



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés - Departamento de Humanidades
Licenciatura en Diseño

Derribando la burocracia y optimizando la atención médica: la tecnología como factor clave en el acompañamiento integral de pacientes con patologías crónicas

Alumna: Jazmín Suárez

Legajo: 30221

Mentores: María Beatriz Sauret y Pablo Fernández Vallejo

22 de julio de 2022, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

En el siguiente trabajo se estudiará -desde la disciplina del Diseño- la situación actual en la que se encuentra el sistema de salud público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para lograr mejorar la experiencia que tienen los pacientes a la hora de acudir a los centros de salud. A través de una investigación en la que se utilizaron diferentes herramientas metodológicas (tales como desk research, observación participante, escucha activa y entrevistas) se recolectaron datos que permitieron entender la experiencia que tienen los pacientes actualmente. Este tema resulta relevante debido a que busca generar un impacto positivo en una determinada porción de la sociedad la cual, por diferentes motivos -generalmente económicos-, recurren al sistema de salud público para tratar sus dolencias. Más específicamente, se propone mejorar y optimizar la obtención de turnos que necesitan, de manera recurrente, los pacientes en tratamiento médico que sufren una patología crónica. La solución planteada es una aplicación móvil, que no solo contempla la obtención de turnos, sino que también focaliza sobre las demás experiencias que viven las personas que padecen una enfermedad crónica. De este modo, la solución propone un abordaje integral y busca acompañar al usuario -paciente crónico- a lo largo de su proceso de enfermedad brindándole diferentes herramientas.

Palabras claves: diseño, salud, turnos, acompañamiento integral, sistema de salud público, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hospitales, pacientes, patologías, enfermedad crónica.

ABSTRACT

In the following work, the current situation in which the public health system of the Autonomous City of Buenos Aires finds itself will be studied -from the discipline of Design-, in order to improve the experience that patients have when they go to the health centers. Through an investigation in which different methodological tools were used (such as desk research, participant observation and interviews), data were collected that allowed us to understand the experience that patients currently have. This topic is relevant because it seeks to generate a positive impact on a certain portion of society which, for different reasons -generally economic-, resort to the public health system to treat their ailments. More specifically, it is proposed to improve and optimize the availability of shifts that patients undergoing medical treatment who suffer from a chronic pathology need on a recurring basis. The proposed solution is a mobile application, which not only contemplates obtaining shifts, but also the other experiences that people who suffer from a chronic disease live. In this way, the

solution proposes a comprehensive approach and seeks to accompany the user -chronic patient- throughout their disease process by providing them with different tools.

Keywords: design, health, shifts, comprehensive support, public health system, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hospitals, patients, pathologies, chronic disease.



Universidad de
San Andrés

INTRODUCCIÓN	5
INVESTIGACIÓN	7
A. Organización de equipo	7
B. Desk research	7
B.1. ASISTENCIA MÉDICA ACTUALMENTE	7
B.1.a. Espectro del problema	7
B.1.b. ¿Qué es un CeSAC?	8
B.2. PANORAMA MUNDIAL	8
B.2.a. Mejores sistemas de salud pública en el mundo	9
B.2.b. Benchmarking: aplicaciones móviles de telemedicina	10
C. Trabajo de campo	10
C.1. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	11
C.1.a. Atención en primera persona	14
C.2. ESCUCHA ACTIVA	16
C.2.a. Diálogo con diferentes actores	16
C.3. ENTREVISTAS CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES	19
OPORTUNIDAD	23
A. Familia y entorno social	24
B. Salud mental	25
C. Rutina diaria	25
SISTEMA SOLUCIÓN	27
A. Asignación de turnos	28
B. Acompañamiento familiar	30
C. Chequeos anímicos	31
D. Comunidad	32
E. Recordatorios y agilización de trámites	34
CONCLUSIONES	36
ANEXOS	40
BIBLIOGRAFÍA	41

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, podemos decir que hablar del futuro es incierto. Gracias a la evolución de la tecnología y al diseño como disciplina, se ha podido combinar distintas herramientas metodológicas -como el Design Thinking- que nos permiten detectar puntos de dolor en determinadas experiencias. De este

modo, podemos proponer mejoras de diseño y nuevas soluciones a estas problemáticas que sufren los usuarios.

El siguiente caso gira en torno al sistema de salud pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este, busca, a través de la tecnología, mejorar la experiencia que tienen los pacientes a la hora de atenderse en los hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs). De este modo, es pertinente pensar en el caudal de personas que acuden diariamente a los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y preguntarse cuántas, de esas personas, obtienen experiencias satisfactorias dentro de estas instituciones. Asimismo, es válido cuestionarse por qué, en gran medida, los pacientes no están conformes con el sistema de salud pública y profundizar en la naturaleza de esta incomodidad. Para esto, será necesario estudiar tal fenómeno con el fin de poder analizarlo, entenderlo, empatizar con el usuario (paciente), detectar sus dolencias y proponer una solución centrada en este.

En el siguiente escrito, se presentará la investigación realizada -de manera grupal- que da cuenta de la actual situación en la que se encuentra el sistema de salud público de CABA -qué tecnologías se utilizan, el nivel de eficiencia de estas, cómo es la atención al paciente, qué observan y viven los profesionales de la salud, etc-. Luego, se presentarán los hallazgos e insights obtenidos. A partir de estos se podrá detectar oportunidades de mejora y oportunidades de insertar nuevas soluciones dentro de la experiencia vivida por el paciente.

A partir de los resultados e insights obtenidos de la investigación, se presentará la oportunidad detectada -de manera individual- para introducir, posteriormente, nuestra solución final -también ideada y desarrollada de manera individual-. Más precisamente, este trabajo, hace foco en la experiencia que tienen los pacientes con patologías crónicas a la hora de obtener turnos con los diferentes especialistas que forman parte del tratamiento médico de su enfermedad. Hacia el final, se detallará la solución a dicha problemática, la cual propone un acompañamiento integral del paciente en donde se contemplan, además de la obtención de turnos, otras experiencias que vive el enfermo a lo largo del proceso de su enfermedad.

II. INVESTIGACIÓN

A. Organización de equipo

La organización en los trabajos grupales es un elemento clave para que el desarrollo de la investigación sea productivo y exitoso. Nuestro equipo de investigación cuenta con un total de seis personas, todos con cualidades y habilidades diferentes. Como futuros diseñadores es importante que desarrollemos herramientas que nos permitan entendernos como individuos y que es lo que podemos aportar en nuestras investigaciones. Para ello, empleamos metodología de trabajo identificando nuestras fortalezas, nuestros intereses y con qué limitaciones contaba cada uno de nosotros para dar inicio a la investigación.

B. Desk research

B.1. ASISTENCIA MÉDICA ACTUALMENTE

B.1.a. Espectro del problema

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires nos comunicó la problemática en la cual querían que nosotros indagáramos. Esta consistía en que el sistema de salud recibe muchas personas en los puntos de atención primaria generando un efecto de “cuello de botella” en estos establecimientos. Su objetivo para nosotros era que, a partir de implementaciones tecnológicas, ofreciéramos mejoras en la calidad de la experiencia de los vecinos en el sector de la atención médica pública. Para abordar esta problemática, fue necesario investigar acerca de lo que sucede actualmente en Argentina con la asistencia médica. Asimismo, se pusieron en práctica nuestras herramientas de diseñadores. Debido a esto, es pertinente que desarrollemos el espectro del problema y se indague con profundidad.

En el último año, el sistema médico público de la Ciudad de Buenos Aires recibió en sus hospitales y centros de atención, 9 millones de consultas por año. Esta situación tiene como resultado múltiples complicaciones. Por un lado, las largas filas que se generan y quitan prioridad a aquellas personas que tienen una urgencia y necesitan ser atendidos. Por otro, la dificultad de mantener un control y eficiencia de los turnos. Esto también provoca una gran brecha temporal entre el momento en el que el paciente necesita la consulta y la fecha en la que se le otorga el turno. Estas son tan solo algunas de las problemáticas a las que se enfrentan los distintos centros médicos, y se han detectado distintas oportunidades para resolverlas.

B.1.b. ¿Qué es un CeSAC?

Es de suma importancia comprender cómo está conformado el sistema médico público de la Ciudad de Buenos Aires. Este se encuentra conformado por 35 hospitales públicos, 14 hospitales especializados, 13 hospitales generales de agudos, 3 hospitales generales de niños y 3 odontológicos, y por los 43 CeSAC. Los CeSAC son los Centros de Salud y Acción Comunitaria que se encuentran distribuidos por toda la ciudad. Ambos dependen del estado y su atención es completamente gratuita.

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) se encuentran orientados a la atención primaria, la cual contempla la promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. En estos centros, se desarrollan programas de protección materno infantil, salud escolar, adicciones y diabetes, entre otros. Además, cuentan con diversos talleres y son una forma alternativa de brindar salud a los vecinos de los distintos barrios de la Ciudad.

Cabe destacar que los CeSACs son espacios muy reducidos en cuanto al personal, prácticas y herramientas. Su objetivo principal es que estén ubicados en lugares centrales y accesibles para las personas ante cualquier consulta o problema de salud. De ser necesario, pueden derivar a hospitales a los pacientes que requieren la resolución de enfermedades más complejas. En este sentido, no están preparados para atender urgencias médicas complejas, ya que no cuentan con quirófanos ni laboratorios.

Al momento de realizar la investigación para nuestro trabajo final de grado, debimos entender que tipo de consultas se realizaban en los Centros de Salud y Acción Comunitaria. En primer lugar, las consultas más realizadas son por cuestiones pediátricas, seguidas de las consultas de medicina general familiar. Esta especialidad pertenece al ámbito clínico ambulatorio y se ocupa de la atención integral del paciente y su familia. Los siguientes tipos de consultas pertenecen a la especialidad de tocoginecología, esta se ocupa del embarazo, el parto y el postparto. Luego, los siguientes tipos de consulta son sobre la clínica médica y psiquiatría. Los demás tipos de consultas pertenecen a las especialidades de cardiología, cirugía, dermatología, diabetología, entre otras.

B.2. PANORAMA MUNDIAL

B.2.a. Mejores sistemas de salud pública en el mundo

Para analizar el sistema de salud público de nuestro país resulta indispensable comprender cómo funciona este tipo de sistema en el mundo. Por este motivo, decidimos investigar cuáles son los mejores sistemas de salud a nivel global. Son diversos los rankings que clasifican la sanidad de un país en el mundo, por lo tanto, nos enfocamos en el expuesto por el sitio web Clinic Cloud by Doctoralia (mayo, 2020). Este se basó, especialmente, en los criterios de la Organización Mundial de la Salud, los cuales serán descritos a continuación.

En primer lugar, los primeros criterios se relacionan con los derechos de los pacientes y las listas de espera. Dichos derechos tienen que estar dentro de las prioridades de las organizaciones de salud y, en base a esto, ser respetados y cumplidos. De la mano con lo anterior, las listas de espera largas generan una “cronificación de enfermedades, incluso muertes por no proporcionar a tiempo el servicio médico requerido.” (Clinic Cloud, mayo 2020).

