

# Codiseño para mejorar la *Manuel Martínez Torán* atención a los pacientes en *Rafael Armero* el sistema de salud español, partiendo de herramientas de diseño de servicios

Recibido: 16.09.2019

Aceptado: 17.10.2019

Publicado: 20.12.2019

Cómo citar este artículo:

Martínez Torán, M., Armero, R., 2019. Codiseño para mejorar la atención a los pacientes en el sistema de salud español, partiendo de herramientas de diseño de servicios. *Inmaterial. Diseño, Arte y Sociedad*. 4(8), pp. 79-101



## Resumen

La aportación tiene como objetivo ver los resultados de la aplicación de herramientas de service design (diseño de servicios) y cómo estos pueden orientar el reto de la atención al paciente del sistema sanitario español a partir de grupos interdisciplinares, aprovechando un encuentro sobre salud. En este acontecimiento, participaron grupos de médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, auxiliares, celadores, administrativos y responsables de gestión de los centros, en todo tipo de asistencia primaria y hospitalaria, incluida la domiciliar. Asimismo, participaron pacientes, cuidadores y asociaciones de pacientes, de las que también los familiares forman parte. Tal y como Bate y Robert proponen, se trata de codiseñar los servicios con el paciente, de orientarlo gracias al diseño participativo y de tener en cuenta el diseño centrado en las personas; todo ello como prácticas relevantes y con un principio común de compromiso con la participación directa de los usuarios en el diseño de sus propias experiencias.

### Palabras clave

*salud, codiseño, design thinking, cocreación, innovación, service design.*

## Abstract

The contribution aims to see the results of the application of service design tools, and how they can guide the challenge of patient care in the Spanish health system from interdisciplinary groups, taking advantage of a meeting on health. This event was attended by: groups of doctors, nurses, physiotherapists, psychologists, assistants, caretakers, administrative staff and those responsible for the management of the centers, in all types of primary and hospital care, including at home. But there is also the participation of patients, carers or patient associations, which include family members. As Bate and Robert propose, it is a matter of codesigning services with the patient, orienting them through participatory design and taking into account people-centred design as relevant practices, and with a common principle of engagement with the direct participation of users in the design of their own experiences.

### Keywords

*health, codesign, design thinking, cocreation, innovation, service design.*

## Introducción

La necesidad de involucrar a los usuarios de servicios en el desarrollo de estos es cada vez más aceptada en el trabajo de las ONG y del sector público, pero, aunque muchas organizaciones aceptan esta integración, la práctica no se lleva a cabo correctamente en el sector terciario (Warwick, 2011).

Tradicionalmente, el diseño ha sido visto solo como una actividad profesional y empresarial, y su actuación se ha centrado básicamente en el ámbito del producto y del gráfico, entre otros aspectos más tangibles. Sin embargo, a medida que la disciplina se ido expandiendo en los últimos veinte años, ha ido abordando las cuestiones sociales dentro de un contexto de servicios. Muchas veces ha creado sistemas y servicios para ayudar a personas y a la sociedad, en lugar de obtener ganancias comerciales (Parker, 2010). Los éxitos de los programas que utilizan el diseño para abordar los desafíos sociales, como los que pudieron ser llevados a cabo por el Consejo de Diseño (Design Council) en Inglaterra, el evento Dott 07 (Thackara, 2007) y el proyecto *Public Services by Design* (Unión Europea, 2010), han demostrado, más allá del trabajo del D.School de Stanford, que el *design thinking* puede hacer una valiosa contribución para ayudar a abordar retos sociales y económicos actuales (Schaeper *et al.*, 2009).

En el contexto de las cuestiones sociales, se ha dicho que la visión de un tema desde la perspectiva del diseño sirve para superar la brecha entre el pensamiento deductivo y el inductivo (Martin, 2009). Al buscar activamente nuevas oportunidades, desafiar las explicaciones aceptadas e inferir nuevas posibilidades, pensar como diseñador puede ayudar a visualizar nuevas formas de abordar problemas bien establecidos. La adopción de esta perspectiva creativa se ha denominado “*design thinking*” (pensamiento de diseño), siendo Brown quien mejor la define: “Una disciplina que utiliza la sensibilidad y los métodos del diseñador para hacer coincidir las necesidades de las personas con lo que es tecnológicamente factible y con lo que una estrategia viable de negocios puede convertir en valor para el cliente y en una oportunidad de mercado” (Brown, 2009).

Estudios recientes de tipo académico o promovidos por organismos gubernamentales han sugerido que el pensamiento de diseño tiene “el poder de estimular o impulsar la innovación y transformar las organizaciones e incluso las sociedades” (Kimbell, 2011). Esto se ha demostrado, sobre todo, en el sector público, donde existen varios ejemplos documentados de cómo se han aplicado los métodos de pensamiento de diseño y cómo se pueden mejorar los servicios de salud a través de ellos. Distintos autores (Schaeper *et al.*,

2009; Lee, 2011; Sangiorgi, 2011, y Carr, 2009) describen su éxito con el enfoque de diseño de servicios dentro del sistema sanitario de salud, destacando el modelo anglosajón, y citando distintos ejemplos que evidencian que las herramientas de *service design* pueden aportar una nueva perspectiva a problemas preexistentes (Schaeper *et al.*, 2009).

