

# ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS.

# HERRAMIENTAS DE INNOVACIÓN Y DISEÑO PARA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

**IGNACIO DEL ARCO HERRERA**  
INFOBIOTIC S.L. Soluciones de Convergencia  
Socio fundador y director de operaciones

---

## Sumario

1. TRANSFORMAR LOS MODELOS DE  
ATENCIÓN.

2. PENSANDO PRIMERO EN LAS PERSONAS.

3. CONSTRUYENDO EL MODELO CON LAS  
PERSONAS.

4. HERRAMIENTAS PRÁCTICAS.

4.1. Acordar.

4.2. Crear.

4.3. Producir.

5. CONCLUSIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

*Atención integrada, centrada en la persona, participación, implicación, bienestar, innovación, diseño, herramientas, acordar-crear-producir.*

## RESUMEN

*La prestación de servicios de salud y para el bienestar se han de orientar hacia modelos integrados y centrados en la persona para garantizar su eficiencia y su sostenibilidad a medio y largo plazo. En las últimas décadas, se han venido desarrollando gran cantidad de experiencias que, desde la innovación y el diseño participativo, han demostrado ser de gran utilidad en su aplicación en la organización y el funcionamiento de centros y servicios de atención en muchos contextos diferentes, implicando activamente a los pacientes y profesionales en la definición de sus necesidades y en la búsqueda de respuestas prácticas a las mismas, muchas de ellas en España. La coordinación del talento, la activación del conocimiento interno y de los recursos disponibles pueden suponer una gran oportunidad para redefinir la forma de cuidar los unos de los otros, especialmente cuando más lo puedes necesitar. Desde un enfoque práctico de la creatividad, se introducen algunos aspectos metodológicos y se presentan algunas herramientas que se vienen empleando para fomentar la implicación directa y la participación colectiva de las personas en la resolución de los problemas o necesidades asociadas a su propio bienestar.*

## KEYWORDS

*Integrated healthcare, people-centred, participatory, involvement, wellbeing, innovation, design, tools, agree-create-produce.*

## ABSTRACT

*The provision of healthcare and wellbeing services must be aimed towards integrated and people-centred models in order to guarantee their efficiency and mid-long term sustainability. In the past few decades, a large number of Initiatives have been developed that, from an innovation and participatory design perspective, have proved to be very useful in application in the organization and functioning of care centres and services in many different contexts, actively involving patients and professionals in the definition of their own needs and in the search for practical answers to them, many of them in Spain. Coordination of talent, the activation of internal knowledge and available resources can be a great opportunity to redefine how to care for each other, especially when you need it most. From a practical approach to creativity, some methodological concepts are introduced and some tools are presented that have already been used to promote the direct involvement and collective participation of people in the resolution of problems and needs associated with their own wellbeing.*

## 1. TRANSFORMAR LOS MODELOS DE ATENCIÓN.

Los modelos actuales de atención a la salud deben transformarse. Me atrevería afirmar que en esto el consenso es total. Desde un punto de vista global, las principales barreras en el acceso a servicios de calidad son la poca importancia que se presta al usuario, los significativos recortes en la dotación de recursos y la fragmentación de los servicios de atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a nivel mundial, más de un billón de personas carece de acceso a servicios básicos de salud por barreras de accesibilidad (física, geográfica y administrativa), por barreras a la disponibilidad (con pocos medios y largas listas de espera) o barreras de aceptabilidad (los servicios no cumplen con las preferencias culturales, étnicas o de género). Incluso una vez que las personas han podido acceder a los servicios, muchas veces ofrecen poca calidad e incluso pueden resultar contraproducentes.

En España la situación no es diferente. Basate como retrato el informe sobre las urgencias hospitalarias presentado recientemente por la Defensora del Pueblo (2015) y realizado de forma colaborativa con los defensores autonómicos, y en el que además se ha incluido la participación y aportaciones de pacientes y familiares así como de diferentes profesionales de toda España a través de mesas de trabajo. Más allá de centrarse en problemas puntuales de los centros o servicios, ha puesto encima de la mesa un análisis de las cuestiones de importancia que afectan directamente al tipo de atención que reciben los pacientes.

Entre las principales conclusiones resaltadas

por el estudio, se constata la necesidad de cambios de organización y gestión de los servicios para resolver los problemas relacionados con la elevada presión asistencial y las repetidas situaciones de saturación que se producen. Señala, además, que una buena coordinación entre servicios de urgencias y servicios extrahospitalarios es imprescindible para fomentar en los pacientes un uso adecuado de los dispositivos asistenciales de urgencias, y para que los enfermos crónicos, las personas mayores y los colectivos en riesgo de exclusión social (amplificados por el efecto de la crisis) puedan acceder y recibir una atención de calidad. Un aspecto destacado especialmente por los representantes de los pacientes en el estudio, es la falta de dotación de personal de trabajo social para las necesidades de asistencia, acompañamiento y orientación de colectivos de los pacientes más vulnerables, que además de suponer una barrera adicional, se suele traducir en resultados adversos, errores o conflictos que alteran el funcionamiento normal del servicio.

Pero además, el sistema planificado en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia está “totalmente colapsado y basado en un procedimiento que sigue siendo lento, farragoso, ineficaz y una auténtica tortura” para las más de 1.200.000 personas en situación reconocida de dependencia y de sus familias, de las cuales un 40% no tiene prestación, cobertura o servicio de atención (Barriga y cols., 2015).

Como respuesta ante la evidente necesidad de transformación, la OMS estableció ya en Asamblea del 2008 una serie de reformas en los sistemas de prestación de servicios para comenzar la conversión hacia modelos de atención integrados y centrados en las personas;

y poder así cumplir el objetivo principal de promover la cobertura universal de atención (WHO, WHA 62.12), en la que URGE a los estados miembros a:

*“(3) poner a las personas en el centro de los cuidados de salud, adoptando los modelos apropiados de prestación enfocados a nivel local y de distritos, y proporcionar servicios exhaustivos de cuidados incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, cuidados curativos y cuidados paliativos; que estén integrados con otros niveles de cuidados y coordinados conforme a las necesidades” .*

*(4) promover la participación activa de todas las personas, y re-enfatizar el empoderamiento de las comunidades, especialmente las mujeres, en el proceso de implementación de las políticas y mejorar la salud y los cuidados, con objeto de apoyar la renovación de la atención primaria” .*

A lo largo de este año conoceremos más detalles de la Estrategia Global de Servicios de Salud Centrados en la Persona e Integrados en la que el Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad de la OMS está trabajando, y con el que se pretende generar una guía para facilitar a los Estados Miembros las opciones políticas y estrategias para la reorganización de los servicios de atención desde los dispositivos de primaria hasta los hospitales y otros recursos asistenciales.

Con esta aproximación a la prestación de servicios de atención, centrada en la persona e integrada, la OMS espera que además de incrementar la cobertura universal se facilitará el acceso a los recursos necesarios durante el curso

de la vida, y que esto incidirá de forma positiva en la salud y mejorará los resultados clínicos que se obtienen, reforzará la continuidad de cuidados y la satisfacción percibida con los servicios, expandirá la participación de usuarios y comunidades en sus propios cuidados de salud, mejorará la satisfacción de los proveedores con su trabajo, reducirá ineficiencias y duplicidades del sistema y facilitará la colaboración intersectorial para resolver otros determinantes más amplios de salud. Seguro que esto también lo firmamos todos.

