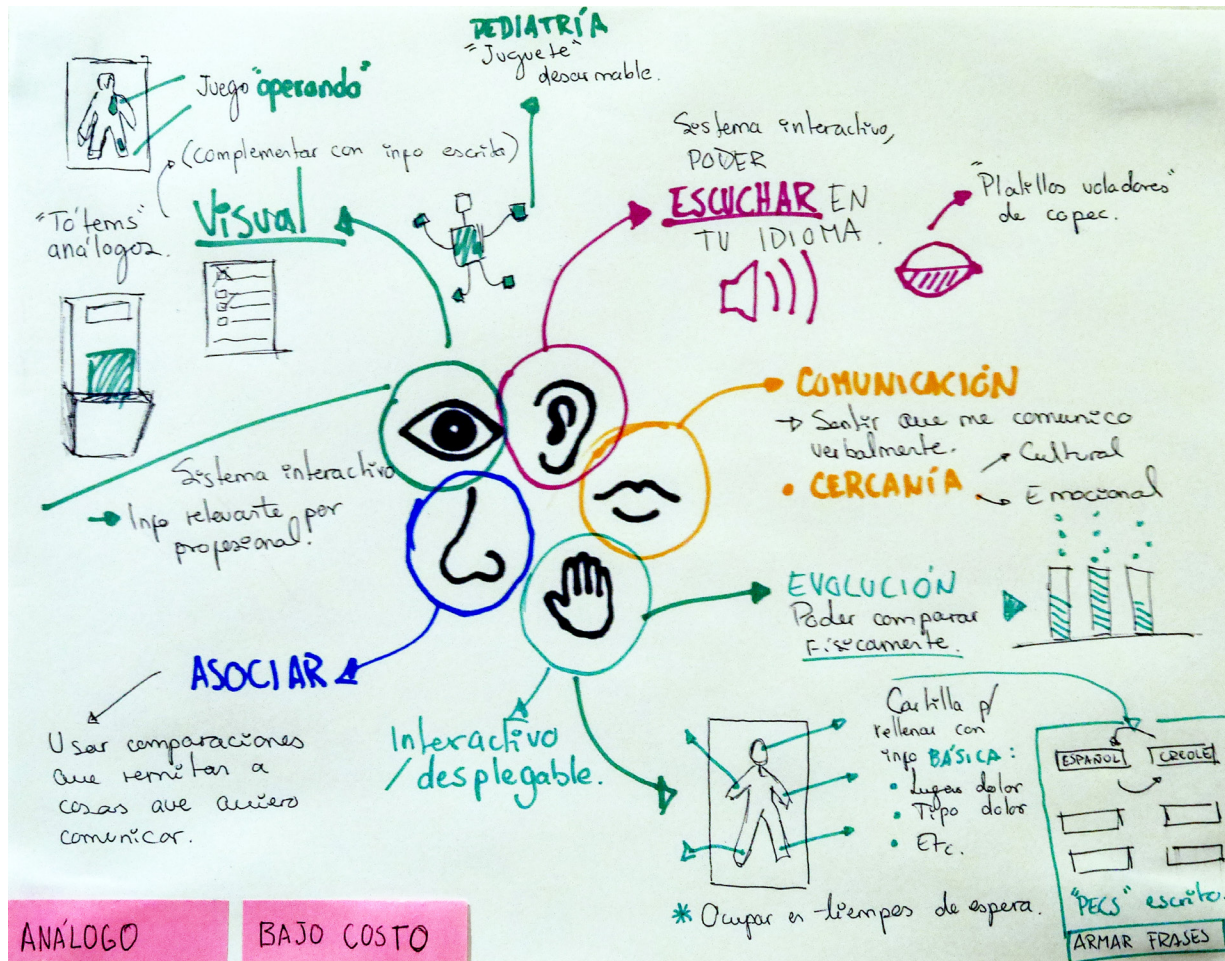
¿POR QUÉ BRONCOPULMONAR?

Se seleccionó la especialidad broncopulmonar ya que la principal razón de consulta por parte de haitianos recientemente llegados al país son enfermedades respiratorias, esto se explica por una parte, por el violento cambio de clima al que se ven enfrentados a su arribo al país, donde encuentran temperaturas muy por debajo a los 20° que les son costumbre en Haití durante todo el año (La Tercera, 2017). y por otro por las duras condiciones de vida y trabajo a las que se ven sometidos. Encontrándose en viviendas con altos niveles de hacinamiento (El mostrador, 2017) y un contexto laboral con extensas horas de actividad y un trato que no dista mucho de la explotación.

Es por esto que en la etapa inicial se resolvió continuar con esta especialidad por ser la más crítica y donde se deben aplicar soluciones de manera urgente.



PRIMERAS IDEAS



La primera exploración de ideas surgió a partir del pie forzado de no poder utilizar el lenguaje verbal o escrito en español para la comunicación, de acá entonces surge la interrogante de qué otra alternativa sería factible para realizar el traspaso de información entre paciente y médico de manera certera y eficaz.

Las primeras alternativas fueron descartadas por ser de un muy alto costo y de compleja implementación en el contexto que se busca aplicar. Es por esto que al requisito ya nombrado se sumaron otros requerimientos de diseño que este proyecto debe contemplar

BAJO COSTO ● INCLUSIVO ● AMPLIABLE ● REPLICABLE

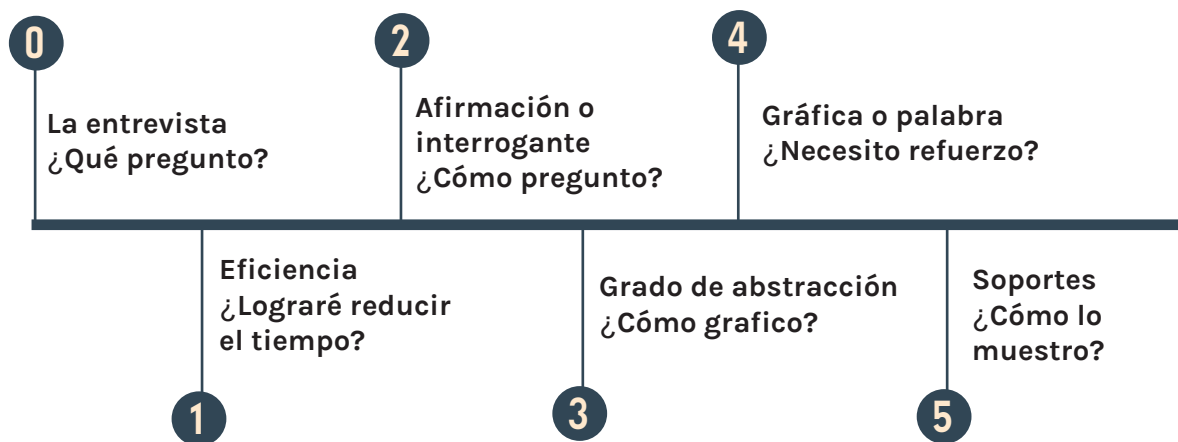
Al estar enfocado al sistema público de salud, el financiamiento del proyecto es un tema no menor, y debido a que por el momento no existen políticas públicas concretas que permitan asegurar financiamiento a un proyecto de mayor envergadura, deben considerarse costos de producción razonables y posibles de ser asumidos por una institución del área pública.

Se proyecta el sistema como un producto que permita el uso de la mayor cantidad de personas posibles, por lo que se basará en principios de diseño universal o diseño para todos en su construcción, considerando como usuario clave aquel que es crítico, es decir quien tendría hipotéticamente la mayor cantidad de complicaciones en el traspaso de información, puesto que si es útil para él, para los demás también lo será.

Si bien el usuario de estudio son los pacientes Haitianos, se espera que este proyecto pueda ser replicado según las necesidades de cada centro de salud, pudiendo operar para ciudadanos de distintas nacionalidades y más aún para personas con problemas de comunicación en general (Pacientes con compromiso neurológico, niños, etc.)

En línea con la problemática de los escasos recursos disponibles por parte de instituciones públicas para este tipo de soluciones, se plantea la necesidad que el sistema generado pueda ser reproducido dentro de los mismos hospitales, con escasa o nula participación de terceros para evitar dentro de lo posible la dependencia de externos para el abastecimiento de material.

TESTEOS



TESTEO PRELIMINAR

A partir de la hipótesis de que un sistema de comunicación visual será más eficiente que los métodos utilizados actualmente (Apps de traducción, señas, etc.) En la comunicación con pacientes haitianos con escaso o nulo dominio del español, es que se plantea un testeo preliminar comparativo con una única pregunta.

OBJETIVOS: Confirmar o descartar la hipótesis planteada con respecto a la efectividad de sistemas de comunicación visual.

PLAN: Se presenta, en primera instancia una pregunta de respuesta cerrada (si/no) "¿Tienes alguna alergia?" a un ciudadano haitiano, al voluntario que realiza la pregunta se le pide que logre obtener la información de la forma que le sea más conveniente (actuando, dibujando, utilizando internet, etc.) Se mide el tiempo y se observa la interacción. En segunda instancia, se presenta una segunda pregunta ¿Tienes mascotas? a la misma persona (la pregunta cambia para evitar que sepa lo que se le está preguntando), esta vez con la ayuda de un facilitador visual. Se mide el tiempo y se observa la interacción.

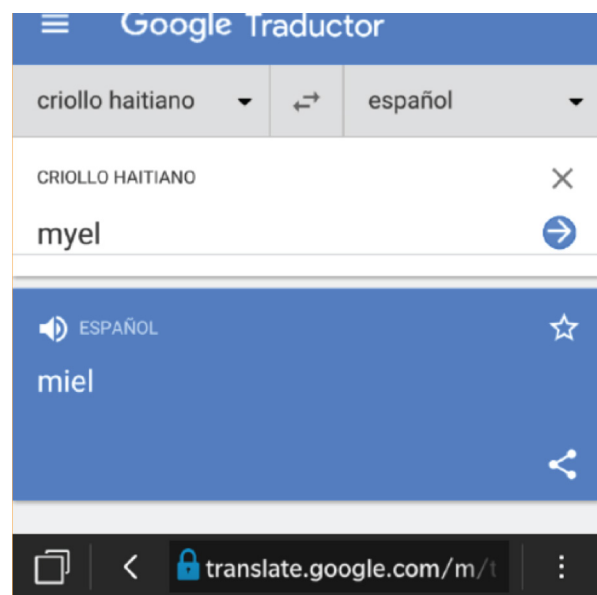
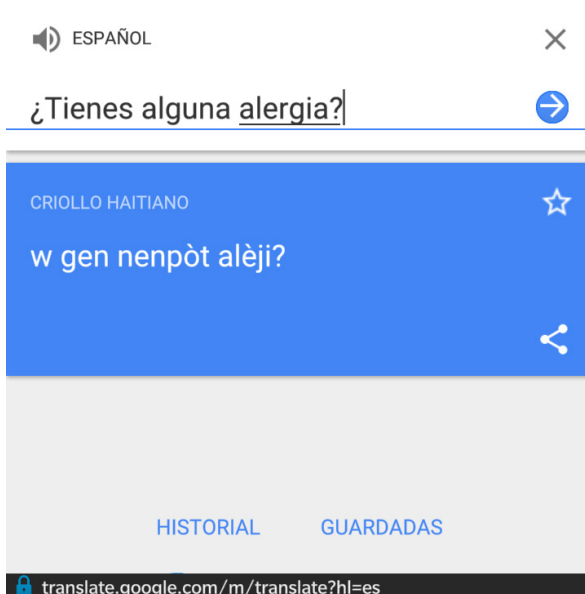
RESULTADOS: El usuario que actuó sin el facilitador demoró 1:45 seg en responder la pregunta, mientras que quien lo hizo con la ayuda del facilitador demoró sólo 10 seg

CONCLUSIONES: Se prueba la hipótesis de la efectividad del sistema visual como apoyo a pacientes con escaso dominio de idioma. Se observó además una interacción crítica relativa a la traducción errónea de un dato en extremo relevante. Cuando el usuario consultado por alergias respondió, via google translate, se generó un error entre lo que quiso decir y lo que finalmente se tradujo. Esto pudo ser advertido puesto que, a modo de control, una persona tradujo de creole a español para nosotros. La usuaria era alérgica a las abejas, pero al no utilizar tilde en la traducción, el software lo lee como "Miel", cambiando totalmente el sentido de la frase.

Maskot



Yon lòt/nenpòt

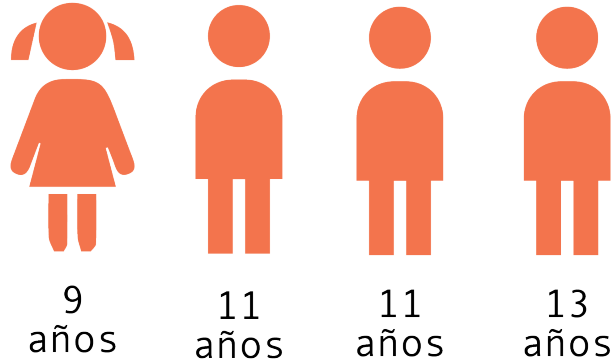


TESTEO 1: GRADO DE ABSTRACCIÓN

OBJETIVOS

Determinar el grado de abstracción que deberían tener las imágenes que representarán las preguntas y síntomas en el sistema de apoyo visual que se diseña.