Alrededor del servicio, se han propuesto nuevas ideas que lo presentan con una perspectiva más relacional, interactiva y cocreativa (Vargo, 2009). Siguiendo esta línea de pensamiento, el servicio ha sido valorado dentro de un “cambio socioeconómico” (Aubert-Gamet y Cova, 1999), como “cocreación de valor” (Prahalad y Ramaswamy, 2004; Vargo y Akaka, 2009; Vargo y Lusch, 2004) y teniendo en cuenta los “procesos entre diferentes actores” (Holmlid, 2009; Vargo y Lusch, 2011).

El diseño de servicios requiere esa visión más amplia que abarca también las relaciones centradas en las personas (Hultgren y Goldkuhl, 2013), donde se crea la necesidad de un compromiso con las prácticas de los actores que intervienen en el servicio (Kimbell, 2011). Estos no son meros productores y receptores de servicios, sino que hay que reconocerlos como integradores de recursos en el entorno y, por lo tanto, todos ellos pueden aportar perspectivas que son muy útiles para el rediseño del servicio o las necesidades de crear valor (Lusch y Nambisan, 2015).

Esta relación, según Cottam y Leadbeater (2004), “no es soólo una cuestión de una consulta formal en la que los profesionales dan a los usuarios la oportunidad de expresar sus puntos de vista sobre un número limitado de alternativas”, sino “un proceso más creativo e interactivo que desafía las opiniones de todas las partes y busca combinar la experiencia profesional y local de nuevas maneras”, donde el diseño del servicio pasa por ciclos iterativos de aprendizaje (Saco y Gonçalves, 2008) y requiere la participación de los usuarios (Alam, 2002). Durante los ciclos de aprendizaje, las restricciones existentes deben ser investigadas para identificar oportunidades (Vandenbosch y Gallagher, 2004), de tal forma que, si se consiguen abarcar esas restricciones, puede permitirse “inventar de manera oportuna nuevos y valiosos elementos en el diseño” (Boland *et al.*, 2008).

Se ha demostrado que la participación de las partes interesadas es un componente beneficioso del diseño de los servicios, que conduce a la innovación, a estar más cerca de las necesidades de los usuarios y a desarrollar experiencias de servicio mejoradas (Steen, Manschot y De Koning, 2011). Sin embargo, los beneficios pueden ser aún más potentes. Sangiorgi (2011) sostiene que el diseño de servicios está evolucionando hasta convertirse en una forma de

diseño que proporciona no solo cambios en el servicio, sino también una mayor capacidad y recursos de apoyo para que las organizaciones y las comunidades impulsen distintas formas de cambio. Más concretamente, habla de que el diseño de servicios se convierte en “un motor para transformaciones sociales más amplias”. Autores como Manzini y Rizzo (2011) también han argumentado que las iniciativas de integrar el que se denomina ya “diseño participativo” (de aquí en adelante, DP) pueden contribuir a visiones más amplias de la transformación social.

Como sostienen Winschiers-Theophilus, Bidwell y Blake (2012), los métodos y prácticas de DP deben adaptarse siempre al entorno cultural en el que se aplican, y los servicios de salud en general (y los hospitales del sistema de salud en particular) tienen atributos sociales, culturales y económicos distintivos. Las características que los hacen particulares, según ellos, son las jerarquías profesionales entre los colectivos sanitarios, altos grados de especialización que pueden conducir a no trabajar bien de forma colaborativa y una aversión (comprensible) a los cambios y riesgos que ello implica.

El Instituto para la Innovación y Mejoramiento del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (National Health Service, NHS), en colaboración con investigadores académicos, desarrolló una herramienta de trabajo denominada “diseño basado en la experiencia” (EBD, por sus siglas en inglés), que se fundamenta en los métodos establecidos de mejora de servicios dentro del NHS (2004), y que ha recibido el reconocimiento de los del propio sistema sanitario y está siendo ampliamente promovido dentro de la organización, tal y como referencian ya —y participan— Bate y Robert (2007). Esta herramienta ha servido de base, mejorando sus fortalezas y subsanando debilidades, para desarrollar posteriormente (2010) un método más específico, conocido como “*user-centred healthcare design*” (UCHD).

En este artículo exploramos las experiencias de otras partes interesadas en el mismo proyecto de mejora de servicios para enriquecer nuestra comprensión y desarrollar una evaluación más clara de las fortalezas, debilidades, barreras y facilitadores, como cuando se utiliza el EBD. Con esta evaluación pretendemos la creación de métodos que se implementen en un programa de investigación más amplio. Nuestro objetivo en este artículo es explorar cómo el proyecto revela temas de mayor relevancia a través del diseño participativo de servicios de salud, así como sugerir tácticas generales para tratarlos.

La herramienta EBD está estructurada como un proceso de cuatro fases, donde pacientes, cuidadores y personal sanitario interpretan y luego discuten sus experiencias vividas en distintas áreas de salud, tratando de mejorar

el servicio para, más tarde, medir los efectos de estos cambios (Bate y Robert, 2007; NHS Institute for Innovation and Improvement, 2012; Bowen, 2013; Wolstenholme et al., 2017). El EBD se presenta de tal manera que el personal sanitario puede dirigir el proceso sin diseñadores profesionales, con unos recursos impresos que le proporcionan métodos y materiales para trabajar cada fase:

— En la fase de captura (o descubrimiento), se anima a los participantes a grabar sus historias personales sobre el uso de los servicios, y después el personal y los pacientes participan en eventos separados para compartirlas.