Sin embargo, las listas de espera, la saturación de los servicios, el trasfondo de la larga crisis, la desmotivación generalizada y la desatención, se están convirtiendo en las enfermedades crónicas que terminarán por producir la muerte del sistema que tendría que estar preparado para responder ante las verdaderas necesidades de las personas. Y por eso, también estaremos de acuerdo que el momento es ahora. No ya porque lo diga la OMS, o porque los mencionados estudios hayan puesto de relieve los efectos de las políticas de recortes y la necesidad de emprender verdaderas reformas en la organización y gestión de los recursos en España, si no porque se corre el riesgo de perder una oportunidad histórica para definir el tipo de sociedad en la que queremos vivir y para organizar la forma en la que nos ocupamos los unos de los otros, especialmente cuando más lo puedas necesitar.

## 2. PENSANDO PRIMERO EN LAS PERSONAS.

No hay que investigar mucho para saber que cada persona es un mundo en sí misma. Además de los cambios constantes en el mundo que nos rodea, tenemos que sumar que a lo largo de la vida también van cambiando nuestras propias necesidades. Nuestras habilidades, relaciones, educación, cultura, las preferencias... el mundo propio de cada uno sufre una evolución constante dentro de un mundo en continuo cambio.

Desde el punto de vista de la Atención Integrada, las personas son mucho más que meros "pacientes", "familiares", "profesionales", "discapacitados", "investigadores" o cualquier otra "etiqueta" que identifique un rol determinado en la organización y provisión de cuidados de atención. Cualquiera de nosotros puede

pasar de una situación a otra en un momento dado, y por tanto somos agentes activos dentro del sistema, con intereses y motivaciones de sobra para que funcione lo mejor posible. Pensar primero en las personas requiere por tanto una perspectiva holística, que considere todos los elementos individuales y los ponga en contexto en su entorno inmediato: familiar y social, local y global; ahora y por lo que está por venir. Esta visión integral de las personas y su rol principal, activo y nuclear en la construcción del bienestar, es la base para el desarrollo y fortalecimiento de las sociedades modernas. La figura 1 resume gran parte de los elementos principales que conforman el creciente protagonismo de la persona en los modos de vida actuales, y su participación directa en los procesos sociales para definir los del futuro.

FIGURA 1. Las personas como centro de sus modos de vida.



Fuente: Elaboración propia.

Si tomamos la organización de un sistema de Atención Integrada como uno de esos “territorios del futuro”, estas claves son aplicables también en el diseño de los nuevos servicios y soluciones centradas en las personas. Un ejemplo reciente de “movilización ciudadana” relativa a salud y cuidados que viene a nuestras retinas es el efecto de la Marea Blanca como colectivo civil y auto organizado, que consiguió en gran medida sus objetivos a través del trabajo colaborativo de muchos profesionales de la Sanidad y la implicación de apoyo de numerosos ciudadanos en defensa de unos de servicios de atención públicos y de calidad.

La clave está justo en esa implicación personal, la participación directa en la organización, uso y disfrute del capital social por personas motivadas por sus valores y su educación. También implica ser parte activa en el capital social, alimentar con la creatividad individual los procesos de innovación colectiva que permiten el desarrollo sostenible y la configuración de una economía que incluye otros elementos de valor además del meramente monetario, especialmente si hablamos del precio del bienestar y la salud.

Está ampliamente demostrado que niveles altos de bienestar subjetivo se correlacionan con muchos efectos deseables socialmente, como vivir una vida más larga y más saludable, desarrollarse profesionalmente o fomentar las actitudes democráticas (Diener y Chan, 2011). En el otro sentido, el capital social también tiene un efecto directo sobre el bienestar subjetivo y sobre los niveles de satisfacción personal con la vida. Se ha demostrado por ejemplo que tener alguien en quien poder contar en caso de necesidad, el clima de confianza social, o la participación en actividades de voluntariado están

directamente relacionados con una mejor evaluación de la vida, consiguiendo elevar los sentimientos positivos y disminuir los negativos en la mayoría de los países del mundo (Calvo et al, 2012).

El bienestar subjetivo tiene una dimensión cognitiva, relacionada con la felicidad y el desarrollo del potencial propio, y por tanto con la satisfacción con la vida a largo plazo; y otra dimensión hedónica que resulta de la percepción de afectos positivos y negativos que modifican de forma temporal la satisfacción con la vida en un momento dado. Los modelos de calidad de vida aplicados a la atención incluyen dimensiones relacionadas con el bienestar físico, material y emocional, además de otras como las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, la autodeterminación, el confort, la espiritualidad y los derechos humanos y legales (Shalock y Verdugo, 2003) (Schwartzmann, 2003). Al introducir la opinión y la participación de la población sobre el concepto de calidad de vida y los componentes que la definen para ellos mismos, encontramos además nuevas categorías no contempladas expresamente en los modelos, como la alegría de vivir (felicidad, optimismo, valorar lo pequeño, ilusión, buen humor, disfrutar de la vida), el bienestar pleno (en todos los ámbitos y factores que facilitan la calidad de vida), la conciencia plena (mindfulness, mi estado actual), las condiciones ambientales (medio ambiente, naturaleza, tiempo meteorológico) o la solidaridad (generosidad, ayudar a los demás) (Rísquez-Collado y García-Martín, 2014).

Como siempre, es una cuestión de equilibrios. Pero el éxito y la sostenibilidad de cualquier modelo de Atención Centrada en la Persona (y en consecuencia de Atención Inte-

grada) pasa por el ajuste dinámico de todas estas variables, desde la educación a los recursos sociales, entendidos en este caso por ejemplo, como los dispositivos asistenciales, la oferta de servicios de atención o las infraestructuras necesarias (que suelen ser el aspecto principal, o casi el único, en las políticas de salud). Es a través de la educación por donde se llega a la participación, a la implicación directa de las personas. Fomentar la creatividad desde el sistema de atención será también parte importante del funcionamiento del modelo, no solo como motor de implicación o para potenciar sus efectos directos sobre el bienestar de las personas, si no también como vía de mejora constante y evolución del sistema al alimentar los procesos de “innovación social”, entendida en sentido amplio (innovación de producto, de servicio, tecnológica, de mercado, organizativa...) como aquella que genera un valor extra y demuestra la efectividad social del avance que representa (Lorca y Del Arco, 2010).