MUESTRA

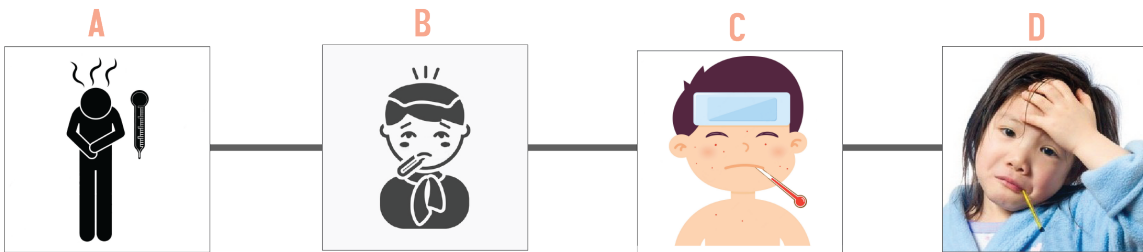


PLAN

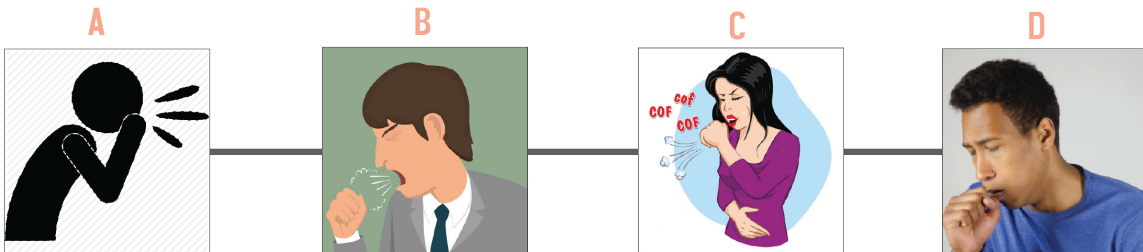
Se presentan 8 imágenes, 4 por síntoma, ordenadas de mayor a menor grado de abstracción). Se presentan dentro de un contexto de juego de "Adivinar" que ven en cada imagen sin contextualización previa sobre lo que estarán observando.

La muestra se constituyó por 4 niños de entre 9 y 13 años, con dominio medio de español. La decisión de trabajar con niños se dio porque en general entienden más español que los adultos y para este tipo de testeo resultaba necesario tener retroalimentación verbal por parte de ellos. Por otra parte, los niños son por este mismo motivo quienes muchas veces acompañan a sus padres al médico para hacer las veces de traductor.

CASO 1: FIEBRE



CASO 2: TOS



RESULTADOS

En ambos casos los íconos (A) no fueron comprendidos. En algunos casos, la ilustración simplificada generó confusión. En todos los casos, la ilustración un poco más detallada (C) fue comprendida correctamente. Lo mismo ocurrió con la última opción (D) en que se ofreció en ambos casos un nivel extra de información (Fotografías simulando los síntomas). Para darse a entender, los niños actuaban los síntomas en caso de no conocer el nombre. Para la tos se identificó que conocían lo que era al hacer el sonido característico del síntoma, se descarta con esto que hayan buscado "imitar" lo que observaban en la imagen expuesta.



CONCLUSIONES

Los elementos disonantes distraen la atención.

No es necesario el detallismo de una fotografía, pero sí contar con elementos característicos del síntoma

Se debe destacar un elemento clave en la imagen por sobre el resto

Contar con niveles extra de información (como palabras u onomatopeyas) aporta y no incomoda ni distrae a quienes no las necesitan

LA ENTREVISTA

Ya que se trabajará con la etapa de entrevista médica, era indispensable contar con información certera sobre los aspectos que esta considera.

Entonces, el primer paso fue establecer la información que resultaba necesario que este sistema de apoyo recopilara. Para esto se entrevistó a un médico broncopulmonar y se complementó esta información con modelos de historia clínica recopilados y bibliografía relevante.

Al médico broncopulmonar se le preguntó primeramente por la estructura estándar de la entrevista médica, de acá se obtuvieron categorías críticas en las que luego se indagó para definir las preguntas y respuestas clave para cada caso.



La entrevista médica inicia luego del saludo, cuando se comienza a indagar en la vida del paciente, y finaliza previo al examen físico. En este, se realiza primero una valoración general del estado de salud, registrando signos vitales, para luego explorar por sistemas.

Luego del examen físico el médico está en condiciones de plantear una hipótesis diagnóstica, en caso de ser necesario se solicitan exámenes previo a este paso. Sino, se procede a formular un plan de tratamiento para el paciente.

"El dolor es una experiencia subjetiva, te la tiene que referir el paciente. Bueno, la dificultad respiratoria también, el grado de dificultad respiratoria. En general todo lo que se puede graduar, necesitas que te lo diga el paciente".

-Médico broncopulmonar
Clínica Indisa

SÍNTOMAS VS SIGNOS

De la entrevista se obtuvo también que resulta fundamental que el paciente refiera sus síntomas personalmente. Ya que, por definición del médico entrevistado estos no son observables de manera objetiva y responden a la subjetividad del enfermo respecto a la percepción que tiene de algún cambio observado que pueda percibir como anómalo, ejemplos de síntomas pueden ser náuseas, disnea o dolor.

Los signos, por otra parte, refieren a los hallazgos objetivos observables y medibles por el profesional de la salud, estos no son considerados por tanto en el sistema proyectado porque no pueden ser referidos por el paciente.

Por lo tanto, el enfoque de este sistema estará en todo aquello que no cabe dentro de la consulta y no es observable directamente, es decir los síntomas y la historia clínica como tal.

ESQUEMA BASE ENTREVISTA

0. SALUDO

Buenos días,
buenas tardes
(Nombre)

1. VIDA COTIDIANA

¿Cuál es su ocupación?

- A. Estudiante
- B. Construcción
- C. Industria Química
- D. Fábrica
- E. Campo
- F. Contacto con humo

¿Dónde vive?

- A. Casa
- B. Departamento
- C. Habitación
- D. Mediagua
- E. Campamento

¿Tiene mascotas?

- A. Gato
- B. Perro
- C. Reptil
- D. Ave
- E. Roedor

2. HÁBITOS

¿Realiza act. física?

¿Consume alcohol?

¿Cuál(es)?

Sí No

Cantidad/día

¿Consume drogas?

Sí No

¿Fuma?

¿Cuál(es)?

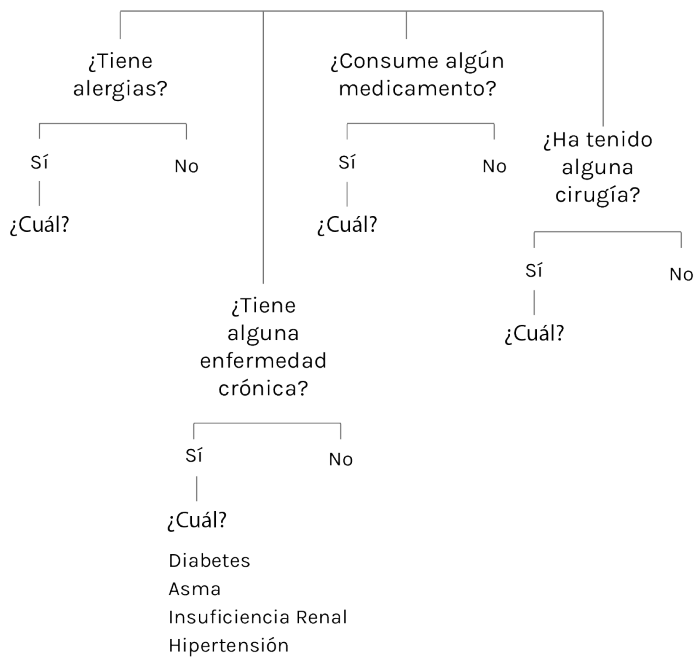
Sí No

Cantidad/día

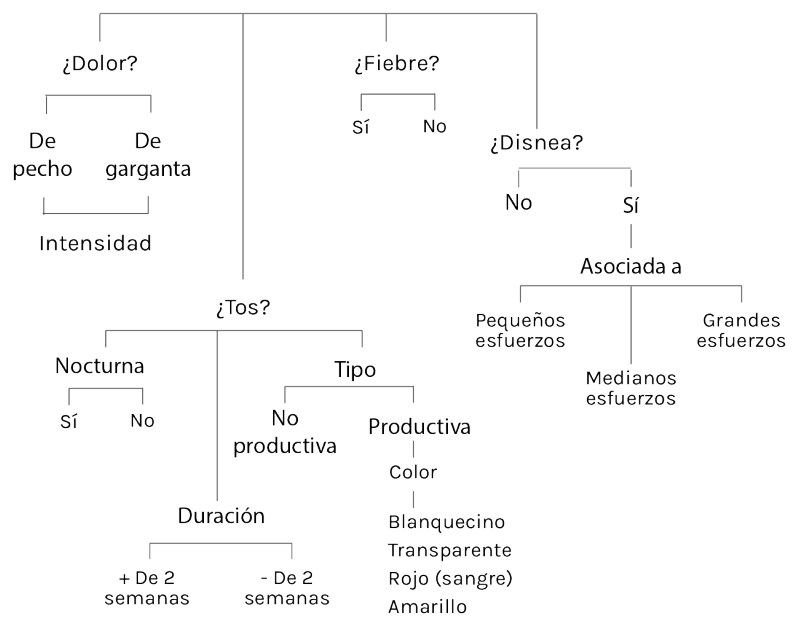
Marihuana
Cocaína
Heroína

La selección de preguntas (y respuestas) clave fue un paso determinante en el diseño del sistema puesto que permitió acotar la entrevista a aquello que fuera realmente crítico de levantar en esta etapa, luego se propusieron pasos posteriores para la indagación en áreas que, por lo general, no resultan de tanta relevancia en etapas iniciales pero que si pueden serlo en caso de encontrar algún hallazgo.

3. ANTECEDENTES DE SALUD



4. SÍNTOMAS



SOPORTES Y PRIMEROS PROTOTIPOS

Para pensar el soporte del sistema proyectado, se tomó como base la interacción en la consulta médica, espacio en que profesional de la salud se encuentran de frente, mediados por un escritorio. El tiempo aproximado por consulta es de unos 20 minutos y el total de tiempo en la etapa de anamnesis no debiese ser mayor a 10 minutos para no comprometer la atención de los demás pacientes.

CONSIDERACIONES FORMALES

En un inicio se concibe el producto como una ficha o libro desplegable, con distintas categorías que se "abren" hacia el lado y luego hacia abajo según corresponda para poder explorar las alternativas. Sería manejado por el médico, quien guía en todo momento la interacción y está atento recibiendo y registrando las respuestas del paciente.

TAMAÑO: En un inicio se contempló a tamaño carta (216 x 279 mm) para que fuera similar a los demás documentos con los que interactúa el médico en su consulta y no cause extrañeza.

CARÁCTER: Se consideró de carácter desplegable puesto que la información a mostrar era bastante y se esperaba que el médico fuese "navegando" a través del sistema.

ORDEN: Se mantuvieron las 4 categorías levantadas en la entrevista médica; Vida cotidiana, Hábitos, Antecedentes de salud, síntomas



INFORMANTES CLAVE

El prototipo anterior fue presentado a dos internos de medicina; Ricardo y Magdalena.

Ambos son estudiantes de cuarto año de medicina y entre sus labores se encuentran las de realizar anamnesis frecuentemente en su práctica hospitalara. El primero de ellos señaló que, si bien le sería de gran ayuda contar con un apoyo visual para apoyar sus registros, consideraba que este era muy complejo para poder usarse en el contexto que el lo necesitaría, esto debido a que en su caso, hace por lo general anamnesis de urgencias, por lo que no cuenta ni con el espacio ni con la atención suficiente del paciente como para permitir desplegar un sistema demasiado complejo.

Magdalena, por otra parte, indicó que es muy importante al levantar una anamnesis poder registrar notas y datos relevantes que vayan surgiendo, opción que hasta ahora no había sido considerada. Ella también consideró de utilidad que este sistema fuese estándar, es decir utilizable por todos os profesionales de la salud de

manera transversal, por lo que en caso de necesitarlo un médico, una enfermera o un interno, todos pudiesen tener acceso a él.

Otro tema que surgió de estas entrevistas es el traspaso de la información, ya que al rellenar una ficha de ingreso en hospitales, esta es por lo general consultada por distintos profesionales de la salud a lo largo del proceso de atención, por lo que sería muy útil que esta información tuviese alguna forma de ser recibida y entendida por todos quienes consulten la ficha.

Por último, Ricardo destacó la importancia de asistir al paciente y orientarlo en este proceso, puesto que en muchos casos llegan pacientes críticos a los que no es posible hacerles demasiadas preguntas, por lo que, además de las imágenes, sería clave contar con apoyo verbal para reforzar el mensaje, recordó en este caso los apoyos que utilizan en el hospital donde trabaja para asistir la comunicación con pacientes haitianos, para lo que anotan carteles con la pronunciación de las palabras más comunes.

REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA



**PODER COMUNICAR LA
INFOMACIÓN AL PACI-
ENTE**



**PODER TRASPASAR LA
FICHA**

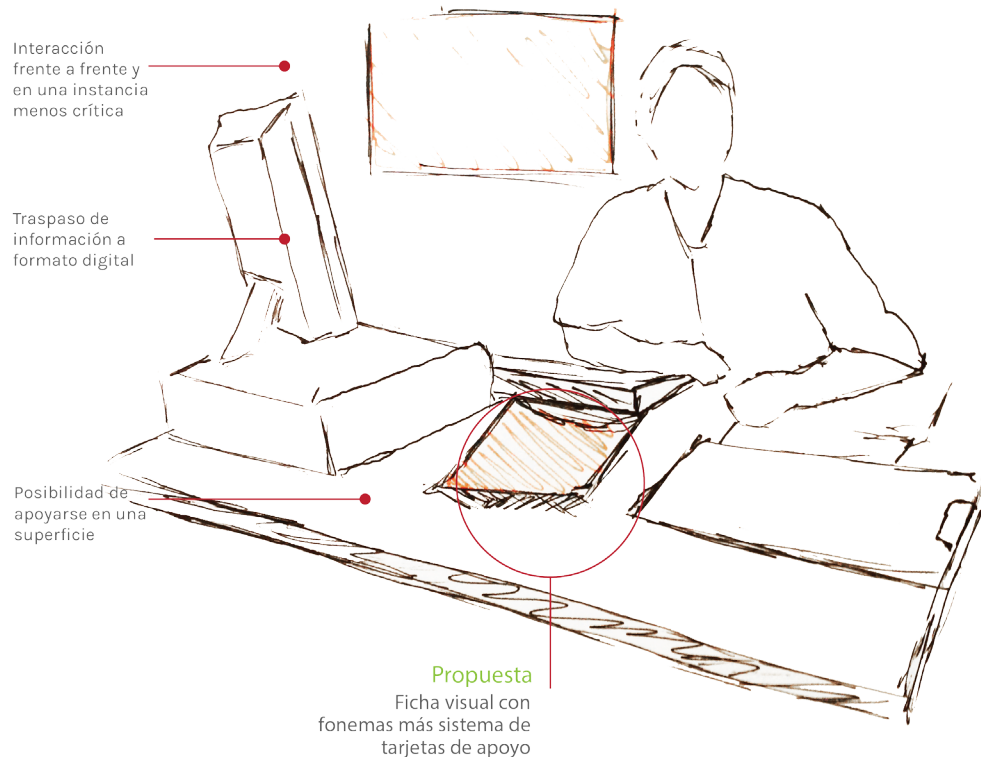


**PODER ORDENAR LA
INFORMACIÓN**

CONTEXTOS DE ATENCIÓN

CONTEXTO 1

Médicos en consulta de atención

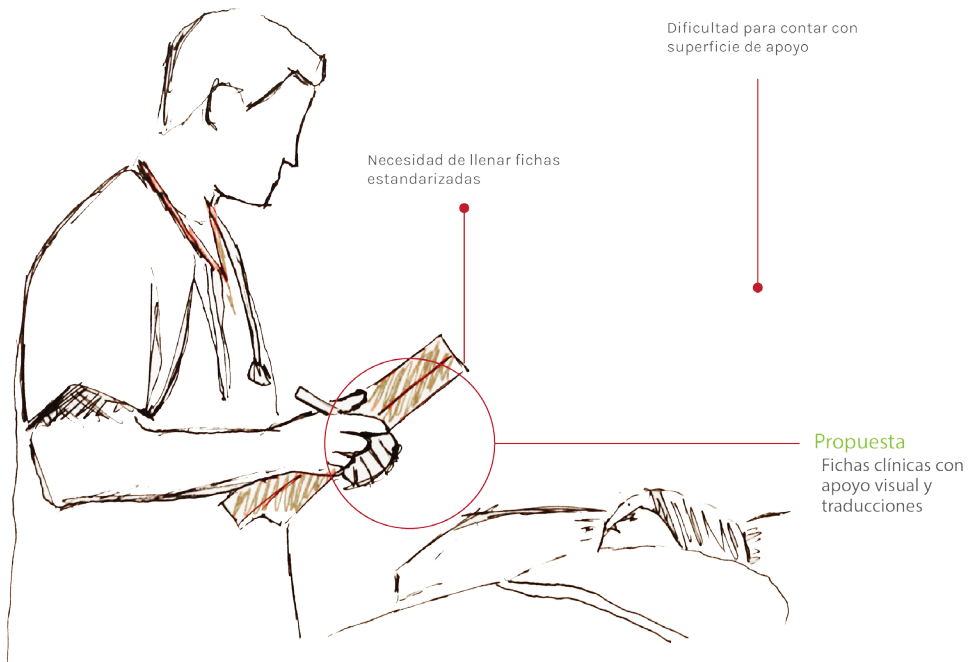


Luego que las conclusiones del testeo arrojaran que el sistema resultaba demasiado engorroso para el médico, se decidió indagar en el contexto donde se aplicará la propuesta, algo que hasta entonces no se había considerado en profundidad.

Se observó entonces que, dependiendo de la instancia de atención y profesional a cargo del paciente, el contexto en que se desarrollaba la interacción cambia sustancialmente. Es así como a partir de esta observación, se levantaron tres instancias clave de contacto con paciente: El box de atención, la sala de consulta médica y la recepción de enfermeras, sea en box o consulta.

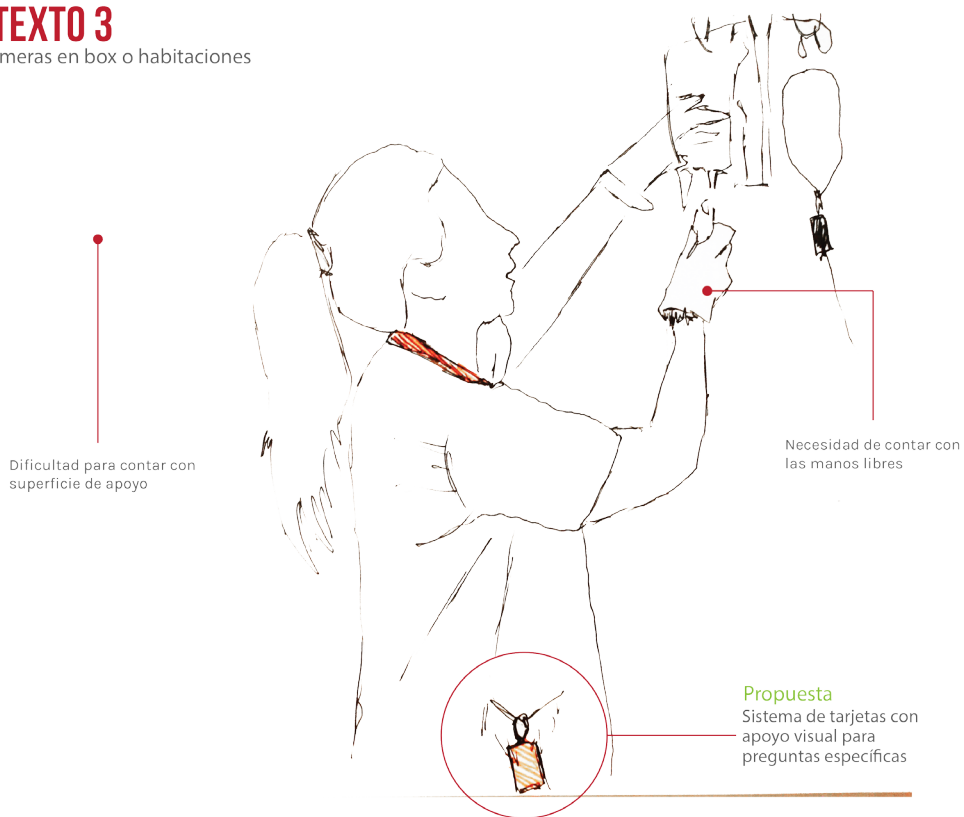
CONTEXTO 2

Médicos en box o habitaciones



CONTEXTO 3

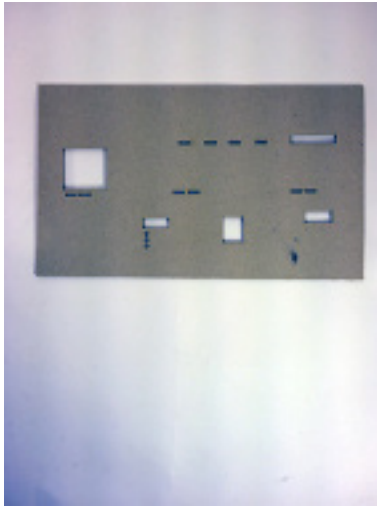
Enfermeras en box o habitaciones



PRUEBAS DE MATERIAL

Como se mencionó anteriormente, en la exploración material, las principales consideraciones eran que fuese un material durable, rígido y, luego se agregaría, limpiable.

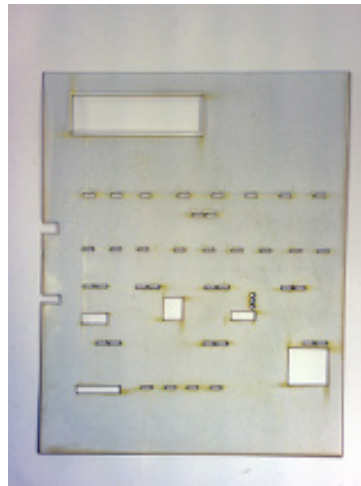
Se realizaron pruebas de corte láser sobre acrílico de 2mm, PAI de 1mm y cartón piedra de 2mm.



CARTÓN PIEDRA

Fue el material que mejor resistió el láser, resultando en cortes limpios y secos, el material por otra parte no se dañó en el proceso y se logró una terminación adecuada. Sin embargo, sufrió mucho desgaste con el uso por lo que, para la utilidad requerida sería poco recomendable, aunque en cuanto a costos y terminación es el que obtuvo mejores resultados.

Dentro de las razones para descartarlo como material final es que resulta fácilmente dañado con la humedad y roce, además que no es posible limpiarlo sin que se altere su forma.

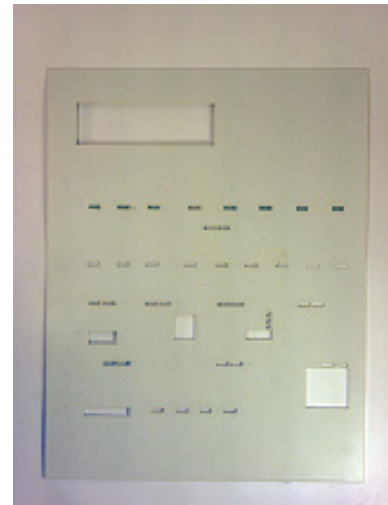


ACRÍLICO

Resultó medianamente bien el corte en este material, es suficientemente rígido para aportar estructura al sistema y es posible limpiar con facilidad la superficie del mismo.

Entre los aspectos negativos se cuentan que resultó muy dañado luego del corte láser, ensuciándose y rayándose con facilidad, daños permanentes del material, que no se pudieron limpiar ni remover posteriormente.

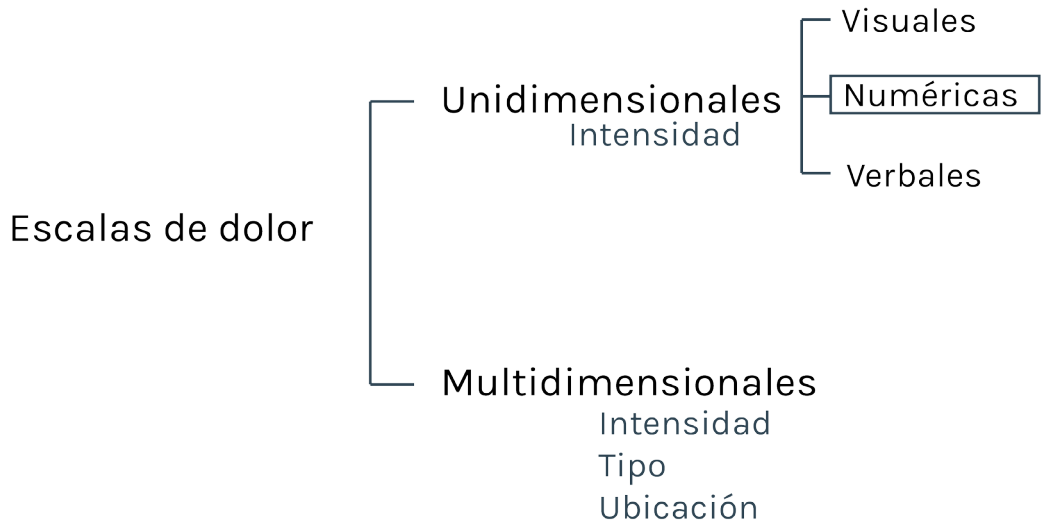
Por otra parte el costo del material es bastante superior y resultaba algo sobredimensionado para los requerimientos del proyecto, además de la complejidad que significaba aplicar la gráfica en un material dañado sin que esto afecte la legibilidad.



PAI

El material seleccionado para trabajar finalmente fue PAI, esto porque soportó bastante bien el láser, y luego de encontrar los ajustes precisos no se deformó ni quemó (que sí sucedió en las primeras pruebas). Este material puede ser además troquelado y es más maleable que los anteriores. No se daña con facilidad y puede ser limpiado sin problema. Además se puede estampar mediante serigrafía o aplicar gráfica impresa sobre él. Fue seleccionado entonces por ser el material más versátil dentro de los que se consideraron para el estudio.

ESCALAS DE DOLOR



Al intentar representar los síntomas, surgió la problemática de cómo mostrar los grados de un síntoma particular. Muchos de ellos deben ser graduados para conocer su gravedad (tos, dolor, fiebre, etc) y el único apoyo con que se cuenta actualmente son distintos tipos de escalas de dolor. Siendo la más utilizada, la numérica (escala con números del 1 al 10 junto para consultar al paciente sobre su grado de dolor a un momento determinado).

