

- ES** Exploración teórica de la literatura en diseño de servicios y experiencias para la humanización en hospitales
- EN** Theoretical exploration of the literature in service design and experiences for humanizing hospitals
- ITA** Esplorazione teorica della letteratura del design di servizi ed esperienze per l'umanizzazione degli ospedali
- FRA** Exploration théorique de la littérature sur le design de services et d'expériences pour l'humanisation de l'hôpital
- POR** Exploração teórica da literatura sobre service design e experiências para a humanização em hospitais

María Alejandra Sierra Pérez

Exploración teórica de la literatura en diseño de servicios y experiencias para la humanización en hospitales


Recibido: 17/06/2020; Aceptado: 5/03/2021; Publicado en línea: 10/05/2021

<https://doi.org/10.15446/actio.v5n1.95282>



**MARÍA ALEJANDRA
SIERRA PÉREZ**

Diseñadora industrial de la Pontificia Universidad Javeriana. Estudiante de cuarto semestre de la maestría en Diseño en la Universidad Nacional de Colombia y pertenece al grupo de investigación TEI-D Tecnología, Experiencia, Inclusión y Diseño. Correo electrónico: msierape@unal.edu.co alejandrasierra343@gmail.com

 0000-0002-6756-5474

RESUMEN (ES)

El propósito de este artículo es examinar las bases teóricas recientes relacionadas con el diseño de experiencias y el diseño de servicios para la humanización en los hospitales desde el año 2014. Además, examinar las temáticas principales más relevantes en esta área. La revisión sistemática se dividió en dos fases. La primera fase consistió en encontrar los términos adecuados de búsqueda en cuatro idiomas diferentes: inglés, francés, italiano y español. La segunda fase comprendió la búsqueda en las bases de datos Scopus, Web of Science, Ebscohost, dependiendo de la cantidad de términos y aplicando filtros entre el año 2014 a 2020, revistas científicas y acceso abierto. El análisis de resultados muestra una serie hallazgos comprendidos en la cantidad de estudios publicados anualmente, por continente y por términos esenciales (innovación-tecnología, significación, empatía, cocreación e interacción) para la investigación en el diseño de servicios y experiencias para servicios de salud. Además, este estudio permite una comprensión para visualizar, de manera holística, los sistemas de servicios de salud teniendo en cuenta aspectos relacionados entre la humanización y la investigación en diseño.

PALABRAS CLAVE: *diseño de experiencias, diseño de servicios, humanización, hospitales, servicios de salud.*

ABSTRACT (ENG)

The purpose of this article is to examine the recent theoretical backgrounds for the user experience and service design for humanizing hospitals since 2014, and also to examine the main trends in this area. The systematic revision of literature was divided into two phases. The first phase consisted in finding the appropriate search terms in four different languages: English, French, Italian and Spanish. The second phase included a search in the following databases: Scopus, Web of Science, Ebscohost, depending on the amount of terms, and in applying filters between 2014 and 2020, scientific journals and open access. The analysis of results shows a series of findings included in the quantity of annually published studies, sorted by continent and by essential terms (innovation-

technology, meaning, empathy, co-creation and interaction) for researching service design and experiences in health services. Besides, this survey allows to visualize, in a holistic way, the health service systems considering aspects of the relation between humanization and design research.

KEYWORDS: *experience design, service design, humanization, hospitals, health services.*

RIASSUNTI (ITA)

Il proposito della relazione è quello di esaminare le basi teoriche recenti del design di esperienze e di servizi per l'umanizzazione degli ospedali dal 2014, anche le tematiche principali più rilevanti in questo campo. La revisione sistematica si è divisa in due parti; la prima riguarda l'esplorazione delle parole e i termini adeguati per la ricerca in quattro lingue: inglese, francese, italiano e spagnolo. La seconda fase vuol ampliare l'esplorazione sui database, così si è andati a Scopus, Web of Science, Ebscohost, a seconda della quantità di termini, mediante l'uso di filtri, fra il 2014 e il 2020, riviste scientifiche e anche pubblicazioni d'accesso aperto. L'analisi dei risultati evidenzia diversi ritrovamenti compresi nella quantità di studi pubblicati ogni anno, sia per continente che per termini essenziali (innovazione-tecnologia, significazione, empatia, co creazione e interazione) per la ricerca nel design di servizi ed esperienze per i servizi sanitari. Lo studio, inoltre, permette la comprensione per visualizzare, in modo olistico, i sistemi dei servizi di salute avendo conto dei diversi aspetti in relazione tra l'umanizzazione e la ricerca in design.

PAROLE CHIAVI: *design di esperienze, design di servizi, umanizzazione, ospedali, servizi sanitari.*

RÉSUMÉ (FRA)

Le but de cet article est d'examiner les arrière-plans théoriques (depuis 2014) concernant le design de services et d'expériences pour l'humanisation de l'hôpital, ainsi que les principales thématiques en ce domaine. La révision systématique s'est faite en deux phases. La première a consisté à déterminer les termes de recherche adéquats en quatre langues : anglais, français, italien et

español. Dans la seconde phase on a effectué une recherche dans les bases de données *Scopus*, *Web of Science* et *Ebscohost*, en fonction du nombre de termes et en appliquant des filtres, entre 2014 et 2020, des revues scientifiques et en accès libre. L'analyse des résultats met en évidence une série d'éléments significatifs concernant le nombre d'études publiées chaque année, par continent et par termes essentiels (innovation-technologie, signification, empathie, cocréation et interaction) pour la recherche en design de services et d'expérience en matière de services de santé. En outre, l'étude permet une compréhension pour visualiser, de manière holistique, les systèmes de services de santé liés à l'humanisation et la recherche en design.

MOTS-CLÉS: *design d'expérience, design de services, humanisation, hôpital, services de santé.*

RESUMO (POR)

O objetivo deste artigo é examinar as bases teóricas recentes relacionadas ao 'design' de experiências e ao 'servicedesign' para a humanização em hospitais desde 2014. Além disso, examinar os principais temas mais relevantes nesta área. A revisão sistemática foi dividida em duas fases. A primeira fase consistiu em encontrar os termos de pesquisa apropriados em quatro idiomas diferentes: inglês, francês, italiano e espanhol. A segunda fase compreendeu a busca nos bancos de dados Scopus, Web of Science, Ebscohost, dependendo da quantidade de termos e aplicação de filtros entre 2014 e 2020, periódicos científicos e acesso aberto. A análise dos resultados mostra uma série de descobertas incluídas no número de estudos publicados anualmente, por continente e pelos termos essenciais (inovação-tecnologia, significância, empatia, cocriação e interação) para a pesquisa na concepção de serviços e experiências para serviços de saúde. Além disso, este estudo permite compreender de forma holística os sistemas de serviços de saúde considerando aspectos relacionados entre humanização e a 'design research'.

PALAVRAS-CHAVE: *desenho de experiência, 'service design', humanização, hospitais, serviços de saúde.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha habido «cambios significativos en la industria de los servicios de salud en todo el mundo. Por un lado, la creciente demanda de acceso universal a los servicios de salud. Por otro lado, la rápida innovación tecnológica en la medicina» (Caulliraux y Meiriño, 2015, p. 323). Esta tendencia ha significado que el enfoque en los servicios de salud en todo el mundo gane más relevancia, conduciendo a lo que podría llamarse una *era de servicios*.

En el año 2016, la Alcaldía Mayor de Bogotá (Bogotá Humana), inspirada en la Constitución de 1991, planteó el desarrollo de un modelo de atención «cuyo centro sea el ser humano y su dignidad, al reconocer la salud como derecho fundamental, público, universal y solidario, con énfasis en la atención primaria, que confronta el modelo que considera la salud como un negocio» (p. 1). Este modelo lleva a un acercamiento de los servicios de salud de acuerdo con el acceso y discriminación. De este modo se formula la necesidad de generar respuestas sectoriales, transectoriales y sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población. Así mismo, los planes de humanización se han replanteado por grupos especializados en ramas del conocimiento afines a las ciencias médicas, en los cuales el eje interdisciplinar no es visible, de manera que, para el diseño, esto representa una oportunidad de investigación en la cual la humanización es el objeto de estudio.

