

3

Diseño de procesos: incorporación del paciente

M.^a Dolores Navarro Rubio
Manel del Castillo Rey





M.ª Dolores Navarro Rubio

Directora del Departamento de Experiencia del Paciente
en el Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona



Manel del Castillo Rey

Director Gerente del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Índice

1. Introducción: el paciente en la toma de decisiones
2. Diseño de procesos
3. Incorporación de los pacientes en el diseño de procesos:
la experiencia del Hospital Sant Joan de Déu
4. Conclusiones
5. Anexo. La primera noticia
6. Bibliografía

1. Introducción: el paciente en la toma de decisiones

El concepto y la interpretación de la salud han variado a lo largo de la historia desde la salud entendida como la ausencia de enfermedad hasta la salud concebida como el estado de máximo bienestar, tanto físico como psíquico y social. Una manera de definir la salud en la actualidad sería como el estado de bienestar global que permite a las personas adaptarse y funcionar en su entorno.

La sociedad se encuentra inmersa en un momento de gran cambio en todas sus esferas, tanto demográfica, económica, cultural o tecnológica, como también sanitaria. La población cuenta con un mayor nivel de formación y puede acceder a un gran volumen de información sobre salud. Paralelamente a esta situación se produce un cambio en el tipo de relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente. Esta relación pasa de paternalista, que ha sido la tradicional, a un tipo de relación con un papel más activo por parte del paciente. Este rol se concreta al hablar de su problema de salud y tomar decisiones juntamente con los profesionales de acuerdo con sus valores, preferencias

o actitudes ante la enfermedad, así como sobre aspectos relacionados con su proceso diagnóstico y terapéutico. Este nuevo tipo de paciente más activo y formado favorece su participación en la toma de decisiones, bien sea individualmente en la gestión y el cuidado de su propia enfermedad, o de manera colectiva, representando a otros pacientes.

En este contexto de participación se añaden también las demandas de los pacientes para recibir un trato personalizado y adaptado a sus necesidades, valores y expectativas. El paciente incorpora así su experiencia en participación como ciudadano a su nuevo papel como enfermo. El creciente interés de la población por aspectos relacionados con su propia salud favorece que sean cada vez más numerosos los ejemplos de participación de los pacientes en los procesos de toma de decisiones a través de las Administraciones públicas, las sociedades científicas o los centros sanitarios. En estos últimos también se han incorporado los pacientes en distintas comisiones y grupos de trabajo y de mejora. En las Administraciones sanitarias, se ha incorpora-

do la figura del paciente en el desarrollo de estrategias y planes de actuación. Han surgido infinidad de ejemplos de incorporación de los pacientes y de sus representantes en todos los niveles, se han creado escuelas de salud, se han llevado a cabo estudios y se ha dotado al paciente de un mayor protagonismo¹. La atención sanitaria así entendida representa un reto, ya que debe prestar una atención de calidad en cuanto a avances tecnológicos y científicos y a la vez ha de tener en cuenta las necesidades y las percepciones de los pacientes².

La incorporación del paciente en la toma de decisiones se considera ya una estrategia en la obtención de la denominada *triple meta de la sanidad*: experiencia, resultados y eficiencia. Así, esta triple meta hace referencia a la mejora de la experiencia del paciente a través de unos mejores cuidados y atención en general; la mejora del nivel de salud de la población y la reducción del coste de la asistencia sanitaria, sin disminuir la calidad de la atención³. La Tabla 1 presenta los elementos más destacables en la consecución de la triple meta, entre ellos la revisión de las experiencias de éxito en el ámbito internacional o buenas prácticas, la objetivación de los resultados y la incorporación de tecnologías innovadoras. En la consecución de esta meta, son cruciales los sistemas sanitarios.

En este sentido, la participación del paciente va a depender de cómo las instituciones incorporen dicha participación en la estrategia de la organización, en la mejora de la atención, la planificación y el desarrollo de políticas, o en la toma de decisiones. Diferentes investigadores han definido los niveles de participación del paciente en una organiza-

ción (Figura 1). Estos niveles de participación pasan por informar al paciente sobre la situación en la que se encuentra y los siguientes pasos a realizar en su plan diagnóstico y terapéutico. La consulta significa preguntar al paciente, además, su opinión respecto a una situación determinada que se necesite analizar. La involucración se refiere a su incorporación en un grupo de trabajo para entender determinadas necesidades. Por último, colaborar significa establecer una relación para la toma de decisiones, y empoderar hace referencia a la toma de decisiones juntamente con otros actores. Así, destaca un primer nivel de no participación, propio del modelo de relación paternalista entre profesional y paciente, pasando por la incorporación paulatina del paciente en la toma de decisiones, hasta llegar a la coproducción⁴.