En segundo lugar, se encuentra el criterio de prevención. Según este la sanidad no solo actúa ante el tratamiento de una enfermedad, sino que comienza mucho antes, con acciones para evitar contagios dentro de la sociedad.

En tercer lugar, hablamos del acceso a sanidad gratuita. En este sentido, para que un servicio médico pueda ser considerado de calidad debe tener alcance a la mayoría de la población, independientemente de si el servicio prestado es de excelencia. Por esto, es relevante el porcentaje de la población que tiene acceso a dicho servicio.

En cuarto lugar, la eficiencia toma un rol clave. Esta es entendida como “la capacidad de un servicio médico público para ofrecer soluciones a pacientes” (Clinic Cloud, mayo 2020). Como indicadores de la eficiencia se suelen establecer una serie de enfermedades.

En quinto lugar, se encuentra la esperanza de vida. Se ha comprobado que los sistemas sanitarios de calidad garantizan una vida más prolongada a su población.

Finalmente, el último factor se vincula con la inversión pública en la salud. En este sentido, se hace referencia a inversiones en porcentajes en relación al PBI de un determinado país. También se evalúa la inversión sanitaria por persona en un Estado.

Todos estos criterios mencionados son utilizados generalmente para diagnosticar el nivel de calidad de la sanidad de un país.

Más específicamente, Argentina se posiciona en el puesto 75 en el ranking internacional. Cabe resaltar que Francia, país que ocupa el primer puesto, es muy diferente a Argentina en varios aspectos. Dicho esto, cabe mencionar que la respuesta no estaría en aplicar o replicar el diseño de su sistema de salud público en nuestro país -dado que esto resultaría imposible por factores tanto culturales como de infraestructura-.

B.2.b. Benchmarking: aplicaciones móviles de telemedicina

La pandemia del Covid-19 ha impactado fuertemente en la manera en la que se diseña el sistema sanitario, específicamente en las consultas médicas. Esta situación trajo consigo una demanda sin precedentes de teleconsultas médicas en conjunto con aplicaciones móviles que buscan mejorar la dinámica de la atención de salud. En este sentido, se creó un negocio en torno a la conexión entre médicos y pacientes a través de plataformas digitales para hacer frente al coronavirus.

Son numerosas las aplicaciones móviles que surgieron en base a esta situación, nosotros nos hemos centrado en las analizadas en el artículo *El coronavirus impulsa el boom de la telemedicina en el mundo* (2020). Allí, se analizan aplicaciones de distintos países europeos como: *Doctolib*¹ en Francia; *Kry*² en Suecia; *Push Doctor*³ en Gran Bretaña; *CGM*⁴ en Alemania; y *OmniDoctor*⁵ en España. Estas aplicaciones no solo demuestran la agilidad que tuvieron dichos países para enfrentar la pandemia, sino también la calidad de su sistema sanitario. De todos modos, es pertinente tener en cuenta que la salud no se debería convertir en, a partir del auge de la telemedicina, en una cuestión meramente de negocio.

C. Trabajo de campo

En esta sección detallaremos las herramientas de investigación implementadas en el trabajo de campo que nos han permitido tener un mejor entendimiento del contexto de la salud pública en la Ciudad de Buenos Aires. Las metodologías de investigación utilizadas fueron: observación participante, escucha activa, entrevistas en profundidad a pacientes y personal médico. A

¹ <https://www.doctolib.fr>

² <https://www.kry.se/en/>

³ <https://www.pushdoctor.co.uk>

⁴ <https://www.cgm.com>

⁵ <https://omnidocor.com>

continuación, detallaremos cada herramienta empleada (de manera grupal) con su intención de investigación, dudas iniciales y finales, y los hallazgos descubiertos.

C.1. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Junto al equipo visitamos varios centros de salud dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En primer lugar visitamos los hospitales; Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández y el Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia y luego visitamos los CeSACs; Palermo 2 (CeSAC Nº 26), Palermo 1 (CeSAC Nº 17) y Retiro 1 (CeSAC Nº 21). El objetivo principal era realizar observación participante para poder comprender los espacios, sus respectivas dinámicas y las diversas situaciones que se materializaban en los distintos sectores. Recorrimos los espacios para comprender sus dimensiones, sus estados de manutención, cuánta gente (tanto empleada como visitante del hospital) habitaba dichos espacios. Durante estos recorridos tomamos fotografías de los distintos sectores y/o situaciones u objetos, poniendo el ojo en aquellas cosas que llamarán nuestra atención. En el caso del CeSAC Nº 26 tuvimos inconvenientes para tomar fotografías dentro del lugar al igual que para hablar con sus empleados. En cada oportunidad que se pudo, aprovechamos para interactuar con miembros del personal, no solo para evacuar dudas sino también para comprender el trato que se brindaba en las instalaciones. Tratamos de visitar los diferentes días de la semana y en distintos horarios ya que comprendimos, después de las primeras visitas, que las diversas situaciones que se daban, estaban condicionadas por el contexto, principalmente por el horario y la fecha. No es lo mismo ir al hospital un viernes a la tarde cuando los hospitales estaban prácticamente vacíos que un lunes por la mañana cuando el tránsito de gente era notablemente mayor.

CeSAC Nº 26

El primer centro que visitamos fue el CeSAC Nº 26 (Palermo). En este nos enfrentamos a distintos inconvenientes burocráticos para poder entrevistar al personal, pero logramos ingresar al centro y ver cuál era su funcionamiento. El lugar estaba prolijo y limpio y, al menos en el día/horario en el que asistimos, no parecía muy concurrido. Los CeSACs suelen tener un filtro de entrada; una persona que determina quién ingresa y quién no según distintos criterios dependiendo del centro y las necesidades del paciente, esta también se encarga de evacuar dudas, ya que muchos pacientes van únicamente a hacer preguntas. Este centro, al igual que la mayoría, cuenta con una recepción

escueta para realizar los ingresos y, generalmente cuentan con una sala de espera, las que varían mucho en sus tamaños. Este, al igual que otros centros, cuenta con una farmacia que atiende con turno programado. Este CeSAC en específico, contaba con rampa de entrada pero no fue el caso de todos los centros que visitamos.

CeSAC N° 17

Otro de los CeSAC que visitamos fue el CeSAC N° 17 (Palermo). Una de las primeras cosas que llamó nuestra atención fue el hecho de que estuviera dentro de una escuela y, por ende, el espacio del centro era bastante reducido. Este no contaba con una sala de espera y, debido al coronavirus, solo había espacio suficiente para albergar a una única persona. En conclusión, se formaban largas filas al aire libre, de gente esperando para ingresar. Salvo por la vacunación, no reciben visitas espontáneas (sin turno) ya que no cuentan con una guardia médica. Otras de las cosas que notamos fue el hecho de que las vacunaciones se realizan en el patio exterior del predio, al aire libre. Una de las personas que trabajan en el centro con la que pudimos hablar, nos comentó que el centro suele ser más frecuentado por la mañana y que la gente acostumbra acercarse a evacuar dudas. Luego hablamos brevemente con el coordinador del centro que nos comentó que se otorgan alrededor de 200 turnos diarios para consultas médicas y alrededor de 23 turnos diarios para ingresar a la farmacia. Fue este médico el que nos reveló en primera instancia que toda la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contaba con un sistema centralizado de las historias clínicas de los pacientes que se atendían en instituciones públicas.

CeSAC N° 21

El tercer y último centro que visitamos fue el CeSAC N° 21, localizado en Retiro. Esta institución abría tanto de mañana como de tarde, pero permanecía cerrada durante el mediodía. Según empleados del lugar, esto era porque el centro se encontraba en una zona de riesgo y procuraba cerrar sus persianas durante aquel lapso. Una situación, que ejemplifica esto, ocurrió en el momento de nuestra visita. Un individuo alcoholizado y/o bajo el efecto de drogas, se acercó golpeando violentamente las persianas y amenazando al guardia de seguridad para que le permitiera ingresar al lugar. La directora del centro, nos comentó que deben enfrentarse a estas situaciones constantemente. Por otro lado, con respecto a los turnos de atención médica, se otorgan tanto en la mañana como por la tarde. Sin embargo, se forman colas para ingresar al lugar inclusive teniendo el horario asignado. Vale destacar que por la mañana existen los llamados “turnos espontáneos”. Para acceder a estos, las personas deben, muy temprano en la mañana, formar largas filas. Si durante la jornada hay algún hueco o alguna inasistencia, los médicos van atendiendo estos pacientes según el

orden de llegada. Algunas frases que escuchamos mientras esperábamos fueron: “Acá te dan turno cuando quieren”; “Hace 3 meses que estoy tratando de sacar turno. Por mail me dicen que llame y cuando llamo nadie me contesta”. Por otro lado, el centro contaba con carteles de concientización sobre la salud y sobre las actividades comunitarias, la mayoría hechos a mano.

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia

En cuanto a los hospitales, una de las visitas que hicimos fue al Hospital Rivadavia, uno de los principales hospitales públicos del sector metropolitano en la ciudad de Buenos Aires. El sector observado fue la sala de admisión de la guardia del hospital. En la puerta de la sala había un guardia encargado de tomar la temperatura de las personas. El estado del lugar era precario con una disposición de 19 asientos para las personas. Notamos que solo estaba activa una de las ventanillas de atención en la sala. Un detalle detectado fue el no poder ver a la persona que te atendía del otro lado de la ventanilla; está, además, tenía rejas de hierro, lo que generaba una gran barrera entre el paciente y el personal de salud. La tarea principal de la persona encargada de la admisión era identificar al paciente con su dni, interpretar el estado del paciente y su urgencia, y luego derivarlo al sector correspondiente. Todo este proceso, era realizado en papel y dependía completamente de la interpretación del personal.