El valor de las ideas o el de la creatividad es relativo. Ni siquiera es necesario que lo tenga (más allá del mero acto creativo). Las ideas cobran valor a través de los procesos de innovación, al impactar sobre aspectos económicos, sociales, culturales y del desarrollo sostenible. Es lo que define la dimensión representada en la figura 1 como “economía social” y que también de forma inclusiva, comprende factores relacionados con el actual escenario de crisis prolongada, con el marco de colaboraciones persona-público-privado (modelos PPPP) que se va imponiendo cada vez en más iniciativas y proyectos en el ámbito Europeo e internacional; y también otros conceptos relacionados con la definición de economía creativa como “la formulación de ideas y su aplicación para creaciones funcionales, invenciones científicas

e innovaciones tecnológicas” (UNCTAD 2010); o con el de economía colaborativa, que cobra otra dimensión en el universo de Internet para establecer nuevos modelos en diferentes sectores, incluyendo el de salud y los cuidados y que son ya hoy una realidad constatable: *crowdfunding* para equipos y proyectos de investigación biomédica, asociaciones que trabajan de forma desinteresada al servicio de personas excluidas socialmente, de enfermos, discapacitados y sus cuidadores familiares; cooperativas de trabajadoras que prestan servicios públicos de atención y acompañamiento, las campañas para la donación de sangre y órganos para transplantes, las redes sociales, de voluntariado y virtuales de apoyo, foros de afectados y pacientes, compra online de medicamentos y productos para la salud y el bienestar, o profesionales que realizan consultas o seguimientos a distancia usando canales y dispositivos tecnológicos.

En contraposición, muchos de los grandes avances médicos son cada vez más complejos y sofisticados, requieren de elevadas inversiones para sostener el ciclo de investigación-desarrollo-innovación a largo plazo; y su incorporación efectiva en la práctica diaria y la calidad de la atención parece que responde a una tendencia global hacia un modelo en el que el acceso a los servicios y prestaciones depende cada vez más del dinero que tengas para pagarlos. El envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades provocan también un giro en la visión hacia la prevención y el mantenimiento de la calidad de vida y ya no tanto a la curación. Entre las posiciones extremistas de la “inviabilidad por definición de un sistema público de calidad con cobertura universal” frente a la de “la salud de las personas como el negocio privado de unos pocos”, el término medio de la sostenibilidad pasa por

nuevos modelos de relación entre los diferentes agentes involucrados, que deben incorporar además nuevas métricas de la economía de salud que puedan constatar la efectividad de los procesos de atención desde el punto de vista del individuo en su entorno inmediato.

Los modelos de relación deben también ajustarse para responder a las expectativas e intereses de las diferentes partes: de los pacientes, los profesionales que los atienden, los poderes públicos que garantizan el acceso y la calidad de los servicios, las grandes empresa de Farmaindustria, las compañías aseguradoras, de las farmacias, de los grandes proveedores, las tecnológicas, y también de las pequeñas y medianas empresas que conforman y dinamizan el tejido productivo a nivel local generando empleo; de forma que se cierre el ciclo para volver al comienzo: el bienestar de los pacientes en un modelo de atención integrada y centrada en las personas.

### 3. CONSTRUYENDO EL MODELO CON LAS PERSONAS.

Como casi siempre en innovación, no hay nada nuevo en la gran importancia que tiene el pensar primero en las personas. El papel central del usuario se ha convertido en una suerte de mantra que se repite para describir la oferta de productos y servicios, los desarrollos de nuevas soluciones o el modelo de trabajo de las empresas y organizaciones.

Desde el punto de vista estratégico y empresarial, las ventajas de contar con los usuarios o “clientes” finales en el diseño y desarrollo de nuevas soluciones, productos y servicios se conocen desde hace mucho tiempo y se vienen explotando cada vez más para generar nuevos

nichos de oportunidad y fidelizar a los usuarios, a los propios trabajadores y a socios o colaboradores.

Diferentes modelos y aproximaciones desde el diseño y la innovación han sido probados también con éxito en una amplia gama de contextos de atención clínica y social en diferentes países del mundo, generando un enorme número de referencias de casos de éxito que muestran resultados muy positivos, si bien generalmente limitados a procesos específicos dentro de una determinada unidad o departamento, encontrando la mayoría diferentes barreras para trascender en la organización hacia sistema global. Por ejemplo, la revisión sistemática (Mazzocato y cols., 2010) analiza el empleo de metodologías de *Lean Thinking* (que se basa principalmente en la filosofía de producción desarrollada por Toyota y que enfoca todos los procesos a maximizar el valor para el cliente) aplicadas específicamente en entornos de salud diferentes, y en los que todos los casos se obtienen resultados positivos que se resumen en las áreas de mejora de la Figura 2.



**FIGURA 2. Resumen de los principales resultados obtenidos a partir de proyectos basados en Lean Thinking aplicados en diferentes contextos de atención y cuidados de salud.**



Fuente: Adaptado de Mazzocato y cols., 2010.

A lo largo de varios años, trabajamos en la conformación de un modelo conceptual que sirviera para situar a las personas en el centro de los procesos de innovación de productos y servicios orientados a mejorar su bienestar y su calidad de vida, que incorporaba conceptos de diferentes corrientes conocidas (*User Driven Innovation, Outcome Driven Innovation, Leader Users, Open Innovation, Living Labs, User Centred Design, Forms of Life Design, Lean Thinking, Design Thinking*) facilitando una perspectiva práctica y herramientas que combinan técnicas de evaluación (por ejemplo desde la Ergonomía) con otras participativas (como sesiones de intervención social) para promover un efecto local, directo en el lugar, en el contexto y con

los agentes que forman parte de la cadena de valor en la solución. (Lorca y Del Arco, 2010).

Todas estas metodologías y herramientas fueron desarrolladas a través de un proceso colaborativo, contando con numerosas aportaciones generadas en muchos proyectos con expertos y profesionales trabajando por ejemplo con personas mayores para el desarrollo de sistemas interactivos de apoyo (Díaz y cols., 2010) o con un grupo de habitantes del ámbito rural para el co-diseño de aplicaciones tecnológicas (Saiz y cols., 2010) además de en muchas otras, a través de los denominados Espacios Sociales de Innovación (García Robles y cols., 2010), algunos enfocados específicamente en salud y

promoción de la autonomía personal, y donde demostraron su utilidad para el diseño y desarrollo de nuevas soluciones en el Programa Conjunto Europeo de *Ambient Assisted Living*, llegando a formar una red colaborativa ([www.espaciosociales.es](http://www.espaciosociales.es)) estrechamente vinculada a la "Red Europea de Living Labs" ([www.openlivinglabs.eu](http://www.openlivinglabs.eu)).

Tanta variedad de modelos, metodologías o aplicaciones puede considerarse una debilidad de este tipo de aproximaciones, que si bien consiguen incidir de forma significativa en la mejora de los servicios, no siempre encuentran la manera de generar una solución escalable o sostenible en el tiempo, y los resultados pierden potencia por la fragmentación o por la dificultad para integrarlos en el funcionamiento habitual de los centros.

Pero más bien al contrario, toda esa riqueza puede suponer un enorme potencial que haga posible la coordinación de los recursos hacia un modelo de atención que responde de forma integrada ante las necesidades reales de las personas. Ese amplio abanico de experiencias demuestra, primero, la transformación es posible y; segundo, que si partimos de las personas y de sus experiencias en un contexto concreto, el tipo de soluciones generadas a través de estos procesos son prácticamente infinitas en cuanto al alcance y en cuanto a los beneficios para el bienestar individual y para el funcionamiento global del sistema.