— La segunda etapa pasa por entender (o interpretar) dicha experiencia. Para lograrlo, se recomiendan tres técnicas clave estrechamente vinculadas, de modo que una conduce naturalmente a la otra: identificar la experiencia, localizar los “puntos de contacto” y mapear las emociones. El diseño basado en la experiencia se fundamenta en considerar esos “momentos de compromiso” (como puntos de contacto) entre las personas y el servicio, y tener en cuenta los recuerdos que estos momentos crean.

— La tercera fase consiste en mejorar la experiencia, involucrando a pacientes, cuidadores y personal del hospital creando equipos de codiseño, trabajando sobre las acciones necesarias y el impacto deseado, utilizando herramientas y técnicas de mejora para explorar e implementar mejoras de servicio en diferentes áreas. Sin embargo, en este caso detectamos pocos métodos específicos para hacerlo, usando una hoja de trabajo, con unas “reglas básicas”, para animar a los participantes a identificar que parecen producir experiencias positivas en el servicio que los atiende, o en otros servicios. Las tarjetas con datos de apoyo o recordatorios y las hojas de registro, también se usan para anotar sugerencias y acciones específicas.

— La cuarta y última etapa del proceso es la de utilizar herramientas que nos permitan medir o reflejar, con algún tipo de indicadores, los *insights* que se han experimentado o prototipado. Ya sea reflejándolos con un *blueprint* o analizándolos tras haber grabado la experiencia en vídeo, se trata siempre de instrumentos con los que ilustrar el impacto o las consideraciones que nos podrán permitir tomar la decisión de implantar o no determinadas medidas. Como este es un proceso iterativo, si no se ven con claridad, podemos volver a empezar en algún punto de las etapas anteriores.

El marco crítico para las actividades de Salud ON Me también se construyó alrededor de los cinco pasos principales del modelo de “investigación cíclica” (Bruce, 2003), basado en el proceso de “preguntar, investigar, crear, discutir

y reflexionar”. Parece que las actividades de aprendizaje colaborativo fundamentadas en la investigación y el diseño tuvieron un impacto significativo en las habilidades de inferencia de los participantes del proyecto.

Esta cocreación que incentiva el diseño es la fuerza impulsora de la innovación tecnológica, científica y cultural (De Buissonjé *et al.*, 2017). Dada la importancia de la creatividad y la innovación tanto a nivel individual como al de la sociedad, no es de extrañar que investigadores y profesionales inviertan esfuerzos considerables en la comprensión y la mejora de la creatividad, en este caso poniendo el diseño de servicios en valor, y en que esta primera investigación realizada en España pueda aportar al sistema de salud español pilares sobre los que rediseñar su futuro.

## Método

### *Participantes*

Para conseguir este objetivo, el pasado 11 de noviembre de 2016, con motivo de la celebración de la primera edición del evento Salud ON Me<sup>1</sup> en Valencia, un grupo de doscientas personas (número de asistentes registrados al evento), llevó a cabo una dinámica de trabajo, aplicando herramientas basadas en la metodología del *design thinking*, con el reto de aportar mejoras en la atención a pacientes. Durante dos horas, profesionales sanitarios, investigadores, pacientes y estudiantes, divididos en grupos de veinte personas, debatieron sobre nuevas propuestas para una mejor asistencia sanitaria. A continuación, exponemos las diez principales ideas con la intención de darlas a conocer en este artículo de investigación.

### *Recursos*

Marcamos un reto que explicamos o tenemos por escrito. Se formuló con una pregunta que nos interesaba pudieran abordar todos los agentes convocados: “¿Qué mejorarías del actual sistema de atención a los pacientes en nuestro sistema de salud?”

Utilizamos una técnica sencilla, basada en un diagrama de afinidad que intenta dar respuesta o encontrar la mejor solución al reto de la forma más ágil. Se trata de un método de categorización de la información creado por el antropólogo japonés Kawakita Jiro en la década de 1960, denominado “método KJ” o “Team Kawakita Jiro” (TKJ), y mediante el cual se clasifican varios conceptos en diversas categorías y se agrupan los elementos que estén relacionados entre sí. Esta técnica, muchas veces asociada al formato Metaplan, es utilizada tanto en la motivación de equipos de trabajo (Palomo, 2013) como

<sup>1</sup> Salud ON Me es un proyecto de divulgación realizado en 2016, basado en un evento orientado en el sector de la salud, organizado, dirigido y promovido por la empresa de creación de contenidos Periodistas 360°, con sede y razón social en Valencia.

en calidad de método de apoyo al descubrimiento o interpretación en diseño (Hanington y Martin, 2012), y también en alguna propuesta de *service design* relacionada con la salud (Rodríguez Sánchez *et al.*, 2016).

Formamos grupos de ocho a veinte personas con la intención de que cada voluntario (que teníamos gracias a la implicación de socios de la Asociación de Diseñadores de la Comunidad Valenciana) realizara un trabajo de *coaching* o facilitador que estimulara a los miembros del equipo para aportar ideas y organizarlos.