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández

Otro de los hospitales que visitamos fue el Hospital Dr. Juan A. Fernández, uno de los más concurridos por personas provenientes de todo el país. Al llegar al hospital, con lo primero con lo que nos encontramos fue que la puerta principal permanece cerrada desde el inicio de la pandemia, por lo que la única entrada es por urgencias. En la actualidad, toda persona que entra al hospital entra por allí, ya sea médicos, personal, pacientes, ambulancias, entre otros. Con lo primero que nos encontramos fue con un pequeño espacio para una secretaria. En algunas ocasiones, había una persona que preguntaba a las personas que entraban a que venían, a donde iban y si tenían turno. Cuando nosotros ingresamos, no había nadie, por lo tanto, la gente ingresaba sin ningún control y sin nadie disponible a quien preguntar cualquier duda o inconveniente. Luego de pasar por este primer lugar, nos encontramos con la sala de espera y los consultorios de guardia. Algunas de las cosas que notamos fueron que, por un lado, había paredes llenas de papeles con información, algunos impresos y otros escritos a mano, algunos tachados y otros rotos; por otro lado, grandes paredes vacías. Además, detectamos que a los pacientes se los llamaba por su nombre y el médico tenía que salir a caminar a la sala de espera para buscarlos. También encontramos unos tótems que estaban en desuso. Sobre esto, una guardia aseguró que estos no funcionan hace más de un año y que en el

momento en que funcionaban no eran muy útiles. Previamente, dichos totems se usaban simplemente para ordenar a las personas en la sala de espera. Detectamos que, otro de los lugares más concurridos dentro del hospital es el sector de facturación en el primer piso. Este es el lugar donde los pacientes presentan los certificados, las órdenes para estudios o las recetas para la farmacia; obteniendo un sellado, pueden conseguir lo que necesitan. Uno de los problemas detectados en este lugar fue que este funciona solo de mañana y todo paciente del hospital debe pasar por acá, lo que genera una gran concentración de personas. A su vez, el horario del sector facturación y de la farmacia coinciden, por lo que las personas tienen que ir temprano para lograr obtener el sello y luego ir a la farmacia a retirar el medicamento recetado, lo que provoca una gran saturación en las primeras horas. Por último, otra de las situaciones con las que nos encontramos fue con el agobio y el cansancio de los pacientes. Algunos de estos estaban hace más de cinco horas esperando a ser atendidos. Dichos pacientes se encontraban sentados, parados, acostados en el piso o, inclusive, dormidos. También, había pacientes que venían hace más de tres días para sacar un turno, pero cada vez que venían se agotaban o pacientes que buscaban respuestas a diversas consultas pero que no las conseguían.

Cada visita a los distintos centros de salud fue un gran aprendizaje, y fue fundamental visitarlos en distintos días y horarios. Detectamos que el flujo de funcionamientos, las situaciones y los problemas varían mucho dependiendo de estos factores. Fue un proceso de iteración constante, en el cual comenzamos con algunos preconceptos y una serie de preguntas que terminaron evolucionando en nuevas preguntas aún más profundas. Dicho proceso nos permitió ahondar en distintos aspectos y constantemente preguntarnos el porqué de determinadas dinámicas. Luego de cada visita salimos con nuevos hallazgos y nuevas preguntas, que nos fueron permitiendo comprender en mayor profundidad cómo funciona el sistema de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires.

C.1.a. Atención en primera persona

Para comprender mejor el funcionamiento y la atención en un hospital consideramos esencial vivir la experiencia en primera persona. Ponerse en el lugar del paciente que recurre a los hospitales para poder sacar insights propios, algunos que no pueden ser obtenidos a través del diálogo o de la observación participante.

Sacar un turno

Comenzamos tratando de sacar un turno a través del número 147, pero nunca tuvimos éxito. O nunca nos atendían o nos atendían, nos hacían esperar y luego nos cortaban. En segundo lugar, intentamos sacar un turno a través de Boti, el robot de la ciudad. Si bien al principio pensábamos que funcionaba para sacar turnos, ya que es un sistema simple y eficaz para otros trámites, en la última instancia de sacar el turno te hacía llamar al 147. Lo que genera más embotellamiento en este número telefónico en lugar de brindar otra forma de sacar un turno médico. Y por último buscamos si las páginas webs de los hospitales brindan la opción de sacar turnos a través de ellas, pero esta opción es inexistente; los hospitales no cuentan con tal plataforma.

Estudio espontáneo

Asimismo, intentamos realizarnos unos estudios médicos que teníamos recetados. Esto lo realizamos en un momento muy poco concurrido del hospital. Fuimos al área especificada y nos atendió un médico que nos comentó que, a pesar de ser su labor, en ese momento no estaban atendiendo y que había que volver el día lunes a sacar turno de manera presencial (esto fue un día viernes) a las 9 de la mañana. No había alternativa online para realizar el trámite y previo a sacar el turno hay que empadronarse.

Guardia médica

Por otro lado, nos atendimos de forma espontánea en un hospital. Primero hicimos la fila en la guardia. Al llegar nuestro turno nos preguntaron el DNI, las razones por las que nos veníamos a atender y el dolor que padecíamos. Después de estas tres preguntas, la secretaria las anota en un cuaderno, y en un papelito escribió el DNI, el sector al que teníamos que ir (ya sea traumatología, ginecología, pediatría, entre otros) y el número de espera. Luego pasamos por seguridad, y si bien nos indicaron a que edificio teníamos que ir nos perdimos, ya que no estaban señalizados.

Finalmente lo encontramos y nos sentamos en una carpa en el exterior que funcionaba como sala de espera. Luego de unos minutos salió un médico y nos llamó por el número que nos habían escrito en el papel. Este nos hizo una serie de preguntas como nombre y apellido, edad, DNI y si tenemos obra social o no, lo cual escribió todo en un cuaderno de formato ficha. Si bien había una computadora, tenía un cartel de fuera de servicio. Nos revisó y nos hizo unas preguntas sobre los dolores, y finalmente nos hizo una receta. De esta experiencia concluimos, que el sistema de turnos y el historial médico queda registrado en estos cuadernos.

C.2. ESCUCHA ACTIVA

Procuramos realizar una escucha activa en las salas y/o lugares donde esperaba la gente para poder tener una noción de las consultas que realizaban y por los criterios por los que decidían acercarse a los distintos centros de atención; quiénes son estas personas, si van acompañadas, que consultas suelen tener y cuanto tiempo tienen que esperar por ellas.

Cesac 17

En este centro, se formaban 2 largas filas por orden de llegada fuera del centro. Por un lado, la gente con turnos para ingresar a la farmacia y por el otro, pacientes con citas médicas y/o estudios. Nos sentamos durante aproximadamente una hora (12.28h a 13.17h) en la vereda del CeSAC y encuestamos (anexo 1) a las 22 personas que ingresaron al lugar durante nuestra estadía. En esta encuesta detectamos que 4 personas de las que ingresaron eran trabajadores del lugar, lo cual nos deja con 18 pacientes. 5 personas se acercaron a hacer consultas que podrían haber evacuado de manera simple y remota mediante otra vía. Muchas de las consultas eran por la vacunación.

Hospital Rivadavia

En este hospital, la gente esperaba en una fila central que culminaba en una ventanilla, que como se menciona previamente, no permitía ver a nadie del otro lado. Nos sentamos al lado de esta para poder escuchar el diálogo entre el paciente y el personal de admisión. En un lapso aproximado de 40 minutos escuchamos un total de 11 pacientes y sus consultas. La mayoría de estas personas eran mayores de 30 años con algún tipo de dolencia física externa. Las anotaciones de cada uno de estos pacientes pueden encontrarse en el anexo.

C.2.a. Diálogo con diferentes actores

Visitando los hospitales no sólo buscamos comprender el espacio en el cual se movían las personas sino también buscamos generar un diálogo con ellos. Como diseñadores tenemos un rol importante al momento de diseñar soluciones porque del otro lado tratamos con personas. El factor humano es indispensable para nosotros y creemos que generar empatía y diálogo con las personas es una buena forma para comprender sus dolores. Nuestras charlas fueron tanto con pacientes como también con aquellas personas que acompañaban al paciente.

Pacientes y acompañantes

Durante las visitas a los diversos centros, aprovechamos para interactuar con los pacientes que aguardaban tanto afuera como dentro de la institución. Entrevistamos de manera breve tanto a mujeres como a hombres, todos mayores de edad y en un rango que llegaba a adultos mayores de 60 años. Salvo en algunos casos, en su mayoría eran personas de nacionalidad argentina; sin embargo, vale destacar que muchas de las personas venían de otras provincias a recibir atención a los hospitales que la ciudad (no así, el caso de los CeSAC, que son para asistencia más zonificada a los barrios) ya que, en repetidas ocasiones, nos destacaron el nivel de atención médica y su calidad. No todas las personas se acercaban con turno pero los que sí, lo habían sacado de manera presencial o a través de su médico cuando fueron a atenderse por última vez, sin posibilidad de elegir la fecha y horario que mejor se acomodara a sus necesidades. Nos comentaron que, a pesar de tener turno, no es raro tener que esperar, en ocasiones hasta 3 horas. En el caso de los hospitales, los elegían o por su renombre o porque en otro centro los derivaron al hospital por falta de insumos u otra condición. La mayoría eran pacientes reincidentes que llegaban a viajar 3 horas para recibir atención. Salvo alguna excepción, los pacientes no contaban con obra social. No obstante, la gente que sí contaba con seguro médico nos dijo que eligen estos centros por la calidad de la atención médica. En el caso de los CeSAC las personas iban más por chequeos y consultas mientras que muchos de los pacientes del hospital estaban en un tratamiento prolongado. En algunos casos, tenían un contacto directo con el médico y/o área para poder mantener una comunicación más dinámica que la burocrática del centro. A través de este contacto más personal y por fuera del hospital los pacientes mantenían un contacto más estrecho con los médicos y en algunos casos programaban los turnos. Y por último, nos llamó la atención que en muchos casos, nos mencionaron el desabastecimiento de centros de salud que provocaba que vayan rebotando entre centro y centro.

Otro grupo de personas entrevistadas fueron personas acompañantes. Estas personas eran como apoyo para sus amigos o familiares que tenían que hacerse algún estudio o tratamiento importante en los hospitales. Gracias a su tiempo y paciencia nos ofrecieron charlas largas que nos permitían entender que les sucedía a sus familiares y utilizaban el espacio para desahogarse de su contexto. Notamos una gran angustia y frustración de su parte a pesar de no ser ellos los tratados. Sentían de su parte un gran rechazo por parte del sistema público y notamos una gran perseverancia de su parte para cuidar la salud de sus seres queridos. No les resultaba una tarea sencilla visitar el hospital dado que algunos de ellos, como mencionamos previamente, viajaban largas horas para acompañar a sus familiares.