Todas estas actuaciones son, en sí mismas, parte de la solución. Al aplicar estas metodologías en las que personas con distintas procedencias, motivaciones e intereses trabajan juntos para abordar desde la perspectiva creativa un tema que les afecta, siempre ocurre lo

mismo: se escucha a los otros, mejora la comprensión propia del problema en su contexto, y se dispara una chispa creativa en el grupo que genera las respuestas de innovación.

Una de los principales funciones de las administraciones en el proceso de transformación del sistema, debe ser por tanto alentar todo ese tipo de iniciativas, fomentar la interacción entre unas y otras y facilitar su extensión entre los equipos de trabajo clínicos, técnicos, administrativos y de gestión en los diferentes niveles de la red de servicios sociales y sanitarios, promoviendo además su interconexión con otros sectores, recursos y agentes sociales para aumentar el alcance de las políticas de bienestar a través de la participación directa.

El papel de coordinación implica una visión más abierta en la organización política y de gestión, facilitando por ejemplo una concepción diferente en el uso de los espacios públicos y de los recursos de los propios centros de atención, para involucrar a los profesionales y los usuarios en el diseño y desarrollo de proyectos concretos en ese contexto y con una dimensión temporal definida. Implica también el establecimiento de canales para compartir los recursos y comunicar y difundir los resultados que se obtienen de forma permeable entre administraciones, agencias, departamentos, servicios, etc., en un modo de relación en red interconectada al servicio de las personas. Una ventaja añadida es que la mayoría de las veces no se requieren grandes inversiones ni para facilitar las dinámicas de encuentro e interacción ni para poner en marcha muchas de las soluciones que se generan, que tan solo requieren pequeños cambios en un procedimiento o entorno, pero en cambio producen un gran impacto al resolver pequeñas necesidades del día a día.

A medida que vaya creciendo el número de interacciones entre todos los nodos de esa red, esas experiencias irán conformando la base sólida de un Sistema de Atención verdaderamente Integrada, que parte de las personas pero también nace de esta forma con la participación activa de los poderes públicos y de las empresas privadas, con el objetivo común de promover un modelo de Atención Centrada en las Personas.

El resultado del modelo se plantea más allá de la simple coordinación entre sectores y niveles; y la implicación de las personas pasa a ser el criterio clave y determinante que ha de inspirar la organización, la funcionalidad y las formas de trabajo en un sistema que adapta de forma flexible sus procesos para hacer accesible a la población servicios de atención con calidad y continuidad asistencial, desde la prevención y la promoción de la autonomía personal hasta los cuidados al final de la vida. En términos generales, las características deseables de este sistema incluirían:

- **Personalización.** El simple hecho de dirigirse a alguien por su nombre, o dar las gracias en su idioma puede cambiar mucho el resultado de una experiencia entre personas. Desde el punto de vista de la práctica asistencial, cuanto mejor se conoce a la persona atendida, más fácil resulta dar una respuesta eficaz a sus necesidades. Implica cercanía, accesibilidad y el reconocimiento del individuo frente a la colectividad, adaptando las respuestas de la atención a la naturaleza y preferencias de la persona. Un elemento clave de cercanía pasa por potenciar la actividad de enfermería, de asistentes sociales y de las farmacias como referentes de contacto directo y accesible de las personas en su medio.

- **Precisión:** Las prestaciones y tratamientos se orientan específicamente hacia las causas subyacentes a la pérdida de bienestar en las personas, poniendo a su disposición las respuestas que necesita y en el momento que las necesita. El concepto traslada la escala de todo lo que se conoce en medicina personalizada (principalmente en oncología) en una aproximación de un alcance sin precedentes que tiene en cuenta la variabilidad individual en los genes, las condiciones ambientales y el estilo de vida de cada persona para abordar la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de la mayoría de las enfermedades. También implica otra perspectiva en el análisis de la eficiencia de los procesos, diferenciando entre invertir en salud frente al coste de esperar o intervenir más tarde.

- **Alta Resolución:** El coste de oportunidad es inaceptable en la atención centrada en las personas. Las dificultades, errores o retrasos en el acceso a los recursos de prevención, diagnóstico y tratamiento; tienen consecuencias muy graves sobre el bienestar, pero además aumentan la complejidad de los cuidados necesarios y encarecen de forma significativa el coste de la atención. Aumentar la capacidad de resolución requiere del trabajo en equipo multi-disciplinar y multi-institucional, coordinados en consultas o en puntos de atención únicos.

- **Innovación.** Un sistema moderno, que hace un uso avanzado de las tecnologías disponibles, que promueve la creatividad para investigar, desarrollar y probar nuevas soluciones que sigan mejorando su organización y los servicios que presta. Abierto a la colaboración con tecnólogos y PYMES locales, investigadores y otros profesionales, a través de

iniciativas específicas aplicadas a mejorar la atención.

- **Amplificación del bienestar.** El sistema implica a las personas en su funcionamiento, y sirve de agente activo en la comunidad promoviendo respuestas integradas y dinamizando los recursos, el uso espacios públicos, y la gestión sostenible del capital social como elementos determinantes de la amplificación del bienestar en todas sus dimensiones, promoviendo la creatividad, la participación, la cultura y la vida social del entorno.

#### 4. HERRAMIENTAS PRÁCTICAS.

Construir el modelo para la Atención Integrada y Centrada en las Personas requiere desde el comienzo trabajar y definirlo con las personas, y como hemos visto, desde la perspectiva de la innovación y la participación ciudadana en el diseño y gestión de su propio bienestar, es difícil anticipar cuáles serán los resultados y cómo será ese modelo al final. Con el objetivo de intentar responder a un enfoque práctico, que contribuya a facilitar herramientas para la definición participativa de ese modelo (más que el modelo en sí), esta sección recoge algunas de las técnicas que desde la perspectiva de la innovación, pueden dar resultados de gran utilidad.

El término Atención Centrada en las Personas (ACP) elimina la dualidad artificial entre lo sanitario y lo social, poniendo el foco en lo verdaderamente importante y haciendo en realidad innecesario o superfluo el concepto de "Integrada". Siguiendo la línea de los modelos de innovación, que en su mayoría proponen procesos divididos en tres o cuatro etapas, las herramientas para el modelo de ACP se agrupan en tres grandes fases: Acordar-Crear-Producir.



##### 4.1. Acordar.

Si bien la libertad creativa y el uso, adaptación o introducción de nuevas técnicas es en sí mismo uno de los pre-requisitos para que estos modelos funcionen, es obviamente necesario acordar previamente una serie de cuestiones para poder cumplir los objetivos y maximizar el impacto de todas las iniciativas o intervenciones. Puede antojarse complicado poner puertas al campo (de la innovación), pero sí puede ayudar la visión como un proceso de **Stage Gate** (Cooper, 2008), ampliamente utilizado para orientar el desarrollo de nuevos productos, que comprende desde el descubrimiento de la idea hasta la revisión posterior al lanzamiento al mercado, y que se basa precisamente en 5 fases secuenciales y 5 puertas que sirven de punto de control para continuar o no con la siguiente fase, en función de los resultados obtenidos. Este modelo refuerza la perspectiva cíclica de los procesos de innovación, idealmente en iteraciones cortas, controladas en el tiempo, y cuyos resultados constituyen el punto de partida de la siguiente, permitiendo el crecimiento progresivo de las iniciativas sobre una base sólida de éxitos y aprendiendo también de los fracasos, pero de forma rápida, con un coste bajo y sin riesgos para la organización. Para

que funcione correctamente y en un sistema escalable, debe adaptarse de forma flexible e incorporar criterios claros sobre quién gestiona esos puntos de control establecidos, qué parámetros de éxito se consideran, y cómo se implican y facilitan los recursos necesarios para la siguiente fase.