Igualmente, la International Alliance of Patients Organizations ha elaborado una guía para promocionar la participación efectiva (Tabla 2). Aspectos clave de esta participación son también la revisión de la evidencia existente y de los ejemplos de buenas prácticas, además del codiseño entre pacientes y profesionales. Esta aproximación en la incorporación de los pacientes en la toma de decisiones aporta valor a la organización, lo que se ha denominado *value-based organization*⁶. Para aportar dicho valor es necesario seguir una serie de pasos, como por ejemplo medir y difundir los resultados de la atención, incorporar tecnologías innovadoras que ayuden a ofrecer un mejor servicio, o reorganizar las áreas enfocadas a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud y del bienestar, además de incorporar a los pacientes en los procesos de mejora de la organización⁷.

T01

Tabla 1.

Elementos facilitadores de la triple meta en los sistemas sanitarios.

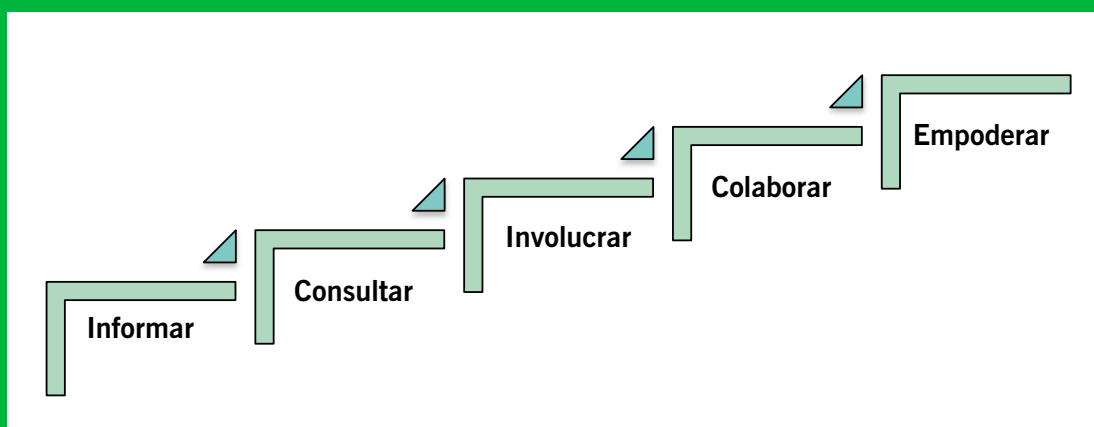
Pasos	Elementos facilitadores
1	Comparar con otros sistemas
2	Conocer las experiencias que funcionan y las limitaciones encontradas
3	Definir indicadores de resultado y medir el progreso obtenido
4	Realizar intervenciones que aporten valor
5	Incorporar tecnologías innovadoras y de valor
6	Rediseñar los sistemas de financiación y de pago de los servicios
7	Promover la cultura de la promoción de la salud

Adaptada de Mas y Wisbaum³.

F01

Figura 1.

Niveles de participación de los pacientes en la organización.



Adaptada de NHS⁴.

T02

Tabla 2.

Guía para promover la participación de los pacientes en los sistemas sanitarios.

- Identificar el tema y formular los objetivos de la participación
- Seleccionar a los representantes (pacientes) adecuados y en función de unos criterios
- Estimular y facilitar la participación y la motivación de los participantes
- Determinar los métodos apropiados de participación
- Proporcionar información y formación sobre en qué consiste la participación
- Evaluar la participación
- Agradecer la participación
- Iniciar de nuevo el proceso de participación con la identificación de otro tema priorizado

Adaptada de IAPO⁵.

2. Diseño de procesos

Hoy en día, las organizaciones han de poder adaptarse a los cambios que se producen en todos los sectores. De esta forma, diferentes enfoques, métodos y estrategias intentan incorporar la innovación en la búsqueda de la excelencia. En última instancia, se podría decir que el principal objetivo de las organizaciones es proporcionar servicios o productos que satisfagan las necesidades de sus clientes aportando valor.

Los sistemas sanitarios fueron diseñados tradicionalmente para dar respuesta a las necesidades de los pacientes que atendían, centrándose en el tratamiento y el abordaje de la enfermedad en concreto. En la actualidad, la complejidad de los procesos asistenciales y el cambio producido en la sociedad hacen necesario un abordaje integral de las necesidades del paciente y no solo del tratamiento de la enfermedad como tal. Los sistemas sanitarios más exitosos son los que han sabido incorporar la innovación a través de los diferentes sectores y áreas de la organización, incluida la experiencia del paciente⁸.