Directora CeSAC N° 21

Otra de las visitas y entrevistas fue a la Dra. Natalia Laba, médica que está a cargo del CeSAC N° 21, que se encuentra en el Barrio 31. La charla nos permitió comprender mejor el funcionamiento y los problemas a los que se enfrentan los centros de atención primaria de la ciudad. Por un lado nos contó que los distintos centros dependen de los distintos hospitales y de un sistema muy burocrático. Que cada problema y cada situación a la que se enfrentan y que necesitan de alguien externo al centro toma mucho tiempo y es muy difícil de resolver. Uno de los casos que nos contó, es que en un momento no recibían medicación, y si bien comunicaron esta necesidad reiteradas veces, la única forma con la que la consiguieron fue a través de reclamos sociales de los habitantes del barrio. Por otro lado, nos contó que principalmente funcionan con turnos y con algunas urgencias espontáneas. El sistema de turnos funciona en su mayoría de forma presencial, los pacientes asisten al centro por la mañana para sacar un turno y vuelven el día que se les fue asignado. El hecho de que haya pacientes que van a sacar turnos y otros que van a atenderse genera una gran saturación en el centro. A su vez, muchas de las personas que asisten al centro van a hacer preguntas o sacarse dudas sobre otras cosas u otros hospitales, generando más flujo de personas dentro del CeSAC. Si bien algunos pacientes logran sacar turno por teléfono, es la minoría, ya que el centro cuenta con una única persona para atender el teléfono, contestar las redes y ser recepcionista, entre otras tareas. Algunas veces los pacientes consiguen sacar turnos a través de las redes sociales, como facebook. Otro de los problemas que nos contó es que uno de los principales objetivos de los CeSAC'S es tener una población a cargo y controlada, pero que esto no es tan sencillo y se complicó aún más con la pandemia. Uno de los mayores problemas que se enfrentan, en relación a esto, es que muchos pacientes van a sacar un turno pero luego no asisten. A su vez, no cuentan con un sistema de datos actualizado, lo que hace aún más difícil mantener el contacto con los pacientes. Según la doctora, una de las principales causas de esto, es que vivimos en un país donde lo social y lo económico se encuentran muy por encima de la salud. En donde es muy difícil que los pacientes sean constantes con su salud y que asistan a sus controles, lo que genera una mayor saturación de la que ya posee el sistema de salud público. Cuando un paciente no asiste a su turno, es un turno desperdiciado. Esto genera que el sistema se sature y sea ineficiente, ya que se brindan más turnos de los que se concretan.

En conclusión, la visita al centro de salud y la entrevista con la doctora nos permitió comprender cómo funcionan estos centros y los principales problemas a los que se enfrentan.

C.3. ENTREVISTAS CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES

Como se mencionó previamente, como grupo nos dividimos los distintos contenidos que necesitábamos indagar para así lograr realizar una amplia y profunda investigación. Durante esta etapa de investigación, se realizaron varias entrevistas (Anexo 3) presenciales y virtuales a pacientes, médicos y staff hospitalario. Dado al contexto que vivimos hoy en día, muchas personas que aceptaron ser entrevistadas preferían realizarlas desde sus casas, siendo por eso que se trabajó en base a un cronograma donde se ordenaron los contactos de las personas, sus horarios disponibles y el medio de comunicación por el que se podría contactarlos al momento de realizar las entrevistas.

Para las entrevistas a los doctores, que fueron 11, se idearon ciertas preguntas bases. Como por ejemplo, en qué hospitales públicos trabajan, qué tipos de incomodidades se enfrentan a la hora de hacer su trabajo, como se organizan las consultas en cuanto a horarios y turnos otorgados, recomendaciones sugeridas para aliviar sus molestias, como son sus consultas, de que se trata el concepto de atención primaria, funcionalidad de los Cesacs, entre otras cosas. Luego de analizar, pensar e iterar las preguntas que se iban a hacer, se pactó un horario conveniente con la persona y se llamó al entrevistado. Estas se realizaron por teléfono, llamada de Whatsapp o por plataformas como Zoom.

A partir de las conversaciones con los médicos y el staff, se recopilaron varios hallazgos que sirvieron para trabajar en base al sistema, sus métodos y actores. Por un lado, entrevistamos a profesionales del hospital Pirovano. Uno de los entrevistados, nos contó que sus horas de trabajo se dividían entre capacitaciones que realizaba, en el triage del hospital, en la farmacia del hospital armando insumos. Siguiendo con esta línea, entendemos que los días de los profesionales no tienen una rutina fija y deben realizar tareas más allá de su especialidad, es decir, hacer lo que se requiera en el momento. Asimismo, la falta de recursos es algo que los afecta mucho profesionalmente ya que muchas veces tienen casos importantes que no los pueden resolver de manera inmediata por falta de recursos y eso retrasa el proceso de sanación del paciente. Un ejemplo representativo de esto, es que cuentan con computadoras pero no tenían wifi. Ante esto, los médicos decidieron recolectar plata para poder instalar internet y así eficientar la atención y el servicio del lugar.

Sobre la atención primaria, nos fue sumamente importante tener en cuenta que es más que un servicio médico, esta tiene que ver con la vida cotidiana del paciente, con su cultura y con cómo se siente. Es por eso, que es tan importante contar con las herramientas necesarias y con la cantidad de médicos necesarios para poder resolver las incertidumbres, dolores cotidianos o procesos de

enfermedades que un paciente puede tener. Trabajar en un ámbito de especialidad de atención primaria crea un vínculo de comunidad entre los médicos y los pacientes.

Por otro lado, según los médicos, los CeSACs están destinados a ser espacios de atención médica y son muy reducidos en cuanto a personal, prácticas y herramientas. Su ubicación en lugares centrales responde a la necesidad de que sean espacios accesibles para las personas ante cualquier consulta o problema. Sin embargo, ante una emergencia de salud la atención no será exitosa, ya que no cuentan con el equipamiento para hacerlo. Los profesionales de la salud tratan de realizar lo primero que está a su alcance y, posteriormente, se dirigen con urgencia a la guardia de un hospital, ya que en estos centros no hay quirófano, aparatología ni laboratorio. Es así que pudimos comprender los problemas a los que se enfrentan dichos profesionales, los objetivos que tienen como centro médico y como tratan de hacer todo lo posible por cumplirlos.

Para esta investigación, es crucial entender todos los procesos por los que un paciente pasa para poder atenderse en los centros médicos. Por un lado, se conoce que adquirir un turno no es inmediato y que es un punto de dolor que sienten tanto los médicos, como los pacientes, ya que saben que esto retrasa la eficiencia del control médico. Existen varias maneras en las que un paciente puede sacar un turno, pero la forma más recurrente es acudir directamente al hospital. Para lograr sacar un turno de esta manera, los pacientes van en las primeras horas de la mañana al centro médico para realizar una cola y que les den un turno para dentro de un determinado tiempo. Otra forma, es llamar al 147 (número de la Ciudad de Buenos Aires) y sacar turno desde ahí. Muchos de estas dinámicas dependen del hospital y de si tienen mayor o menor disponibilidad los profesionales. Uno de los datos que nos dio Martín -médico- (ver entrevista en anexo 3), es que la atención y los turnos dependen de la demanda y oferta que tengan los hospitales en ese momento. Por otro lado, hizo hincapié en que se debe repensar en formas de sacar turnos, el 147 no siempre funciona y muchas veces los hospitales están saturados como para que las personas vayan a sacar sus turnos de forma presencial creando mayor saturación en las áreas.

En cuanto a las entrevistas con los pacientes, el proceso inicial fue bastante similar al que se realizó con los médicos. Primero se elaboró un listado de preguntas que se consideraba fundamental cubrir y seguido de eso se hizo un esquema de conversación que se podía tomar en consideración al momento de hablar con los pacientes. Después se buscó ciudadanos a quienes entrevistar, se habló con muchas personas y conseguimos unas 7 personas a quienes pudimos entrevistar vía

llamada telefónica. A su vez, se realizaron unas 12 entrevistas con pacientes de forma presencial en los centros médicos.

De los entrevistados, algunos acuden con frecuencia a hospitales, otros sólo acuden por situaciones emergentes y otros intentan evitar acercarse a uno. Fue fundamental entrevistar distintos tipos de usuarios, ya que pudimos identificar distintas necesidades, comportamientos y problemas a los que se enfrentan. Durante las entrevistas se recopilamos muchos hallazgos que fueron fundamentales para la investigación. Luego estos fueron bajados en distintos formatos que nos permitieron analizar y comprender la situación como, por ejemplo, un journey map. En los siguientes párrafos, se recopilarán algunos puntos que consideramos claves y que obtuvimos de las distintas entrevistas.

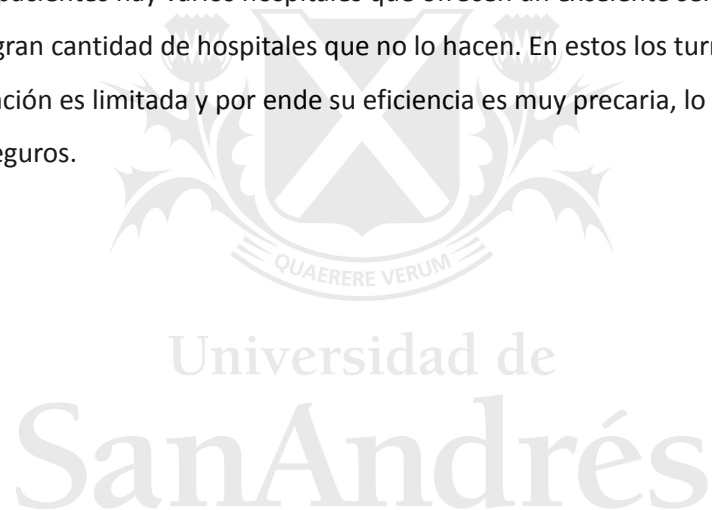
Una de las entrevistadas fue Daniela, tiene 41 años y es residente del Barrio 31 (ver anexo 3). Ella nos contó que intenta no ir a hospitales a menos de que sea necesario. Sin embargo, debe acudir obligatoriamente ya que sus cuatro hijos necesitan de revisiones médicas periódicamente. Uno de los problemas a los que se enfrenta es que le es muy difícil conseguir un turno. Muchas veces realizó filas de hasta 4 horas afuera de los hospitales para conseguir un turno médico sin tener éxito. El tema de los turnos fue una queja recurrente entre los pacientes, ya que Olga, otra de nuestras entrevistadas (ver anexo 3), también dijo que si no haces la fila desde las 5 de la mañana fuera del hospital, es casi imposible agarrar un turno para atenderse en ese día. Al igual que casi todos los entrevistados, se sienten descontentos con el 147 ya que nunca han podido hacer una cita a través de este número. Esto se debe a que por algún motivo no los atienden o, si los atienden, les terminan cortando.

Otro de los temas que nos plantearon los pacientes fue que muchas veces no los atienden hasta que se convierte en una situación extrema. Esto se debe a la saturación. Por ejemplo, Maria Elena (ver entrevista en anexo 3) nos dijo que los hospitales públicos realizan una operación o intervención médica solo en el caso de que sea una cuestión de vida o muerte. Ella sufrió de una arritmia severa y no la quisieron operar hasta después de tres años, una vez que su caso tomó un nivel de gravedad tan grande que casi la conduce a la muerte. Como contrapartida, Nancy -otra de nuestras entrevistadas- nos contó que cuando acudió a la guardia porque la mordió un perro tuvo que aguardar tres horas lastimada en la sala de espera.

Los pacientes por experiencia propia o por recomendaciones saben en qué hospitales atenderse y en cuáles no. Por ejemplo, Nancy sufrió de un problema intestinal y por recomendaciones sacó un turno

en el hospital Carlos Udaondo. Su cita fue otorgada para dentro de dos meses, pero para ella valía la pena por las referencias que tenía de dicho hospital. Sin embargo, tuvo mucho miedo durante esos dos meses de espera, no sabía si los dolores que ella sentía podía ser alguna enfermedad sumamente grave. Otra de las cosas le causaban mucha molestia no es únicamente el tiempo de espera desde que saca turno hasta el día que la atienden, sino la ineficiencia del sistema de turnos en general. Nos explicaba que el proceso de conseguir un turno con el médico, hacerse los exámenes correspondientes y volver a ver al profesional para que los revise puede tardar fácilmente tres meses.