La primera cuestión a acordar es con qué personas hay que contar y cómo se pueden involucrar con su participación. Un primer paso en este sentido puede avanzar a través de **análisis de mapas de agentes**, que partiendo de una imagen gráfica de todos los individuos y organizaciones que conforman la cadena de valor persona-público-privado en los servicios de atención, permiten ir además clasificando los intereses, motivaciones, los beneficios potenciales que cada una de las partes espera de su participación, o la implicación que ésta conlleva en sus roles como beneficiario de la atención, como entidad financiadora, como prestador del servicio o como organizador del sistema. Los análisis van conformando cate-

gorías basadas precisamente en los diferentes puntos de vista y preocupaciones de los agentes clave, que son tenidas en cuenta para dar forma a la solución o resolver anticipadamente posibles conflictos de intereses para asegurar su apoyo e implicación. Las técnicas de análisis suelen emplear diferentes dimensiones relacionadas con los agentes como la legitimidad, su posición de poder, apoyo-oposición, influencia, interés, necesidad y otras para representar los resultados a modo de matrices o diagramas que sirven de base a las categorías identificadas y dan claves de cómo proceder y comunicar de forma efectiva con cada uno de ellos. Existen en la literatura múltiples variantes y ejemplos para los análisis de mapa de agentes, evolucionando desde su aplicación principal en el campo de la gestión estratégica de organizaciones (Freeman, 1984), que introdujo la teoría de los *"stakeholders"* o agentes interesados y la necesidad de implicar de forma constante y honesta a todos los públicos interesados en la empresa y su gestión.

**FIGURA 3. Ejemplo simple de elementos guía para el análisis del mapa de agentes en función del interés y su papel en el proceso participativo.**

AGENTES	APORTACIONES	INTERÉS	PAPEL EN LA PARTICIPACIÓN
Usuarios, familiares y cuidadores	Necesidades Soluciones	¿Quién gana y quién pierde? ¿Quién está más comprometido? ¿Quién puede ofrecer resistencias? ¿Qué necesidades hay que satisfacer de forma más urgente? ¿Qué riesgos afronta si no se responde sus expectativas?	¿Quién controla el proceso del cambio? ¿Quién tiene capacidad de influencia? ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Cómo se mantiene la comunicación a lo largo de la iniciativa? ¿Cómo se puede motivar la implicación a largo plazo?
Profesionales, centros y organizaciones de prestación de cuidados	Necesidades Soluciones <i>Expertise</i>		
Empresas e industrias proveedores, productos y servicios	Tecnología <i>Expertise</i> Riqueza Empleo		
Organizaciones e instituciones en el contexto legal, económico y local	Espacio Público Recursos Gestión, tiempos y prioridades		

Otra aproximación interesante es el análisis de los procesos en los que esos agentes interaccionan a través de representaciones visuales con **mapas de experiencia del paciente**, que dibujan el recorrido o viaje del paciente a través del proceso de atención correspondiente, las personas que intervienen, los tiempos empleados, las distancias recorridas, los recursos implicados, etc., para ayudar a visualizar qué es lo que realmente funciona, los puntos de ineficiencia y captar la realidad del proceso en búsqueda de mejoras. Con esta aproximación se puede mapear la experiencia en la atención desde la perspectiva del paciente, por ejemplo desde que recibe el diagnóstico, pero también sirven para caracterizar los propios procedimientos de atención y los procesos administrativos de la prestación del servicio. El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS, 2008) puso a disposición de sus profesionales una guía bastante completa con recursos, ejemplos, casos de aplicación y consejos prácticos relacionados con diferentes técnicas de mapeo como "paseo del paciente", "diagrama de espagueti", "flujos de valor" o "mapeo de los últimos diez pacientes". También incluye recomendaciones sobre otros métodos alternativos como "acompaña al paciente" y "sé tú el paciente". Aquí añadiría incluso un tipo de intervención al estilo de un formato televisivo, en el que el Ministro, Consejeros y Directivos, vivieran de primera mano la experiencia en el proceso de atención pero "infiltrados" como pacientes o como personal de enfermería, o desde la perspectiva de los diferentes profesionales, técnicos o administrativos que tienen a su cargo.

Todo este trabajo previo con los agentes, sirve también para ir identificando personas concretas, con nombres y apellidos, que pueden contribuir de forma significativa en el di-

seño y puesta en marcha de las iniciativas para construir el modelo de Atención Centrada en las Personas. La configuración de los grupos colaborativos debe cubrir un amplio espectro de opciones. Es fundamental disponer de participantes "inspiradores", pero igual de importante que mantener un equilibrio representativo de los diferentes agentes identificados y entre variables socio-demográficas, de renta, de poder social, incluyendo hombres y mujeres de distintas procedencias o de grupos muy pequeños que representan los "extremos" en el rango de distribución normal de conductas, creencias o perspectivas.

Otra de esas cuestiones previas que hay que acordar es por supuesto el objetivo que se pretende conseguir y en que contexto. Una de las técnicas empleadas es a través de un formato de "**desafíos de innovación**", que apelan a la creatividad para la consecución de un reto o resultado esperado sin limitar los procedimientos o posibles propuestas para alcanzarlos. Por un lado se asocia a la competitividad en concursos e iniciativas abiertas en la línea de *Open Innovation* (Chesbrough y cols., 2006), organizadas por empresas e instituciones para crear, aprender y seguir creciendo en base a las propuestas innovadoras de solución aportadas por colectivos o personas a título propio en cualquier punto del mundo. Pero por otro, al definirlos de forma colaborativa con las personas a las que realmente afecta ese desafío, se comienza a acotar la orientación y naturaleza verdaderas de los requisitos del bienestar en el día a día en las personas que necesitan la atención y en los profesionales que se la prestan. Y aquí comienza también su implicación directa en el proceso. Una fórmula correcta para plantear los desafíos de innovación es a través de una pregunta del tipo ¿Cómo podríamos...

crear/mejorar/incrementar...? que defina el reto en términos humanos (mejor que de tecnología, producto o funcionalidad) de forma concreta para hacer manejable el abordaje, pero lo suficientemente amplia para incluir áreas de valor inesperado.