Diversos métodos y aproximaciones procedentes de otras áreas del conocimiento, como la administración de empresas, la ingeniería o la industria, han mostrado ser útiles en la valoración de resultados. Algunos de estos métodos se han adaptado y utilizado en el sector sanitario, entre ellos el diseño de procesos. Implementar el diseño de procesos en una organización supone una decisión estratégica que implica a diferentes áreas de la misma, como equipos, instalaciones y logística, materiales, tecnologías, recursos humanos, etc. Y si bien el diseño de procesos se refiere al conjunto de acciones secuenciales que una organización ha de llevar a cabo para alcanzar sus objetivos, un proceso podría definirse como la sucesión de pasos y decisiones concretas que se adoptan para realizar una determinada acción o tarea que cumpla con las expectativas del cliente⁹.

El desarrollo de un proceso se conceptualiza en diferentes fases, como entender cuáles son los requerimientos, qué equipo humano se necesitará para llevarlo a cabo, cómo

se realizarán la planificación y la implementación de las acciones priorizadas, y cómo se analizarán los resultados. De esta forma, un buen diseño de procesos contribuye a la obtención de resultados óptimos, así como al éxito de la empresa. En el diseño de procesos hay que tener en cuenta la pertinencia del proceso en la consecución de los objetivos de la organización; se necesita una visión amplia de esta y ha de aportar valor al cliente con la incorporación de la dirección y la gestión en todas sus etapas. Esta aproximación, además, complementa a la visión científica y técnica de la organización, ayudando a traducir las ideas en posibilidades o soluciones reales.

En este marco de actuación, se ha descrito también un modelo de cómo el diseño puede interactuar con la organización (Figura 2). Así, existen cuatro formas de relación o intercambio entre diseño y organización que van desde utilizar las técnicas de diseño de forma puntual ante una necesidad concreta hasta la integración completa del diseño en la búsqueda de soluciones¹⁰. El diseño de procesos puede realizarse mediante metodologías clásicas de mejora, como el denominado *Lean Healthcare*, procedente de la industria del automóvil. Estas herramientas facilitan la identificación de problemas e ineficiencias, o de acciones que no aportan valor, y permiten la aplicación de soluciones en cada paso del proceso¹¹.

Sin embargo, es necesario compaginar la innovación tecnológica y el diseño de procesos con las necesidades de las personas implicadas en ellos. Actualmente, el diseño y la ingeniería han empezado a incorporar los principios propios de dichas áreas del conocimiento no solo a productos físicos, sino también a experiencias. Se utiliza así el *design thinking* como un método creativo de búsqueda

de soluciones que se basa en la participación de los actores implicados y en la aproximación a la búsqueda de soluciones de forma multidisciplinaria. La Figura 3 presenta las fases que constituyen el *design thinking*: empatizar, definir, idear, prototipar y probar. En este proceso, profundizar y entender cómo y por qué las personas usan los productos y se comportan de una forma determinada es un elemento básico para comprender su comportamiento¹².

Actualmente, la innovación en los sistemas sanitarios ha de dirigirse a entender la experiencia del paciente y su respuesta emocional. Las metodologías para aproximarse a esta realidad se basan en la observación, el *blueprint*, el *patient's journey* o el *storytelling*, entre otras. De esta forma pueden crearse productos más adaptados a las condiciones cambiantes de la sociedad actual. Hoy las empresas se están adaptando paulatinamente a entender sus servicios como algo que permite obtener una buena experiencia por parte del usuario¹³.

Se define así la experiencia del paciente como el conjunto de todas las interacciones que se producen en una organización y que influyen en las percepciones del paciente respecto al proceso de atención¹⁴. Dicha experiencia se refiere a cómo vive la persona el proceso vital de su enfermedad y la atención recibida. Ante la importancia de medir y objetivar lo que significa la experiencia del paciente, se han desarrollado diferentes indicadores y medidas que intentan cuantificar, en lo posible, un constructo como el de la experiencia percibida de las personas ante un proceso de atención. Entre los indicadores que miden la experiencia del paciente se encuentran los PREM (*Patient Reported Experience Measures*). Estos son un conjunto de encuestas o