Martín nos planteaba que la demanda dentro del hospital impacta directamente en la eficiencia médica. Asimismo, cuando se trata de analizar la eficiencia de un hospital, también, hay que poner en perspectiva las herramientas con las que cuentan y la cantidad de empleados que atienden. Para Olga, Nancy y otros pacientes hay varios hospitales que ofrecen un excelente servicio, sin embargo también existe una gran cantidad de hospitales que no lo hacen. En estos los turnos son imposibles de conseguir, la atención es limitada y por ende su eficiencia es muy precaria, lo que los hace sentir desprotegidos e inseguros.



III. OPORTUNIDAD

En el siguiente apartado se desarrollará la oportunidad encontrada en la problemática. Además, se explicará el recorte realizado con sus objetivos correspondientes. Y se buscará evidenciar el por qué de dicho recorte y su justificación.

En primer lugar, la problemática planteada por nuestro comitente, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se vincula con que el 80% de las consultas realizadas se resuelven en el primer nivel de atención, es por eso que existe una oportunidad para garantizar derechos de una forma eficiente y dinámica utilizando la tecnología. En este sentido, la idea del recorte realizado es descomprimir las consultas hechas en el primer nivel de atención atacando la problemática de los pacientes con enfermedades crónicas que necesitan obtener turnos y se encuentran en tratamiento médico, los cuales viven en CABA y no poseen ningún tipo de cobertura médica.

Al llevar a cabo la entrevista con Cristina Varela, fonoaudióloga del Hospital Pirovano, (una de las varias entrevistas realizadas en la etapa de investigación del trabajo), se encontró un gran hallazgo: los pacientes en tratamiento médico se ven en una situación más vulnerable a la hora conseguir un turno. Cristina Varela nos ponía como ejemplo el siguiente: “Una mamá tiene un nene que no habla bien, si este tiene que hacer un tratamiento una vez por semana, la mamá tendría que llamar todas las semanas al 147 y es imposible.”. Este ejemplo fue uno de los disparadores para realizar el recorte.

El mayor problema que sufren las personas que se encuentran en tratamiento médico (ya sea un tratamiento de por vida o solo por un lapso de tiempo) es que necesitan turnos de manera frecuente para solucionar su problema de salud o tratar su patología. Actualmente, la obtención de turnos en el sistema de salud es complicada ya que, en muchos casos, las personas necesitan acudir muy temprano en la mañana para poder conseguir los turnos antes de que se agoten.

Asimismo, es necesario entender qué es exactamente un paciente con una enfermedad crónica que requiere un tratamiento médico. Según la revista Biomédica:

Las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Tienen una etiología múltiple, su desarrollo es poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo y, con algunas excepciones, su origen no es infeccioso. (Ardila, 2018)

Si prestamos atención a la definición presentada anteriormente, entendemos que los pacientes no solucionarán su patología de manera fácil y rápida, sino que, por el contrario, tendrán que atravesar diferentes situaciones (como visitas a distintos especialistas, exposición a determinados tratamientos y la realización de diversos estudios) para poder, de a poco, mejorar su situación. En este sentido, podemos observar que la obtención de turnos es de carácter vital para el paciente. Más precisamente, el paciente requiere no sólo la obtención de un turno, sino que este se le asigne de manera periódica.

Por otro lado, es necesario pensar en el contexto que vive una persona que se encuentra en un tratamiento médico. Dicho contexto va más allá de la experiencia que los pacientes tienen en el hospital, ya que su patología alcanza casi la totalidad de las áreas de vida del paciente. Estas se relacionan con la familia y entorno social, la salud a nivel mental y psíquica, la rutina diaria, entre otras.

A. Familia y entorno social

Una patología o enfermedad crónica no solo afecta al paciente diagnosticado, sino que afecta e involucra a todo el círculo familiar y social más cercano. Todos se ven envueltos en una nueva realidad donde ocurren una serie de distintos y variados cambios. Por un lado, se deben tomar nuevas decisiones, adoptar nuevas rutinas y adquirir nuevos conocimientos e información. Por otro lado, se experimentan cambios anímicos, surgen dudas y nuevos miedos, y la inquietud de cómo se puede ayudar al paciente en cada etapa de su tratamiento.

Los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud. (Ledón Llanes, 2011, pp. 493-494)

También, es necesario pensar cómo se ve afectada la relación paciente-familia/paciente-amigos. En el párrafo anterior mencionamos qué sucede desde el lado del entorno, pero también es válido reflexionar sobre qué sucede desde el punto de vista del paciente (más allá de la enfermedad en sí misma) con sus vínculos más cercanos. En este sentido, es necesario contemplar las emociones del

enfermo (tales como angustia, enojo, esperanza, etc) y las necesidades que posee con respecto a su entorno a nivel comunicacional, como la necesidad de expresarse; de sentirse contenido y acompañado; o de, al mismo tiempo, mostrarse fuerte.

B. Salud mental

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede afectar negativamente la salud emocional y mental del paciente y es importante que, dentro del tratamiento, la salud mental del paciente no se deje de lado y sea un área más a tratar. Como se menciona en el artículo escrito por Sala (2002) “El 68% de los pacientes que padecen cáncer tiene cuadros compatibles con trastornos de adaptación, en algún momento del curso de su enfermedad” (p. 4). Vale aclarar que se entiende por trastornos de adaptación a un conjunto de síntomas que contemplan el estrés, el sentimiento de tristeza o desesperación y síntomas físicos, estos causados y detonados por transitar un episodio de gran estrés en algún momento de la vida (MedlinePlus, 2020).

Entonces, si tenemos en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior, para realizar un acompañamiento integral es de suma importancia darle lugar a las emociones y sentimientos de los pacientes. Además, es necesario que -si la patología posee el nivel de gravedad suficiente- el tratamiento médico apunte no solo a tratar la enfermedad, sino también a acompañar (con los especialistas correspondientes) los distintos estadios emocionales del enfermo. En este sentido, parte de un acompañamiento integral se relaciona con llevar un registro del estado anímico de los pacientes, entender las emociones que experimentan y estar alerta ante cualquier anomalía durante el proceso de enfermedad.

C. Rutina diaria

Como se mencionó anteriormente, la rutina diaria de una persona cambia sustancialmente a partir del diagnóstico de una enfermedad. Dependiendo de esta, el enfermo deberá dejar o adquirir nuevas actividades en su día a día, al igual que nuevos hábitos y costumbres. Además, deberá incorporar nuevos conocimientos y terminología médica para entender qué sucede en su cuerpo y cómo evoluciona el proceso de su enfermedad. En este sentido, es clave que la persona enferma pueda ordenar y programar todos estas nuevas actividades y hábitos necesarios para un tratamiento

médico exitoso y, de esta manera, evitar los olvidos y las postergaciones. Igualmente, es importante que el paciente pueda llevar un registro de sus actividades realizadas a lo largo de su tratamiento, lo cual le da a la persona más conocimiento sobre sí mismo y le permite a los médicos observar sus actividades realizadas.

Asimismo, retomando lo dicho previamente en el escrito, los sentimientos y emociones que tiene la persona fluctúan según el estadio y pronóstico de la enfermedad. Estos pueden cambiar drásticamente y pasar de la positividad a la negatividad rápidamente. También, surgen sentimientos de frustración ante la situación de que terceros no alcancen a comprender completamente su experiencia a nivel anímico y corporal. En relación con esto, es clave que el paciente pueda compartir e interactuar con otros individuos en su misma situación, con el fin de sentirse comprendidos y con la tranquilidad de que existen otras personas que viven lo mismo que él. Estas situaciones de interacción permitirían, además, que el enfermo adquiriera nuevos conocimientos, consejos y recomendaciones relativas a su patología. Del mismo modo, el paciente podrá compartir sus vivencias con otros y brindar ayuda y apoyo, lo que también genera emociones positivas. Es importante destacar que el conocimiento y el *por qué* de los procedimientos, dentro del tratamiento de la enfermedad, es elemental para calmar la ansiedad y miedo del enfermo, y aumentar el sentimiento de seguridad:

Los resultados sugieren que existen diferentes vivencias experimentadas por los pacientes oncológicos, el cáncer no es vivido como una amenaza de vida física sino como una amenaza de su propia identidad. Ante la enfermedad de cáncer uno de los aspectos más sobresalientes de la situación diagnóstica del paciente, es el sentimiento del miedo a lo desconocido, para hacerles menos difícil el proceso, los pacientes deben conocer la justificación de los procedimientos a que se ven sometidos durante el tratamiento. (Bautista, García, Martínez, Pérez, Prieto, y Ramírez, 2001 p. 5)

A partir de todas las cuestiones detalladas anteriormente es que surge la oportunidad de llevar a cabo una aplicación móvil llamada "Mi tratamiento". Mi tratamiento contempla todas aquellas experiencias que se enumeraron previamente y brinda un acompañamiento integral al paciente tratado.

IV. SISTEMA SOLUCIÓN

Buscamos acercar un poco más el sistema de salud público a los pacientes. El objetivo es humanizar el sistema burocrático de salud actual para empatizar con los usuarios y que su experiencia resulte no solo más amena, sino que también sea eficiente y cumpla con las necesidades que poseen las personas que acuden a las distintas unidades hospitalarias. Siguiendo con esta línea, nuestro foco está puesto, como se menciona anteriormente, en el proceso de enfermedad que atraviesan los pacientes con una patología crónica.

La investigación previa nos permitió detectar y recolectar determinados insights que dieron luz sobre debilidades que el sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires tenía y, también, sobre puntos de dolor que experimentaban los pacientes. Más concretamente, la solución que se presenta a continuación busca optimizar la experiencia que poseen los pacientes que se encuentran en tratamiento médico a la hora de conseguir y obtener turnos. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, los pacientes con una patología crónica viven en un contexto diario en el cual la enfermedad afecta y ocupa múltiples áreas de su vida.

La solución propuesta consiste en una app mobile llamada “Mi tratamiento”. Esta tiene como objetivo realizar un acompañamiento integral en el proceso de enfermedad del paciente. Mi tratamiento brinda un sistema de soluciones dentro de una aplicación para teléfonos móviles y cada área de la aplicación responde a una necesidad.