Otra fórmula bastante extendida es trabajar sobre la **identificación de necesidades** no cubiertas en los entornos cotidianos de la atención, como punto de partida para la generación de las soluciones. Este proceso de descubrimiento de necesidades desatendidas o latentes requiere trabajo de campo e investigación, que se puede desarrollar a través de diferentes métodos para analizar la experiencia personal ante los servicios de atención y extraer las claves de conocimiento necesarias para comprender el fundamento de las necesidades. Más allá de cifras, datos, tendencias, o mecanismos de control de calidad en los que pueden ser de gran utilidad técnicas habituales de la investigación de mercados como el cliente misterioso o paciente simulado (Alte, 2007) (Salter y cols., 2014), o resultados de encuestas y estudios, la fórmula ideal pasa por tomar contacto directo en el contexto, para poder comprender verdaderamente las motivaciones y emociones de las personas en esa experiencia. Esto se consigue por ejemplo con técnicas de entrevistas individuales, entrevistas de grupo, visitando y conviviendo directamente la experiencia a través de inmersión en el contexto, con procesos de auto-documentación a través de diarios o colecciones fotográficas, entrevistas con expertos o intervenciones comunitarias a través de colectivos y personas clave de la comunidad. Existen numerosas guías y ejemplos con la descripción detallada de estas técnicas y muchas otras, y desde la perspectiva del *Design Thinking* (Brown, 2008 y 2009)

una especialmente útil, que facilita un manual completo con recetas paso a paso y ejemplos de aplicación en un modelo de innovación social de Diseño Centrado en las Personas, disponible online a través de [www.designkit.org](http://www.designkit.org).

#### 4.2. Crear.

Como resultado de las técnicas empleadas en la primera fase se consigue en gran medida poner en marcha el sistema en modo "transformación". Si las Administraciones Públicas dinamizan desde dentro este tipo de intervenciones, aprovechando el enorme potencial del talento y de la amplia red de recursos que disponen se conseguirían generar pequeños impactos, pero importantes a nivel local, que debidamente coordinados y apoyados, sumarían sin duda la necesaria implicación de los pacientes y de los profesionales como protagonistas del cambio hacia la ACP. Simplemente reconociendo y activando el conocimiento interno disponible, se facilitaría el paso a la acción a través de intervenciones en los centros, que irían sumando motivación y participación para contribuir a la movilización de personas y recursos. A través de estos mecanismos ya se ha comenzado, desde el principio, a implicar a las personas en la definición de sus necesidades, pero también se da la posibilidad de participar en el diseño de las soluciones para poder satisfacerlas.

Idealmente, los resultados obtenidos de esa primera implicación incluyen historias de personas, conversaciones, conceptos, propuestas, fotografías, mapas, registros y una importante información sobre el quién (las personas y agentes implicadas) y el para qué (las necesidades o desafíos). En este punto, la motivación suele empujar a empezar a pensar



directamente en soluciones y propuestas posibles, pero antes de pasar a la acción conviene revisar qué es lo que otros hicieron para intentar generar esas respuestas. Es imprescindible desde el punto de vista de la efectividad complementar los resultados de la investigación de campo con una adecuada labor de gestión del conocimiento e incorporar nuevas evidencias a través de referencias, casos prácticos y resultados previos en otros contextos y entornos. Como elemento clave en la coordinación e integración de esfuerzos, el sistema debe procurar incrementar la visibilidad de todas las intervenciones y prácticas realizadas a nivel local, poner a disposición de los demás el conocimiento y los resultados obtenidos a través de repositorios, bancos de buenas prácticas, bases de datos y sistemas de explotación dinámica y proactiva de esa información para enriquecer y retroalimentar el proceso de innovación. Un buen ejemplo en este sentido es el trabajo colaborativo del Observatorio de Modelos Integrados de Salud ([www.omis-nh.org](http://www.omis-nh.org)), que identifica, registra, evalúa, difunde y potencia el trabajo en red de prácticas relacionadas con la coordinación sociosanitaria y la atención integrada.

Con esa visión renovada, y después de comprobar posibles avances y fracasos anteriores, ahora ya sí disponemos de todo lo necesario para aplicar la creatividad y empezar a imaginar todo tipo de soluciones para el reto que nos hemos planteado. La creación de soluciones a través de la empatía es una buena manera de aplicar la experiencia y el conocimiento a las necesidades diarias de las personas. El hecho de ponerse “en la piel del otro” reconduce posibles prejuicios o estereotipos preconcebidos y esta técnica ayuda a concentrarse en la tarea de empatizar, y no en juzgar. El **diseño empá-**

**tico** sirve para comprender mejor las necesidades, motivaciones, experiencias y emociones de nuestros usuarios o clientes, y diseñar a partir de ahí nuevas soluciones para responder a lo que realmente esperan de nuestros productos y servicios (Thomas y McDonagh, 2013). Con esta estrategia, el equipo a cargo de diseñar la nueva solución tendrá una visión más global de su funcionamiento, hará que salga de su zona de confort y conecte más fácilmente con la realidad de las personas que la usarán. Esta técnica funciona bien en iniciativas en las que el equipo tiene los conocimientos específicos relativos al desafío, aunque conviene de todas formas incluir la visión de los usuarios y asegurar la suficiente interacción con ellos en las fases previas.

La **co-creación** o **co-diseño participativo** es otra fórmula para definir propuestas de soluciones desde una perspectiva creativa, teniendo en cuenta los intereses de los agentes que involucran, y orientando su traslación directa hacia un impacto positivo en el mercado. La co-creación es un concepto muy amplio y que se emplea para definir todo tipo de aplicaciones colectivas de la creatividad; mientras que el co-diseño aplica de forma más específica a la creatividad colectiva de profesionales del diseño trabajando para definir nuevos procesos de desarrollo de forma colaborativa con los usuarios y otras personas sin experiencia en diseño (Sanders y Stappers, 2008). En cualquier caso, implican un modelo de colaboración práctica para potenciar el conocimiento local, amplificarlo a través de expertos y especialistas; y aplicarlo a soluciones que estarán mejor adaptadas al contexto y serán más fáciles de aceptar ya que los usuarios han intervenido en su creación. Estas fórmulas de co-creación o co-diseño se organizan según los participantes y en función de



los criterios del desafío, con técnicas como sesiones de encuentro, talleres, tormentas de ideas, foros, mesas de trabajo, con el objetivo de explorar a fondo la búsqueda de posibles soluciones, cuantas más mejor en esta fase, que puedan dar una respuesta satisfactoria a las necesidades que se han planteado.

Referido con anterioridad, el modelo de **Espacios Sociales de Innovación** confiere a la actividad participativa de estas técnicas un fundamento estructural, un espacio físico en un entorno real. Definidos como *“ecosistemas organizativos en los que las actividades de investigación e innovación están dirigidas por las necesidades y restricciones de las comunidades beneficiarias de los resultados”* y que deben *“implicar de una manera equilibrada, a las comunidades sociales beneficiarias, empresas, proveedores de tecnología, representantes de las comunidades de investigación y representantes de la esfera política para la regulación e impulso del uso de los resultados obtenidos”* (García Robles y cols., 2010), proporcionan un escenario ideal para canalizar el impacto directo de las actuaciones hacia los entornos reales donde las personas viven y trabajan, y en los que se han identificado las necesidades y se procuran las soluciones.

