



Quórum Académico
ISSN: 1690-7582
ciciluz1@gmail.com
Universidad del Zulia
Venezuela

Compte-Pujol, Marc; Marca-Francès, Guillem;
Frigola-Reig, Joan; Menéndez-Signorini, Jesica Ana
Intervención co-creativa para la mejora de la experiencia del paciente hospitalizado
Quórum Académico, vol. 18, núm. 2021, 2021, Enero-Junio, pp. 82-100
Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199069258005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Depósito legal: ppi 201502ZU4635

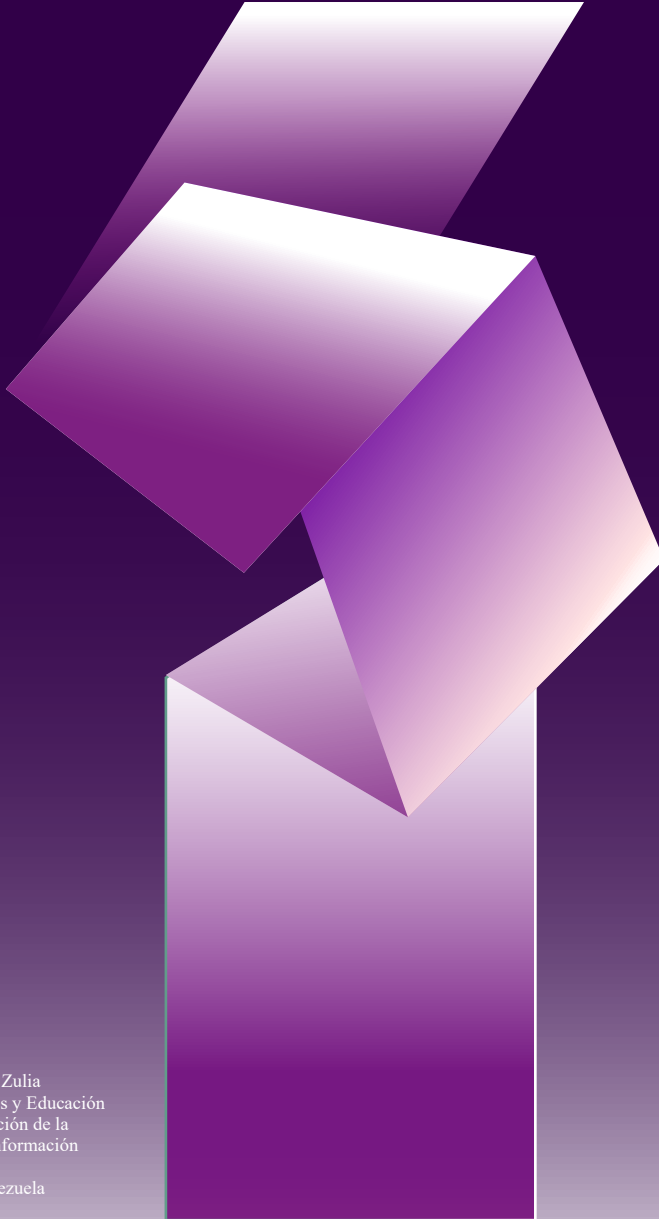
Esta publicación científica en formato digital es continuidad de la revista impresa

Depósito Legal: pp 200402ZU1627 ISSN:1690-758

QUÓRUM

ACADÉMICO

Revista especializada en temas de la Comunicación y la Información



Universidad del Zulia
Facultad de Humanidades y Educación
Centro de Investigación de la
Comunicación y la Información
(CICI)
Maracaibo - Venezuela



Intervención co-creativa para la mejora de la experiencia del paciente hospitalizado

Dr. Marc Compte-Pujol¹, Dr. Guillem Marca-Francès², Dr. Joan Frigola-Reig³ y Dra. Jesica Ana Menéndez-Signorini⁴

Resumen

Este estudio pretende mejorar la experiencia del paciente, interviniendo desde la perspectiva co-creacional de las relaciones públicas en aquellos elementos y momentos que importan a los pacientes hospitalizados que padecen una enfermedad crónica respiratoria. Tras identificar los momentos y elementos a tratar, establecimos los contenidos y diseñamos veinticinco materiales mediante un proceso de co-diseño formado por un equipo multidisciplinar. El proyecto ha facilitado un punto de vista completo de la experiencia de los distintos públicos lo que ha derivado en la creación de materiales y protocolos de actuación específicos en beneficio de la satisfacción de los públicos implicados.