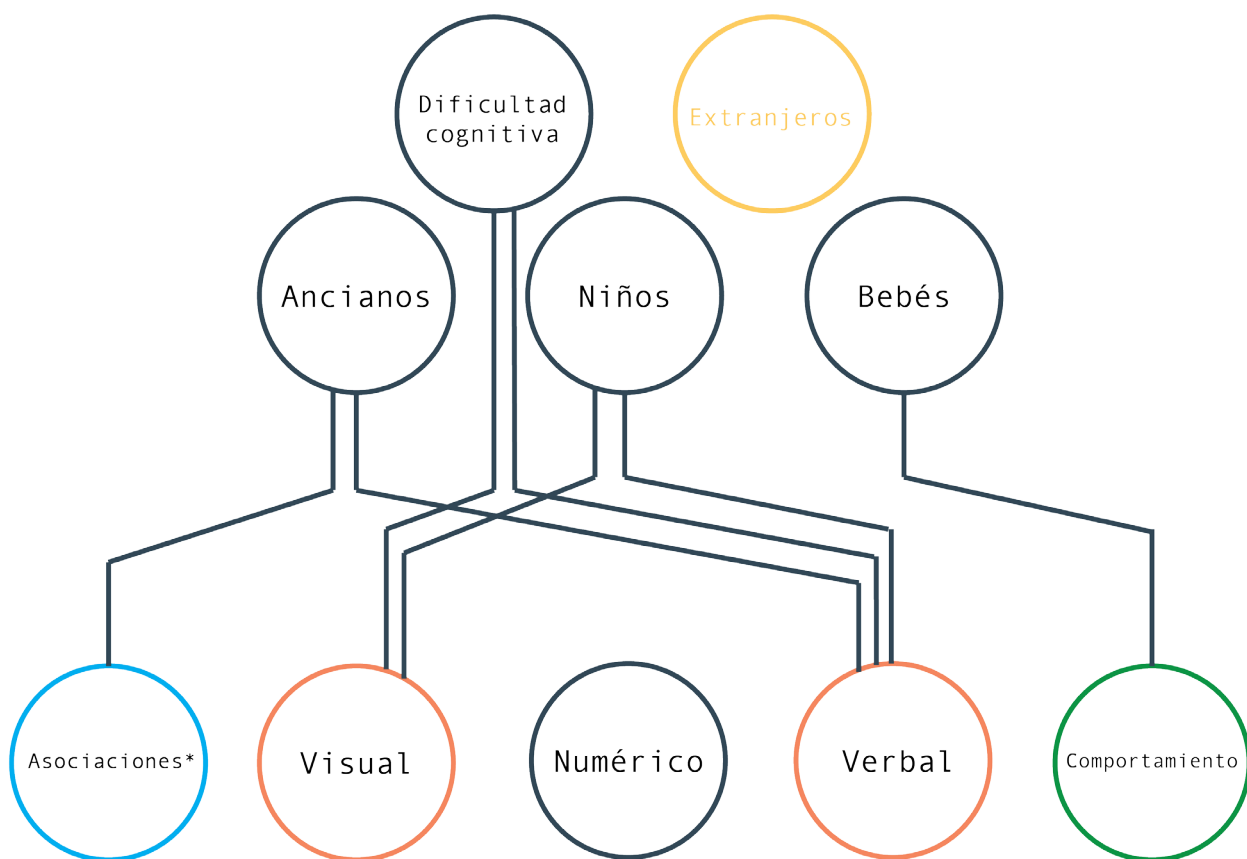
Al consultar a un médico al respecto, este señaló que:

"Es la más usada en general, y no se a mi me dicen un dolor 5, un dolor 7 y yo ya se a qué asociarlo"

Sin embargo, al consultar a pacientes, y sitios web de personas que sufren de dolor crónico, se observaron frecuentes críticas a este tipo de escalas numéricas, puesto que por lo general no cuentan con información adicional que permita realizar asociaciones con respecto al dolor que refieren. De hecho, es una problemática que se

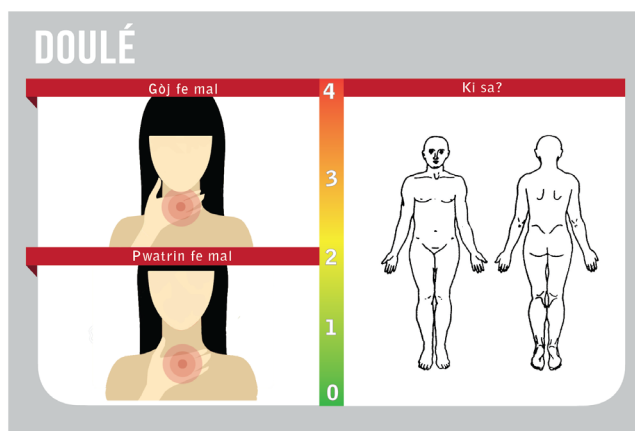
ha analizado y en torno a la cual se ha diseñado ampliamente, considerando las necesidades de cada usuario, sin embargo, las escalas numéricas siguen siendo las de preferencia para los médicos, no tanto por la funcionalidad para el paciente sino porque otorgan la posibilidad de cuantificar algo totalmente subjetivo como el dolor, permitiendo evaluar su evolución y registrar de manera analítica.

Se analizaron entonces otros tipos de escalas, buscando llegar a una que fuese más cercana y entendible por la mayor parte de los usuarios, es así como se realizó una investigación acerca de las escalas utilizadas generalmente en usuarios críticos, y se concluyó que las recomendadas para este tipo de pacientes son las visuales y verbales, recurriendo idealmente a colores o imágenes que permitan asociar y, de contar con palabras, que sean términos fácilmente comunicables al paciente de forma oral, sin necesidad de que éste tenga que leer ni hablar para transmitir su respuesta.



*Cómo interfiere en la vida cotidiana
 *Dar ejemplos
 *Asociar a situaciones

Me interesaba de todas maneras poder llegar a una escala que fuese a la vez entendible por los usuarios pero también extrapolable a otros tipos de graduación, más allá del dolor. Es por esto que se decidió generar una barra que comunique a través de colores la variación de intensidad, acompañado de números que apoyen y permitan referir el "grado de..." más allá de sólo dolor. Se limitaron estos números a 4, siendo 0 equivalente a nada, 1 a un poco, 2 a moderado, 3 a bastante y 5 a extremo. De esta forma se limita el rango, que para la especialidad que se aborda es suficiente, y evitamos con esto confundir al usuario con números más amplios que resultan complejos de asociar a un término particular.



EXPLORACIÓN DE FORMA

Ficha 1

Ficha 2

En la búsqueda de una forma que resultara funcional tanto para médicos como para pacientes, se exploraron distintas alternativas que se detallan a continuación;

En primera instancia se generó una ficha que constaba de tres páginas (1), dos para antecedentes y una para síntomas. En esta diagramación inicial se incluyó toda la información en un mismo plano, al que acceden visualmente médicos y pacientes, entonces la ficha, además de contar con imágenes e íconos, tenía los nombres de los elementos en creole (para asistir al paciente), las traducciones en español (para entendimiento del médico) y fonemas (para comunicación entre ambos). El sistema resultaba sin embargo confuso y complicaba la legibilidad al tener tres palabras en lugar de una para cada elemento.

Luego de concluir que cierta información era relevante sólo para algunos actores, se propuso dividir en niveles de información. primero se hizo a través de transparencias (2), situando en

el "nivel superior" la información que le interesaba al paciente (imágenes y texto en creole), en transparencia plástica y donde se escribiría con plumón, permitiendo que la ficha se borrara luego de ser traspasada la información y fuese reutilizable, luego, en una "capa inferior" o base, estaba la información de relevancia para el profesional de la salud (fonemas y traducciones). Este prototipo fue poco efectivo ya que las transparencias no lograban cubrir completamente la hoja base, por lo que las notas personales del médico eran visibles para el paciente también. Sin embargo se rescató de este testeo la posibilidad de reutilización de la ficha, aunque debía ser de una manera más duradera y que no complique la interacción de registrar la información del paciente.

Un problema de añadir un nivel extra de información fue que ahora se duplicaba la cantidad de páginas que tendría que manipular el paciente, lo que resultó confuso ya que en lugar de tres ahora eran seis y el paciente luego de con-

Ficha 3

Ficha 4

sultar la página uno, pasaba a la hoja base de la misma, pensando que también la debía completar.

El siguiente paso fue entonces condensar la información para facilitar el llenado de la ficha por parte del paciente, se pasó de tres a dos hojas, teniendo en una la información relativa a anamnesis remota y en otra sólo la anamnesis actual (síntomas). Esto resultaba práctico además porque si se piensa en un futuro ampliar el sistema a otras especialidades, el producto sería modular, por lo que se cambia sólo la segunda hoja puesto que la primera es común a todas las especialidades.

En la tercera versión de la ficha (3) se incluyó además un sistema de "hoja de respuestas" en función a lo concluido de las entrevistas con informantes clave. De esta forma, la información puede ser traspasada entre profesionales de la salud de manera más sencilla, asegurando la legibilidad y comprensión de lo allí expuesto. La tercera versión arrojó buenos resultados

generales en tests de usabilidad, por lo que la ficha final (4) apuntó más bien a afinar detalles en base a lo que se concluyó en etapas anteriores:

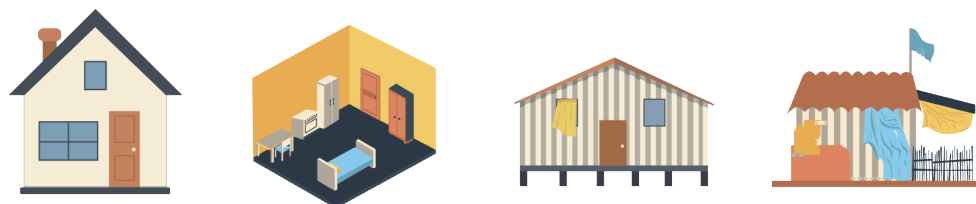
- Se modificó la diagramación, jerarquizando y categorizando la información
- Se eliminaron casilleros pequeños ya que resultaba complejo para el usuario escribir en ellos
- Se buscó una línea gráfica de íconos que aportara coherencia y unidad visual
- Se agregaron nuevos niveles de información a la ficha base
- Se mejoró el sistema de sujeción de la ficha base del médico para asegurar el calce correcto.

DISEÑO DE ÍCONOS

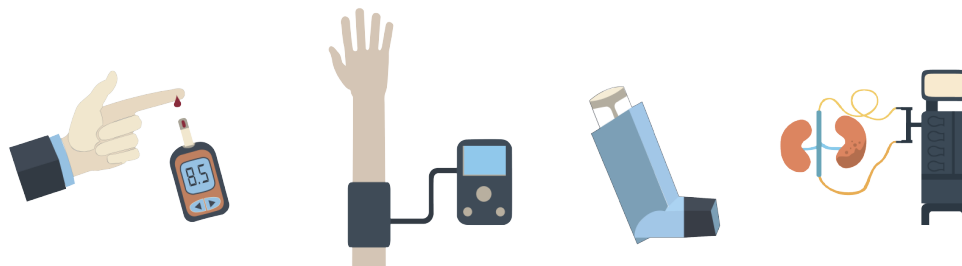
OCUPACIÓN



VIVIENDA



ENFERMEDADES



Al plantear cómo debían ser las ilustraciones representativas de síntomas y antecedentes, se consideraron diversos factores. En primera instancia, el carácter debía ser conceptual, es decir una abstracción de la imagen y no una traducción literal, esto a fin de simplificar y unificar gráficamente la propuesta y permitir su correcta lectura a distintos tamaños.

Luego se decidió que esta conceptualización fuese un término medio entre lo que sería una ilustración demasiado detallista y una caricatura, esto para aportar seriedad al proyecto pero apelando a la cercanía con formas más orgánicas y colores vivos.

El aspecto cultural fue una variable no menor a considerar al momento de evaluar el funcionamiento de las ilustraciones. Formas de representar "Alcohol" o "Fiebre" por ejemplo, causaron conflicto en sus planteamientos iniciales. Esto por las asociaciones culturales que existen en torno a estos conceptos, es así como a partir de entrevistas se logró concluir que representar el alcohol con un ícono de una copa de vino resultaba menos cercana para el usuario que usar un jarro de cerveza. Lo mismo en el caso de la fiebre, funcionaba mucho mejor mostrar el termómetro sólo o bajo el brazo que situarlo dentro de la boca de la persona ilustrada.



Pantone 171



Pantone 159



Pantone 2985



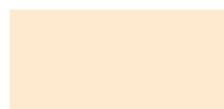
Pantone 311



Pantone 135



Pantone 143



Pantone 7499



Pantone 436



Pantone 533



Pantone 289

◀ En primera instancia, se decidió acotar la paleta de colores que se utilizaría en las ilustraciones, esto luego de concluir mediante los testeos previos que al trabajar con imágenes con muchos colores, además de dificultar la lectura, jerarquía y unidad visual de la ficha, afectaba el significado de la acción, ya que en ocasiones los colores confundían o distraían la atención. Por esto se seleccionó una paleta con 5 colores base, más sus variaciones unos tonos más oscuros para actuar como sombra en las ilustraciones.