Ahora bien, en el diseño, la humanización desde el área más común tiene un enfoque centrado en el humano. Según Giacomini (2014), se enfoca en comunicar, interactuar, empatizar y estimular a los usuarios involucrados a través de la tecnología para comprender sus experiencias, necesidades y deseos. Poner en el centro al usuario es comúnmente visto en la mayoría de los procesos de diseño de servicios (Stickdorn y Schneider,

2011), sin embargo, no necesariamente debe comprenderse como un diseño «humanizado» o más bien, cómo diría Bates (2018), un «diseño humanista».

Hay diversos aspectos humanos que el diseño busca abordar porque se centra en comprender las necesidades e interacciones de los pacientes y de los actores que se desempeñan en el ámbito de la salud. Según Bates, el diseño humanístico de la salud surge de grandes cambios culturales internacionales, de contextos nacionales, locales y de las voces de los pacientes, en los cuales uno de los temas principales es la «deshumanización». Este es un concepto frecuentemente utilizado en la medicina moderna, al que hace frente el sector de la salud teniendo en cuenta el desarrollo de las nuevas tecnologías, la prácticas, la voz o el individualismo del paciente. A partir de lo anterior, el diseño humanístico de la salud construye los cimientos para analizar lo humano más que lo biomédico, desde un campo multidisciplinar en entornos donde es necesario abordar las necesidades emocionales y holísticas de los pacientes. Este concepto, dice el autor, está entrelazado con las ideas y la percepción de tener una buena atención médica.

Desde este punto de vista, la investigación en diseño de experiencias o de servicios podría generar conocimiento desde el ámbito de los servicios de salud, específicamente en hospitales, ya que el estudio de las interacciones que se dan debe analizarse de manera integral porque hay diferentes ejes indispensables que podrían afectar la humanización y «porque los desafíos complejos de salud pueden requerir nuevos enfoques de resolución de problemas más allá de la base de evidencia biomédica» (Bazzano *et al.*, 2017, p. 15). Partiendo de esto, este documento analiza diferentes investigaciones realizadas desde el 2014 en el tema de diseño de servicios y experiencias para la humanización en hospitales, de manera que se pueda establecer puntos en común de las temáticas más relevantes para las nuevas investigaciones.

TRASFONDO CONCEPTUAL

En primer lugar, es fundamental comprender qué es la humanización, el diseño de experiencias y el diseño de servicios para realizar un análisis adecuado de las fuentes existentes.

Amador (2017) define la *humanización* como «un desarrollo basado en la resiliencia y construcción de valores en pro de experiencias positivas, comportamientos saludables y soporte social» (p. 304). Esta definición puede complementarse con los aportes dados por el Ministerio de Salud (2014) ya que sostiene que la humanización es necesaria en todas las entidades prestadoras de

servicios de salud y las convoca para mejorar todos los factores que intervienen dentro del servicio, tanto los avances tecnológicos como los de comunicación entre colaboradores y usuarios. Minsalud también menciona la humanización como un principio transversal que se enfoque en fortalecer la empatía y «cualificar la experiencia de interacción entre las personas y el sector salud, de tal manera que se favorezca el surgimiento de una cultura de humanización, el goce efectivo del derecho a la salud y la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas.» (Minsalud, 2021, p. 13).

Por otro lado, cuando se habla en términos de humanización, se menciona constantemente la importancia de prestarle atención no solo a los pacientes, sino también a los propios profesionales de salud y a la transformación cultural mediante ideas lúdicas e innovadoras que produzcan un cambio que perdure. Esta ideología ha tenido varios cambios ya que años antes se valoraba más la perspectiva del paciente como centro del servicio (Busch et al., 2019).

Como ya se ha mencionado, el usuario (todos los *stakeholders*) está en el centro de cada decisión, no solo como un productor de requerimientos funcionales, sino como «una expresión de los valores humanos que deben ser considerados» (Cedrés de Bello, 2000, p. 1). Asimismo, León y González (2018) explican que, para la humanización, si no se exploran nuevas metodologías, «la atención de salud se deshumaniza, y las políticas de salud se dirigen a usuarios y clientes cada vez más empoderados, pero dependientes de los gerentes de sistemas de salud» (p. 8). Por lo tanto, es necesario tener en cuenta diferentes variables que, de algún modo, representan ejes fundamentales cuando se habla de la humanización, como lo ético, cultural, los recursos humanos y la comunicación. El concepto de *humanización* «sintetiza todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud» (Cedrés de Bello, 2000, p. 1).

Para entender el enfoque de diseño de experiencias es necesario, primero, asimilar la experiencia de usuario. Ortiz (2014) propone una visión integral, la cual sostiene que es «la valoración subjetiva (agradable/desagradable), intencional, interconectada y consciente, resultado de la interacción usuario-producto, la cual ocurre en un contexto y tiempo determinados» (p. 4). Está relacionada directamente con lo emocional, es temporal y dinámica porque se adquiere en momentos propios dependiendo de la interacción dentro del contexto (entendido desde el punto de vista sistémico que comprende los aspectos físicos, culturales, sociales y situacionales). Para interpretar el modelo de diseño de experiencias es

necesario valorar estos aspectos, que visualizan un ideal del diseño para la creación de bienestar en los seres humanos.

A su vez, Grimaldi (2018) toma la experiencia desde tres aspectos: la experiencia del significado, la experiencia emocional y la experiencia estética. La experiencia estética es el primer nivel de interacción del sujeto, ya que es la primera percepción que se da del servicio. La experiencia emocional está fuertemente relacionada con la psicología y es la respuesta del usuario cuando está interactuando dentro del servicio. Por último, la experiencia de significado se basa en el contexto cultural del usuario y las asociaciones cognitivas. Las formas en que las personas entienden y crean significado están relacionadas con una serie de factores sociales que dependen de la ubicación geográfica, la clase social y la educación del usuario. La interpretación semántica, las asociaciones simbólicas, la asignación de personalidades a los productos y el apego e identificación también son puntos clave a considerar, según el autor, para la experiencia. Grimaldi realiza un estudio sistemático de la experiencia a través de estos tres puntos de vista, sin embargo, no hay un enfoque articulado en donde se comprenda la interrelación entre estos aspectos. También, un estudio más reciente menciona que la investigación ha tenido un enfoque relacionado hacia el producto, no hacia el servicio, y ha prestado atención limitada en «desarrollar una comprensión más integral de las cinco dimensiones desde el servicio» (Mahr, Stead, Odekerken-Schröder, 2019, p. 11). Estas dimensiones son la física, la social, la afectiva, la cognitiva y la sensorial.

Ahora bien, según Foley (2018, p. 75), «El diseño de servicios comienza primero con la experiencia y luego diseña las condiciones necesarias para que la experiencia se materialice con un resultado exitoso». De manera que permite comprender, codiseñar, probar y aprender de los usuarios. Desde la definición de Stefan Moritz, uno de los pioneros más destacados sobre el tema, «El diseño de servicios tiene que ver con hacer del servicio entregado útil, usable eficiente, efectivo y deseable» (2005, p. 7). Más adelante, basándose en esta definición, Søren Bechmann (2010), sostiene que el diseño de servicios planifica, organiza *stakeholders*, comunicación, infraestructura y producto con el fin de mejorar la calidad y las relaciones entre la persona que brinda el servicio y el cliente. Por este motivo, Stickdorn y Schneider (2011) lo definen como «elegir los puntos de contacto más relevantes para la prestación del servicio y diseñar una experiencia de cliente coherente en todos estos puntos de contacto» (p. 131). Teniendo en cuenta estos puntos de vista, el diseño de experiencias se complementa con el diseño de servicios ya que este se puede presentar desde uno o varios momentos para mejorar la interacción del usuario

con un producto en específico. En cambio, el diseño de servicios contempla, planifica y organiza un proceso que se genera durante el servicio, en donde se crean varias interacciones, patrones de comportamiento y relaciones entre los usuarios. Por consiguiente, el diseño de servicios y las experiencias en salud:

Pueden construir relaciones a través de los silos, puede mejorar las experiencias de los pacientes, puede reducir los errores médicos debido a la información errónea y la mala comunicación. Su objetivo es construir relaciones laborales positivas que a su vez permitan a las personas realizar más su trabajo. (Foley, 2018, p. 75)

El diseñador debe equilibrar las necesidades de todos los grupos de interés que comprenden el servicio para construir buenas relaciones dentro del ecosistema. Es un diferenciador y proyector de procesos a través del tiempo. Adjunta valor al servicio para que, al final, se desarrolle «un entorno de innovación, además, estos métodos y enfoques proporcionan valor y diferenciación» (Foley, 2018, p. 76). En los servicios de salud, el diseño de experiencias y de servicios, el usuario juega un papel fundamental para la humanización, ya que va más allá de

considerar al usuario como un medio para tener oferta y demanda. Se enfoca en visualizar la necesidad y el sentido humano de manera sistémica y multidimensional.