F02

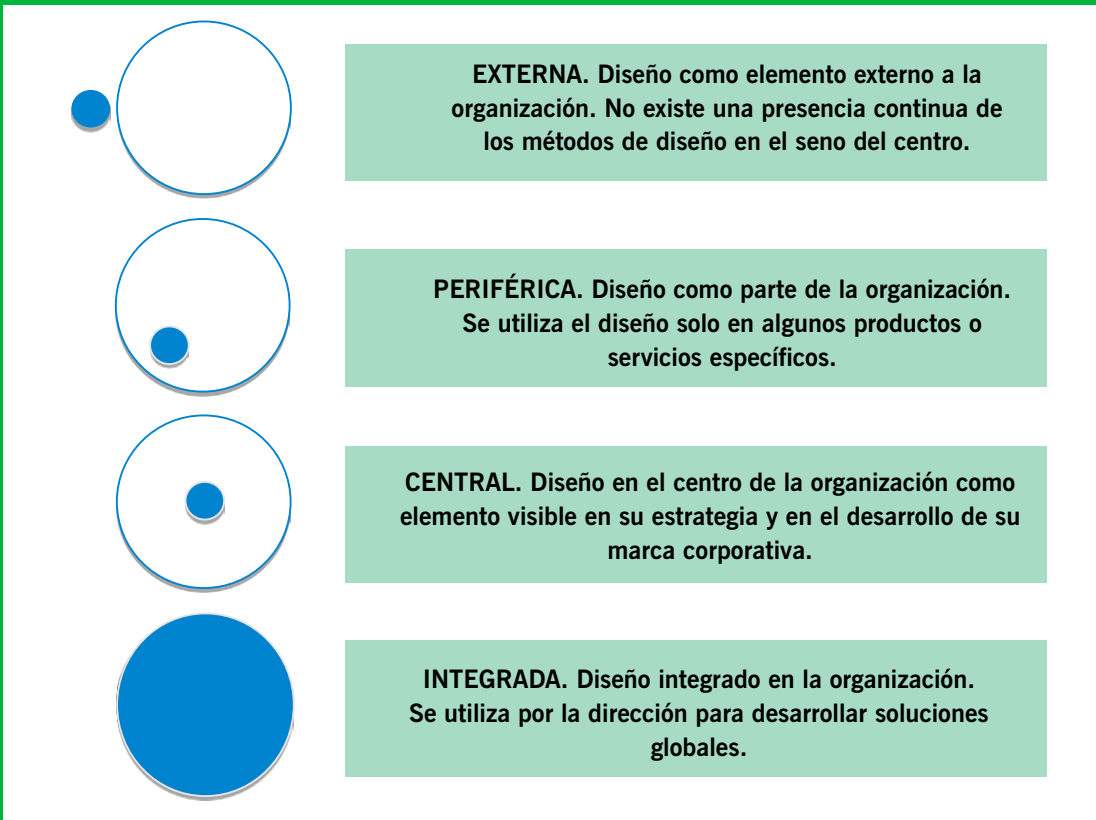


Figura 2. Formas de integrar el diseño en la organización.

Adaptada de Junginger¹⁰.

F03

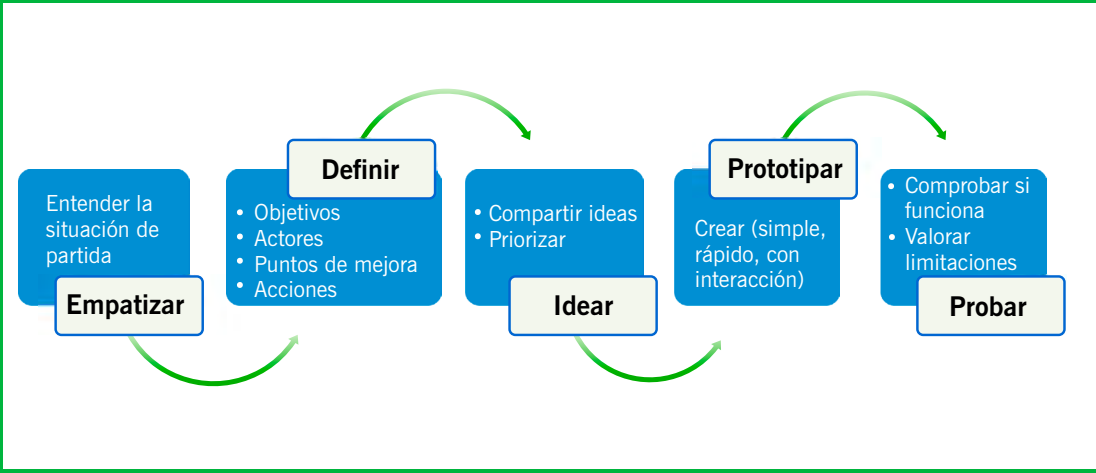


Figura 3. Fases del proceso de *design thinking*.

Adaptada de Stanford d.school *Design Thinking Process*: <https://dschool.stanford.edu>.