Recibido: Noviembre 2020 – Aceptado: Diciembre 2020

- 1 Profesor del Departamento de Comunicación, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad de Vic-Central de Cataluña (UVic-UCC). Miembro del Grupo de Investigación Learning, Media & Social Interactions (2017SGR379). Su investigación está centrada en las relaciones públicas y en la comunicación de la salud. <https://orcid.org/0000-0002-6694-2485>. E-mail: marc.compte@uvic.cat
- 2 Profesor del Departamento de Comunicación, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad de Vic-Central de Cataluña (UVic-UCC). Coordinador del grado de Publicidad y Relaciones Públicas. Miembro del Grupo de Investigación Learning, Media & Social Interactions (2017SGR379). Su investigación está centrada en las RRPP y en la comunicación en el ámbito de la salud. <https://orcid.org/0000-0002-1586-8625>. E-mail: guillem.marca@uvic.cat
- 3 Profesor y director del Departamento de Comunicación, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad de Vic-Central de Cataluña (UVic-UCC). Miembro del Grupo de Investigación Learning, Media & Social Interactions (2017SGR379). Su investigación está centrada en la comunicación de la salud. <https://orcid.org/0000-0003-4195-1104>. E-mail: joan.frigola@uvic.cat
- 4 Profesora del Departamento de Comunicación, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad de Vic-Central de Cataluña (UVic-UCC). Miembro del Grupo de Investigación Learning, Media & Social Interactions (2017SGR379). Su investigación está centrada en la RSC y la comunicación de la salud. <https://orcid.org/0000-0002-4833-5956>. E-mail: jessicaana.menendez@uvic.cat

Palabras clave: Comunicación en salud; co-creación; co-diseño; hospital; relaciones públicas.

Co-creative intervention to improve the inpatient experience

Abstract

This study aims to improve the patient's experience, intervening from the co-creational perspective of public relations in those elements and moments that matter to hospitalized patients suffering from a chronic respiratory disease. After identifying the moments and elements to be treated, we established the contents and designed twenty-five materials through a co-design process formed by a multidisciplinary team. The project has provide a complete point of view of the experience of the different audiences that crystallized in the creation of specific materials and protocols for a better satisfaction of the audiences involved.

Keywords: Co-creation; co-design; healthcare communication; hospital; public relations.

1. Introducción

La perspectiva co-creacional de las relaciones públicas (Botan y Taylor, 2004) presenta un enfoque de los públicos como co-creadores de significado, y la comunicación como lo que hace posible acordar significados, interpretaciones y objetivos compartidos. Los públicos no son sólo un medio para un fin, no están instrumentalizados, sino que son socios en el proceso de toma de conciencia.

Desde esta perspectiva, el modelo co-creacional de las relaciones públicas traslada el momento co-creativo en la digestión de los mensajes por parte de los públicos en los que, a través de la suma de las propias experiencias y del consumo de otros mensajes, los destinatarios participan en la interpretación final del mensaje recibido.

En este estudio, siguiendo la invitación de Wills y McKei (2011), se pretende incorporar conceptos de disciplinas afines vinculados con los ámbitos de la co-creación y la participación, como son la innovación para la creación de valor o el co-diseño, que trasladan el momento co-creativo en la formación del mensaje, disminuyendo el rango de interpretaciones en el consumo por parte de los públicos.

2. Marco teórico

Las relaciones públicas pueden definirse “*as management of the processes of meaning creation (=communication) in order to build relationships/reputation/public trust/legitimation*” (Ruler y Vercic, 2005). Asimismo, suelen considerarse como sinónimo de comunicación estratégica o como sinónimo de la gestión de la comunicación en el contexto de las organizaciones (Ruler, 2016). Caracterizadas por ser, a la vez, una práctica profesional y una disciplina académica, las relaciones públicas cuentan con una importante variedad de perspectivas y paradigmas conceptuales (Compte-Pujol, 2016; Ruler, 2016; Xifra, 2006).