Ya que el diseño base de la ficha es bastante neutro en cuanto a colores (escala de grises mayoritariamente y uso de rojo sólo para jerarquizar) se utilizaron colores más vivos en las ilustraciones, para así destacar partes importantes a la vez que aportan cercanía y dinamismo.

Las ilustraciones fueron testeadas a distintos tamaños a fin de asegurar su legibilidad, concluyendo que el menor tamaño posible de utilización sería de aproximadamente 2 centímetros según la diagramación propuesta en la ficha.

Una vez estandarizado el tamaño de las imágenes, algunas debieron ser simplificadas para eliminar detalles que se volvían poco legibles al trabajar a esta escala. Tal fue el caso de las ilustraciones relativas a mascotas y algunas del rubro de ocupaciones.

Se decidió situarlas sobre fondo blanco para evitar la contaminación visual de los íconos y darles mayor importancia dentro de la ficha.

En este proceso, la iteración y aprendizaje de testeos previos fue fundamental, puesto que permitió descartar alternativas y concluir en torno a la manera más adecuada de mostrar las imágenes.

MAQUETACIÓN FICHA PACIENTE

Tamaño: 225 x 282 mm

Material: PAI 1 mm /0.5 mm

Fabricación: Troquelado o corte láser, serigrafía

Tratamiento: Spray protector SmartShield

Breve texto introductorio:
"Estimado paciente, le invitamos a completar la siguiente ficha de de registro. Ante cualquier duda por favor consulte"
"Rellene sus alternativas de la siguiente forma"

Categorización por secciones. Uso del color rojo paa jerarquizar

Datos personales, se llenan directamente en la hoja base

Casilleros rectangulares de llenado de respuestas

Espacio para alternativas de opción abierta, como cantidad/día

Apoyo gráfico sobre cómo completar los casilleros

Casilleros circulares de llenado de respuestas

Alternativas WI (si) -Non (no). Son transversales a toda la ficha

Historia clínica

ISTWA MEDIKAL

Byenveni, Nou isit la pou ede ou. Mwen kontan rankontre ou, Silvouplè repann keston yo

chwazi fason sa a:

1 Enfòmasyon pèsonal

2 Aktivite jounèn ou

1a. Ki metye ou? Ekyan Andeyò Konstriksyon Lafimen/gaz Endstri chimik

1b. Ki kote ou rete? Kay Pyès Kontè dio Anpil ti kay

1c. Maskot? Chat Chen Bèt (vèman) rit/sant Reptil Jwazo Lòl/kyès

1d. Fanmi? 1-3 4-6 7-9 +9

3 Abite

3a. Sigaret? WI NON kannte /pa pou

3b. Alkòl? WI NON Wè /pa pou

3c. Drog? WI NON Ki sa? Mayigwana Kokayin Heroin Lòt /ki sa?

3d. Espò? WI NON

4 Istwa medikal

4a. Alèj? WI NON Ki sa?

4b. Maladi kwonik? WI NON Dyabèt Tansyon wo Opresyon Ensisfians renal

4c. Medikamán? WI NON Ki sa?

Mèsi pou asistans ou

Breve texto de cierre: "Muchas gracias por su respuesta, por favor entregue el documento en el mesón de atención"

MAQUETACIÓN FICHA MÉDICO

Tamaño: 216 x 279 mm

Material: Papel bond u otro de acceso

Fabricación: Impresión doméstica o fotocopiado

Tratamiento: Ninguno

Historia clínica

1

Non: _____ Laj: _____ Sèks: _____ Nasyonalite: _____	Motivo de consulta: _____
--	---------------------------

Cortesía Gracias /anpgi / Méhssi / Méhssi anpil / Señor / Mesié	Por favor / Suplé / Silvuplé / Señora / Madám	Disculpa / Ezkizem / Señorita / Madmuasé
Saludo y bienvenida Buenos días / Bonyu / Buenas tardes/noches / Bonsua / Adiós / Orebua		
Indicaciones ¿Cómo estás? / Komá u ié? / Bien / Bi / No bien / Pah boh / ¿Dónde? / Ki Kóte / Levante / levé / Cierre / Feméhn / Arriba las manos / mehn ahnlé / Arriba / ahnuo / Acuéstese boca abajo / kushé su vahntu		

Categorías en español

Apoyos en Creole para ayudar a la comunicación en consulta

Espacio para uso del médico en comentarios

2

1a. Ocupación / Ki metzé u Estudiante /est / Campo / (vaden) / Construcción / (trason) / Humo/gas / (Lafmen/gaz) / Químicos / (Pwaj kirik) / Otro / _____	1b. ¿Dónde vive? / ki quoté u o té Casa / (Kay) / Pieza / (Pie) / Medicina / (con-terfúgoh) / Campesino/Mul / (ah pi tsí kay)
1c. Mascota: _____ Si No Galo / (Shá) / Perro / (Shoh) / Roedor / (ghwa) / Reptil / (ghrepit) / Ave / (owazo) / Otro / _____	1c. Familia / Fam 1-3 / 4-6 / 7-9 / +9

Vida cotidiana

Categorías disponibles sólo en hoja base, para uso del médico, puesto que es información sobre signos que sólo utiliza el profesional de la salud

3

Cigarrillos / Zigáre Sí No Cantidad/día / Cantité pah yú	Alcohol / Alko Sí No Cantidad/día / Cantité pah yú	Drogas / Dwog Sí No ¿Cuál? / Marihuana / Cocaína / Heroína / Otra/¿cuál? / Ki sá?	Deporte / (Espoh) Sí No
---	---	--	-----------------------------------

Hábitos

4

Alergias / Alerji / Sí No A qué cosa? / Ki sá?	Enfermedades crónicas / Maladi kyonk / Sí No Diabetes / Diabet / Hipertensión / lah-souh-woh / Asma / O-prahh-sikh / Insuficiencia renal / ensyifans rghrenal / ¿Cuál? / Ki sá?	Consumo de medicamentos / Medicaman / Sí No
--	---	--

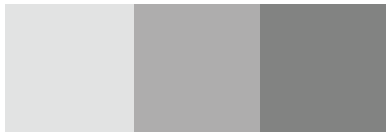
Antecedentes

Signos vitales:

PA:	PAM:	FC:	FR:	T°:	SAT O:
-----	------	-----	-----	-----	--------

Fonemas en Creole para asistir al paciente en caso de ser necesario

CONSIDERACIONES DE LEGIBILIDAD



COLOR

Como se mencionó anteriormente, los colores base en la ficha son gris (en distintos tonos) y rojo (pantone 1807) y blanco como base.

La paleta se construyó en función del carácter médico donde se sitúa, siguiendo la línea gráfica del imaginario de salud, siendo una paleta sobria y sencilla.

Sin embargo, cada color cumple una función particular dentro del sistema:

Gris: Fondo de la ficha, categorización y base para títulos. Se utilizan estos tonos por ser de carácter neutro y no interferir visual ni simbólicamente con lo que se quiere transmitir.

Rojo: Permite jerarquizar y ordenar, destaca por sobre los demás colores permitiendo visualizar claramente y a simple vista las categorías presentadas.

Blanco: Funciona como base de las ilustraciones, permitiendo enmarcarlas y destacarlas sobre el fondo gris, aporta contraste y movimiento a la ficha.

DIN CONDENSED

DIN CONDENSED

Bell gothic black

Bell gothic bold

Bell gothic light

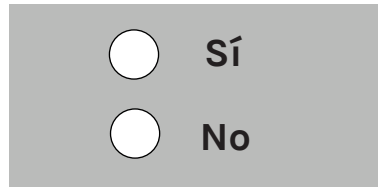
TIPOGRAFÍA

La tipografía, a diferencia del color, se pensó desde lo funcional antes que lo simbólico, privilegiando siempre la legibilidad del sistema a distintos tamaños, manteniendo de todas formas el carácter serio de la propuesta.

Si bien en un inicio se consideró utilizar Helvetica por su simpleza y legibilidad, se constató en testeos que a tamaños muy pequeños funciona de manera poco óptima, lo que dificultaba la lectura. Se optó entonces por Bell Gothic en sus variables Bold y Light.

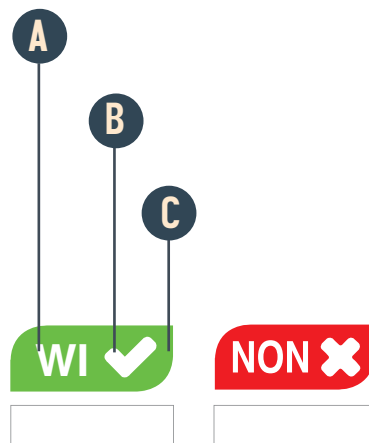
Por otra parte, como fuente Display, se usó una variable de DIN Condensed, para asegurar su legibilidad sobre fondos de color. En este caso, se trabajó a un mayor tamaño para evitar que las letras se "junten" visualmente y darle, además, importancia a la categorización. Esta tipografía se usó en títulos de mayor tamaño, nombres de categorías y botones de respuesta "SI" y "NO", donde se utilizó la versión estándar, para facilitar la lectura a escala más pequeña.

PRIMERA OPCIÓN



En primera instancia, para fines de inclusión y legibilidad, se plantea modificar las alternativas iniciales de sí-no por unas más visuales y con más capas de información. De manera que si el usuario no comprende el mensaje escrito, por ejemplo, pueda apoyarse en el color, y si este tampoco es recibido adecuadamente, exista un tercer nivel que sean los íconos que refuerzan el mensaje.

REDISEÑO



A. 1er nivel de información:
Texto "SI" (sí) / "NON" (no)

B. 2do nivel de información:
ícono ticket o equis

C. 3er nivel de información:
Colores verde/rojo

TESTEO

OBJETIVO

Testeo final para medir la efectividad del sistema. En este se tomó como referencia sólo la primera hoja, para tener una comparación más medible con respecto a la versión sin sistema de apoyo.

PLAN

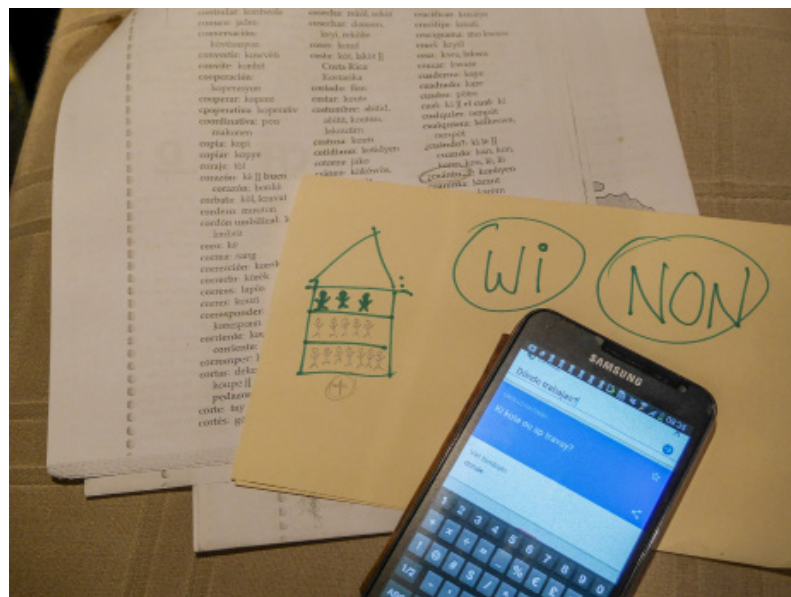
Se realizaron dos testeos, uno con el sistema de apoyo y otro sin. En ambos casos se testeó con usuarios que tenían nulo dominio del español, se testeó con personas distintas para evitar sesgos por recordar las preguntas. , sS midió el tiempo en ambos casos, y se contó con una persona que asistiera al usuario en caso de necesitarlo.

RESULTADOS

En el primer caso, sin el sistema de apoyo, el tiempo total de respuesta para la hoja 1 fue de 43, 56 segundos. La comunicación entre el entrevistador y entrevistado fue muy compleja por no existir un idioma común. El entrevistador además, no manejaba en absoluto el idioma Creole por lo que debió recurrir a otros recursos para comunicarse. En este caso se asistió con traductores virtuales y dibujos. De todas maneras no queda claro si el usuario entendió totalmente lo que se le preguntó, ya que al no haber feedback efectivo, esto es imposible de determinar.