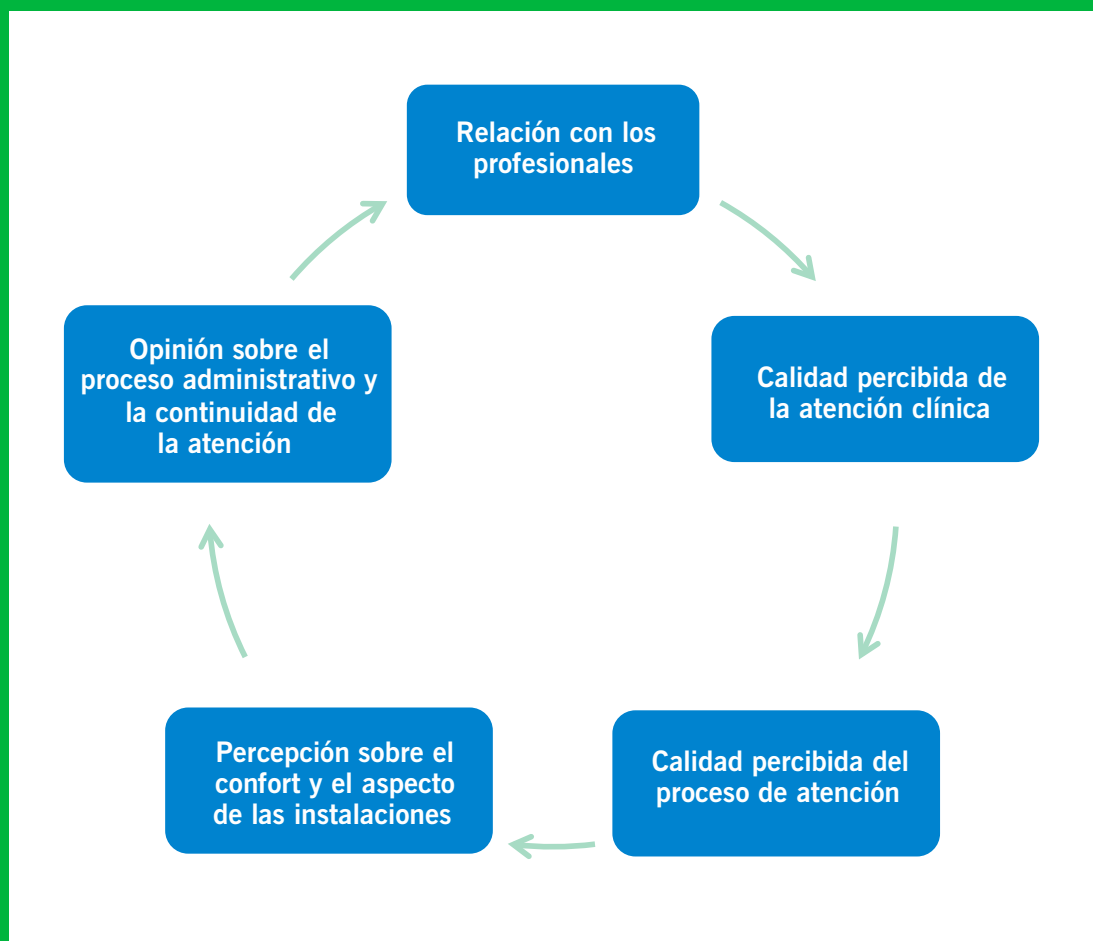
escalas que, a través de unas preguntas determinadas que definen las dimensiones que configuran la experiencia, aportan resultados objetivables de la misma^{15,16}. Entre las dimensiones o ámbitos temáticos que forman la experiencia de una persona en su contacto con los servicios sanitarios se encuentran la

interacción que se produce con otras personas durante el proceso de atención (profesionales asistenciales y no asistenciales), la calidad de la atención recibida, el profesionalismo detectado o el cuidado en el trato, la información y la confidencialidad, entre otros aspectos (Figura 4)¹⁷.

F04

Figura 4.

Dimensiones de la experiencia del paciente.



3. Incorporación de los pacientes en el diseño de procesos: la experiencia del Hospital Sant Joan de Déu

El Hospital Sant Joan de Déu forma parte de la Orden Hospitalaria de Sant Juan de Dios. Con 150 años de historia, se sitúa como referente nacional y también internacional en la asistencia sanitaria infantil y obstétrico-ginecológica. Cuenta con 306 camas, una actividad de 25.000 altas anuales, 240.000 visitas en consultas externas, 14.000 intervenciones quirúrgicas y 120.000 urgencias, aproximadamente. Entre los valores del centro se encuentran la orientación al paciente y la hospitalidad, siendo estos un distintivo reconocido por la población.

