

## Innovación en la asistencia sanitaria a través de la aplicación del *design thinking*



### Innovation in the health care through the application of the design thinking

Sra. Directora:

En pleno siglo XXI, el *design thinking* (DT) o «pensamiento de diseño» aplicado a las prestaciones sanitarias constituye una herramienta enfocada a fomentar la innovación en las organizaciones sanitarias para obtener una calidad asistencial (CA) basada en valor y no en volumen, generando una visión más humanista de la asistencia<sup>1</sup>. En los momentos actuales, considerando los problemas actuales de la sociedad (crisis económica, ...), la creciente complejidad del sistema sanitario (tecnificación, fragmentación...) y la aparición de un nuevo tipo de paciente (hiperinformado, pluripatológico...) resulta imperativo la innovación en la prestación de los servicios sanitarios<sup>2</sup>. En este sentido, la implementación del DT representaría una novedosa metodología para renovar la asistencia sanitaria centrada en los pacientes, permitiendo detectar necesidades, afrontar retos y aportar soluciones de forma tecnológicamente factible y comercialmente viable. De este modo aportaría a los profesionales e instituciones sanitarias enfoques más creativos, centrados en los pacientes y sus familiares, mejorando la gestión y la asistencia sanitaria<sup>3</sup>.

El DT se orienta primeramente hacia el proceso de diseño y en segundo lugar hacia el producto final, integrando en su ejecución diferentes etapas a través de distintos equipos interdisciplinarios. La implementación del mismo en la atención sanitaria supondría avances tales como mejorar la experiencia del paciente en la interacción con los avances tecnológicos (nuevas técnicas diagnósticas, terapéuticas...), mejorar la comunicación con el personal sanitario y aumentar la comodidad y movilidad de los pacientes<sup>4</sup>.

Sus principales fases podríamos sistematizarlas en<sup>5-7</sup>:

- *Creación de empatía*. La principal fuente de información es el paciente y sus expectativas respecto de un problema de salud concreto relacionado con el producto, servicio ofertado y ejecución del mismo. Es necesario, por tanto, experimentar la vivencia del paciente en su propio entorno para comprender adecuadamente cuáles son realmente sus auténticas demandas, necesidades y deseos.
- *Definición del problema*. Lo que permitirá identificar áreas de oportunidad significativa para la búsqueda de soluciones innovadoras.
- *Idear nuevas soluciones*. Puesto que la atención sanitaria es actualmente interdisciplinaria, la consideración de la atención al paciente desde distintas perspectivas, así como la integración de dinámicas participativas resulta fundamental para encontrar respuestas novedosas a problemas tradicionales.
- *Elaboración de un prototipo de paciente*. A partir de sus reacciones interactuar con dicho prototipo, recabando información a través de dicha interacción, con la finalidad

de diseñar la solución más eficaz, integral y adaptable al usuario final (paciente) y hacerla tangible.

- *Evaluación continua*. El paciente podrá interactuar con el prototipo y el personal sanitario obtener la información necesaria para introducir mejoras. Esto conllevará el perfeccionamiento del modelo hasta dar con el más adecuado, hacerlo una realidad e implementarlo en la práctica clínica.

No obstante, la implementación de dicho sistema de innovación enfocado hacia el paciente, ha de superar una serie de limitaciones asistenciales que podríamos resumir en:

- *Conflictos dentro del sistema sanitario*. Personal asistencial con pacientes, asistencia frente a gestión y asistencia primaria con asistencia especializada. Se percibe falta de entendimiento entre el concepto de CA desde la óptica del profesional sanitario y las expectativas del paciente, divergencia entre intereses de gestión y asistenciales y ausencia de coordinación entre la atención primaria y la especializada. A través del DT se podrán analizar en profundidad dichas relaciones, identificando las circunstancias que las provocan y aportar soluciones que faciliten una mayor integración de las distintas sensibilidades.
- *Relación entre profesional sanitario y paciente*. En la práctica asistencial asistimos con frecuencia a un desencuentro entre la percepción de la enfermedad por parte del personal sanitario y del paciente. Mientras que el primero lo percibe como un hecho cotidiano, para el paciente representa un acontecimiento trascendente del que se derivan una serie de prioridades y expectativas que configuran entre ambos una relación disarmónica. Este problema ya fue puesto de manifiesto por Bill Fulford<sup>8</sup>, a través del desarrollo de la medicina basada en los valores frente a la medicina basada en la evidencia (MBE)<sup>9</sup> pretendiendo transformar el modelo médico tradicional en un modelo basado en hechos y valores. El modelo propuesto a través del DT, trata de introducir mejoras de diseño para acercar ambas posturas.
- *Formación del personal clínico*. El desarrollo de las nuevas tecnologías ha supuesto la aparición de un paciente hiperinformado (Internet) con nuevas demandas y expectativas a veces no asumibles a través de modelos asistenciales tradicionales. Este avance representa para el sanitario un constante desafío tanto técnico como interpersonal, que precisaría de una adaptación continua de competencias tanto técnicas como humanísticas que habrían de introducirse desde la formación académica y adaptarlas a lo largo del ejercicio profesional<sup>10</sup>.
- *Fallos estructurales del sistema*. El sistema sanitario actual apuesta a favor de la eficiencia (escaso tiempo de consulta, tecnificación asistencial...) frente a la atención personalizada al enfermo, lo que deriva en numerosas ocasiones en la práctica de una «medicina defensiva» en detrimento de la CA.
- *Implicación del paciente*. Las organizaciones sanitarias han de favorecer la proactividad del paciente y sus familiares en el cuidado de su salud y en la relación con el personal sanitario lo que precisa de la creación de un entorno que favorezca una mayor información acerca de

cuáles son las alternativas diagnóstico-terapéuticas más adecuadas a sus necesidades, implicando al paciente en el proceso asistencial como sujeto activo del mismo.

En conclusión, el DT constituye una forma de aprender mientras se crea ya que trata de buscar soluciones adaptables a los pacientes, evitando elevados gastos derivados de otros métodos más tradicionales, ya que dicho método permite reducir los riesgos ligados a procesos innovadores al llevar implícita la necesidad de observar al paciente con el objetivo de encontrar soluciones que se adapten al mismo.

## Bibliografía

1. Vesely R. Applying "design thinking" to health care organizations. *Health Facil Manage.* 2017;30:10-1.
2. Mittinty MM, Marshall A, Harvey G. What integrated care means from an older person's perspective? A scoping review protocol. *BMJ Open.* 2018;8:e019256.
3. Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:168.
4. Schultz K, Carroll L, Mainey K, Dent E. Identification of service improvement opportunities in an Australian community transition care program. *Aging Clin Exp Res.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-018-0923-z>
5. Charles JA, Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy Variation in General Practice: A Survey among General Practitioners in Denmark. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15030433>
6. Redshaw M, Henderson J. Care associated with stillbirth for the most disadvantaged women: A multi-method study of care in England. *England Birt.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12335>
7. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Uva MS, Nunes C. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: A retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care.* 2018;30:132-7.
8. Fulford KWM, Dickenson D, Murray TH (eds). *Healthcare ethics and human values: an introductory text with readings and case studies*, Blackwell, Malden, 2002.
9. Centro Cochrane Iberoamericano. Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)? Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>.
10. Jangland E, Mirz N, Conroy T, Merriman C, Suzui E, Nishimura A, et al. Nursing Students' understanding of the Fundamentals of Care: A cross-sectional study in five countries. *J Clin Nurs.* 2018;27:2460-72.

J.D. Sánchez López<sup>a,\*</sup>, J. Cambil Martín<sup>b</sup>,  
M. Villegas Calvo<sup>c</sup> y M.Á. Toledo Páez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España*

<sup>c</sup> *Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

<sup>d</sup> *Bloque del Área Quirúrgica, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es)

(J.D. Sánchez López).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.04.001>

2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.