En el segundo caso, con el sistema de apoyo, el usuario no necesitó asistencia del entrevistador, este sólo intervino en un momento para señalar cómo debía marcar las alternativas, ya que fue algo no comprendido por el usuario,

La entrevistadora debió valerse de distintas herramientas para asistir la comunicación, entre ellas un teléfono móvil con Google translate, una hoja para anotaciones y un diccionario Creole-Español





DOSYE MEDIKAL

1 Entrenamiento personal
 Non: *Estherine Rose-Manet*
 Edad: *28 ans* Seks: *F*
 Nasyonalite: *Haitienne*

2 Listo pou
 Sa, Dispozisyon
 St. kay?
 Pwòch, Fòm, Lafwa? (gaf)
 Chat, Chen, Wovik, Rapli, Zouzo, You, KK/KI sa?

3 ADJES
 Siparis, Alkol, Drog, Espò
 Kafe, Vin, Kafe (gaf), Kò sa?, Marijane, Kokain, Heroin, You, KK/KI sa?

4 Ansa medikal
 Ki sa?, Ojout, No prayer, Opreyon, Erablon nan, Drog

La usuaria marcó en círculo las alternativas en lugar de utilizar los casilleros. Se infiere que esto se pudo deber a que:

- No contó con indicaciones sobre cómo llenar la ficha
- El material con que se testó era superficie de papel bond, que comunica la prestación de "poder ser rayado"
- Los casilleros redondos eran demasiado pequeños, a diferencia de los rectangulares que eran más grandes y donde sí marcó como se esperaba

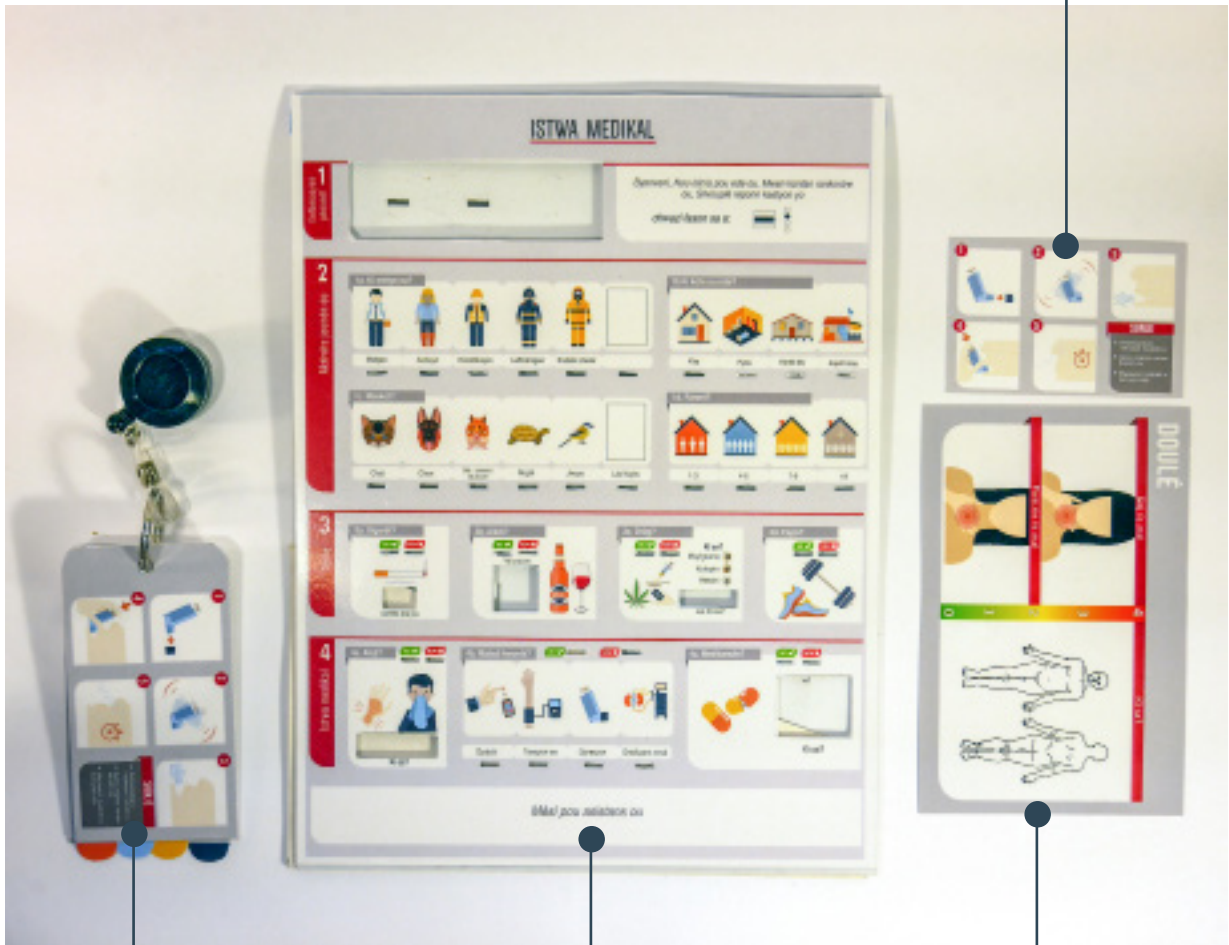
SISTEMA FINAL

Union de
ambas
caras por
la parte
superior

Pestaña
que con-
tiene la fi-
cha base y
que asegu-
ra el calce



Calados a
través de
los que el
paciente
marca sus
preferen-
cias



Tarjetas para pacientes haitianos con información relevante sobre su tratamiento

Set de tarjetas para enfermeras con apoyo visual en educación de pacientes

Ficha de apoyo a anamnesis

Postales con escalas de dolor y diagramas con partes del cuerpo

FUNCIONAMIENTO SISTEMA

Se plantea un sistema gráfico de apoyo a anamnesis aplicado a distintos soportes. Por una parte está la ficha clínica, con la que se completa el historial médico del paciente.

Interacción:

A la llegada del paciente haitiano, es consultado por su dominio de español, en caso de existir barreras idiomáticas;

1. Se le hace entrega de una ficha que él mismo llena en la sala de espera. Una vez completada, hace entrega de la misma en el mesón de atención, en caso de necesidad de apoyo o asistencia, puede solicitarlo en el mesón de atención, como se indica en la ficha misma

2. El profesional de la salud recepciona la ficha previo al ingreso del paciente a la consulta, extrae las hojas base y se las hace llegar al médico, quien ahora cuenta con el historial médico completo del paciente

3. Una vez en la consulta, el médico puede dirigirse al paciente con indicaciones según necesidad, con el apoyo de los conceptos incluidos

en su hoja base

4. El médico utiliza la ficha para consultar datos del paciente así como también para hacer anotaciones relativas a la atención y completar secciones de uso propio, como "motivo de consulta" y "signos vitales"

5. El médico indaga en áreas de interés utilizando las tarjetas de apoyo adjuntas en el sistema

6. La enfermera entrega información relevante, como educar sobre el uso de inhalador, hace además entrega al paciente de una tarjeta con la información a modo de recordatorio

¿Y LA HIGIENE?

Una preocupación no menor es qué sucede con la higienización de este producto cuando debe ser reutilizado entre pacientes que acuden al servicio de salud. Esto por el riesgo latente de contagio al intercambiar posibles patógenos que puedan alojarse en la ficha.

Se consultó a un microbiólogo al respecto para conocer las alternativas disponibles en desinfección o protección de la superficie.

Señaló que el riesgo más alto de contagio era por bacterias, puesto que los virus son menos susceptibles a sobrevivir en superficies, para eliminar ambos se pueden utilizar alcoholes, que disuelven la cápsida del virus/bacteria. Usualmente esta es la práctica que se emplea en centros de salud y laboratorios con sprays antisépticos comunes.

Por otra parte existen superficies resistentes a la adhesión de virus y bacterias como el cobre o ciertos polímeros. Por último, indicó la existencia de protectores de superficies, como SmartShield, que actúa construyendo una capa a la que

estos patógenos no se pueden adherir. Esta misma protección se encuentra disponible en forma de aditivos para materiales o pinturas de recubrimiento.

En su experiencia lo más efectivo es la desinfección de la superficie posterior al uso, con soluciones especiales o alcoholes, sin embargo, es poco probable que esta desinfección se lleve a cabo de manera rigurosa por el personal de atención, por lo que para efectos de este proyecto, se considera trabajar con SmartShield que aporta protección a más largo plazo.

SOCIAL CANVAS

PROBLEMA	SOCIOS CLAVE	ACTIVIDADES CLAVE	PROPUESTA DE VALOR	RELACIÓN CON CLIENTES	SEGMENTO DE CLIENTES
Dificultad en la prestación del servicio de salud a migrantes haitianos principalmente por la barrera idiomática existente	<ul style="list-style-type: none"> - CESFAM Los Nogales - I. Municipalidad de Stgo. - Voluntarios - SJM - INCAMI - Proyecto Satety 	<ul style="list-style-type: none"> - Impresión - Troquelado - Serigrafía - Distribución - Campañas de concientización 	Sistema básico de apoyo al traspaso de información entre pacientes Haitianos y médicos locales para anamnesis en el contexto del sistema público de atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo directo con comunidades - Contacto con hospitales - Constante evaluación del sistema 	Beneficiario: <ul style="list-style-type: none"> - Paciente haitiano - Médico local Cliente: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de salud/hospital - MINSAL
	RECURSOS CLAVE <ul style="list-style-type: none"> - PAI - Tinta - Papel bond - Spray Smart-Shield - Impresión 			CANALES <p>Físico: Touchpoint entre actores y producto</p> <p>Virtual: Difusión y concientización</p>	
ESTRUCTURA DE COSTOS			FUENTE DE INGRESOS		
Fijos: <ul style="list-style-type: none"> -Reposición fichas (Impresión, troquel, tratamiento) Variables: <ul style="list-style-type: none"> -Fluctuación de precio materias primas 			En un inicio fondos concursables, luego financiamiento estatal		

IMPACTO

Impacto social: Aporte en mejorar la percepción de los pacientes haitianos acerca del servicio de salud, así como también implica un aumento en la confianza y seguridad con respecto a su atención de salud.

A través de esto se espera que se sientan más incluidos en la sociedad chilena y con mayor disposición a acudir al médico en caso de necesitarlo.

Por otra parte, se sensibilizará al profesional de la salud en cuanto al tema migratorio, quien podrá atender de mejor manera a sus pacientes y construir una relación de calidad con ellos que impactará en toda la cadena de atención.

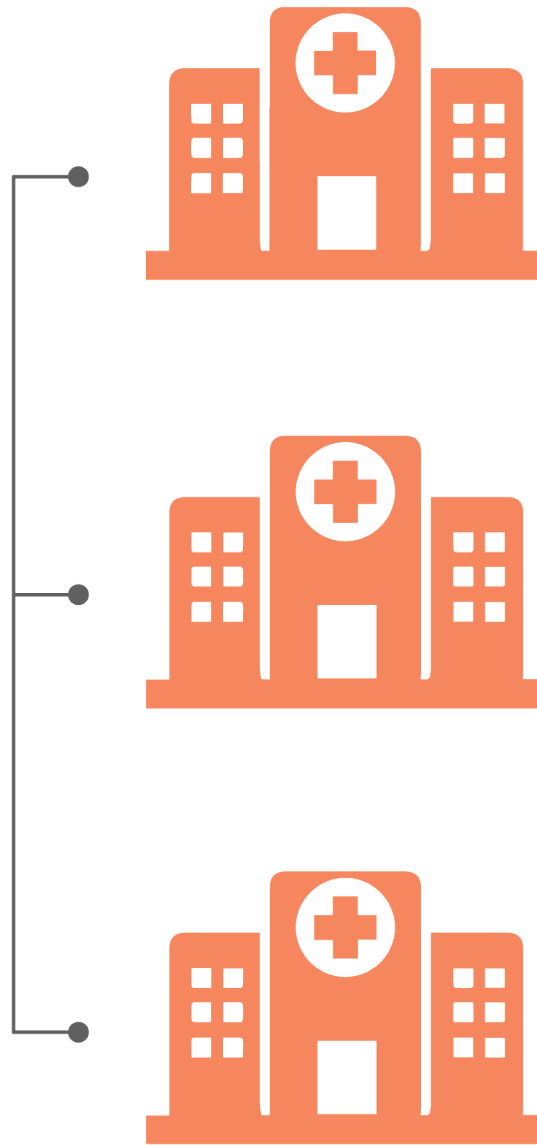
Impacto económico: El sistema proyectado impactará positivamente en los centros que se implemente, puesto que reduce considerablemente los tiempos de atención, aumentando la eficiencia del sistema completo. De esta forma podrán atender a una mayor cantidad de pacientes en comparación al mismo tiempo en un período anterior.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación se realizará directamente en los centros de salud en los casos que sea posible y que necesiten contar con el apoyo inmediato, como es el caso del Centro de salud Padre Vicente Irarrázabal (CESFAM Los Nogales). Que es donde se desarrolló parte importante del trabajo de campo con la comunidad de dicho sector.

Una vez probado el plan piloto en este lugar, se plantea la posibilidad de incluir el proyecto en el sistema de salud a través de la I. Municipalidad de Santiago en los centros de salud del sector, en primera instancia consultorios y luego hospitales de mayor complejidad. En este sentido se ha avanzado en conversaciones con la encargada del tema migrantes de la dirección de salud del municipio, quien a través de Puentes UC ha manifestado su interés en participar del proyecto y aportar directamente.

El sistema entregado a cada centro consta de un set de fichas (cantidad a convenir según demanda de usuarios/día) más un set de tarjetas de apoyo a la comunicación efectiva, la cantidad de estas varía también en función de la cantidad de personal disponible para atención en el centro. Se estima que en el caso de los centros de salud, se necesitarían un mínimo de 10 fichas y 10 set de tarjetas. Junto con esto, se incluye un stock de hojas base (historial médico) para comenzar a utilizar el producto



PROYECCIONES

CORTO PLAZO

En el corto plazo se espera recibir retroalimentación del plan piloto e iterar nuevamente el diseño del sistema a partir de la información recolectada. Luego de esto se avanzará en la implementación a través de la municipalidad de Santiago como se mencionó anteriormente. Pudiendo implementar en al menos un hospital ya se tiene respaldo suficiente para poder avanzar en ampliar el proyecto. Se espera obtener mayores y mejores estadísticas cuantitativas que permitan respaldar la efectividad del sistema para los próximos pasos

MEDIANO Y LARGO PLAZO

En el mediano plazo se plantea avanzar ampliando la propuesta a otras áreas de atención, manteniendo en primera instancia al usuario con que se trabajó hasta el momento, pero planteando soluciones para áreas de pediatría y maternidad, que son la 2da y 3era de mayor consulta por parte de haitianos respectivamente. Luego se plantea ampliar el usuario presentado a otros tipos de usuarios críticos, como niños y adulto mayor.