#### *Procedimiento*

El primer paso fue agrupar en diferentes equipos a los asistentes al encuentro Salud ON Me, aprovechando el momento del *networking* a la hora de la comida, una vez terminada la sesión de las ponencias de la mañana. Desde la organización, se intentó que los grupos fueran lo más interdisciplinarios posible (previamente, durante la acreditación, se concedió un color y grupo a cada participante, lo cual permitió luego la identificación por salas).

Estas salas estaban situadas en dos zonas (divididas en distintos grupos) en las inmediaciones del salón de congresos. Allí se convino que habría un voluntario esperando en cada sala a los asistentes allí destinados. La otra mitad de voluntarios invitaría a participar a los asistentes y los guiaría hacia las zonas donde se encontraban las salas.



Fig. 1. Inicio de la sesión creativa de uno de los grupos (congreso Salud ON Me). Imagen: @ Sergio Arias.

El segundo paso fue el inicio de la sesión creativa, en el que cada miembro del grupo se presentó para, así, poder conocerse rápidamente entre ellos. De esta forma, todos podíamos identificar los nombres de pila (bien con un pósito o la misma acreditación). Aparte del nombre, convenía definir de dónde venían (empresa, institución, centro, asociación o particular) y cuál había sido su interés por asistir a la jornada.

El tercer paso fue recordar la pregunta del reto y colocarla en un panel que se había pegado verticalmente en una parte de la sala, cómoda, para que todos pudieran alcanzarlo a la hora de pegar pósitos (tarjetas) o escribirlo o rayarlo. Esta primera tarjeta se dispuso en una de las esquinas del panel (un canvas que se suministró ploteado por la organización).

El cuarto paso consistió en que todos dispusieran de un pequeño bloque de tarjetas y que, en cinco minutos de *brainstorming*, contestasen con palabras o frases cortas (o, incluso, con elementos gráficos que respondieran a un concepto que expresar) a las tres preguntas que ayudarían a ordenar las ideas a todos inicialmente. Estas eran:

- ¿Qué quitarías (por tu experiencia, del sistema de salud actual)?
- ¿Qué mantendrías (del ámbito de la salud que conoces)?
- ¿Qué innovarías (o qué propondrías como medida completamente nueva, mejora o implementación)?



Fig. 2. Los participantes van colocando sus respuestas de forma individual (congreso Salud ON Me). Imagen: @ Sergio Arias.

Tras esos cinco minutos, los participantes fueron colocando sus respuestas individualmente en orientación vertical de cada pósito situado a la izquierda del panel con estas tres preguntas clave. Posteriormente, dispondrían de otros quince minutos para organizar mejor el mapa de pósitos, ver respuestas similares, agruparlas y debatir sobre las aportaciones realizadas.



Fig. 3. Cada equipo trabaja y debate siguiendo la estructura propuesta (congreso Salud ON Me). Imagen: @ Sergio Arias.

En el quinto paso, se plantearon dos preguntas que los participantes tuvieron que contestar en equipo viendo el panel, para lo cual dispusieron de treinta minutos. Horizontalmente, situamos a mano izquierda, debajo de las tres preguntas anteriores:

- ¿Cuáles son las barreras que nos podemos encontrar sobre los cambios que pretendemos realizar?
- Vistas las barreras, ¿cuáles son las soluciones que se pueden adoptar para dar una respuesta al reto que planteamos?

El sexto paso sería el de concretar cuál era la solución que mejor se consideraba, tomando como parámetros de decisión: (1) cambio en positivo, (2) urgencia temporal, (3) mejora de calidad de vida de las personas, (4) mejora del sistema de salud en su conjunto, y (5) ahorro de costes.

Se repartieron unas pegatinas para que se pudiera votar el pósito más consensuado. Si se producía algún empate, los facilitadores tenían el voto de calidad. Este proceso duró diez minutos. Finalmente, para el séptimo paso se estable-



Fig. 4. Resultado final de uno de los diagramas de afinidad, organizado según la estructura propuesta (congreso Salud ON Me). Imagen: @ autores.

cieron las conclusiones del congreso con las aportaciones realizadas. Además, se tomaron buenas fotos de cada panel resultante, se invitó a los asistentes a continuar en la jornada con la última mesa redonda, y se recogió todo el material a través del equipo de facilitadores para que se pudiera realizar un resumen de resultados y presentar las líneas básicas de este al final de la jornada.

Luego, *a posteriori*, se elaboró un informe con los resultados obtenidos a partir de la lectura de los lienzos, el proceso desarrollado y la descripción de estos escenarios de trabajo. Estas conclusiones resumidas se presentan al final de esta aportación.

Asistentes y participantes al evento



Fig. 5. Fases desarrolladas en la actividad y herramientas aplicadas en cada una de ellas. Resumen de la dinámica de trabajo. Fuente: elaboración propia.