METODOLOGÍA

El proceso de investigación que se llevó a cabo para encontrar los documentos más representativos de la temática fue dividido en tres fases (figura 1). La primera consistió en identificar los términos importantes a buscar y definirlos para entender cuál era la base de búsqueda de fuentes, como se ha explicado dentro del trasfondo conceptual. De ahí, se realizó la búsqueda de los términos de manera conjunta. Para esto, se buscó en cuatro idiomas: español, italiano, inglés y francés. El idioma inglés fue clave debido a la cantidad de artículos encontrados en diferentes países, no solo fueron artículos redactados en países anglosajones, sino también la búsqueda arrojó resultados en inglés de otros países dentro Europa, Asia y Latinoamérica. Los demás idiomas se seleccionaron para abarcar la mayoría de las investigaciones posibles alrededor del mundo.

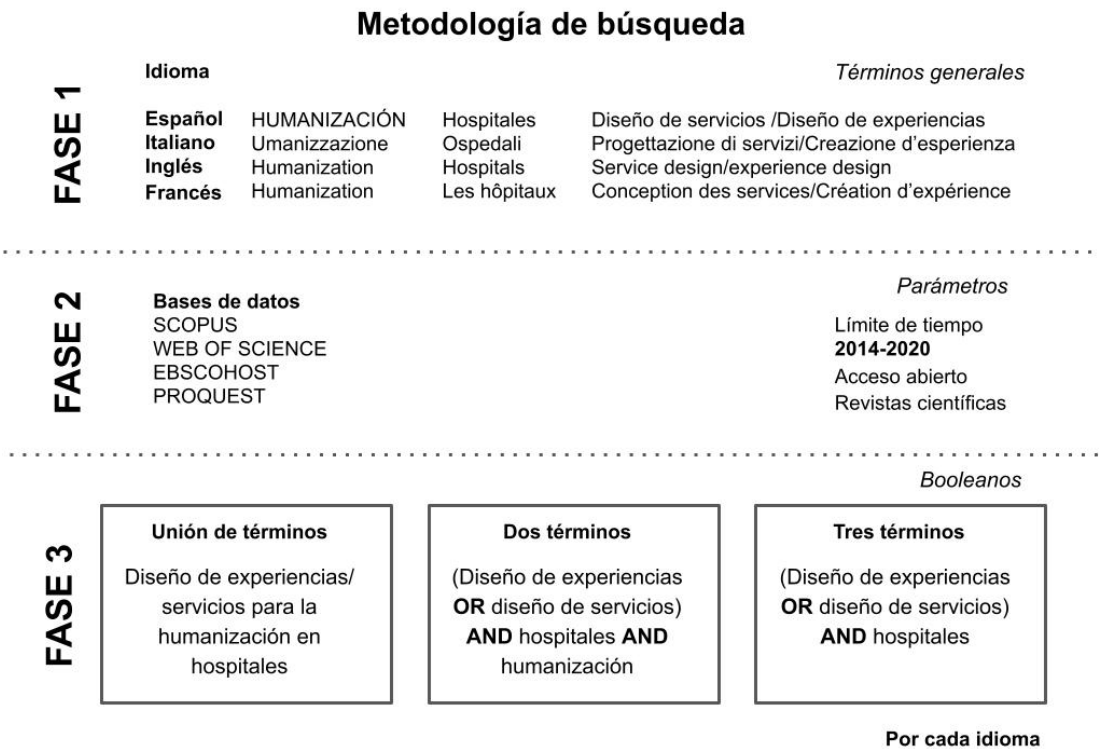


Figura 1. Metodología de búsqueda.

En la segunda fase, se determinaron los parámetros y la búsqueda en cuatro bases de datos reconocidas, multidisciplinarias y con un eje central desde la investigación (Scopus, Web of Science, Ebscohost, Proquest). La razón principal fue que, debido a las temáticas que manejan estas bases de datos, se podría encontrar una mayor cantidad de artículos desde el área del diseño relacionada con las ciencias médicas. Por último, en la última fase, se determinó una división de términos con operadores booleanos, primero con la unión de todos los términos de manera breve, después la unión de dos términos. Se empleó, en todos los casos, «diseño de servicios y/o experiencias» y, por último, tres términos unidos con los operadores AND/OR. El límite de tiempo (desde el año 2014 hasta el 2020) fue un requisito primordial para realizar la categorización de los artículos. En esta búsqueda, el proceso de depuración se realizó a partir del resumen y el uso de términos relacionados específicamente con los servicios de salud y el diseño de servicios y/o experiencias.

RESULTADOS

Después de realizar la búsqueda en las bases de datos seleccionadas y aplicando cada filtro mencionado anteriormente en el método, se encontraron: 4 artículos en Scopus, 14 en Web of Science, 1514 en Ebscohost y 696 en Proquest. De ahí, después de eliminar los duplicados, se realizó una preselección: por título y por resumen relacionado con el tema-objeto de estudio. Se

obtuvieron 49, que fueron analizados desde la base de datos Mendeley dependiendo del año de publicación, el contenido, los resultados y el país. Como se puede observar en la figura 2, la mayoría de los artículos encontrados fueron del continente europeo, los cuales corresponden a países como Francia, Italia, Finlandia, Portugal y Reino Unido. Esto demuestra que el enfoque de investigación en diseño de espacios hospitalarios está más desarrollado en el continente europeo. Sin embargo, en los otros continentes también se ha realizado indagación desde las ciencias médicas entendiendo que el desarrollo de los servicios de salud depende de la cultura y la accesibilidad del país. Por ejemplo, en América del sur hay una fuerte influencia de países como Colombia, Chile y Brasil para hacer investigación en este ámbito del conocimiento. De África no se encontró información de investigaciones relacionadas con el diseño y las ciencias médicas, pero esto podría darse debido a que existe una gran diversidad lingüística en este continente.

La figura 3 indica la cantidad de artículos publicados desde el 2014 al 2019. Del año 2020 no se encontraron artículos relacionados con el objeto de este estudio. En el 2015, se realizó la mayor cantidad de investigación en este tema con 15 artículos en total. Según la información encontrada, el gráfico señala un decrecimiento de artículos publicados desde el año 2015 en estudios correspondientes al diseño de servicios y experiencias en los hospitales, ya que, después de filtrar la información de búsqueda, en el año 2019, solo se encontraron tres artículos semejantes a este tema de estudio.

CANTIDAD DE ARTÍCULOS POR CONTINENTE



Figura 2. Cantidad de artículos encontrados por continente.