El Hospital Sant Joan de Déu ha destacado también en el entorno por su capacidad de cambio y de adaptación, dando respuesta a las necesidades de la población mediante unos servicios de salud pioneros en los aspectos

científicos y técnicos. En este entorno, el paciente adquiere un papel más activo en el proceso de toma de decisiones. Además, el avance de las ciencias de la salud requiere la incorporación de nuevas tecnologías que aporten valor, así como una práctica asistencial basada en el conocimiento clínico y la evidencia científica, que den respuesta a las necesidades cada vez más complejas de los pacientes y las familias de la sociedad actual.

Ante este nuevo reto al que se enfrenta el hospital, desde la planificación estratégica se diseña un modelo de atención, denominado EMC^{2*}, en el que la dirección del centro se implica al máximo nivel, liderando su implementación en diferentes escenarios de la organización, tanto en el ámbito clínico como en el asistencial, y en el diseño de procesos y de

*El modelo EMC² se inspira en las siglas de la fórmula de Einstein $E=MC^2$, donde la E representa la Excelencia, la M se refiere al Método basado en la gestión de procesos Lean, la C es el Conocimiento basado en la evidencia científica, y la otra C indica la experiencia del Cliente o paciente.

mejora de la experiencia del paciente. Este modelo es una aproximación innovadora de mejora continua que se centra en la búsqueda de la excelencia a través de un *triple abordaje de los procesos asistenciales*: la aplicación de la mejor práctica clínica y asistencial existente según los resultados de la evidencia científica disponible, la mejora de las operaciones y reingeniería de los procesos, y la mejora de la experiencia del paciente.

El modelo EMC² se basa en la medida de la excelencia como el producto de la metodología utilizada en la mejora de procesos por el conocimiento científico y el cliente¹⁸. Por lo tanto, en el desarrollo y la implementación del modelo intervienen los profesionales sanitarios, realizando un diseño participativo o «codiseño» con los pacientes, tanto en las operaciones relacionadas con el proceso de atención como en el diseño de los protocolos. A través de las técnicas de codiseño se incorpora la creatividad colectiva en la totalidad del diseño del proceso, y esta creatividad surge entre los profesionales y los pacientes, que son los expertos de sus experiencias. Con el codiseño se consigue descubrir diferentes ideas, entender mejor las necesidades de las personas que recibirán los servicios e incluso reducir el tiempo y el coste asociados a los servicios¹⁹.

Las técnicas de *customer design service* y *design thinking* son ideales en este sentido porque combinan el pensamiento lógico, racional y estructurado con el pensamiento creativo, emocional e intuitivo. Basado en estas técnicas, el modelo se aplica en cinco fases o pasos que se integran entre sí (Tabla 3). Estas fases incorporan el diagnóstico inicial de la situación que se va a valorar, la ideación o el diseño de soluciones, el prototipado, el diseño de indicadores y la evaluación.

En la fase de diagnóstico inicial o inmersión suele utilizarse el mapa de experiencia del paciente (*patient journey*), que ayuda a determinar la experiencia vivida por este, detectando los momentos críticos o de mejora existentes en el proceso (*pain points*). Para poder objetivar estos momentos se utilizan diversas técnicas, como entrevistas en profundidad, observación, diarios de campo, mapas de empatía o *shadowing*, entre otras. Esta investigación cualitativa se complementa con los datos cuantitativos que ofrecen las encuestas de satisfacción que se llevan a cabo sobre la totalidad de las familias atendidas.

De forma paralela, se analiza el mapa de operaciones (con la metodología Lean) y así se detectan las acciones que no aportan valor y se identifican tanto las buenas prácticas como los aspectos de mejora en cuanto a los procesos y la experiencia del paciente. De igual forma, se lleva a cabo la revisión de los protocolos o de las guías de práctica clínica, comprobando su grado de aplicación, si se ajustan a la evidencia disponible o si se están obteniendo los resultados clínicos esperados o de valor para los pacientes.

Una vez que se detectan y priorizan los aspectos de mejora, se da paso a la generación de ideas y la presentación de posibles soluciones para los problemas o situaciones detectadas. En esta fase es importante contar con la colaboración de equipos multidisciplinarios, con diferentes puntos de vista, y conseguir distintas interpretaciones ante una misma situación. Se crea entonces un prototipo y se diseña un piloto de las ideas o soluciones que se proponen. Este prototipo simula la realidad y ayuda a incorporar variaciones antes de llevar a cabo las propuestas reales. Los prototipos permiten probar las ideas de forma rápida, económica y con la participación del usuario

T03

Tabla 3.

Fases de implementación del modelo EMC².