### *Tratamiento de datos*

La metodología empleada en esta dinámica de trabajo se orientó hacia las siguientes áreas de valoración:

— La primera estaba basada en cuantificar el interés de los bloques por tratar en la jornada, lo que nos permitiría crear los diferentes grupos de trabajo que utilizaríamos para intervenir en los diagramas de afinidad. Estos temas se plantearon también como eje para el desarrollo del mismo evento. El método para realizar esta selección por parte de los asistentes consistía en indicar vía internet, dispuesto como un campo obligatorio que rellenar a la hora de adquirir las entradas, su preferencia del tema en el que desearía participar, indicando que formaría parte de las mesas de trabajo o taller relacionados con esa temática. Los temas de agrupación eran los siguientes:

- innovación y salud;
- tecnología aplicada a la salud;
- comunicación experiencial en salud;
- diseño en la salud.

— La segunda, con un enfoque algo más cualitativo, estaba relacionada con el análisis de los propios *insights* que iban apareciendo durante todo el proceso mencionado en el procedimiento de la sesión y que surgieron en los diferentes grupos, lo que nos daría una visión de cómo había sido la actividad de cada grupo y, sobre todo, la intención de participación de los asistentes. Para esto, se repartió una colección de pósts de cinco colores, con los que los participantes irían rellenando los paneles en función de las preguntas ya definidas en el apartado anterior, y eso nos permitiría calcular la cantidad de pósts colocados en cada panel, así como el mapa de color final en cada uno de ellos.

— Para reforzar la evolución de este estudio, en tercer lugar y con un enfoque más cuantitativo, con la intención de cruzar estos dos primeros enfoques, se decidió contemplar una variable que parecía indispensable para un análisis más detallado y que podríamos contrastar dentro de los grupos, además de aportarnos luz sobre otros puntos, más allá de las propuestas en términos de necesidades. Estos datos estaban relacionados con la cuantificación de los diferentes perfiles que asistieron al evento, vinculándolos con su interés por los distintos ejes mencionados en el punto primero. Este parámetro se fue recopilando entrada medida que los participantes iban accediendo al congreso, preguntando directamente en el *checking* por dicho perfil, con la excusa de su identificación.

### Análisis de datos

Los datos planteados y extraídos para este análisis, enumerados anteriormente, se cruzaron y contrastaron entre ellos, posibilitándonos priorizar y dar sentido a las soluciones finales (propuestas al reto) y ponderarlas en función de porcentajes, tensiones, actividad y frecuencia de participación. Para poder tener una visual más clara del análisis, contemplamos dar a los indicadores las siguientes estimaciones:

— En lo referente a las categorías de agrupación, propusimos indicar en términos de porcentaje los siguientes parámetros:

- A) La cantidad de participantes inscritos en cada eje de interés: innovación y salud; tecnología aplicada a la salud; comunicación experiencial en salud; diseño en la salud.
- B) La implicación e interacción de los participantes de los grupos en estas áreas, sacando la media de la cantidad de pósitos colocados en cada uno de los paneles y el interés de aplicar más o menos colores por propuesta.

— A la hora de valorar los propios *insights*, el planteamiento de análisis fue el siguiente:

- A) Poder cuantificar la intensidad de acción en los diferentes bloques de trabajo, relacionados con las fases y preguntas lanzadas por el facilitador. (Para valorar la intensidad de acción, se propone tomar como referencia la cantidad y número de pósitos colocados por los participantes en cada uno de los cuadrantes, de manera que se pueda comparar entre los vectores más y menos trabajados.)
- B) Valorar la prioridad de las propuestas y de los bloques de trabajo en función del color de los pósitos, propuestos con el siguiente orden: magenta (5: urgente); naranja (4: muy importante); amarillo (3: con interés); verde (2: poco interés); azul (1: poco interés, para tener presente).
- C) Votar las propuestas finalistas, lo que facilita la priorización de las ideas finales: los componentes de cada grupo cuentan con tres votos que repartirán individualmente una vez destacadas las ideas finales en cada sala de trabajo.

— Por último, contrastar la cantidad, en términos de porcentaje, del tipo de asistentes, teniendo en cuenta que contábamos con un foro de doscientos<sup>2</sup> participantes en la jornada (100 %), y cruzada con el número de personas según el tipo de perfil: profesionales sanitarios, investigadores, pacientes y estudiantes.

<sup>2</sup> Número total de las personas inscritas al evento Salud ON Me y que al final acudieron a él, sin contar a las personas de la organización, los facilitadores o los ponentes de la jornada.

## Resultados

Para poder contrastar el método, presentamos varias tablas de control, donde indicaremos los datos extraídos, relacionando los cuadrantes de acuerdo con lo expuesto. Por otro lado, listaremos los *insights* más destacados en función de su agrupación por similitud y prioridad según las votaciones realizadas por los diferentes grupos. El recuento global fue el siguiente:

- un foro completo de doscientos asistentes (profesionales sanitarios, investigadores, pacientes, estudiantes y otros);
- doce grupos (dos grupos por categoría);
- una media de diecisiete participantes por grupo (grupos, a su vez, subdivididos en dos mesas según el número de participantes).