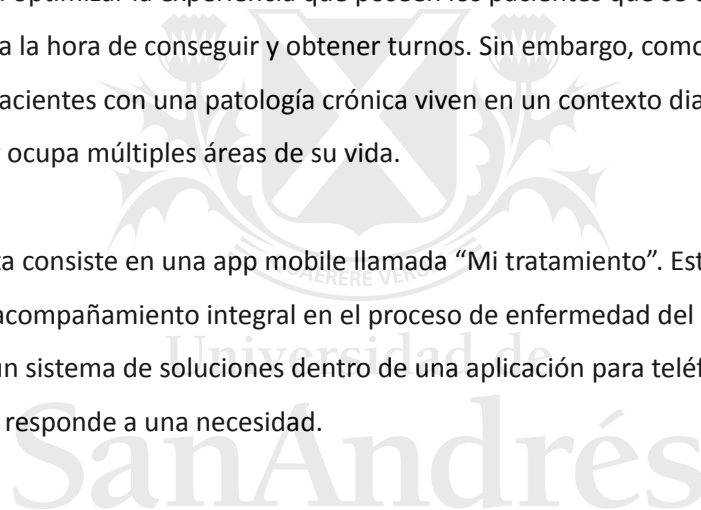




Figura 1: esquema de funcionalidades.

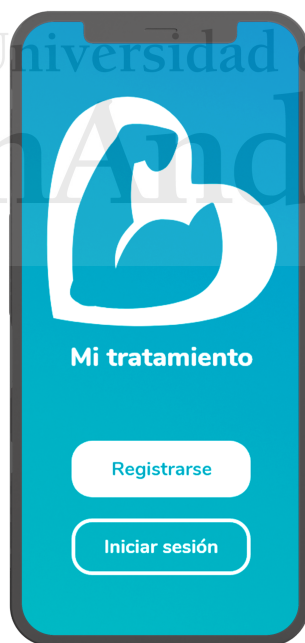


Figura 2: pantalla inicio aplicación.

A. Asignación de turnos

Actualmente, los turnos se obtienen de dos maneras: presencialmente y a través del 147. En el primer caso, las personas acuden a las unidades de salud (hospitales o CESACS), por lo general, muy temprano por la mañana para poder conseguir los turnos, ya que se otorgan por orden de llegada. Según las entrevistas realizadas, es común que los pacientes se retiren del centro sin haber conseguido el turno requerido, debido a que se brindan una cantidad limitada. En el segundo caso, los usuarios deben llamar al número 147, sin embargo, es más difícil conseguir turnos a través de este método. En este sentido, si pensamos en los pacientes que sufren una enfermedad crónica podemos observar que el sistema de salud no es para nada amigable con su situación.

Por un lado, deben acudir presencialmente en horarios complicados que impactan en las horas de sueño y descanso y -según la época del año- los expone a condiciones climáticas que pueden perjudicar o agravar su situación. Por otro lado, vale la pena preguntarse si es correcto que un paciente crónico tenga el mismo nivel de prioridad que un paciente que solo requiere un chequeo médico. En este sentido, nuestra solución propone que un porcentaje fijo de los turnos a otorgar sean dirigidos a pacientes en tratamiento médico, los cuales se podrán obtener a través de Mi tratamiento. Además, dicha app avisará de la apertura de agendas médicas a los usuarios para que tengan una ventaja, por sobre los demás pacientes, a la hora de sacar turnos.

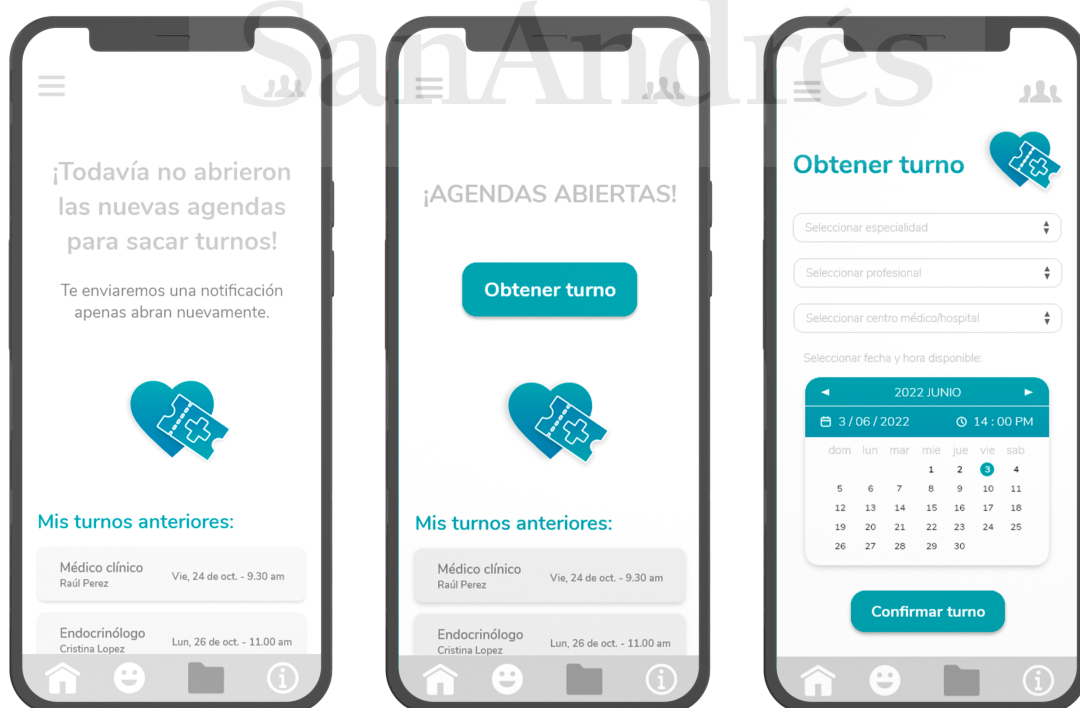


Figura 1: situación cuando todavía las agendas médicas no abrieron.

Figura 2: situación cuando las agendas médicas abrieron.

Figura 3: situación luego de presionar el botón primario “Obtener turno”.

Una vez que la persona ingresó en la aplicación podrá dirigirse a la sección de “Turnos” presionando el botón con forma de carpeta, ubicado en el *navbar*, el cual lleva a la parte de “Mis trámites”; allí, deberá presionar, a su vez, el botón “Turnos”. De este modo, podrá dirigirse a esta sección desde cualquier lado dentro de la aplicación. Luego, Mi tratamiento le indicará al usuario si las agendas de los especialistas están abiertas para poder sacar un turno, en caso negativo la persona deberá esperar a que vuelvan a abrir (figura 1); sin embargo, en el caso de que estén abiertas, se habilitará el botón “Obtener turno” (figura 2) y el paciente podrá, en la siguiente pantalla (figura 3), elegir la especialidad de consulta médica o estudio, a los profesionales disponibles en dicha especialidad -en el caso de buscar turno para una consulta-, elegir el centro/hospital en donde se suele atender y, por último, la fecha y horario que se encontrarían sujetas a disponibilidad. Asimismo, cuando se accede a la sección de “turnos” -desde el *navbar*- el usuario podrá ver sus turnos anteriores, con la información detallada sobre especialidad, profesional, fecha y hora.

B. Acompañamiento familiar

Como se mencionó previamente, el rol de la familia es clave en el proceso de enfermedad del paciente. Actualmente, la salud pública no involucra al entorno social del enfermo dentro de los tratamientos médicos, ni articula el trabajo de los médicos y enfermeros en el hospital con el trabajo de familiares en el hogar. Es por eso que Mi tratamiento busca involucrar a la familia del paciente dentro de su proceso de enfermedad con el fin de que el enfermo se sienta acompañado. Para esto, cuando el paciente se registre debe ingresar el número de teléfono o mail de cualquier familiar o amigo que él elija. Posteriormente, dicho familiar/amigo recibirá actualizaciones -via mail o *WhatsApp*- sobre el estado del paciente, por ejemplo, si tomó sus medicamentos, si realiza actividad física, etc.

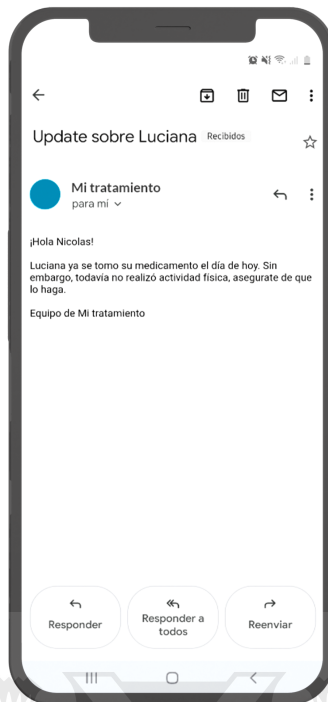


Figura 5: mail que envía Mi tratamiento a familiares/amigos.

Vale la pena destacar que a la hora de registrarse en la aplicación, se podrá seleccionar la patología padecida por el usuario y toda aquella información relevante a esta. Además, en esta instancia, el usuario podrá configurar todas las actividades (con horarios, fecha y lugar) que forman parte de su tratamiento médico -con posibilidad de realizar cambios posteriores, si así lo desea- y precisar detalles como, por ejemplo, los diferentes tipos de medicación que toma. De esta manera, el acompañante del paciente, registrado en Mi tratamiento, recibirá notificaciones con actualizaciones sobre qué actividades realizó, cuáles le faltan y qué eventos importantes se aproximan (como una consulta médica o estudio).

C. Chequeos anímicos

Por otro lado, es importante llevar un control de los distintos estados de ánimos y cambios en el humor del paciente a lo largo de su enfermedad. Esto permitirá ver, en un determinado lapso de tiempo, qué emociones predominan y, de esta manera, actuar en consecuencia ya que la familia podrá estar al tanto de esto y comunicárselo a los profesionales correspondientes. De este modo, el tratamiento se vuelve mucho más holístico debido a que no solo ataca la enfermedad base del paciente, sino que tiene en cuenta la salud mental de este, la cual influye en la mejoría del paciente.



Figura 6: home.

Figura 7: situación luego de presionar el botón de cara feliz en el *navbar*.

Figura 8: situación luego de presionar en algunas de las emociones.

Al igual que el caso de la sección de turnos, a la sección de estado anímico también se puede acceder desde el *navbar*, apretando el icono de cara feliz. Allí, el usuario seleccionará la emoción con la que más se identifica en el momento. Luego, la aplicación lo dirigirá a la siguiente pantalla dónde podrá observar recomendaciones, realizadas desde Mi tratamiento, para sobrellevar o estimular -dependiendo de cada caso- la emoción transitada en ese momento. Cabe aclarar que dichas recomendaciones no suponen un reemplazo de un especialista de la salud mental, al cual debe acudir en todo momento ante cualquier duda. Asimismo, en la pantalla de la emoción seleccionada se podrá observar un botón que dice “Ver historial anímico”, este mostraría un gráfico donde se ve el estado anímico general del usuario a lo largo del tiempo y sus fluctuaciones. Retomando lo hablado en el apartado anterior, -acompañamiento familiar- el estado anímico también se comparte (diariamente) con el acompañante registrado en la aplicación. También, se le notificará inmediatamente al familiar/amigo ante cualquier anomalía como, por ejemplo, variaciones drásticas en el ánimo del enfermo.