Cantidad de artículos encontrados por año

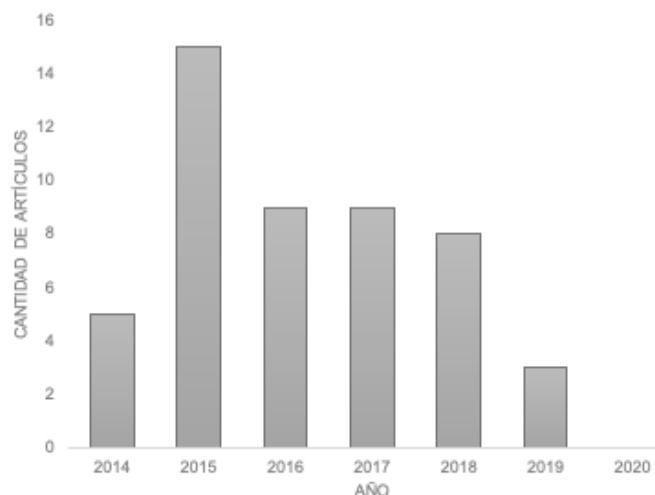


Figura 3. Cantidad de artículos encontrados por año.

Para realizar el análisis de la bibliografía encontrada, se ejecutó una última selección de artículos con criterios de evaluación relacionados con el contenido relevante para la aplicación en diseño, la metodología y las conclusiones del estudio. Estas debían ser pertinentes con el tema de investigación. A partir de esto, fueron tomadas en cuenta 20 fuentes (figura 4) y se realizó un estudio conceptual junto con uno de contenido que fue crucial para determinar hacia dónde se dirige el diseño de servicios o experiencias para la humanización en los hospitales. La figura 5 muestra con mayor claridad la obtención de los resultados de los 20 artículos seleccionados descritos anteriormente.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En las últimas dos décadas, la industria de la salud ha sufrido cambios en cómo se proyectan los servicios. Estos cambios son impulsados por diferentes razones: mayores expectativas de los clientes sobre los servicios, avance constante de la tecnología, mayor acceso a la información en los medios digitales y la adopción de un enfoque holístico con fines en atención, seguridad, salud y bienestar (Caulliraux y Meiriño, 2015). La descentralización del paciente también ha tenido un gran impacto en la humanización y en la manera en cómo se transmite la salud. Antes, se tenía un enfoque en el paciente y sus necesidades individuales, después surgió el enfoque centrado en la persona, contemplando al paciente, su historia de vida, prevención y tratamiento

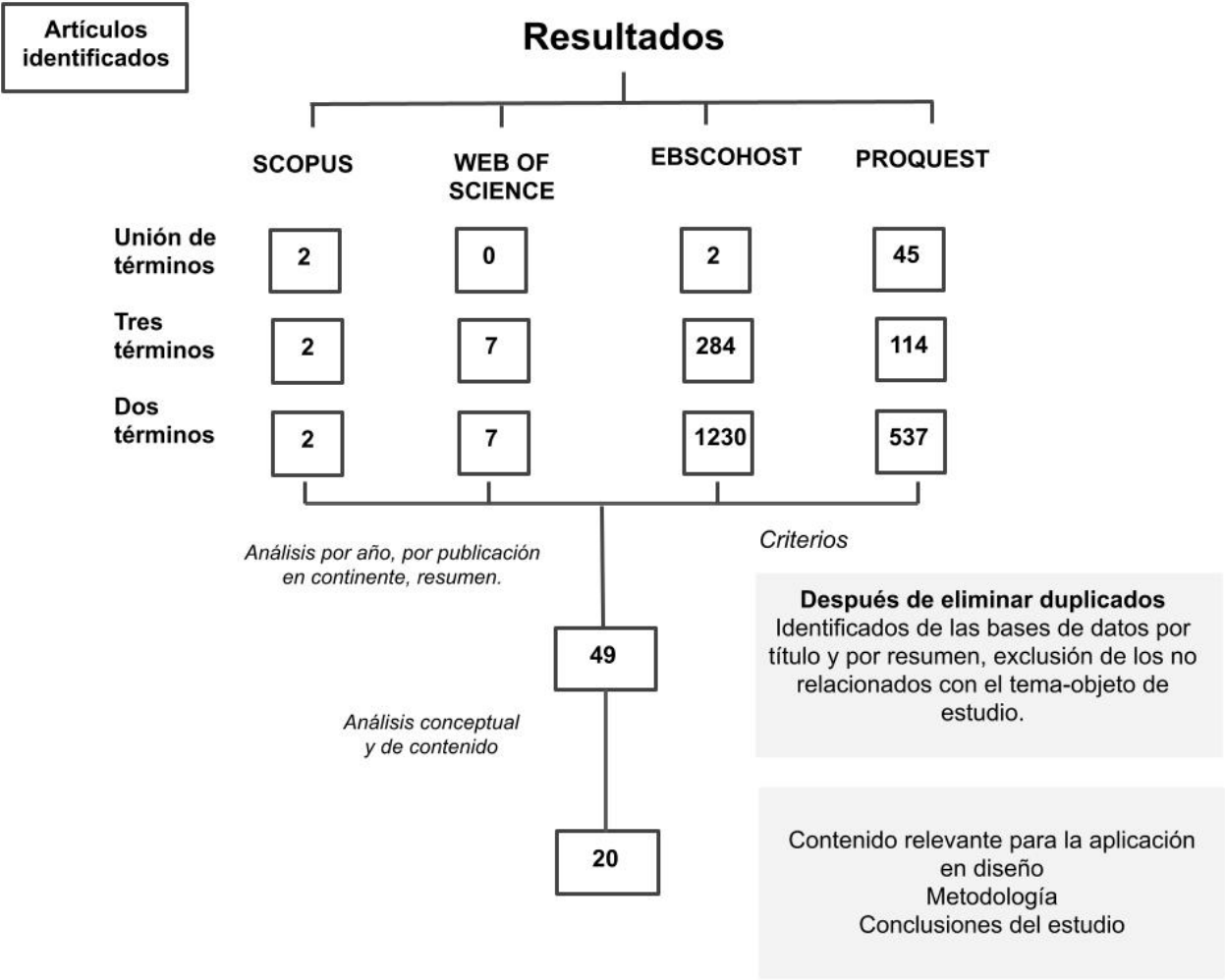


Figura 4. Resultados obtenidos.