Para la presente investigación, hemos optado por el Modelo Cocreacional de las Relaciones Públicas ideado por Botan y Taylor (2004), fundamentado en la co-creación de significados por parte de los públicos. Todo ello gracias a la comunicación como elemento facilitador de acuerdos a largo plazo para la formación de significados e interpretaciones.

El modelo co-creacional de las relaciones públicas se opone a los enfoques tradicionales y funcionales de las relaciones públicas, que concebían los públicos como colectivos a instrumentalizar en base a los objetivos de la organización, y pasa a fomentar el diálogo y el entendimiento mutuo entre organización y los públicos, para que ambos actores sean considerados como iguales en términos de comunicación (Botan, 1997; Compte-Pujol, 2016).

El cambio a la comunicación relacional (Ledingham y Brunig, 2000), que pone el foco en la gestión de las relaciones (Pulido, 2013) y al diálogo (Lane, 2014) como marcos para las relaciones públicas, refleja la transición a una perspectiva de co-creación, en la cual se enfatiza la creación de relaciones con todos los públicos (Xifra y Collé, 2009: 84). Muy vinculada a esta perspectiva se encuentra el modelo simétrico / de excelencia de

relaciones públicas de J. Grunig (1992), que ha ocupado un amplio espacio en las publicaciones académicas.

Los públicos (Crabbe y Vibbert, 1985) han sido la fuerza de definición en la creación de temas, y las actitudes hacia éstos son el factor definitorio que diferencia las perspectivas funcionales y de colaboración.

El modelo co-creacional de las relaciones públicas, que para autores como Jordi Xifra (2006: 178) se considera el “más idóneo” en la teoría de la disciplina, puede extenderse no sólo en prácticas éticas en el seno de los recursos humanos de la organización que forman parte de la experiencia del paciente (Russell, 2013); sino también en las políticas de responsabilidad social de las organizaciones o instituciones médicas (Medina-Aguerreberre, 2012).

En este sentido, es cada vez más común encontrar acercamientos co-creacionales en el sector sanitario (Bashir et al., 2019; Elg et al., 2012; Han-Goldberg et al., 2015; Israilov y Cho, 2017; Janamian, Crossland y Wells, 2016; Kuipers, Cramm y Nieboer, 2019; Leask et al., 2019; Lynch, 2016; Makhni, 2017; Polese, Tartaglione y Cavacece, 2016; Randall, 2016; Rodham et al., 2016; Zanetti y Taylor, 2015; Zhang et al., 2015), si bien:

“while research on co-creation in the last decade has focused on its conceptualization and nomological network, very little has been done to address the organizational conditions for value co-creation” (Sharma, 2016: 160).

Además, a diferencia de otros sectores, el uso de la co-creación en el sector sanitario se caracteriza por el hecho que:

“[...] patients are regarded as the customers, which makes patients the value co-creators in healthcare services, understanding patients’ satisfaction and demands from their feedback can give healthcare providers a better insight of the improvement spaces for healthcare services. Satisfaction is the core outcome measure for healthcare service, which can be used to evaluate the performance of healthcare providers, enhance service training programs, and obtain insights into management strategies” (Zhang et al., 2015, p.75).

Dadas las dificultades de tiempo y dinero que supone implementar la co-creación involucrando los públicos implicados de las organizaciones hospitalarias, son varios los académicos que han trabajado para demostrar que este modelo es positivo a nivel de *outcomes* para la institución. Y es que:

"Although the road to implementation of co-creation is fraught with challenges such as physician autonomy, patient overwhelm, and potential conflicts of interest, co-creation can lead to a system that engages all stakeholders in the improvement of care" (Israilov y Cho, 2017: 1142).

2. 1. Creación de valor e innovación

En los últimos años, las organizaciones han iniciado un proceso de aprendizaje en el que se utilizan las experiencias de sus públicos como base para la creación del valor de la compañía (Voorberg, Bekkers y Tummers, 2014). Este aprendizaje es complejo y supone la evolución de las organizaciones para convertirse en co-creativas. Para ello, es necesario un cambio de mentalidad de los equipos de dirección, ya que cambia la relación entre estos y los empleados, y entre todos y los creadores de valor (Ramaswamy, 2009).