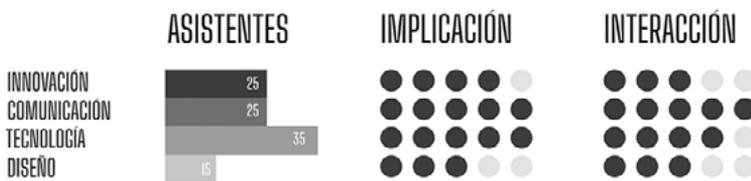


Gráfico 1. Resultados de asistentes (%) y actuación por categorías. Fuente: elaboración propia



Gráfico 2. Resultados de asistentes por perfiles (%) y categorías. Fuente: elaboración propia

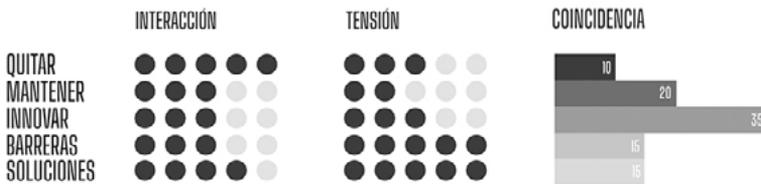


Gráfico 3. Resultados de actividad de paneles según bloques para el reto. Fuente: elaboración propia

<b>Qué mantendrías</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Flujos de comunicación que se dan muy poco.</li> <li>5. La telemedicina.</li> <li>6. La accesibilidad al sistema.</li> <li>7. La eficiencia del personal.</li> </ol>
<b>Qué quitarías</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El sistema de historial clínico actual.</li> <li>3. Redefinir “salud” y “enfermedad”.</li> <li>4. La forma en que se crean colas por asistir a mayores y crónicos junto al resto de pacientes.</li> <li>6. El sistema de derivación a la atención primaria actual.</li> </ol>
<b>Cómo innovarías</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear un programa con mayor interactividad.</li> <li>2. Sentar equipos interdisciplinarios en la misma mesa.</li> <li>3. Crear un plan formativo nuevo.</li> <li>4. Hacer un seguimiento más accesible a personas mayores y crónicas.</li> <li>5. Crear agendas para la atención telemática.</li> <li>7. Invertir el sentido de la relación médico-paciente.</li> </ol>
<b>Cuáles son las barreras</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Económica. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unificar los sistemas.</li> <li>2. Grandes corporaciones.</li> <li>2. Conflictos de intereses internos.</li> <li>3. Falta de programación.</li> <li>4. Actitud paternalista hacia el paciente.</li> <li>5. Los pacientes crónicos (necesitan mayor nivel de seguimiento).</li> <li>6. No están optimizados los horarios, desplazamientos de los pacientes, etc., para hacer más ágil el sistema.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Soluciones</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar una interfaz común desde el Ministerio de Sanidad. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica compartida y accesible al paciente.</li> <li>2. Formar en comunicación y relaciones a profesionales.</li> <li>3. Formación y corresponsabilidad.</li> <li>4. Poder mejorar la situación del acompañante en urgencias.</li> <li>4. No depender de políticas sanitarias en cómo dar soluciones.</li> <li>5. Inversión en nuevas tecnologías.</li> <li>6. Rediseñar el proceso de asistencia.</li> <li>6. Redistribución lógica de recursos.</li> <li>7. Integrar ingenieros para organizar el sistema.</li> </ol> </li> </ol>

Tabla 1. Listado de ideas agrupadas por similitud, priorizadas por bloque y voto. Fuente: elaboración propia.

## Conclusiones

El resultado al final de la actividad que registramos según el pensamiento de los asistentes, extraído a partir del diagrama de afinidad, y que será un futuro plan de discusiones, fue el siguiente:

1. **La propiedad de los datos médicos.** Ante los nuevos retos que plantea la sociedad de la información, una de las principales propuestas es la de la propiedad y gestión de los datos médicos. Se propone que los pacientes puedan gestionar su propia información médica. Para ello, es necesaria la creación de una plataforma de confianza, segura, donde estén los historiales médicos, unificados y con acceso privado, de tal manera que cada cual pueda gestionar esa información en función de sus necesidades o gustos.

2. **Una eficaz apuesta tecnológica.** Se coincide mayoritariamente en señalar la falta de eficiencia del sistema de atención sanitaria actual. Proponen, como una herramienta clave en la mejora de esos procesos, la apuesta verdadera por la tecnología. A pesar de los buenos resultados de nuestro sistema de salud, hay que buscar la excelencia.

3. **Un cambio en el modelo educativo.** La educación en salud se torna necesaria para afrontar los retos de nuestro actual sistema sanitario. Es imprescindible replantear la relación médico-paciente en ambos niveles. La formación en habilidades sociales por parte de los profesionales sanitarios es clave, así como la urgencia en que el propio sistema educativo forme desde edades tempranas en salud a la sociedad en general. Materias como la buena educación alimentaria o la educación en valores son básicas para empezar a dibujar un nuevo escenario.

4. **La participación del paciente en todos los procesos.** La participación del paciente es clave en el nuevo sistema. El paciente es el recurso del sistema menos utilizado. Su participación debe aumentar en todos los procesos, y ya no solo como usuario del sistema, sino también en el inicio del proceso. ¿Por qué no implicar a los pacientes en el desarrollo de un producto, servicio o sistema? Es necesario incorporar la opinión y experiencia del paciente en el término “salud”, a través de herramientas como el diseño centrado en las personas (o pacientes).