Fases	Concepto	Descripción
1	Diagnóstico o inmersión	Establecimiento de objetivos de mejora
2	Ideación	Diseño de soluciones de forma colaborativa
3	Prototipado	Simulación que permite probar las ideas
4	Indicadores	Definición y medida
5	Evaluación	Valoración del grado de consecución de los objetivos

final del servicio, con el objetivo de extender los resultados, si han sido positivos, o de buscar nuevas soluciones si no se han conseguido los resultados esperados.

La fase de evaluación es primordial en la toma de decisiones sobre el problema analizado. Por este motivo, es necesario definir indicadores específicos que ayuden a evaluar el avance conseguido. Los indicadores deben contemplar aspectos de proceso y de resultado final tanto en efectividad como en seguridad y experiencia del paciente. Finalmente, el análisis de los resultados permitirá valorar si se han alcanzado los objetivos de mejora trazados al inicio y cuáles han de ser los siguientes pasos que deben darse en la organización.

El hecho de que la experiencia del paciente forme parte de la estrategia de la organización para la mejora continua de sus resultados significa que todos los planteamientos tienen en cuenta la visión del paciente. Esto se ha plasmado en ejemplos concretos, como la creación de una nueva unidad de cuidados intensivos y el diseño de un centro específico para niños y niñas con cáncer. En ambos ca-

sos, mediante las técnicas mencionadas, tanto pacientes como familiares han sido incorporados desde el inicio del trabajo en equipo para trazar las características que debía tener la atención sanitaria, pero también la logística, la organización, los circuitos y los procesos que deben llevarse a cabo en esos nuevos espacios físicos. En paralelo, los pacientes y los familiares han participado también en la mejora de los procesos, tanto asistenciales como organizativos; por ejemplo, en el servicio de laboratorio, mejorando el proceso de extracción de sangre, en el momento de dar la primera noticia a los padres sobre el diagnóstico de su hijo/a o en la transición de los pacientes del hospital infantil al hospital de adultos (véase el Anexo).

Para que esta participación sea posible y eficaz, es necesario que tanto profesionales como pacientes y familiares estén familiarizados con este cambio de paradigma. También es imprescindible contar en la organización con un plan de participación de los pacientes en la mejora de los servicios que incorpore la formación, la capacitación y el empoderamiento de todos los agentes implicados en este modelo de trabajo colaborativo.

4. Conclusiones

La participación de los pacientes en la toma de decisiones está adquiriendo cada vez mayor protagonismo en la sociedad actual, y es clave para transformar el sistema sanitario. En una sociedad cada vez más activa, el paciente acude a los servicios sanitarios con un mayor deseo de implicación en la mejora de su salud y en la representación de otros pacientes que se encuentran en su misma situación.

En paralelo con el cambio producido en la población, los servicios sanitarios han tenido que adaptarse también al nuevo modelo de paciente e incorporar metodologías innova-

doras en sanidad para mejorar los resultados en salud. Entre estas metodologías se encuentra el diseño de procesos que, proveniente de otras áreas del conocimiento, ha aportado una nueva mirada a la forma de buscar soluciones en las organizaciones sanitarias.

En este entorno, el Hospital Sant Joan de Déu ha incorporado un modelo de gestión estratégica que aúna el método basado en el diseño de procesos con los resultados de la evidencia científica y la experiencia del paciente para conseguir la excelencia en sus resultados.

5. Anexo. La primera noticia

Uno de los ejemplos en los que se ha trabajado con esta metodología en el hospital es cómo se informa por primera vez a la familia de lo que ocurre al paciente. A través de la exploración de la experiencia de familias atendidas en el hospital, los padres y las madres de los/las niños/as pacientes expresaron que una de las situaciones más difíciles que tenían que vivir durante la enfermedad de su hijo/a era el momento de recibir «la primera noticia» sobre lo que ocurría.

A través de un *patients journey* itinerario del paciente, un grupo de familiares (madres y padres de pacientes del hospital) determinaron cuáles eran los «puntos de contacto» que habían tenido con el centro y, a partir de ahí, determinaron los *pain points* o situaciones de mejora que era necesario trabajar. Con esta metodología de trabajo y las técnicas del *design thinking*, las familias participantes concretaron que, en general, se daban tres situaciones en la experiencia del paciente y de su familia tras el paso por el hospital que requerían una aproximación específica: el momento de la primera noticia, el disponer de un plan terapéutico y de seguimiento, y la transición del paciente del hospital infantil al hospital de adultos. Tras este trabajo de

cocreación se diseñaron grupos específicos para profundizar en los temas y concretar un plan de actuación para cada uno de ellos.