ARTÍCULOS FINALES ENCONTRADOS

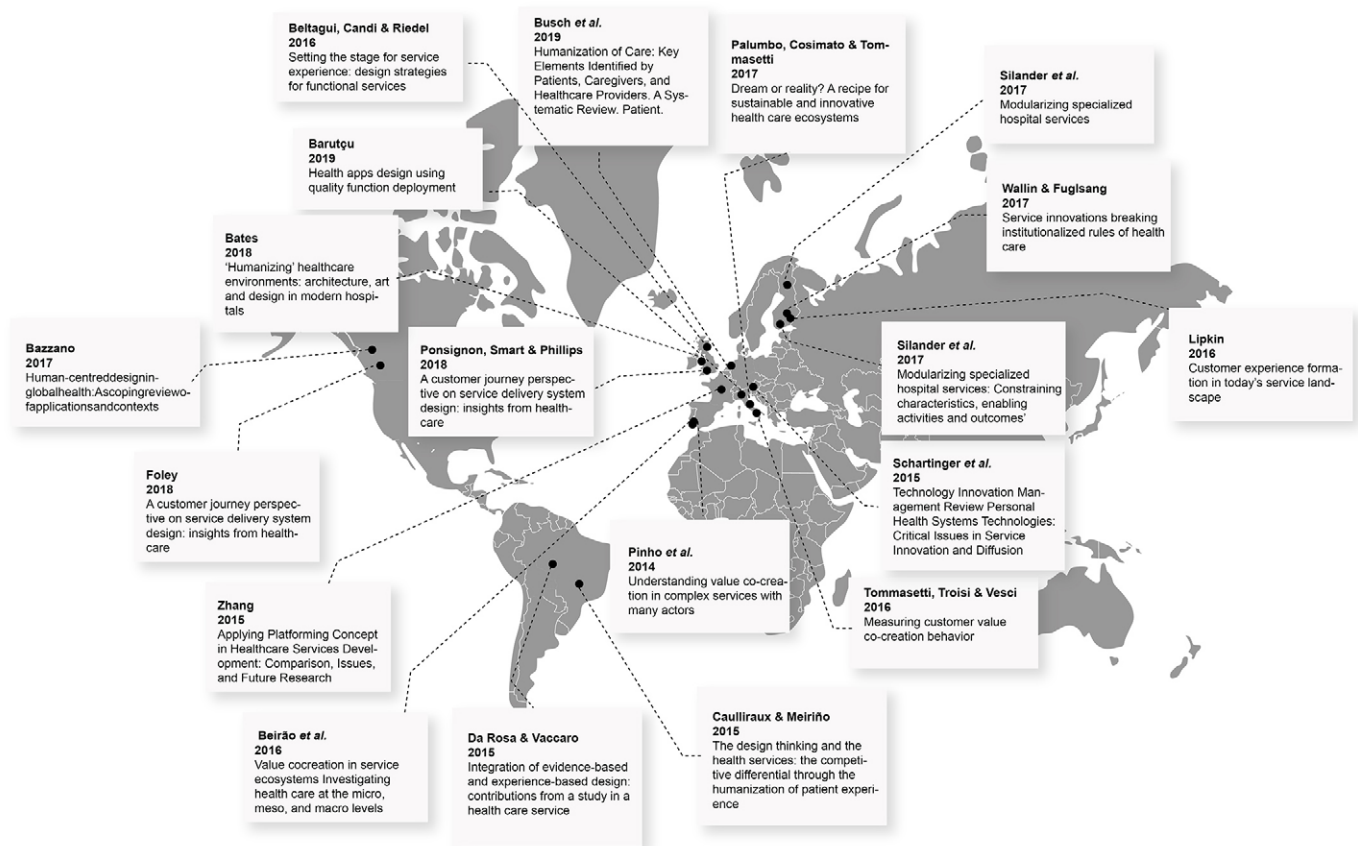


Figura 5. Artículos seleccionados.

de los síntomas. Por último, surge la transformación a la humanización del servicio desde una perspectiva holística, como un sistema complejo y dinámico centrado en todos los grupos de interés involucrados en el proceso, sus interacciones y la humanización de los aspectos organizacionales, relacionales y estructurales del servicio médico (Palumbo, Cosimato y Tommasetti, 2017; Bazzano et al., 2017; Busch et al., 2019).

De acuerdo con este enfoque y el diseño de servicios y experiencias, la humanización en el servicio de salud:

Se puede alcanzar a través de la usabilidad, la experiencia del usuario, la propuesta de marca, entre otros factores «humanos». Todos los empleados forman parte de la «red de experiencias» en cuestión, y la humanización puede darse en todos estos ejes complementarios. Al permitir que los usuarios exterioricen su humanidad en la organización, esta

se convertirá en parte de su vida y red de contactos, promoviendo la sostenibilidad y el crecimiento. (Caulliraux y Meiriño, 2015, p. 324)

La identificación de las necesidades reales del paciente y articular, producir, construir y decodificar este conocimiento para brindar soluciones en los servicios médicos puede ser atribuido al diseño teniendo en cuenta los diferentes enfoques desde la cocreación, la innovación, la tecnología, la interacción y la empatía. El objetivo en común en las áreas de la salud es crear valor y significado en el paciente y los actores para que construyan una percepción positiva durante su experiencia con el servicio médico. De acuerdo con Caulliraux y Meiriño (2015, p. 324), «No se trata solo de rediseñar los actuales y obsoletos sistemas de servicios de salud, sino de trascender los límites físicos de las clínicas hacia la realidad vivida por las personas y las comunidades, donde la salud está realmente definida».

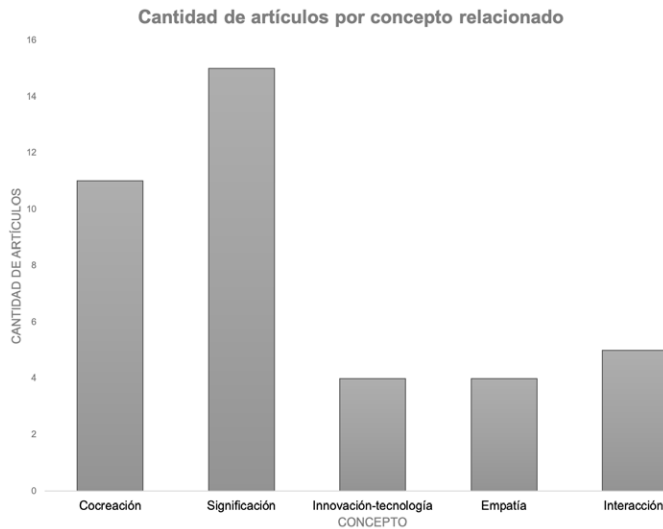


Figura 6. Cantidad de artículos por concepto relacionado.

Los conceptos explicados anteriormente son mencionados constantemente dentro de los artículos encontrados (figura 6) y se consideran fundamentales para abordar una investigación en esta temática. Partiendo de esto, a continuación, se explicará cada término de acuerdo con el análisis de las relaciones elaboradas (figura 7), teniendo en cuenta los artículos seleccionados en el marco de la investigación en diseño de servicios y experiencias para la humanización en los hospitales.

LA CREACIÓN DE SIGNIFICADO EN LOS ACTORES DEL SERVICIO DE SALUD

Como se puede ver en la figura 6, la significación es el pilar fundamental al que se dirige el diseño de experiencias y servicios en la salud. Al final, lo más importante siempre será que el paciente quede con una percepción positiva de la experiencia y que le den ganas de volver a recibir tratamiento e interactuar con los médicos y las personas que lo atendieron. Por lo tanto, el concepto de significación es fundamental cuando se habla de valor en los servicios de salud y la mayoría de los artículos encontrados (15) resaltan la importancia del valor para diseñar experiencias y servicios en el ámbito hospitalario. Beltagui, Candi y Riedel (2016, p. 753) mencionan que «el concepto de valor es fundamental para la comprensión del servicio y la experiencia». Caulliraux y Meiriño (2015, p. 322) explican la evolución de los servicios de salud como una forma de superar los paradigmas de los modelos de creación de valor donde es importante «la centralización y secuenciación a modelos más abiertos y distribuidos, en los que los ciudadanos participan en la cocreación de su propio bienestar»,

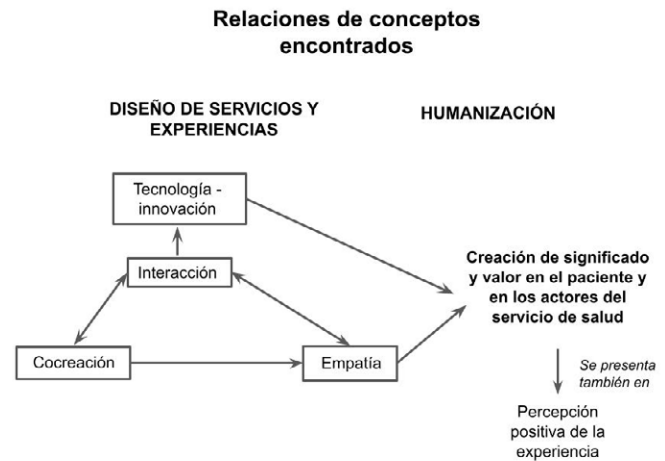


Figura 7. Relación de conceptos.

para que los diseñadores puedan contribuir a hacer del mundo más humano. Por otro lado, Da Rosa y Vaccaro (2015), Lipkin (2016), Silander *et al.* (2017) y Sueiras *et al.* (2017) señalan un enfoque de valor para que, en la atención médica, se definan objetivos y actividades y de esta manera se cree un valor sostenible en la prestación de servicios. Por lo tanto, la creación de valor y la significación no surgen simplemente de atender bien al paciente y hacer sentir al trabajador del servicio de salud como parte de la organización, sino que este enfoque debe estar respaldado por la empatía, la cocreación y la innovación tecnológica. La creación de confianza en un hospital representa tener un enfoque empático con los pacientes, las familias, los médicos y el personal por igual, además tener materiales adecuados para hacer sentir al paciente cómodo y seguro.