D. Comunidad

Hoy en día existen grupos de apoyo en donde personas con patologías similares se reúnen a contar su experiencia y sus vivencias, como los promovidos por la fundación ACIAPPO para transitar el cáncer. Mi tratamiento propone un espacio de intercambio dentro de la misma app. Este, es una pieza más, y de suma importancia, dentro de este ecosistema que plantea un acompañamiento integral. Parte de dicho acompañamiento es que el enfermo pueda interactuar con individuos con patologías similares a la suya. Esto resulta beneficioso, debido a que el intercambio entre pacientes con experiencias parecidas genera un espacio de apoyo y confort, el cual los participantes logran sentirse comprendidos entre sí. Dentro de este, los individuos no solo obtienen aliento emocional, sino también información clave respecto a la patología otorgada por otros pacientes.

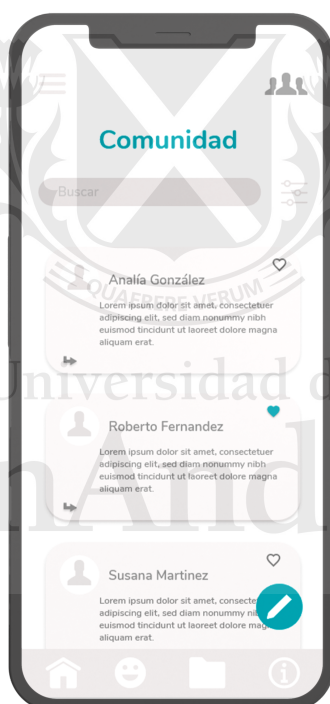


Figura 9: sección comunidad (botón esquina superior izquierda).

La sección de Comunidad tiene su botón para acceder en la esquina superior derecha y los usuarios podrán ingresar desde cualquier parte de la aplicación. En este lugar el paciente puede leer comentarios realizados por otros usuarios con enfermedades crónicas. A través de un sistema de filtros, el enfermo puede seleccionar si quiere leer a personas con patologías diferentes o con la misma patología que la de él. También, podrá buscar mensajes y personas a través de palabras mediante la barra buscadora. Por otro lado, si hablamos sobre los comentarios hechos por otras

personas, el paciente puede otorgar “me gusta” a dichos comentarios y destacarlos -presionando el pequeño corazón celeste-; también puede responder los comentarios seleccionando la pequeña flecha ubicada en la esquina inferior izquierda de cada recuadro de texto. Por último, el propio usuario podrá dejar comentarios en la sección Comunidad utilizando el botón celeste con un pequeño lápiz, ubicado abajo a la derecha de la pantalla.

E. Recordatorios y agilización de trámites

Parte del acompañamiento integral que realiza Mi tratamiento es el buscar agilizar y facilitar, al máximo posible, el día a día y rutina del paciente. Es por esto que la aplicación brinda recordatorios sobre las actividades claves que tiene que llevar a cabo el paciente para un tratamiento médico exitoso. Si observamos el home podemos ver -luego del saludo- las “próximas actividades”, seleccionando allí podremos ver todo el cronograma de actividades del día, mes y año del paciente. Siguiendo con esta línea, a través de un globo de diálogo, Mi tratamiento mostrará la actividad siguiente más próxima junto con un reloj en cuenta regresiva.

Asimismo, la aplicación lleva un registro de las tareas y actividades realizadas, “premiando” al usuario cuantas más actividades consecutivas haga. Además, el usuario tendrá un racha de tratamiento, la cual mantendrá óptima mientras que cumpla con todas las obligaciones de su tratamiento médico. Mi tratamiento utiliza el concepto de gamificación dentro de su interfaz, ya que esto vuelve la experiencia más entretenida y otorga objetivos que el usuario debe ir cumpliendo, de esta manera, este se ve estimulado.

Por otro lado, en la sección “Mis trámites” -la cual se accede, como se mencionó anteriormente, desde el *navbar* presionando el icono de carpeta- el paciente podrá llevar, de manera más organizada, todos sus trámites y papeles correspondientes al tratamiento médico que está realizando. Esto facilita la rutina diaria del paciente, la movilidad y la comodidad. Aquí el usuario contará con un calendario para anotar todos los eventos y actividades que debe realizar; también, podrá gestionar y almacenar sus recetas de medicamentos de manera virtual; además, podrá acceder a sus estudios médicos realizados previamente más fácilmente; por último, tendrá almacenada su historia clínica, lo que facilita también las consultas con los médicos.

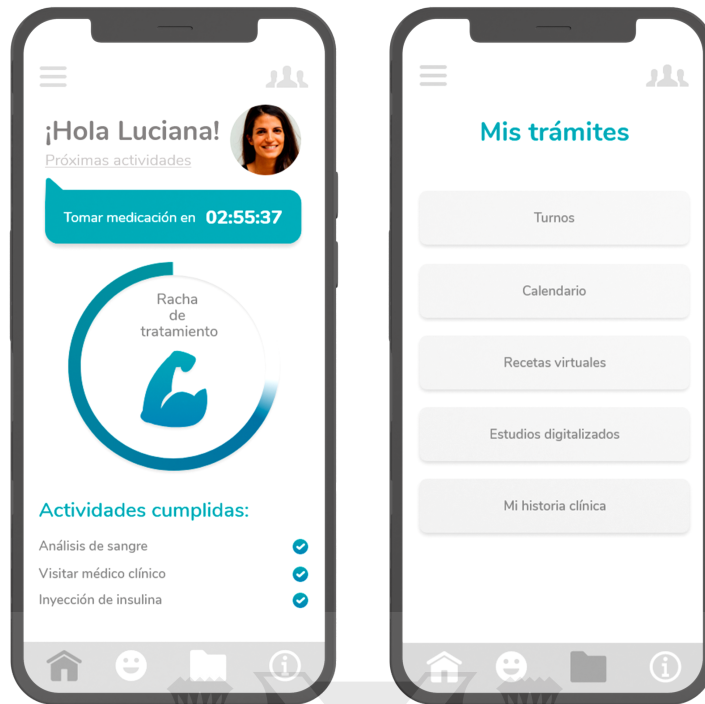


Figura 10: home.

Figura 11: sección trámites.

V. CONCLUSIONES

En el Trabajo Final de Graduación Escrito se presentaron las distintas instancias de una propuesta de diseño que apunta a resolver problemas centrales en la atención a la salud pública en la Ciudad de Buenos Aires. La primera de estas instancias se identifica como la introducción, aquí se presentó la temática central a tratar: la experiencia -en relación a la obtención de turnos- que tienen los pacientes con patologías crónicas en la salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Vale la pena aclarar que el trabajo se desarrolla a partir de los conocimientos propios del Diseño como disciplina, cuyo enfoque apunta a investigar y examinar la situación actual en la que se encuentran los usuarios para poder entender y empatizar con su experiencia; luego, detectar los puntos de dolor y, a partir de estos, poder encontrar hallazgos e insights que nos permitirán elaborar una mejora para incrementar la calidad de vida de los usuarios.

En segundo lugar, se formuló el apartado de investigación. Allí se pudo dar cuenta de todo el proceso de exploración donde se indagó acerca de la situación actual en la que se encuentra la salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para esta sección -realizada de manera grupal- se utilizaron diferentes herramientas metodológicas que permitieron recolectar datos y testimonios. Dichas herramientas fueron desk research, observación participante, escucha activa y entrevistas a los distintos actores que forman parte del sistema de salud. Dentro del desk research, se profundizó en la situación actual de la asistencia médica, clarificando cuál es el espectro del problema y explicitando que son y función cumplen los CeSACs en el sistema de salud de CABA; también, se habló sobre el panorama mundial, indagando en los sistemas de salud en las diferentes partes del mundo y qué tecnologías se utilizan en el exterior para agilizar y optimizar la salud. Por otro lado, la observación participante permitió comprender desde adentro la situación de la salud pública en CABA, ya que se pudieron contemplar los diferentes espacios y dinámicas que se desarrollan en los distintos hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs); esta herramienta también posibilitó que se pudiese ver las conductas de los diferentes actores (personal administrativo, profesionales de la salud y pacientes) y el funcionamiento de las instalaciones. La escucha activa también fue clave debido a que gracias a esta pudimos entender, casi de primera mano, las vivencias de los usuarios, sus opiniones y sus emociones; de igual forma, pudimos informarnos sobre las principales consultas, inquietudes y quejas que realizan los individuos en las instituciones de salud. Asimismo, las entrevistas realizadas (a través de plataformas como *Zoom*, *Google Meet* y *WhatsApp*) fueron hechas tanto a pacientes/usuarios de hospitales y centros médicos, como a profesionales de la salud (médicos, enfermeros o licenciados); las entrevistas dieron la posibilidad de tener una charla

profunda sobre lo que experimentan estos actores en su día a día dentro del sistema de salud público de CABA; y de este modo, se pudo recolectar datos y testimonios de manera más precisa.

En tercer lugar, se procedió a desarrollar el apartado de la oportunidad, realizado de manera individual. Allí se explicitó el recorte realizado de la temática de la salud pública de CABA. Se definió y especificó qué problemática se va atacar basado en los insights obtenidos de la investigación. El trabajo se enfocó en la obtención de turnos médicos que necesitan los pacientes con enfermedades crónicas. La relevancia de este recorte surge a partir de la dificultad que supone conseguir turnos ágilmente y en un tiempo cercano en el sistema de salud público, lo que para pacientes con patologías crónicas significa algo de riesgo, ya que necesitan de la atención de diferentes especialidades médicas para tratar la dolencia con la cual conviven. Asimismo, se decidió ir más allá dentro de la experiencia que viven los pacientes en tratamiento médico y, de este modo, contemplar otros aspectos a tratar dentro de la futura solución, tales como: la situación del entorno familiar y social, la salud mental y psíquica del paciente crónico, y la rutina diaria que posee dicho individuo.