#### 4.3. Producir.

A partir de ahora es cuando empieza la fase de convergencia, explorando asociaciones entre los desafíos e ideas para ir dando forma a las propuestas de solución y priorizarlas estableciendo los marcos de oportunidad, planificando en el tiempo las siguientes acciones para impulsar la puesta en marcha, la evaluación y el seguimiento de la solución. Se debe mantener la comunicación con todas las personas

implicadas en las fases anteriores, de modo que también protagonicen el proceso de transformación desde las ideas hasta algo tangible y que cambia su realidad. Solo así es posible mantener la implicación a medio y largo plazo. Que las personas sientan que su contribución ha servido, que su aportación ha sumado en el proceso. Esa implicación se traduce desde luego en satisfacción, pero también pone en juego diferentes intereses políticos, empresariales, económicos y sociales que facilitaran la sostenibilidad de esa solución.

El desarrollo de prototipos es un método que se emplea con frecuencia en el diseño y fabricación de productos, pero además de esta visión tradicional, el concepto de **prototipos rápidos** ofrece un medio para facilitar la evolución de las organizaciones para dar respuesta a los continuos cambios en el entorno en el que operan, probando con diseños de nuevos entornos y experiencias. Un prototipo es una representación de las propuestas de solución antes de disponer de ellas. En la mayor parte de las empresas o industrias, el prototipo se asocia a una versión muy refinada del producto o servicio, casi a punto para su lanzamiento. Sin embargo, desde la perspectiva del *Design Thinking* (Coughlan y cols., 2007) estos prototipos son herramientas de aprendizaje muy útiles para explorar las ideas, evolucionarlas y comunicarlas en cualquier fase del diseño de la solución. Los prototipos rápidos pueden por tanto emplear desde borradores de muy baja resolución y materiales de cartón hasta modelos complejos de alta definición; siempre y cuando permitan experimentar la idea en su contexto y relacionarla con aspectos del espacio, del producto, del servicio, y de su interacción con las personas. A través del ensayo-error las ideas siguen evolucionando e incorporando

elementos de diseño y nuevas ideas que responden a los problemas identificados en el prototipo anterior. El principal objetivo es construir para aprender, creando expresiones tangibles de las ideas para probarlas a través de la acción. De esta manera, el desarrollo se puede permitir fracasar a menudo, ya que los fallos se detectan de forma temprana y se aprende de forma más rápida lo que funcionará y lo que no cuando se ponga en marcha.

Para completar la puesta en producción de las soluciones, hay que contemplar también las principales reglas y condiciones del mercado, ya que definen la sostenibilidad futura de ese producto o servicio, y por tanto, del “plan de negocio” del modelo de ACP. Para esta parte, una técnica bastante útil y fácil de usar es el denominado *Canvas for Business Model Generation* (Osterwalder y cols, 2008). “Canvas” es un lienzo, casi en blanco, que sirve como herramienta de planificación estratégica en el desarrollo de proyectos de empresa y de emprendimiento, ya que permite una forma muy gráfica describir, diseñar, desafiar, reinventar y reorientar las líneas de negocio de cualquier organización. Es de gran utilidad para centrar el análisis de la solución desde la perspectiva de la sostenibilidad como modelo de negocio. Obliga a reflexionar sobre nueve dimensiones o elementos fundamentales a la hora de poner en marcha un nuevo producto o servicio y lanzarlo al mercado, que incluyen la propuesta de valor, el público objetivo, las relaciones y canales para llegar hasta él, las alianzas, actividades y recursos claves que serán necesarios, la estructura de costes y las vías de financiación. Es ante todo, una herramienta de gran flexibilidad, que también se trabaja en interacciones repetidas que van afinando y mejorando el modelo sobre las versiones previas, o incluso desa-

rollando otras nuevas que surgen durante el análisis de las diferentes dimensiones. El análisis puede comenzar a partir de la Propuesta de Valor, justo desde esa idea para una nueva solución que se ha identificado con potencial para ofrecer una respuesta a nuestros usuarios. Pero también puede comenzar precisamente por ellos, si por ejemplo tenemos muy bien identificados, implicados o comprometidos los segmentos del público objetivo. O partir de un valor estratégico de alguna alianza o recursos que están disponibles en la organización, con idea de identificar posibles clientes interesados y la forma de llegar hasta ellos. Al analizar de forma colaborativa esos dominios, veremos que afectan, modifican o introducen nuevos elementos en los otros, enriqueciendo la visión global del modelo hasta afinar completamente la solución asociada a un modelo de sostenibilidad que ha sido definido por los propios interesados.

Y de nuevo se cierra el ciclo. Pero se abre el siguiente. Las buenas ideas se transforman en valor de bienestar para las personas, y las personas siguen aportando nuevas ideas para construir una sociedad mejor.

Las herramientas metodológicas brevemente presentadas constituyen solo algunos ejemplos prácticos y constatables de la viabilidad y utilidad para la definición de un modelo de Atención Centrada en la Persona. Pero hay otras diferentes, variaciones en su aplicación y más que seguro que vendrán respaldando nuevos casos de éxito, con la imaginación de las personas como único factor limitante del proceso. Si como dijo Einstein “la imaginación es la creatividad aplicada al deseo”, ¿qué mayor objeto de deseo para la persona que su bienestar?

Aquí es donde se encuentra la verdadera oportunidad para reinventar el sistema, partiendo de los deseos, la imaginación y la creatividad para hacer frente a los retos que tenemos como colectivo social. De muchas maneras, este proceso está ya en marcha y es imparable al depender exclusivamente del deseo de las personas de utilizar su talento para contribuir a mejorar el entorno global. Y el talento es el único recurso natural que ha seguido creciendo de forma consistente en los últimos años, pero además, la revolución de Internet permite conectar ese talento sin ningún tipo de barreras.

Y aunque pueda parecer lo contrario, en España tenemos mucho camino ya recorrido. Más allá de los tópicos, sabemos de bienestar. Disponemos de un buen número de empresas privadas y otras organizaciones que están perfectamente al tanto de los beneficios de las herramientas de participación, y las aplican regularmente con sus usuarios y clientes en diferentes contextos de atención, también en equipos dentro de la propia red pública de prestaciones y servicios, en un número creciente de iniciativas que siguen favoreciendo la implicación activa de las personas en el diseño y desarrollo de esas experiencias, lo que supone una excelente base para activar los resortes de la colaboración persona-público-privada necesaria para la transformación.

## 5. CONCLUSIONES.

- La Atención Centrada en las Personas supone una oportunidad histórica para definir el tipo de sociedad en la que queremos vivir y para organizar la forma en la que nos ocupamos los unos de los otros, especialmente cuando más lo puedas necesitar.
- Hoy día disponemos de multitud de evidencias, demostradas tanto a nivel nacional como internacional, que los modelos participativos funcionan con resultados muy potentes para la innovación, el desarrollo tecnológico, el mundo empresarial, las organizaciones de cuidados, la cooperación al desarrollo y cualquier otra dimensión social en los que se aplican.
- La variedad de experiencias desarrolladas en diferentes contextos y con distinto alcance y metodologías, suponen un enorme potencial de talento, recursos y conocimiento interno capaz de activar la transformación hacia un modelo ACP a través de mecanismos simples de coordinación para su puesta en valor.
- El proceso de integración y coordinación de recursos requiere fomentar la creatividad en los equipos y espacios públicos de trabajo no solo como motor de implicación o para potenciar sus efectos directos sobre el bienestar de las personas, si no también como vía de mejora constante y evolución del sistema al alimentar los procesos de innovación social.
- La sostenibilidad pasa por nuevos modelos de relación entre los diferentes agentes involucrados, que deben incorporar además nuevas métricas de la economía de salud que puedan constatar la efectividad de los procesos de atención desde el punto de vista del individuo en su entorno inmediato.
- Las herramientas aquí presentadas suponen solo un pequeño exponente de las posibilidades de la participación y la creatividad colectiva en la configuración práctica de un sistema de Atención Centrada en la Persona.