LA EMPATÍA: EJES DE LA HUMANIZACIÓN Y EL DISEÑO EN SALUD

La empatía es un eje que va de la mano con la significación y la creación de valor.

La empatía es un valor principal imbuido en un grupo axiológico más amplio, en el que el eje central consiste en la compasión, el universalismo, el reconocimiento de la persona y su dignidad, la benevolencia y una relación positiva entre el médico y el paciente. (Sueiras *et al.*, 2017, p. 9)

La creación de empatía muchas veces se debe a las relaciones afectivas que se dan entre las personas y hay múltiples valores para tener en cuenta en la forma en la

que se presta el servicio. «De estos valores, se derivan el reconocimiento de la voluntad del paciente, el respeto por la persona, la no discriminación, la conciencia del dolor y el sufrimiento, el secreto profesional, la fructífera relación médico-paciente y la comunicación» (Sueiras et al., 2017, p. 9).

Cuando se habla de humanización en los servicios de salud, se menciona la empatía, porque genera un vínculo de relación de paciente a personal del servicio médico y personal del servicio médico a paciente, donde se respeta por su dignidad, singularidad e individualidad. De ahí, el diseño de servicios y experiencias fortalece la generación de un vínculo empático porque apunta a la comprensión de que cada persona del servicio es única con sus propios valores, expectativas y experiencias de vida que han moldeado la identidad y las relaciones del paciente (Busch et al., 2019). Asimismo, Caulliraux y Meiriño (2015) mencionan que, a través de las metodologías de investigación en diseño, se han ido humanizando y optimizando las experiencias de atención al paciente y de su familia, ya que ayudan a repensarlas en las áreas de la salud, a entender el miedo, la ansiedad y las interacciones comunes que se desarrollan con el personal de salud.

LA COCREACIÓN COMO UNA FORMA DE CREAR VALOR

Para generar empatía y entender a los actores del ecosistema de servicios de atención en salud, el diseño en general ha ido apoyándose en la cocreación, desarrollando metodologías de participación para que los mismos profesionales, pacientes y personal de la organización interactúen, compartan sus recursos, sus puntos de vista y sus experiencias entre los diferentes niveles del ecosistema (Palumbo, Cosimato y Tommasetti, 2017). No hay una metodología de diseño exacta para generar cocreación de valor porque depende del servicio, de los actores, de los productos y de los procesos en el hospital. Sin embargo, adoptar una visión holística de diseño y gestión de servicios desde la cocreación y las interconexiones que se dan entre los usuarios desarrolla una red de valor (Pinho et al., 2014).

Silander et al. (2017) y Sangiorgi et al. (2019) validan los principios de diseño de servicios como adaptados al codiseño basado en la experiencia para producir resultados significativos, así se mejora los procesos de calidad del servicio y los índices de satisfacción de los clientes en los hospitales. Estos servicios hospitalarios requieren la creación de una asimetría de información entre el profesional de la salud y el paciente desde la comunicación, el empoderamiento y el fortalecimiento de vínculos. En este sentido, la cocreación en el diseño ha

dado grandes resultados. Por otro lado, Beirão et al. (2017) menciona la importancia de «explorar la dualidad entre la creación conjunta de valor para cada actor y la creación conjunta de valor para el ecosistema» (p. 245). Esto representa una generación de valor más proactiva para los servicios hospitalarios porque son un sistema complejo donde surgen diferentes interacciones constantes entre todos los actores y los productos, además, tienen la característica de tener un contacto más cercano, más frecuente y humano que se enfoca en brindar asistencia sanitaria (Tommasetti, Troisi y Vesci, 2017).

ABARCAR LA INTERACCIÓN COMO RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS HOSPITALES

Siguiendo con la línea de la cocreación y la significación, en el marco de la interacción, Tommasetti, Troisi y Vesci (2017) se refieren a las actividades complejas de los servicios de salud en las cuales es necesaria la identificación de relaciones con usuarios y organizaciones. «Además, las interacciones son cruciales para la creación de valor» (p. 946). Tal como señala Schartinger et al. (2015), el «valor creado a través de las interacciones entre los actores es particularmente importante para el resultado de la significación» (p. 54). Según los autores, «Los servicios médicos a menudo se consideran interacciones esencialmente de persona a persona, donde el “producto” del servicio se coproduce en el curso de una relación» (p. 47). Si bien en los hospitales las interacciones a menudo se dan entre personas, también hay otros aspectos que se comprenden a través del diseño, como el espacio físico y los productos. Estas interacciones también son imprescindibles para la prestación del servicio, más ahora que la tecnología y la innovación son partícipes en el proceso de creación de significado desde la humanización para los pacientes y el personal de la organización que presta el servicio de salud.

En el documento «A customer journey perspective on service delivery system design: insights from healthcare», realizado por Ponsignon, Smart y Phillips (2018), se habla de calidad relacional, es decir que los pacientes manejan las interacciones con los miembros del personal médico para la calidad administrativa, la calidad técnica que implica los resultados logrados durante la visita médica y la calidad del entorno donde hay un enfoque en los elementos de la atmósfera que hacen parte del sistema hospitalario. Como se ha mencionado, el diseño de servicios y experiencias aún tiene mucho para aportar en este ámbito, porque no solo puede llegar a fortalecer las redes de interacción persona a persona, sino que también puede incursionar en la interacción óptima con las nuevas tecnologías, lo cual se traducen en nuevos recursos imprescindibles

que el hospital debe adquirir para mejorar y fortalecer sus procesos de acuerdo con la incursión de las nuevas tendencias y tecnologías del futuro.

LA COMPRENSIÓN DE LA INNOVACIÓN, LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE EL DISEÑO DE SERVICIOS-EXPERIENCIAS Y LA HUMANIZACIÓN EN SALUD

«El ecosistema sanitario en los últimos años ha evolucionado, y la tecnología y la innovación se están convirtiendo en actores más importantes en este sistema» (Foley, 2018, p. 76). Según Foley, los diseñadores se están volviendo miembros más integrales en la toma de decisiones para solucionar problemas con respecto a los servicios médicos. Cuando se habla de *innovación*, se explica que la visión tecnológica es un fuerte pilar para evaluar la singularidad en la innovación en servicios.

Esta visión integradora se ha vuelto cada vez más relevante debido a la rápida digitalización, que desdibuja los límites tradicionales entre productos y servicios [...] a menudo requiere cambios significativos en las creencias, comportamientos de las personas, y las normas de la sociedad. (Wallin y Fuglsang, 2017, p. 989).

En los sistemas de salud, esta innovación tecnológica hace que los costos aumenten, que haya más presión para gestionarlos, por estar a la vanguardia y por la nueva normatividad que, al final, busca obtener respuestas en cuanto a eficiencia y eficacia (Caulliraux y Meiriño, 2015).

Siguiendo esta línea, algunos artículos presentan los nuevos retos en las tecnologías de la comunicación que necesitan los hospitales para ser investigados, desde el punto de vista del diseño de experiencias y de servicios. Principalmente, señalan las aplicaciones móviles y del sistema que generan redes de comunicación entre todos los usuarios del hospital, que proporcionan a los profesionales de la salud información sobre el diagnóstico de enfermedades y derivaciones de medicamentos, que ayudan a buscar literatura médica y clínica, que pueden acceder a sistemas de información hospitalaria, que pueden ser un recurso de entretenimiento e información sanitaria general para los médicos y los pacientes, e incluso que pueden llegar a proporcionar recursos de apoyo inclusivo para personas en situación de discapacidad o recursos educativos a estudiantes de medicina o enfermería (Schartinger *et al.*, 2015; Barutçu, 2019). Esto responde a diferentes variaciones que el uso de la tecnología puede dar entendiendo que cada contexto hospitalario obedece a un sistema y a una planeación diferente. Las investigaciones sugieren

ampliar la indagación en la realización de estudios para entender la influencia del uso de diferentes tipos de tecnologías en los hospitales (para recolectar información, detectar síntomas, tranquilizar a los pacientes, hacer diagnósticos, etc.).