En cuarto lugar, se explicita la sección de sistema solución, donde se describe la solución propuesta para resolver la problemática planteada en el apartado de la oportunidad que, a su vez, nace de la investigación. Este trabajo presenta una solución que toma forma de aplicación móvil (para *smartphones*) llamada Mi tratamiento. Esta plantea realizar un acompañamiento integral al paciente con una patología crónica y su función principal es que este pueda obtener turnos médicos con diferentes especialistas (para tratar su patología) de manera más ágil, ya que se prioriza a estos pacientes. Sin embargo, como se adelantó en el párrafo anterior, la experiencia de un paciente crónico va más allá de la dificultad de conseguir turnos. Es por eso que, por un lado, Mi tratamiento busca incluir al círculo familiar dentro del proceso de enfermedad del paciente, gracias a un funcionalidad que permite incorporar el mail o número de celular de un familiar (o amigo) para que este reciba actualizaciones diarias del estado del paciente. Por otro lado, esta aplicación móvil permitirá llevar un registro de los estados anímicos del individuo, realizando chequeos diarios (o cada una determinada cantidad de horas, según se configure); de esta manera, se puede ver las fluctuaciones anímicas a lo largo del tiempo, lo que permitirá accionar ante cualquier anomalía. También, Mi tratamiento brinda un espacio de comunidad, donde el paciente podrá interactuar con otros pacientes que sufren las mismas patologías; esto permite generar un espacio de contención donde el individuo puede intercambiar experiencias, resolver inquietudes y generar nuevos vínculos. Vale mencionar que el presente Trabajo Final de Grado recopila y pone en evidencia los diferentes y diversos conocimientos adquiridos a lo largo de la Licenciatura en Diseño dictada por la Universidad

de San Andrés. Cada materia transitada realizó aportes -directa o indirectamente- a la formación personal como futura profesional en el ámbito del Diseño y, en consecuencia, esto se ve plasmado en el actual escrito. Si nos remontamos al comienzo de la carrera, el Ciclo de fundamentos estableció los cimientos sobre los cuales, posteriormente, se construyó el resto de la formación profesional. Este, al contemplar materias como Administración, Economía, Literatura, Artes, Sociología, Filosofía, Escritura y Oratoria, Programación, entre otras, brindó una gran diversidad de conocimientos de distintas áreas. De este modo, mi perfil como futura Diseñadora se ve sumamente enriquecido al contar con nociones de otras disciplinas diferentes a las del Diseño, pero que indefectiblemente se relacionan con este. Por otro lado, si hablamos de las materias específicas de la Licenciatura en Diseño, no podemos negar que cada una de ellas suponen un impacto en mi formación.

Particularmente en este trabajo, podemos vislumbrar los conocimientos adquiridos en las materias de Diseño de información (profesores: Nicolás Jaureguiberry, Nicolás Rodríguez, Pablo Fernández Vallejo y Vanina Ogueta), Taller de narrativas (Guadalupe Nogués, Juan Manuel Garrido y Lorena Moscovich), Usabilidad y factores humanos (Pablo Mesia Blanco), Taller de entornos complejos (Alejandro Mashad y Vera Kade), Etnografía y diseño (María Luz Espiro) y, por supuesto, el Taller de graduación (Beatriz Sauret y Pablo Fernández Vallejo). Cada una de estas materias, brindaron diversos conocimientos y herramientas, ya sea a plasmar datos e información utilizando el pensamiento de diseño; a pensar y abordar *Wicked problems* (problemas complejos) y tener la capacidad de narrar y contar un proyecto utilizando diferentes herramientas y estructuras de manera estratégica; a mapear la experiencias que tienen los usuarios respecto a un determinado producto o servicio; a innovar en el mercado partiendo de una necesidad no satisfecha; o a ser capaces de observar, describir e interpretar fenómenos sociales dentro de una determinada cultura. Asimismo, me gustaría destacar especialmente a los previamente mencionados Beatriz Sauret y Pablo Fernández Vallejo y, además, a Veronica Devalle. Gracias a ellos fue posible la realización del presente trabajo final de grado, sus tutorías, buena predisposición y apoyo en todo momento enriquecieron el trabajo en su totalidad -tanto a nivel escrito como proyectual-.

La enumeración realizada en el párrafo anterior, es solo una porción de todos los saberes obtenidos a lo largo de cuatro años en la Universidad de San Andrés y sería imposible poder detallar en profundidad la inmensidad de aportes recibidos. Se considera de suma importancia destacar, también, otras materias que tuvieron profundo impacto en perfil como futura profesional, tales como: Taller de interacción (Gaspar Libedinsky y Alex Blanch), Taller de sustentabilidad (Beatriz Sauret y Silvio Tinello), Arte Contemporáneo, Medios y Diseño Expandido (Gabriel Boschi, Jorge La Ferla, Mariel Szlifman, Ramino Díaz), Taller de Mercado (Diego Giaccone y Julio Ferro), Diseño de

objetos conectados (Cristian Reynaga e Iván Fardjoume) y Taller de Portafolio (Ezequiel Cafaro y Natalia Pano). Considero que tanto las mencionadas materias, como sus docentes, moldearon y enriquecieron mi manera de pensar el Diseño y me desafiaron, al mismo tiempo, a repensarla constantemente. También, tuvieron que ver, a la hora de pensar qué tipo de diseñadora quiero ser en el futuro y en qué áreas me gustaría desempeñarme. Asimismo, es válido resaltar que la Licenciatura en Diseño de la Universidad de San Andrés fomenta el pensamiento crítico, nos invita a reflexionar y a desafiar las distintas ideas y conceptos que se nos proponen.



VI. ANEXOS

Anexo 1: encuestas y censos realizados en el trabajo de campo:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1WbwkWzEoUTU2sQC00iK_aPbob0VkGwmX/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true

Anexo 2: Observaciones hospital Rivadavia:

<https://docs.google.com/document/d/1C5u7lrHYiiFbi122rFOhJ3qiH3PWE9-U/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>

Anexo 3: entrevistas a médicos y pacientes:

Médicos










1. https://docs.google.com/document/d/1KgElmtZW8CG0EMbzmKa_2kMF3h6hQyzc/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true
2. <https://docs.google.com/document/d/14OxKo-vAM1ARUTtkz93T8dXFcYj9qw0k/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>
3. <https://docs.google.com/document/d/10WmgZiiVyijVeFdEyU5cewEIJ9p7UhH/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>

Pacientes

1. <https://docs.google.com/document/d/1gQ-6FkAnRONHI9nwDRHubeMAbnfUjhjG/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>
2. https://docs.google.com/document/d/1lRF1e_YEcsAcoyHT_LQP2VR7awKbDqkj/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true
3. <https://docs.google.com/document/d/1Az-oLkpvcm5aytKF18SxCZwjlgoG0DH7/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>
4. <https://docs.google.com/document/d/1xji04gQUyyT9OHNKHWiULZ4LNkK9LyKU/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>
5. <https://docs.google.com/document/d/1qn8RGpWp5S8jXTE7vYiT-AbSVxT-VSjz/edit?usp=sharing&oid=114763012548266300535&rtpof=true&sd=true>

Anexo 4: journey map de una persona en tratamiento médico.

JOURNEY MAP

Etapas	Casa		Hospital			Casa			
Pasos	1. Despierta	2. Check	3. Llegada	4. Espera	5. Recepción	6. Regreso	7. Sentimientos	8. Familia	9. Charla
¿Qué hace?	Se despierta en la madrugada para ser de los primeros en llegar al hospital.	Chequea que no le falte ningún papel ni orden para poder conseguir el turno.	El paciente llega al hospital o centro médico y ya hay gente, por lo tanto, debe esperar.	El paciente sigue esperando a que sea llegue su momento, mientras tanto observa a personas que tocen, estornudan y poseen otras patologías a su alrededor.	Finalmente es atendido en la recepción y puede conseguir solo algunos de los turnos que tenía que sacar.	El paciente llega a su casa cansado después de realizar los trámites en el centro médico y olvida tomarse su medicación.	El paciente no sabe que hacer con sus sentimientos, lo cual lo frustra aún más.	El paciente les cuenta algunas cosas de su estado a sus familiares, pero estos no lo pueden ayudar porque no tienen toda la información.	También, el paciente se siente poco comprendido por sus familiares a la hora de hablar de sus síntomas y sentimientos.
Pains	Es muy temprano y no puede descansar lo suficiente.	Es un lío tener ordenados todos los papeles, ordenes, trámites, estudios y turnos para que no falte ninguno.	Debe esperar un buen rato porque ya tiene varias personas adelante.	El paciente tiene miedo de contagiarse otra enfermedad en el largo rato que espera.	Le faltaron turnos por sacar porque ya se habían agotado.	Puede ser peligroso para su patología olvidar de tomarse la medicación.	No sabe como canalizar la frustración y angustia que siente.	Los familiares no pueden involucrarse completamente en el proceso de enfermedad del paciente.	Al paciente le falta hablar con alguien que este pasando lo mismo que él.
Gains								La familia busca involucrarse en el proceso de enfermedad del paciente.	
Sentimientos									



VII. BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Arévalo, Julio & Mirón-Canelo, José Antonio. (2017). Aplicaciones móviles en salud: potencial, normas de seguridad y regulación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud* , 28 (3)
Recuperado el 20 de julio de 2022, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132017000300005&lng=en&tlng=pt.

Ardila, E. (mayo de 2018). *Las enfermedades crónicas*. Biomédica.
<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016#info>

Azzollini, S. C., Bail Pupko, V., & Vidal, V. A. (2011). Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de investigaciones*, 18, 323-330.

Bautista, C., García, A., Martínez, A., Pérez, T., Prieto, M., & Ramírez, E. (2001). Sentimiento y expectativas del paciente oncológico. *Avances en Enfermería*, 19(2). Recuperado a partir de
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/69247>

Clinic Cloud by Doctoralia. (14 de mayo de 2020). ¿Cuál es la mejor sanidad pública del mundo según la OMS? <https://clinic-cloud.com/blog/cual-es-la-mejor-sanidad-publica-del-mundo-segun-oms/>

Compu Group Medical, (<https://www.cgm.com>)

Doctolib, aplicación móvil de telemedicina (<https://www.doctolib.fr>)

Dolado Martín, C., Berlanga-Fernández, S., Fabrellas i Padrès, N., & Galimany Masclans, J. (2017). Uso de aplicaciones móviles de salud en usuarios de Atención Primaria. *ROL. Revista Española de Enfermería*, 2017, vol. 40, num. 2, p. 16-21.

El coronavirus impulsa el boom de la telemedicina en el mundo. (16 de marzo de 2020). *La Nación: El Mundo*.
<https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/el-coronavirus-impulsa-boom-telemedicina-mundo-nid2343809/>.

Gimeno Marco, F. (2021). Evaluación de la adherencia a conductas de salud en patologías crónicas desde una perspectiva multidisciplinar: Revisión sistemática.

González, J. I. N., & Morales, B. F. (2015). Comunicación, Salud y tecnología: mHealth. *Revista de comunicación y salud*, 5, 149-158.

Grupos de autoayuda para pacientes oncológicos promovidos por la fundación ACIAPO (<https://fundacionaciapo.org.ar/#!/-asistencia-social/?ancla=5>)

Ivanovic, I. (2020). Patologías crónicas, depresión y adherencia a tratamientos y controles de salud. *Revista Confluencia*, 2(1), 114-117.

Kry, aplicación móvil de telemedicina (<https://www.kry.se/en/>)

Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de salud pública*, 37, 488-499.

MedlinePlus. (5 de octubre de 2020). *Trastorno de adaptación*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000932.htm#:~:text=Es%20un%20grupo%20de%20s%C3%ADntomas,episodio%20estresante%20en%20la%20vida>

Omnidoctor, empresa de telemedicina española (<https://omnidocor.com>)

Push Doctor, aplicación móvil de videoconsultas (<https://www.pushdoctor.co.uk>)

Sala, Viviana. (2002). La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31 (3), 225-236. Recuperado el 17 de julio de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000300004&lng=en&tlng=es.