El *Consultation Draft of the International Framework <IF>. Integrated Reporting*. (2013) desarrolla seis tipos de capitales de la organización participantes de la creación de valor: el financiero, el manufacturado, el intelectual, el humano, el social y relacional y, por último, el capital natural. El capital humano y el capital social y relacional son los más relevantes para la profesión de las relaciones públicas, y a los públicos que éstas se refieren. El capital humano se refiere a las competencias, capacidades, y experiencias de las personas. El capital social y relacional, se refiere según el texto mencionado a:

"Las instituciones y las relaciones dentro y entre las comunidades, grupos de partes interesadas y otras redes; y a la capacidad de compartir información para mejorar el bienestar individual y colectivo. Incluye: normas compartidas, y valores y comportamientos comunes; las relaciones con las partes interesadas clave, y la confianza y la voluntad de comprometerse con las partes interesadas

externas; intangibles asociados con la marca y la reputación que una organización ha desarrollado; y la licencia social de una organización para operar" (International Integrated Reporting Council, 2013: 13).

La vinculación del capital social con el enfoque co-creador de valor para las instituciones se establece a partir de la búsqueda e intercambio de conocimientos, y con ellos el resultado es la innovación (Algezauy y Filieri, 2010). Para gestionarlo, la comunicación es vista como un factor crítico de éxito para las organizaciones (Malmelin, 2007), desde una perspectiva que comprende tanto la comunicación interna como la comunicación con partes interesadas y públicos fuera de la organización. La garantía del éxito está en la creación y difusión de los mensajes, y un enfoque colectivo de voces múltiples aumenta el potencial para expandir el significado que puede crear un solo individuo (Rose-Anderssen y otros, 2010).

Teniendo en cuenta ambos postulados, consideramos un objetivo general de mejorar la experiencia del paciente, interviniendo desde el ámbito de la comunicación en aquellos elementos y momentos que importan a los pacientes que padecen una enfermedad crónica (EPOC, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus) durante la estancia en el hospital como consecuencia de una re-agudización de su enfermedad de base.

Para llegar a este objetivo, se establecieron dos objetivos específicos, que abordaron el resultado desde la perspectiva de la co-creación:

- OE1.** Identificar elementos y momentos que importan al paciente durante su estancia en el hospital y abordables desde el ámbito de la comunicación.
- OE2.** Diseñar y consensuar con profesionales clínicos y pacientes, materiales de comunicación que aborden los conceptos y en los momentos pertinentes que importan a los pacientes para poder integrarlos de forma estandarizada en las buenas prácticas clínicas y mejorar la experiencia de los pacientes con el hospital.

3. Metodología

3.1. Participantes

3.1.1. Fase de identificación (OE1)

El estudio se llevó a cabo en el Consorcio Hospitalario de Vic (CHV) durante los meses de abril a junio de 2018. Del mismo participaron 30 pacientes de 54 a 86 años ($\mu = 73.5$; $SD = 7.8$), mayoritariamente, hombres (71%), residentes en áreas rurales, con poco conocimiento de su enfermedad. Los pacientes seleccionados habían sido diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) o Diabetes Mellitus del Adulto (DMII). Todos ellos se encontraban en distintos estadios de su enfermedad, tenían muy poco conocimiento o nulo sobre el uso de la tecnología y/o internet y habían ingresado a través de urgencias procedentes de su domicilio, a raíz de un episodio de re-agudización de su dolencia crónica. Se excluyeron de esta muestra aquellos pacientes cuyo domicilio correspondía a una residencia diferente al domicilio familiar o habitual, así como aquellos pacientes en una fase avanzada o grave de la enfermedad, y los que padecían aspectos psíquicos que impedían participar o comprender adecuadamente la actividad.

3.1.2. Fase de co-diseño (OE2)

Los participantes de la fase de co-diseño se organizaron en dos equipos de trabajo: un equipo técnico y un equipo multidisciplinar. El primero estuvo conformado por tres profesionales médico-clínicos y cuatro profesionales del diseño y la comunicación, quienes expusieron los resultados de la primera fase y presentaron al equipo multidisciplinar las posibles herramientas, materiales, acciones y metodologías para llevar adelante la acción de co-creación. Además, tuvo la responsabilidad de indagar sobre los *inputs* manifestados durante las reuniones y plantear su traducción visual.

Por su parte, el grupo multidisciplinar estuvo constituido por dos profesionales médicos, tres representantes de enfermería, dos representantes administrativos, un celador y seis pacientes y fue responsable de plantear,

preparar, priorizar y validar el material presentado por el equipo técnico, quienes a su vez comparten *feedback* sobre el material y los *inputs* propuestos.