Así mismo, la revisión de los artículos señala fuertes preocupaciones sobre la deshumanización y a la tecnología. Este término, según Silva y Muniz (2011), se caracteriza por:

La gestión de los servicios de salud que se puede identificar en factores como: mala relación entre profesionales y usuarios, desvalorización de la intersubjetividad, comercialización de enfermedades, material y equipo desguazado, falta de gestión estratégica participativa, además de la propia insatisfacción de todos los empleados. (Caulliraux y Meiriño, 2015, p. 323)

Se menciona que la tecnología ha tenido una fuerte incidencia para los problemas de deshumanización, ya que los procesos se estandarizan y son las máquinas quienes principalmente tienen contacto con los usuarios del servicio de salud. Sin embargo, este ámbito se presenta como una oportunidad para el diseño de servicios y experiencias para incursionar, debido a que diversos autores (Meyer *et al.*, 2007; Zhang, 2015; Beirão, Patricio y Fisk, 2017) están de acuerdo con integrar nuevas tecnologías para una transición en la innovación de sistemas y mejorar la viabilidad. Pero esto no se traduce en deshumanización, más bien en la posibilidad de converger y de investigar, desde el diseño de servicios y experiencias, los nuevos retos que las nuevas tecnologías y la humanización tienen para ofrecer. Además, de acuerdo con Schartinger *et al.* (2015), «Este desafío generalmente requiere algo más que excelentes soluciones tecnológicas, sino también un proceso de diseño de sistemas de servicio de las múltiples partes interesadas» (p. 54).

Por esta razón, según los autores, es necesaria una visión integradora de la innovación del servicio para crear procesos flexibles y para aplicar tecnología de forma no lineal que permita el desarrollo, la humanización y el dinamismo. Además, dada la alta complejidad a la que los investigadores se enfrentan cuando analizan un servicio de salud, Wallin y Fuglsang (2017) justifican que «la creación de sentido y de un valor en la organización es una parte extremadamente importante del proceso de innovación» (p. 989).

DISCUSIÓN

Este estudio comprende las relaciones entre las diferentes temáticas tratadas desde el punto de vista del diseño de servicios y el diseño de experiencias para la creación de humanización en hospitales. En primer lugar, es pertinente mencionar la fuerte influencia que se ha dado a partir del enfoque centrado en el usuario, que ha sido identificado dentro de la revisión sistemática, ya que la mayoría de los artículos analizados exploran las necesidades concretas de los pacientes en los servicios de salud, entre estos, Palumbo *et al.* (2017); Mifsud, Cases y N'Goala (2015); Beltagui, Candi y Riedel (2016), y Foley (2018). Además, los resultados están profundamente relacionados con la subjetividad del paciente, las dimensiones de apropiación para comprender las interacciones que se dan dentro de los sistemas y la apropiación del valor del servicio para el bienestar del cliente. Desde este enfoque, Palumbo, Cosimato y Tommasetti (2017) explican la necesidad de la «creación conjunta de valor para todo el ecosistema de servicios de atención médica» (p. 858). Es decir, es necesario tomar un punto de vista hacia la cocreación y la toma de decisiones en colaboración con el usuario que, al final, es quién determinará el índice de satisfacción del servicio. Esto es importante porque, debido a los cambios que se han dado en los servicios de salud, puede contribuir a un entorno que es cada vez más complejo y dinámico. Esto implica un cambio radical en los modelos «estructurales, conductuales y emocionales de la prestación de servicios de salud» (Palumbo, Cosimato y Tommasetti, 2017, p. 858).

En los años más recientes, los estudios mencionan un cambio de paradigma: un posible enfoque sistémico importante para los servicios de salud, donde no solo se evalúan las necesidades del paciente, también las del entorno. Uno de estos estudios se enfoca en la modularización de los servicios de salud, en donde se explica que «el fuerte profesionalismo de los médicos, que están acostumbrados a producir y administrar contenidos de servicios y sistemas de servicios completos, se ve desafiado cuando sus tareas se limitan a la provisión de servicios estandarizados» (Silander *et al.*, 2017, p. 813). Además, argumentan una visión más amplia de los sistemas en donde surge «la necesidad de diseñar arquitecturas complejas, que se relacionen con las personas (es decir, los receptores de la atención, los cuidadores y otros), las estructuras y procesos organizativos, con sus divisiones de trabajo y responsabilidades, flujos de recursos, y tecnologías» (2017, p. 813). Según Schartinger *et al.* (2015), los numerosos interesados y tipos de experiencia implican problemas complejos que están a menudo ligados con las circunstancias de individuos y comunidades específicas

donde «hay una reestructuración compleja en los sistemas de salud que está siendo impulsada por cambios demográficos, tecnológicos y sociales» (Schartinger *et al.*, 2015, p. 54). Por esta razón, es necesario tener en cuenta un enfoque holístico para comprender los problemas futuros que pueden surgir en los sistemas de salud. Desde este punto de vista, también se menciona el empoderamiento del paciente y un ecosistema de innovación que reconoce los intereses de los diferentes actores del sistema para comprender los conceptos de *equidad e inclusión social* de los servicios de salud.

Hay otros autores que explican la importancia de las interacciones para evaluar los comportamientos y generar propuestas que tengan, a su vez, los dos conceptos más frecuentes resaltados anteriormente de manera conjunta: *cocreación y valor*. De esta forma se aborda el ecosistema de servicio de manera holística (Tommasetti, Troisi y Vesci, 2017; Beirão, Patricio y Fisk, 2017; Palumbo, Cosimato y Tommasetti, 2017). Asimismo, Palumbo, Cosimato y Tommasetti (2017), en su estudio, realizan una mejor comprensión de las interacciones para «la creación conjunta de valores, eliminando los límites tradicionales entre los servicios» (p. 858). También sugieren un primer punto de vista «para la implementación de un ecosistema de servicios de salud viable e innovador, cuyos ingredientes se agrupan de acuerdo con los diferentes niveles del ecosistema» (p. 858).

Con respecto a la tecnología implementada en hospitales, todavía existe un gran campo por explorar a través del diseño de servicios y experiencias. La situación reciente de COVID-19 ha hecho avanzar a la tecnología y a las organizaciones hospitalarias velozmente. En el área de la salud, se han tenido que implementar nuevas medidas, procesos, tecnologías y estructuras que antes no se tenían previstas porque el mundo está en una época de cambio, de transición. Este campo tiene varias oportunidades para investigar desde lo humano, lo tecnológico y la adecuación de aplicaciones móviles, también desde el teletrabajo, la telemedicina en servicios, como hospitales, donde antes el contacto humano era indispensable para realizar cualquier actividad (Barutçu, 2019).

Estos estudios no plantean la implementación de diseño de servicios ni el de experiencias explícitamente, sin embargo, contribuyen a visualizar un punto de partida posible de este enfoque para el diseño. Tal como Beltagui, Candi y Riedel (2016) mencionan, para «garantizar un enfoque interdisciplinario más fuerte, ya que la perspectiva del diseño puede enriquecer la investigación y la práctica en la gestión de servicios hospitalarios» (p. 767). Por lo tanto, para un desarrollo futuro, se plantea

indagar más en los parámetros y los resultados de lo que representa una implementación e investigación desde el diseño de servicios y el diseño de experiencias.

CONCLUSIÓN

Todavía hay mucho camino por recorrer en la aplicación del diseño de servicios en los espacios hospitalarios. Sin embargo, se establece un primer punto de partida para realizar investigación a través de un enfoque más holístico y aclarar conceptos que son imprescindibles para abordar los servicios hospitalarios de una mejor manera alineados a una contribución beneficiosa con un enfoque humanitario. Según la cantidad de artículos encontrados por continente, también se detecta una posibilidad de profundizar la investigación de lo que existe en esta temática en países latinoamericanos, del continente asiático y africano. Se debe entender, en parte, la diferencia cultural que se desarrolla, dependiendo del contexto y las limitantes establecidas para realizar la búsqueda. Por otro lado, se recomienda valorar la perspectiva de la cocreación y el comportamiento participativo en espacios hospitalarios, ya que es una temática importante e interesante para los servicios de salud en un futuro y para el diseño.