- El marco Acordar-Crear-Producir identifica tres grandes pasos en el proceso, para facilitar una guía en las experiencias participativas sobre las que se debe asentar un verdadero modelo integrado de ACP.
- Acordar: con quién y para qué. Técnicas como análisis del mapa de agentes, mapas de experiencia del paciente, desafíos de innovación, métodos de investigación para la identificación de necesidades, buenas prácticas y casos de referencia.
- Crear: generar propuestas de soluciones. Técnicas como el diseño empático, co-creación o co-diseño, Espacios Sociales de Innovación, Living Labs.
- Producir: Priorizar, probar y evolucionar las propuestas de solución para su puesta en marcha en entornos locales. Técnicas de prototipos rápidos, modelos de sostenibilidad, acuerdos de colaboración P-P-P.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

ALTE D. "Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers". *Ann Pharmacother* 41(6): 1023-30, 2007.

BARRIGA L.A., BREZMES M.J., GARCÍA G.A., RAMÍREZ J.M. "XIV Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia". Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Enero 2015. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XIV%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO.pdf>

BROWN T. *Design Thinking*. Harvard Business Review 2008.

BROWN T. *Change by Design*. How Design Thinking transforms organizations and inspires innovation. HarperCollins Publishers 2009.

CALVO R., ZHENG Y., KUMAR S., OLGATI A., BERKMAN L. "Well-Being and Social Capital on Planet Earth: Cross-National evidence for 142 countries". *PLoS One* 7(8): e42793, 2102. doi: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0042793>

CHESBROUGH H., VANHAVERBEKE W., WEST J. *Open innovation: Researching a new paradigm*. Oxford University Press, 2006.

COOPER R.G. "The Stage-Gate Idea-to-Launch Process Update, What's New and Next-Gen Systems". *J Product Innovation Management* 25 (3): 213-232, 2008.

COUGHLAN P., SURI J.F., CANALES K. "Prototypes as (design) tools for behavioral and organizational change. A design-based approach to help organizations change work behaviors". *The Journal of Applied Behavioral Sciences* 43(1):1-13, 2007.

DEFENSOR DEL PUEBLO; DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ; SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA; VALEDOR DO POBO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA); DIPUTADO DEL COMÚN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS); ARARTEKO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO); EL JUSTICIA DE ARAGÓN; SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA; PROCURADOR DEL COMÚN DE CASTILLA Y LEÓN Y DEFENSOR DEL PUEBLO DE NAVARRA. Las urgencias hospitalarias en el

Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Madrid enero 2015. ISSN 2254-3910. Disponible en: [http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH\\_Estudio.pdf](http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf)

DÍAZ M., CASACUBERTA J., NUÑO N., BERBEGAL J., BERBEGAL N. "Evaluación con usuarios finales durante el desarrollo de dos sistemas interactivos orientados a personas mayores" Congreso Internacional de Interacción Persona-Ordenador Valencia 2010, pág: 411-20. Disponible en: <http://upcommons.upc.edu/e-prints/handle/2117/9215>

DIENER E., CHAN M.Y. "Happy people live longer: Subjective-well being contributes to health and longevity". *Applied Psychology: Health and Wellbeing* 31: 1-43, 2011.

FREEMAN R.E. *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge University Press, 1984.

GARCÍA ROBLES A., GARCÍA GUZMÁN J., BOURG L., OJEL J.M., MADRID R.I. "Social Spaces for Research and Innovation (SSRI): Users leading research and innovation in Ambient Assisted Living". *Handbook of Ambient Assisted Living* pag: 729-748, 2010. IOS Press Ebooks, doi: 10.3233/978-1-60750-837-3-729

LORCA J., DEL ARCO I. "Efectividad Tecnológica y Social de las inversiones en I+D+i. El valor de la innovación de abajo-arriba (bottom-up innovation)". *Revista eSalud* 6-24, 2010 Disponible en: <http://www.slideshare.net/IgnacioHerrera2/efectividad-tecnologica-economica-y-social>

MAZZOCATO P., SAVAGE C., BROMMELS M., ARONSSON H., THOR J. "Lean Thinking in healthcare: a realistic review of the literature". *Qual Saf Health Care* 19: 376-382, 2010. doi: 10.1136/qshc.2009.037986

NHS, INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. "Process Mapping-An overview". *Quality and Service Improvement Tools*. Productive Series, 2008. Disponible en: [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/process\\_mapping\\_-\\_an\\_overview.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/process_mapping_-_an_overview.html)

OSTERWALDER A., PIGNEUR Y., SMITH A. (Y 470 COLABORADORES DE 45 PAÍSES). *Business Model Generation*. Strategyzer Series. Auto-publicado. 2008.

RISQUEZ COLLADO G., GARCÍA MARTÍN M.A. "Análisis de las concepciones sobre Calidad de Vida entre los destinatarios de la iniciativa de participación social ActUa" XII Congreso Nacional de Psicología Social. 20 a 22 de noviembre 2014. Disponible en: [http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/8633/ProyectoActUa\\_2014\\_GemmaRisque.pdf?sequence=3](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/8633/ProyectoActUa_2014_GemmaRisque.pdf?sequence=3)

SAIZ F., MADRID R.I., MADRID J. "Introducing co-design for digital technologies in rural areas". *NordiCHI 10*. Proceedings of the 6th Nordic Conference on Human-Computer Interaction: Extending Boundaries pág: 769-772, 2010.

SALTER S.M., DELFANTE B., DE KLERK S., SANFILIPPO F.M. Pharmacists's response to anaphylaxis in the community (PRAC): a randomised, simulated patient study of pharmacist practice *BMJ Open* 4:e005648, 2014. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/7/e005648.full>

SANDERS E.B.N., STAPPERS P.J. "Co-creation and the new landscapes of design". *Co-design* 4(1):5-18, 2008.

SCHALOK R.L., VERDUGO M.A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial, Madrid, 2003.

SCHWARTZMANN, L. "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". *Cienc. enferm.* 9(2): 9-21, 2003. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

THOMAS J., McDONAGH D. "Empathic design: Research strategies". *Australas Med J* 6(1): 1-6, 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3575059/>

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM UNDP-UNCTAD. *Creative Economy*. Report 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Primary health care, including health system strengthening". 62 World Health Assembly, 12, 2008. Disponible en: <http://digicollection.org/hss/documents/s17694en/s17694en.pdf>