5. **Crear un organismo público de control.** El mejor amparo para la participación y presencia de los pacientes en el sistema tiene que ser regulado por una institución superior. Por ello, se propone la creación de un organismo público que gestione la participación ciudadana en el sistema de atención sanitaria. Un organismo que debería ser independiente y en el que todos los colectivos implicados tuvieran el mismo nivel de presencia y relevancia. Este sistema permitiría un mayor acercamiento de la administración al paciente y su entorno.

6. **Humanización del sistema.** Las relaciones personales son fundamentales en la propuesta del nuevo sistema de atención sanitaria. Para ello, es necesario regresar a los valores, y en ese plano la humanización del sistema de salud se hace indispensable, para que personas ayuden a personas mediante la tecnología. Se apuesta por la comunicación más humana y el trato más personal. El cambio también debe empezar por la base.

7. **Una mayor interacción del usuario con el sistema.** La participación del ciudadano paciente no debería quedarse simplemente en una opinión o valoración puntuales. Se propone también que el usuario pueda tener una mayor interacción con el sistema, ser un agente activo y decidir, por ejemplo, cuándo debe hacerse una prueba. Cada cual debe elegir cuál es su relación con el sistema sanitario (tendencia a la personalización), pues eso no debería ser algo impuesto.

8. **Espacios más cómodos.** Se propone la optimización de los espacios sanitarios para que las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes sean distintas. Espacios más cómodos, abiertos y con luz natural, más habitables. Para ello, se hace necesaria la participación de equipos multidisciplinares, contando siempre con profesionales que los utilicen.

9. **Equipos médicos más integrados.** Los profesionales sanitarios deberían trabajar más como equipos que como individuos. Estos equipos profesionales integrados deberían incorporar especialistas de todo tipo, como, por ejemplo, psicólogos o fisioterapeutas.

10. **Agilidad del sistema.** En una sociedad donde el tiempo es la moneda de cambio más importante, es necesaria una mayor agilidad en general del sistema. Menos esperas, más efectividad y eficiencia, mejor organización y gestión de consultas y atenciones puntuales. En definitiva, un sistema más ágil, para lo cual la revolución tecnológica se debe implementar cuanto antes. Para ello, es imprescindible el apoyo del uso de tecnologías avanzadas de diagnóstico, prevención y seguimiento de paciente, que repercute en su calidad de vida.

Para terminar, hay que destacar cómo a partir de este estudio se hace posible reflexionar sobre la medición del impacto con el *design thinking*. Las métricas de quienes miden este impacto varían bastante, por lo que sería significativo proponer una línea de trabajo futura en este sentido, ya que los medios tradicionales a menudo no son adecuados para evaluarlo, tal y como han considerado algunas investigaciones (Schmiedgen *et al.*, 2016).

Por otro lado, sabemos poco acerca de cómo experimentan dichos procesos las personas que participan en ellos. En esta aportación, presentamos un estudio de caso desde la perspectiva de los participantes en un proyecto de pensamiento de diseño a gran escala, en un evento relacionado con salud. Su análisis ha incorporado una serie de problemas, que se han basado en observaciones realizadas antes, durante y después de la actividad realizada, y los hallazgos del estudio se centran en cómo los resultados se podrían implementar (o no) en las organizaciones de salud. En este sentido, otra línea de trabajo estaría orientada en lo que se requiere para ser “un buen participante”, desde una perspectiva de incorporación en eventos a gran escala (Dindler *et al.*, 2016).

Y, finalmente, los resultados sugieren que se necesitan nuevos mecanismos de adquisición de conocimiento, aplicación y exploración para abordar, en los próximos años, los complejos desafíos a los que se enfrentan áreas como la atención social y la salud. En referencia a las estrategias nacionales de atención médica, podemos asegurar que es un buen camino seguir investigando con referencias al *design thinking* y la innovación social (Valentine *et al.*, 2017).

## Bibliografía

- Alam, I., 2002. An exploratory investigation of user involvement in new service development, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(3), pp. 250-261.
- Aubert-Gamet, V. y Cova, B., 1999. Servicescapes: from modern non-places to postmodern common places, *Journal of Business Research*, 44(1), pp. 37-45.
- Bate, P. y Robert, G., 2007. *Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Boland, R. J., Collopy, F., Lyytinen, K. y Yoo, Y., 2008. Managing as designing: lessons for organization leaders from the design practice of Frank O. Gehry, *Design Issues*, 24(1), pp. 10-25.
- Bowen, S., McSeveny, K., Lockley, E., Wolstenholme, D., Cobb, M. y Dearden, A., 2013. How was it for you?: experiences of participatory design in the UK health service, *CoDesign*, 9(4), pp. 230-246.
- Brown, T., 2009. *Change by design: how design thinking transforms organizations and inspires innovation*. Nueva York: Harper Business.
- Bruce, B. C., 2003. *Literacy in the information age: inquiries into meaning making with new technologies*. Newark: International Reading Association.
- Carr, V., Sangiorgi, D., Buscher, M., Cooper, R. y Junginger, S., 2009. Clinicians as service designers?: reflections on current transformation in the UK health services. En: ServDes, *First Nordic Conference on Service Design and Service Innovation*. Oslo, Noruega, 24-26 de noviembre de 2009.
- Cottam, H. y Leadbeater, C., 2004. *Red paper 01: Health: co-creating services*. Londres: Design Council.
- De Buissonjé D. R., Ritter, S. M., De Bruin, S., Ter Horst, J. M. y Meeldijk, A., 2017. Facilitating creative idea selection: the combined effects of self-affirmation, promotion focus and positive affect, *Creativity Research Journal*, 29(2), pp. 174-181.
- Department of Health, 2004. *Patient and public involvement in health: the evidence for policy implementation*. Londres: TSO.
- Dindler, C., Eriksson, E. y Dalsgaard, P., 2016. A Large-Scale Design Thinking Project Seen from the Perspective of Participants. En: NordiCHI '16, *9th Nordic Conference on Human-Computer Interaction*. Gotemburgo, Suecia, 23-27 de octubre de 2016.
- Hanington, B. y Martin, B., 2012. *Universal methods of design: 100 ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions*. Beverly: Rockport Publishers.
- Holmlid, S., 2009. Participative, co-operative, emancipatory: from participatory design to service design. En: ServDes, *First Nordic Conference on Service Design and Service Innovation*. Oslo, Noruega, 24-26 de noviembre de 2009.