Es imprescindible tener en cuenta el pensamiento sistémico desde el diseño de experiencias o de servicios para el fortalecimiento de la humanización en los servicios de salud. Esto será crucial para realizar el trabajo de investigación en diseño. Además, es importante articular las variables que influyen para mejorar la calidad y la humanización dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lograr bienestar y satisfacción por parte de los grupos de interés que se desenvuelven dentro del contexto de los servicios de salud. En este sentido, el eje multidisciplinar es un factor crucial para su desarrollo.

Por último, se recomienda al investigador hacer una revisión constante de las tendencias que se pueden presentar teniendo en cuenta los hechos que ocurrieron en el año 2020 y que ocurrirán en los años venideros. El mundo de la medicina se vio forzado a realizar un gran avance y transformación que, muy probablemente, quedará en la literatura y que, además, desarrolló nuevas perspectivas para incursionar desde el diseño y otras áreas.

REFERENCIAS

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2016). *Modelo humano de atención en salud en Bogotá*. <https://n9.cl/nwh5j>
- AMADOR, R. (2017). Humanismo UN en salud: Pensamiento con sentimiento: de las moléculas a la estética, la ética y la moral. En A. E. Díaz (ed.), *La humanización de la salud* (pp. 303-321). Pontificia Universidad Javeriana.
- BARUTÇU, S. (2019). mHealth apps design using quality function deployment. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(4), 698-708. <https://n9.cl/7m2bm>
- BATES, V. (2018). 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design for Health*, 2(1), 5-19. <https://n9.cl/x25ik>
- BAZZANO, A. N., Martin, J., Hicks, E., Faughnan, M. y Murphy, L. (2017). Human-centred design in global health: A scoping review of applications and contexts. *PLO ONE*, 12(11). <https://n9.cl/2izdg>
- BECHMANN, S. (2010). *Service Design*. John Wiley & Sons Inc. Gyldendal Akademisk.
- BEIRÃO, G., Patricio, L. y Fisk, R. P. (2017) Value cocreation in service ecosystems: Investigating health care at the micro, meso, and macro levels. *Journal of Service Management*, 28(2), 227-249. <https://n9.cl/82cv>
- BELTAGUI, A., Candi, M. y Riedel, J. C. K. H. (2016). Setting the stage for service experience: design strategies for functional services. *Journal of Service Management*, 27(5), 751-772. <https://n9.cl/d8cx>
- BUSCH, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W. y Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*, 12, 461-474. <https://n9.cl/yffp>
- CAULLIRAUX, A. A. and Meiriño, M. J. (2015). The design thinking and the health services: the competitive differential through the humanization of patient experience. *Brazilian Journal of Operations & Production Management*, 12(2), p. 322-328. <https://n9.cl/4t5pp>
- CEDRÉS de Bello, S. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23(2), 93-97. <https://n9.cl/w9e6>

- DA ROSA, M. S. y Vaccaro, G. L. R. (2015). Integration of evidence-based and experience-based design contributions from a study in a health care service integração do design baseado em Evidências e experiências: contribuições de um estudo em serviço da saúde. *Revista Produção Online*, 15(2), 527-552. <https://n9.cl/5n92v>
- FOLEY, M. (2018). Service Design for Delivery of User Centered Products and Services in Healthcare. *Journal of Commercial Biotechnology*, 24(1), 69-77. <https://n9.cl/5tyl9>
- GIACOMIN, J. (2014). What is human centred design? *Design Journal*, 17(4), 606-623. <https://n9.cl/ju1vg>
- GRIMALDI, S. (2018). Design for Narrative Experience in Product Interactions [tesis de doctorado]. University of the Arts, Londres.
- LEÓN, F. y González, P. (2018). La humanización de la salud y el humanismo médico en Latinoamérica. FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile. <https://n9.cl/jqfh4>
- LIPKIN, M. (2016). Customer experience formation in today's service landscape. *Journal of Service Management*, 27(5), 678-703. <https://n9.cl/foqp5>
- MAHR, D., Stead, S. y Odekerken-Schröder, G. (2019). Making sense of customer service experiences: a text mining review. *Journal of Services Marketing*, 33(1), 88-103. <https://n9.cl/xq68>
- MEYER, M., Jekowsky, E. y Crane, F. (2007). Applying platform design to improve the integration of patient services across the continuum of care. *Managing Service Quality: An International Journal*, 17(1), 23-40. <https://doi.org/10.1108/09604520710720656>
- MIFSUD, M., Cases, A. S. y N'Goala, G. (2015) Service appropriation: ¿How do customers make the service their own? *Journal of Service Management*, 26(5), 706-725. <https://n9.cl/w97c>
- MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2014). Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. <https://n9.cl/2913>
- MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2020). Propuesta de política nacional de humanización en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- MORITZ, S. (2005). *Practical Access to Service Design*. Köln International School of Design. <https://n9.cl/qrumh>
- ORTIZ, J. (2014). *Qué es la experiencia del usuario en el diseño de producto Introducción*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- PALUMBO, R., Cosimato, S. y Tommasetti, A. (2017). Dream or reality? A recipe for sustainable and innovative health care ecosystems. *TQM Journal*, 29(6), 847-862. <https://n9.cl/tez3>
- PINHO, N., Beirão, G., Patrício, L. y Fisk, P. (2014). Understanding value co-creation in complex services with many actors. *Journal of Service Management*, 25(4), 470-493. <https://n9.cl/3dpnc>
- PONSIGNON, F., Smart, A. y Phillips, L. (2018). A customer journey perspective on service delivery system design: insights from healthcare. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 35(10), 2328-2347. <https://n9.cl/4phdh>
- SANGIORGI, D., Farr, M., McAllister, S., Mulvale, G., Sneyd, M., Vink, J. y Warwick, L. (2019). Designing in highly contentious areas: Perspectives on a way forward for mental healthcare transformation. *Design Journal*, 22(1), 309-330. <https://n9.cl/l2qo>
- SCHARTINGER, D., Miles, I., Saritas, O., Amanatidou, E., Giesecke, S. Heller-Schuh, B., Pompo-Juarez, L. y Schreier, G. (2015). Personal Health Systems Technologies: Critical Issues in Service Innovation and Diffusion. *Technology Innovation Management Review*, 46-57. <https://n9.cl/szqyy>
- SILANDER, K., Torkki, P., Lillrank, P., Peltokorpi, A., Brax, S. y Kaila, M. (2017). Modularizing specialized hospital services: Constraining characteristics, enabling activities and outcomes. *International Journal of Operations and Production Management*, 37(6), 791-818. <https://n9.cl/c68pm>
- STICKDORN M. y Schneider J. (2011). *This Is Service Design Thinking*. John Wiley & Sons Inc.
- SUEIRAS, P. Romano, V., Vergil, A., Hoyos, A., Quintana, S., Ruddick, W., Castro, A., Islas, S., Altamirano, N. y Altamirano, M. (2017). Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLOS ONE*, 12(7), 1-23. <https://n9.cl/njqna>

- TOMMASETTI, A., Troisi, O. y Vesci, M. (2017). Measuring customer value co-creation behavior: Developing a conceptual model based on service-dominant logic. *Journal of Service Theory and Practice*, 27(5), 930-950. <https://n9.cl/gqn74>
- WALLIN, A. J. y Fuglsang, L. (2017). Service innovations breaking institutionalized rules of health care. *Journal of Service Management*, 28(5), 972-997. <https://n9.cl/howuk>.
- ZHANG, L (2015). Applying Platforming Concept in Healthcare Services Development: Comparison, Issues, and Future Research. *Management Review: An International Journal*, 10(1), 1-33.