En el caso de la primera noticia, un equipo de más de 40 profesionales de diferentes disciplinas y seis familias participaron de manera activa compartiendo experiencias y necesidades, e ideando soluciones que mejoraran la situación detectada al inicio²⁰. Así, tras implementar las fases propias del *design thinking*, se desarrollaron diferentes acciones como la formación específica de los profesionales sanitarios que debían proporcionar esta información, la elaboración de una guía o la simulación de situaciones concretas de dificultad, para adquirir finalmente las habilidades suficientes para acompañar a los padres en el momento de recibir dicha información (Tabla 4).

De la misma forma, otro grupo de trabajo, formado también por profesionales y pacientes adolescentes que tenían que continuar su cuidado asistencial en hospitales de adultos, diseñaron un plan de acogida y seguimiento de las visitas de estos pacientes para que dicha «transición» sea lo menos traumática posible.

T04

Tabla 4.

Proceso de *design thinking* en el estudio de la primera noticia.

Fases	Concepto	Actividades
1	Comprensión de la situación	Revisión de la bibliografía Entrevistas semiestructuradas a profesionales sanitarios Grupos focales con familias
2	Definición de necesidades	Síntesis de los hallazgos
3	Ideación	Grupos focales con familias Grupos focales con profesionales (multidisciplinarios)
4	Prototipado	Prototipo de guía de buenas prácticas Prototipo de curso de formación presencial para profesionales
5	Implementación y evaluación	Difusión interna del proyecto Elaboración de la guía para profesionales sobre cómo dar la primera noticia Realización y evaluación de las sesiones formativas

Adaptada de Nadal *et al.*²⁰.

6. Bibliografía

1. Navarro MD, Gálvez P, Virumbrales M. Ciudadanos y pacientes. En: Martín Zurro A, Jodar Solà G, editores. *Atención familiar y salud comunitaria*. Barcelona: Elsevier; 2018.
2. Nicklin W. Patient safety: springboard to nursing accountability. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2003;16:66-8.
3. Mas N, Wisbaum W. La triple meta para el futuro de la sanidad. *Papeles de Economía Española*. 2014; 142:2-6.
4. NHS Lewisham Clinic Commissioning Group, 2019. Disponible en: <http://www.lewishamccg.nhs.uk>
5. IAPO. International Alliance of Patients' Organizations. Disponible en: <http://www.patientsorganizations.org/participacion>
6. Kohler G, Sampalli T, Ryer A, Porter J, Wood L, Bedford L, et al. Bringing value-based perspectives to care: including patient and family members in decision-making process. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6:661-8.
7. Porter ME. A strategy for health care reform. Toward a value-based system. *N Engl J Med*. 2009;361:109-12.
8. Roberts JP, Fisher TR, Trowbridge MJ, Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare*. 2016;4:11-4.
9. Carro Paz R, González Gómez D. Diseño y selección de procesos. Universidad Nacional de Mar del Plata; 2012. Disponible en: <http://nulan.mdp.edu.ar>
10. Junginger S. Design in the organization: parts and wholes. *Research Design Journal*. 2009;2:23-9.
11. Joosten T, Bongers I, Janssen R. Application of lean thinking to healthcare: issues and observations. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:341-7.
12. Brown T, Wyatt J. *Design thinking for social innovation*. Stanford Social Innovation Review. Stanford: Leland Stanford Jr. University; 2010.
13. Brown T. *Change by design*. New York: Harper Business; 2010.
14. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining patients experience. *Patient Experience Journal*. 2014;1:7-19.
15. Smith A, Hex N, Taylor M. Patient-reported experience measures (PREMS). A scoping document to inform the evaluation of the NHS vanguard sites. The University of York. Wakefield: Yorkshire & Humber; 2015.
16. Withers KL, Puntoni S, O'Connell S, Palmet RI, Carolan-Rees G. Standardising the collection of patient-reported experience measures to facilitate benchmarking and drive service improvement. *Patient Experience Journal*. 2018;5:16-24.
17. Australian Institute of Health and Welfare. Patient-reported experience and outcome measures. Australia's health, 2018. Australia health series no. 16. AUS 221. Canberra: AIHW; 2018.
18. Jabalera M, Pons M, Gómez E, Del Castillo M, Álvarez E, Planas MJ, et al. Hacia la excelencia en gestión hospitalaria. Descripción de un modelo de gestión estratégica. *Revista de Calidad Asistencial*. 2019; en prensa.
19. Thabrew H, Fleming T, Hetrick S, Merry S. Co-design of eHealth interventions with children and young people. *Front Psychiatry*. 2018;9:481.
20. Nadal Miquel D, Claret Teruel G, Navarro Rubio MD. La comunicación y el acompañamiento de la primera noticia: re-diseño de la experiencia desde la perspectiva de los padres de niños/as enfermos. *Revista de Trabajo Social y Salud*. 2018;90:75-88.