Finalmente, en el largo plazo, se planea incorporar tecnología para facilitar el traspaso de información a computadores y sistemas digitales internos en caso de ser necesario. Al tener una hoja tipo "hoja de respuestas" esto es posible mediante un lector óptico. Por otra parte, generar una versión digital del sistema también sería de utilidad, tal vez no como alternativa por el alto costo que significa pero sí como complemento, funcionando además para centros privados de salud donde ya cuentan con tecnología ya instalada para operar con soportes digitales

*"Lo usaría para
levantar anamnesis de
niños, las imágenes
les llamarían mucho
la atención y sería
más sencillo poder
comunicarse con ellos"*
-Interna de medicina

*"Esto podría funcionar
no solo para haitianos,
sino que para
cualquier persona que
no no hable español o
tenga problemas para
comunicarse"*
- Interno de medicina

CONCLUSIONES

A partir de la experiencia levantada durante el desarrollo del presente proyecto, se puede obtener como principal conclusión que es posible realizar aportes a problemáticas país con soluciones sencillas y de bajo costo.

Se espera que tras la implementación, el sistema diseñado pueda no solo ser un aporte en el traspaso de información entre pacientes y médicos sino que también ser un catalizador de soluciones e iniciativas de apoyo a migrantes.

Los resultados obtenidos en testeos y validaciones permiten respaldar el funcionamiento empírico de la problemática, sin embargo la mayor validación que en mi opinión puede tener el proyecto es la disposición a uso, tanto por parte de médicos como por parte de posibles pacientes, quienes manifestaron entusiastamente su interés por contar con acceso al producto en sus próxima atención de salud.

Creo también que la traducción desde mi problemática personal a la realidad local fue efectiva, y que de hecho el producto diseñado me hubiese servido bastante en ese entonces.

Uno de los principales aprendizajes que me llevo del trabajo realizado es el aporte interdisciplinario de distintos profesionales y colaboración directa con comunidades, lo primero por cuanto de este proyecto contó con directa colaboración de médicos, enfermeras, psicólogas, científicos, lingüistas, entre otros, quienes permitieron nutrir de conocimiento empírico la propuesta levantada, desde sus áreas de desempeño.

Por otra parte, el trabajo con la comunidad Los Nogales resultó fundamental. El apoyo prestado tanto por voluntarios de proyecto Zanmi como por la misma comunidad haitiana en Chile me permitió conocer de primera fuente la realidad de los usuarios y las problemáticas que enfrentan.

Se espera prontamente generar nuevas instancias de testeo e iteración una vez recogida la información resultante de la implementación piloto en CESFAM Padre Vicente Irarrábal para así poder llegar a nuevos centros de atención donde se requiera apoyo en la comunicación.

ANEXOS

A1. MÓNICA, BRONCOPULMONAR CLÍNICA INDISA

¿Cuál es el protocolo a seguir en una entrevista médica en su caso?

Cuando llega un paciente a atenderse, bueno primero está la parte del saludo, cierto, para que de partida haya como un acercamiento al paciente. Después viene en general la entrevista médica, donde tú le preguntas cuáles son sus antecedentes en general de salud, si tiene alguna enfermedad crónica que se controle. Medicamentos que él utilice en forma permanente. Haces como todo el estudio de cuál es la historia del paciente para saber en qué situación él se está presentando. Y ahí se pregunta cómo te digo por los medicamentos, por los hábitos que él tiene, de tabaco, de alcohol, si consume algún tipo de droga. Le preguntas por alergias también que son importantes, especialmente alergias a medicamentos. Los hábitos como te dije, en qué trabaja, que eso igual es importante para la parte respiratoria. Por ejemplo gente que trabaja en fundiciones que están expuestas a bastante polvo, entonces hay ambientes que son bastante contaminados. Otros pacientes que se yo trabajan en terreno, otros que trabajan en oficinas, por el aire acondicionado, entonces todo eso se les pregunta. También es importante la parte laboral en lo respiratorias, por ejemplo gente que trabaja en minería.

También se pregunta por mascotas, mascotas de todo tipo porque hoy en día hay muchas mascotas que son, no como antes que eran los perros y los gatos. Ahora hay animales como bien exóticos que son mascotas. Yo diría que eso como sus antecedentes.

Después viene el por qué el viene, el motivo de consulta en el fondo y después de eso tú haces un examen físico en general, porque yo estoy orientada a la parte respiratoria, pero igual hay que ver toda la parte general. Primero haces signos vitales y después ya hacer por sistemas, y posteriormente si trae algún examen tú se lo revisas. Algún examen que puede ser o de sangre o radiografía, exámenes de orina. Lo revisas y ahí tú ya sitúas un diagnóstico, planteas una hipótesis.

Entonces bueno, hay diagnósticos que son súper fáciles de establecer, como una infección respiratoria aguda pero a veces son diagnósticos mucho más complejos, que uno no logra establecer al tiro el diagnóstico, y tiene que un poco ya orientarte con exámenes, algún tipo de tratamiento que tenga que seguir y después venir a controles.

Esa es como la parte de la consulta, después ya viene al control con los exámenes, y ves si se mantiene la hipótesis o si los exámenes te orientan hacia otra cosa. Ves cómo va con el tratamiento que también te sirve, te ayuda un poco al diagnóstico, ver si el paciente ha respondido al diagnóstico es también una herramienta para el médico para poder actuar.

Si el paciente no se puede comunicar al momento de la atención, ¿En qué se podría complicar la situación?

Claro, se complica, porque por lo general vienen pacientes con alguien. Por ejemplo pacientes que son mayores, que tienen algún tipo de daño neurológico, por lo general vienen con el cuidador o con el familiar, que está en contacto con ellos entonces transmite todo lo que a él le ha pasado desde que nota que él ha tenido un cambio. Entonces te empieza a referir que lo noto que lo noto mal, que se agitó, que se confundió, que empezó con fiebre, con más tos, con más flema, pero la otra persona te relata la historia de él. Que también tú ya tienes ahí, ya no es el mismo paciente que te relata, entonces tú estás recibiendo lo que te dice esta otra persona que te está contando. Porque aparte de la percepción, depende mucho de la persona que te esté contando, de la educación que tenga, de toda la experiencia de este señor que te está transmitiendo lo que el paciente tiene.

Bueno y cuando vienen personas que hablan otros idiomas por lo general vienen con intérpretes. Bueno, yo hablo inglés pero no hablo así fluido, pero en la parte médica me entiendo con un paciente. Pero es difícil, porque cuando tú no entiendes completamente un idioma el transmitir una cosa ya como más íntima es difícil de expresar. Tú no tienes tampoco las palabras en él idioma como cuando has hablado toda tu vida, entonces poder transmitir tus sentimientos a través de las palabras, eso tú lo pierdes un poco cuando hay problemas de idiomas. Y hay también problemas no sólo de idiomas, pasa que hay personas que se han formado de una manera distinta, por ejemplo los pacientes asiáticos, por ejemplo chinos, japoneses, taiwaneses. En general tienen otra percepción, otra manera de enfrentar la atención de salud que los occidentales, tienen otra manera.

¿En que sentido?

Por ejemplo ellos son súper tranquilos, no manifiestan lo que tú estás esperando. Uno ahí tiene que estar pendiente de otros síntomas, que se yo de expresión del dolor. Y bueno cuando ya vienen con intérprete, porque por lo general viene un hijo una hija que sabe ya, es lo que más frecuentemente toca, por ejemplo un papa taiwanesa que viene con la hija y la hija ya sabe más porque ella ha estado acá en Chile mucho más, y es más hábil en el tema de manejar la situación. Entonces ella traduce.

Pero cuando viene una persona que es un intérprete, alejado de una persona que viene solamente para solucionar el asunto de idiomas, ahí hay otro problema más. Porque el señor que viene, que sabe el idioma puede no estar interpretando bien lo que le pasa al paciente. Y a veces fíjate que, yo no entiendo nada de chino, pero como que le miro la cara, como un

poco la parte de la expresión, veo que, o le hago gestos de síntomas. Y me entiendo más a veces que con el intérprete. A mí me ayuda eso, porque imagínate, yo de chino no entiendo nada. Pero ya el hecho de verlo como se expresa, eso es importante. La comunicación no verbal. Por gestos o por la mirada. Es muy de intuición. Porque no son tanto los síntomas que es lo que más te molesta, como el dolor o la tos o la dificultad para respirar, entonces esas cosas uno como que ya sabe cuando las expresan.

En el caso de las enfermedades respiratorias, ¿Qué síntomas son determinantes para el diagnóstico pero no son observables dentro de la consulta?

Mira la parte de la intensidad del dolor, porque tú le puedes decir dolor pero es importante saber la intensidad. Si es leve, moderado, si le da en la noche. También el tipo de dolor. Además que el dolor es una experiencia subjetiva, te la tiene que referir el paciente.

Bueno, la dificultad respiratoria también, el grado de dificultad respiratoria. En general todo lo que se puede graduar, necesitas que te lo diga el paciente.

Acá llego una vez una paciente China, que hablaba muy poco, la única que hablaba era la hija que estaba en Nueva York, entonces con la hija yo me comunicaba. Después trajeron a un señor de la embajada de China, pero antes hubo un periodo en que a la hija no la ubicábamos, y este señor saco el traductor, pero hay que tener paciencia porque el que no tiene paciencia, no se puede. Y uno tampoco sabe si el traductor está traduciendo correctamente.

Y bueno, ahora con todos los Haitianos que están llegando Y bueno, ahora con todos los Haitianos que están llegando. La otra vez llego acá una niña con una influenza, súper grave a la uci. Y esta niña hablaba yo no sé que, pero ellos hablan un idioma que está como entre el Francés y el Africano. Es como un dialecto, y nadie sabía el dialecto. Le empezaron a hablar Francés pero ella no entendía. Entonces no hubo comunicación ahí con esta niña y fue muy complejo porque ella tuvo su guagua acá, estando con la influenza, entonces era súper complicado porque ella vino sola. Yo creo que la gente que viene, viene muy a la vida porque vienen sin ningún tipo de red de apoyo. Bueno y finalmente trajeron a un traductor y el traductor ahí un poco ayudó. Pero cuando llegó urgencias, ahí era como ya la fiebre y después se fue a la uci porque llego con falla respiratoria, conectada a un respirador. Entonces fue complicado, muy complicado. Porque tú la pare como la base o la parte más importante para llegar a un diagnóstico es la historia clínica. Como te pasaran las cosas, cómo sucedieron los hechos. Entonces cuando uno se salta eso y llena al paciente de exámenes te pierdes en los exámenes. Empiezas a tratar exámenes y no al paciente entonces se pierde una cosa que es vital para poder llegar al diagnóstico.

A2. EDUARDO ÁGUILA, DISEÑADOR A CARGO DE ANAMNESIS HAITÍ

Fue un proyecto muy lindo, intentamos continuar pero después no hubo recursos. Fue todo el taller, 20 alumnos. En grupos de 4-5 alumnos. Fuimos a los hospitales, estuvimos con los haitianos. Trabajamos con los médicos, con la escuela de medicina de la Católica.

Ya habían haitianos en ese tiempo, no sé si era de Techo, pero era un lugar de capacitación que está al lado del Santuario del Padre Hurtado. Al lado hay un centro de capacitación y ahí empezaron a llegar los primeros haitianos, que se capacitaban ahí justamente en idiomas o en distintas cosas. Trabajamos directamente con el hospital clínico de la Universidad Católica. Eran varios grupos y cada uno estuvo a cargo de una sección del kit. El tema de los modelos fue clave, el tema de los ficticios. Y ahí nos acordamos mucho de Alberto González que siempre le dio duro una época al tema de los ficticios. Y uno de los médicos se acuerda que había una broma, que todavía le venden en el barrio Meiggs que es como una caca que tu o dejas de broma en un asiento, entonces ahí uno de los médicos dijo "... y si...?" que es la pregunta clave que uno se hace cuando tiene que crear cosas nuevas. "y si...?", "¿y si hacemos modelos de caca?", con...habían tres gusanos, yo todavía me acuerdo, que eran clave: La caca blanca, y la caca negra, y habían 2 o 3 gusanos o larvas específicas que producían problemas intestinales. Entonces era re fácil porque había que modelar una caca blanca, una caca negra, y una con 3 tipos de gusanos, entonces vimos los gusanos y se modelaron los gusanos. Entonces en esta caja, que era un box de ayuda, una caja de emergencias, cuando el médico ya no sabía cómo preguntarle, sacaba esta caja y si era estomacal, hacía un poco de mímica y le mostraba el kit, entonces el paciente le podía decir "Esto haciendo caca con este gusano". Entonces el diagnóstico era instantáneo porque había un antibiótico que era específicamente para esa larva, así que era cosa de pasarle ese antibiótico y listo, entonces fíjate como se reducía el levantamiento de diagnóstico. Y con lo demás era lo mismo, se partió con la caca y después seguimos con la flema, porque las

flemas también te dan cierta información. Entonces se hicieron ficticios de flema, como con gelatina se jugó un poco, pero lo más importante eran los colores porque si era flema más verdosa, más sanguinolenta...lo mismo. Entonces tú en esa misma cajita sacabas el kit de flemas, que eran como de gel, entonces así tu podías decir "ésta, o ésta o ésta otra". Lo de la gelatina y la flema fue clave y la orina, que fueron las tres cosas, se hizo ficticio de orina, entonces unos tubitos con líquidos y líquidos con distintas cosas y sabíamos el tipo de orina, entonces ahí había un pack de cosas físicas del ser humano que se podían medir. Eso era una, otra cosa es que había un libro ahí dentro donde estaban todas las enfermedades porque acá era para tratar de hacer un inventario no todas pero una cantidad importante. Otra cosa curiosa que salió es que habían unas tarjetas tipo metrópoli, para preguntarle en qué trabajas, entonces era mucho más fácil decirle. Ahí se hicieron todos los tipos de trabajo de Haití. Entonces tu agarrabas estas cartas, y preguntabas "¿En qué trabajas?", y él seleccionaba la imagen... entonces era mucho más rápido a que te explicara qué era lo que hacía y también se ocupó para actividades, y para definir lugares geográficos que también era muy importante. Si eran del centro, si estaban trabajando en la costa, en la playa, en el campo. Entonces tú podías definir espacios geográficos con fotografías. Ahí ocupamos fotos reales, fue una tremenda pega porque estos médicos que eran de América Solidaria nos empezaron a mandar fotos reales, entonces teníamos puras fotos reales y así era más fácil asociar a algo en específico. Lo otro que fue muy bueno es el recetario, la receta que se le entregaba al paciente era gráfica, entonces las cosas que definieron los médicos como tomar mucha agua, era una ilustración de un jarro con agua, entonces ahí se les indicaba, tomas 2 vasos. Entonces como era gráfica, habían 6 vasos y tenía marcado "1, 2, 3, 4"...tienes que tomar 1 vaso cada 1 hora, por ejemplo. Pero todo era gráfico entonces con eso él se iba con una imagen que la podía llevar a su casa, y recordar por ejemplo, cantidad de pastillas, o de jarabe. "Te tienes que tomar el jarabe 3 veces al día", y estaba el jarabe, agua, etc. Ahí se hizo un resumen de esa información.