Hultgren, G. y Goldkuhl, G., 2013. How to research e-services as social interaction: multi grounding practice research aiming for practical theory, *Systems, Signs & Actions*, 7(2), pp. 104-120.

Kimbell, L., 2011. Designing for service as one way of designing services, *International Journal of Design*, 5(2), pp. 41-52.

Lee, S., 2010. How human is your business?, *Touchpoint*, 2(2), pp. 50-53.

Lusch, R. F. y Nambisan, S., 2015. Service innovation: a service-dominant logic perspective, *MIS Quarterly*, 39(1), pp. 155-175.

Manzini, E. y Rizzo, F., 2011. Small projects/large changes: participatory design as an open participated process, *CoDesign*, 7(3/4), pp. 199-215.

Martin, R., 2009. *The design of business: why design thinking is the next competitive advantage*. Boston: Harvard Business Review Press.

NHS Institute for Innovation and Improvement, 2012. *Experience Based Design*. Londres: NHS.

Palomo, M. T., 2007. *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. Madrid: ESIC Ediciones.

Parker, S., 2010. *Social Animals: tomorrow's designers in today's world*. Londres: RSA Design & Society.

Prahalad, C. K. y Ramaswamy, V., 2004. Co-creation experiences: the next practice in value creation, *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), pp. 5-14.

Rodríguez Sánchez, Y., De León, L., Gómez, O., Diéguez, E. y Sablón, N., 2016. Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud, *Revista Médica Electrónica*, 38(2).

Saco, R. M. y Gonçalves, A. P., 2008. Service design: an appraisal, *Design Management Review*, 19(1), pp. 10-19.

Sangiorgi, D., 2011. Transformative services and transformation design, *International Journal of Design*, 5(2), pp. 29-40.

Schaeper, J., Maher, L. y Baxter, H., 2009. Designing from within: embedding service design into the UK's health system, *Touchpoint*, 1(2), pp. 22-31.

Schmiedgen, J., Spille, L., Köppen, E., Rhinow, H. y Meinel, C., 2016. Measuring the Impact of Design Thinking. En: H. Plattner, C. Meinel, Andy L. Leifer, eds. *Design Thinking Research*. Cham: Springer.

Steen, M., Manschot, M. y De Koning, N., 2011. Benefits of co-design in service design projects, *International Journal of Design*, 5(2), pp. 53-60.

Thackara, J., 2007. *Wouldn't it be great if... Dott 07*. Londres: Design Council.

- Valentine, L., Kroll, T., Bruce, F., Lim, C. y Mountain, R., 2017. Design Thinking for Social Innovation in Health Care, *The Design Journal*, 20(6), pp. 755-774.
- Vandenbosch, B. y Gallagher, K., 2004. The role of constraints. En: R. Bolland, Andy F. Collopy, eds. 2004. *Managing as Designing*. Stanford: Stanford Business Books. Pp. 198-202.
- Vargo, S. L., 2009. Toward a transcending conceptualization of relationship: a service-dominant logic perspective, *Journal of Business & Industrial Marketing*, 24(5/6), pp. 373-379.
- Vargo, S. L. y Akaka, M. A., 2009. Service-dominant logic as a foundation for service science: clarifications, *Service Science*, 1(1), pp. 32-41.
- Vargo, S. L. y Lusch, R. F., 2004. Evolving to a new dominant logic for marketing, *Journal of Marketing*, 68(1), pp. 1-17.
- Vargo, S. L. y Lusch, R. F., 2011. It's all B2B... and beyond: toward a systems perspective of the market, *Industrial Marketing Management*, 40(2), pp. 181-187.
- Warwick, L., 2011. *Designing better services together*. Newcastle: School of Design / Northumbria University.
- Winschiers-Theophilus, H., Bidwell, N. J. y Blake, E., 2012. Altering participation through interactions and reflections in design, *CoDesign*, 8(2/3), pp. 163-182.
- Wolstenholme, D., Grindell, C. y Dearden, A., 2017. A co-design approach to service improvement resulted in teams exhibiting characteristics that support innovation, *Design for Health*, 1(1), pp. 42-58.