Cómo solucionaron el tema de los síntomas, con iconos o fotos? Para la sintomatología, usamos ilustraciones principalmente. Lo dividimos en cabeza, tronco y extremidades por ejemplo. Entonces ibas a tronco y si era algo pulmonar ibas a pulmones, y en pulmones, con dibujos mostrábamos distintos tipos de síntomas asociados. Como temperatura

¿Cómo surgió la temática? Se nos acercaron unos médicos de la Católica que habían ido a Haití, y llegaron traumatados porque tenían una fila de 500 personas para atender en la mañana y sólo podían atender a 60. Ellos terminaban de atender, y la gente lloraba, era dramático. Entonces todos los días era cerrar la puerta porque no tenían tiempo. Y ahí llegaron con la lógica de acelerar el proceso, de hacerlo más rápido, De cómo poder diagnosticar a más gente.

Yo en una época creía que todo tenía que ser high-tech, que todo tenía que ser tecnológico, y este proyecto se centró justamente en lo contrario, en la baja tecnología, que ojalá no tuviera que tener ninguna tecnología. Y de hecho después de mucho andar nos dimos cuenta que por ejemplo los celulares no servían, porque necesitabas pilas para cargar, había que bajar la App. y más aún, habían haitianos que no reconocían el celular, pensaban que era comida, hablamos de cosas dramáticas.

Fue un tema el tipo de iconos, los colores de las personas por ejemplo? Fue un temazo, se ilustró al final de distintos colores para hacerlo más universal

A3. ENTREVISTA PSICÓLOGA HOSPITAL FÉLIX BULNES

Es una problemática ahora muy reciente porque han llegado muchos Haitianos y claro, ellos tienen problemas para comunicarse.

Hace poco acá en maternidad tuvimos el caso de una Coreana que vino a tener a su bebé no hablaba nada de Español, llegó con su papá que hablaba un poco más pero no te puedo decir que así fluido. Ahí estuvimos con puro traductor de google para poder explicarle las cosas, pero realmente no sabemos si nos entendía porque sólo movía la cabeza así como diciendo que sí. Esa vez pedimos ayuda a la embajada de Corea pero la verdad es que no nos pescaron.

Tenemos a una persona que trabaja en un consultorio y a ella recurrimos cuando hay alguna situación muy crítica y que sea urgente de solucionar. Ella habla ¿??? Y nos ayuda por teléfono cuando lo necesitamos. Lo hace por la pura buena onda, como un favor. Pero no, ella no trabaja acá, la tenemos que llamar por teléfono y ahí la ponemos en altavoz y nos funciona como intérprete. Se supone que los sordomudos debiesen tener a

disposición 1 monitor por centro asistencial que sea capaz de traducir el lenguaje de señas, pero acá realmente no tenemos, porque hay que hacer una capacitación y nadie puede salirse de sus trabajos para estar una semana aprendiendo lenguaje de señas en un curso intensivo. Una vez tuvimos un reclamo por eso, porque no había monitor para atender a una persona. En ese caso, y cuando llegan sordos mudos en general nos arreglamos con lectoescritura, así con lápiz y papel, o pizarra. Una vez llegó también una persona que era sordomuda pero no hablaba lenguaje de señas, tenía muchas complicaciones de comunicación. Sólo se podía comunicar a través de sus padres que interpretaban en cierta forma los sonidos que ella hacía. Así entonces nos fuimos comunicando y claro, para la hospitalización tuvimos que hacer una excepción y permitir que sus padres se quedaran con ella más allá de las horas de visita porque era necesario para poder entender lo que decía o si necesitaba algo.

A4. ENTREVISTA MÉDICOS, VÍA MAIL

1. ¿ En qué área de atención te desempeñas actualmente?
2. ¿ Has recibido a pacientes con escaso o nulo dominio del español últimamente? (de qué procedencia y con qué regularidad ocurre)
3. ¿Han tenido alguna complicación durante la atención de estos pacientes por el tema de la barrera idiomática? (Cuál?)
4. ¿ En qué instancia de atención crees que es más crítico comunicarse de manera directa con el paciente? (Admisión, Triage, Atención, etc.)
5. ¿ En qué casos crees que pueda ser más riesgoso, en términos de la salud del paciente, no tener información directa por parte de él? (Conocer alergias, explicar procedimientos, etc.)
6. ¿ Existe algún protocolo especial de trato a este tipo de pacientes? ¿Cuál?
7. ¿ De qué manera han superado la barrera de idioma al tratar con estos pacientes?

A4.a) FABIOLA, PEDIATRA HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO

- 1.- Pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río
- 2.- Si, de Haití, es muy frecuente, casi a diario.
- 3.- Complicación más bien es no tener claro lo que le pasa al paciente, ya que no tenemos datos concretos y es muy difícil tratar así. Actualmente hay un traductor en nuestro hospital (Roberto del Río), que trabaja en horario hábil y os ayuda mucho. A veces está google traductor, pero no ayuda mucho.
- 4.- Personalmente creo que en la atención, porque es mi área. En Urgencia, el triage lo hace una enfermera y evalúa según estado clínico general y signos vitales, la barrera del idioma no pasa mucho por ahí.
- 5.- Todo, desde el Consentimiento Informado para hospitalizarse, saber antecedentes crónicos, vacunas, alergias, hospitalizaciones y cirugías previas, antecedentes familiares.
- 6.- No hay un trato diferente, solo la barrera del idioma y que se trata de solucionar con lo que se responde en la pregunta N°7.
- 7.- Actualmente se contrató a un traductor, quien ha sido de gran ayuda, pero su horario es limitado, por lo que cuando no está es muy difícil comunicarse con las mamás de los pacientes (en general los padres saben más español, las mujeres casi nada). Uno Utiliza Google traductor, hay cartillas en los servicios de hospitalizados, pero no sirven de mucho.

A4.b) NICOLÁS, URGENCIÓLOGO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

- 1.- Urgencia hospital san juan de dios
- 2.- Sí, varias veces durante un turno de 12 horas, todos los turnos (1 a 3 pacientes por turno). Con los que tenemos problema de idioma son los pacientes que vienen de Haití..
- 4.- Todas. Entendiendo la atención médica de urgencia como una cadena, entendemos por que la falla en cualquiera de estos eslabones hace toda la atención inválida o el resultado no es el óptimo para el paciente o el

sistema. Si no logro entender bien los síntomas, difícilmente voy a poder hacer un diagnóstico adecuado. Aunque haga un diagnóstico adecuado, si el paciente no sigue las indicaciones de tratamiento o las indicaciones al alta, entonces tampoco el resultado es bueno

6.- Ninguno

7.- Ayuda de acompañantes, otros pacientes que hablan creole, google para palabras específicas.

A5. ESPECIALISTAS ÁREAS

A5.a) THOMAS, MICROBIÓLOGO UNIVERSIDAD DE TÜBINGEN

a) ¿Qué formas de desinfección o protección me recomendarías para proteger la ficha de virus y bacterias?

Los spray sirven porque lo que hacen es degradar la pared celular bacteriana y eso destruye la bacteria completa. Los virus, hay algunos que están encapsulados en una cápside pero además tienen una cubierta, entonces la cubierta también es susceptible a ser degradada por alcoholes, como el alcohol gel que dan en el metro, por lo que esas medidas tienen respaldo científico, osea realmente sirven. También hay distintos tipos de soluciones que se ocupan en medicina, por ejemplo en el laboratorio hay uno que se ocupa que se llama descozep, que puedes consultarlo, se ocupa regularmente en el laboratorio para desinfectar superficies e incluso los usan en los gimnasios para desinfectar los equipos para hacer ejercicio. También están las superficies antibacterianas como el cobre, pero creo que en el caso de tu proyecto no funcionaría porque se las robarían.

ENTREVISTADOS

Voluntarios proyecto Zanmi: Omaira, Nataly, Daniela, Andrea, Alejandra, Fiorella, Claudia, Manuel
Erick, ciudadano Haitiano, coordinador comunidad en Santiago, residente hace 4 años
Jean Pierre, alumno proyecto Zanmi, residente hace 4 meses
Adler, alumno proyecto Zanmi, residente hace 9 meses
Berline, mediadora comunidad haitiana parroquia Santa Cruz
Jayden, alumno proyecto Zanmi, residente hace 9 meses
Nicolás, médico urgenciólogo hospital San Juan de Dios
D. Crane, Sociólogo especialista en migración
Patricia, Especialista en comunicación visual, Ilustradora
Psicóloga OIRS hospital Félix Bulnes
Psicóloga OIRS hospital Salvador
Enfermera área de maternidad hospital clínico UC
Enfermera de farmacia del CESFAM Padre Vicente Irarrázaval (Los Nogales)
Tiffany, Asistente de farmacia CESFAM Padre Vicente Irarrázaval (Los Nogales) Paramédico CESFAM Padre Vicente Irarrázaval (Los Nogales)
Esterky, facilitador Creole-Español Cesfam Padre Vicente Irarrázaval
Li, Químico farmacéutico, extranjera, residente hace 3 años
Recepcionista área de maternidad hospital clínico UC
Recepcionista SAPU CESFAM Padre Vicente Irarrázaval (Los Nogales)
Niños proyecto Zanmi

REFERENCIAS

salud, m. (n.d.). Servicios de Salud. [online] Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/servicios-de-salud/> [Consultado en 14 Sep. 2016].

Adriasola, L. (2016, Agosto, 14). En seis meses han llegado ocho veces más haitianos que todos los arribados durante 2013. *El Mercurio*, p. C6.

Chile.iom.int. (2015). OIM Chile participó de la Segunda Jornada Nacional de Inmigrantes y Salud | Organización Internacional para las Migraciones. [online] Disponible en: <https://chile.iom.int/es/news/oim-chile-particip%C3%B3-de-la-segunda-jornada-nacional-de-inmigrantes-y-salud> [Accessed 12 Apr. 2017].

IMF (2009). Report for Selected Countries and Subjects. [online] Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/weodata/weo-rept.aspx?sy=2006&ey=2009&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c=263&s=NGDPD%2CNGDPDPC%2CPPPG-DP%2CPPPPC%2CLP&grp=0&a=&pr.x=47&pr.y=12#cs1> [Consultado 15 Ago. 2016].

Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, editors. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995.

Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev. Med. Chile* 2010; 1047-1054

Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001

Icarito. (2016). Características de la comunicación oral - Icarito. [online] Disponible en: <http://www.icarito.cl/2010/03/50-8931-9-comunicacion-oral.shtml/> [Consultado 3 Nov. 2016]

Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo, & Neira Rozas, Jaime. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065

Aguayo, D. (2017). El frío que golpea a los haitianos en Chile. [online] *La Tercera*. Disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/frio-golpea-los-haitianos/> [Consultado 11 Jun. 2017].

Mostrador, E. (2017). Estudio revela que 28% de inmigrantes en Santiago viven hacinados. [online] *El Mostrador*. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2017/04/23/estudio-revela-que-28-de-inmigrantes-en-santiago-viven-hacinados/> [Consultado 25 Abril. 2017].

ÁGUILA, E. (2010). Diseño de Información para la Comunicación Médico-Paciente en Haití. *REVISTA DISEÑA*, 2

Figueroa, N. (2016). El "RUT ficticio" que obstaculiza la educación a niños inmigrantes. *Diario y Radio Uchile*. [online] *Radio.uchile.cl*. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2016/08/13/el-rut-ficticio-que-obstaculiza-la-educacion-a-ninos-inmigrantes/> [Accessed 2 May 2017].