Tabla 1. Participantes en el estudio

	Hombres	Mujeres	Total
FASE DE IDENTIFICACIÓN	17	13	30
Grupos focales (2)	7	6	13
Entrevistas en profundidad (17)	10	7	17
FASE DE CO-DISEÑO	7	13	20
Equipo técnico	4	2	6
Profesionales médicos	1	1	2
Profesionales comunicación	3	1	4
Equipo multidisciplinar	3	11	14
Profesionales médicos	0	2	2
Representantes enfermería	0	3	3
Representantes administración	0	1	1
Representante celador	1	0	1
Pacientes	2	4	6
TOTAL	24	26	50
Fuente: Compte-Pujol, Marca-Francès, Frigola-Reig y Menéndez-Signorini (2020)			

3.2. Materiales y procesos

Este estudio se enfoca, específicamente, en la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria y busca identificar los momentos y elementos clave de esta etapa (OE1). Por estancia hospitalaria entendemos el período comprendido entre el proceso de admisión del paciente a través de urgencias y el proceso del alta médica.

Se llevaron a cabo dos grupos focales conformados por aquellos pacientes que recibieron su alta médica en un período no mayor a 15 días. De los mismos participaron tres investigadores: dos de ellos como observadores y el tercero como moderador. Además, se realizaron 17 entrevistas en profundidad a pacientes que estaban ingresados durante la realización del

estudio, de las cuales participaron un investigador y un entrevistador. En ambos casos, tanto los grupos focales como las entrevistas en profundidad fueron grabados y transcritos para su posterior estudio.

Durante el desarrollo de los *focus groups* y entrevistas, las preguntas abordadas fueron abiertas y validadas por profesionales expertos de la Comunidad de Práctica Experiència del Pacient Barcelona.

- Se indagó al paciente acerca de: La información brindada a su llegada a la unidad de hospitalización.
- La información explicada antes (motivación) y después (resultados) de la aplicación de procedimientos y técnicas diagnósticas y la administración de tratamientos.
- La información recibida por el paciente sobre su evolución clínica durante el ingreso.
- La información explicada sobre la decisión y el motivo del alta, así como las instrucciones para el paciente en el alta a domicilio.
- La satisfacción sobre comunicación recibida y sobre institución hospitalaria.

Cada uno de estos puntos fueron evaluados bajo parámetros tales como: los niveles de conciencia, conocimiento, interés, apoyo y acción; siendo preguntado el paciente sobre la calidad del contenido, adecuación de terminología, resolución de dudas, el emisor, el uso de materiales de soporte y la comprensión de los mismos y el tono.

Como metodología de trabajo para la co-creación de contenidos (OE2) se determinó la realización de cuatro reuniones de trabajo multidisciplinarias, en las que se realizaba un intercambio de opiniones entre el equipo técnico y el multidisciplinar. De igual modo, se tomaron fotografías y notas de campo.

La primera reunión permitió conocer los resultados de la fase de identificación y se expusieron posibles herramientas y acciones de

comunicación. Esto permitió determinar las primeras líneas básicas de acción.

En las siguientes tres reuniones se presentaron bocetos, códigos y tipografías, diversos tipos de redacción, como así también el desarrollo de los diferentes contenidos textuales, visuales, audiovisuales y multimedia. Se llevaron a cabo evaluaciones y validación de acciones, herramientas y diseño de contenidos (utilizando técnicas como el *affinity diagram*), descartando aquellos materiales no validados. Al final de la cuarta reunión, se llevó a cabo la aprobación y validación final de todos los elementos para la intervención en mejora de la experiencia del paciente durante su estancia en el hospital.

3.3. Análisis

El análisis de datos se realizó utilizando como material de análisis todas las grabaciones de audio realizadas durante los *focus groups* y las entrevistas, las transcripciones de los fragmentos seleccionados (*verbatim*s) y las notas de campo. Las transcripciones de los *focus groups* y entrevistas se analizaron a efectos de obtener una idea general de su contenido y así determinar la relevancia de las cuestiones planteadas por los pacientes. Esto permitió definir, en primer lugar, el enfoque de los temas consideramos relevantes y, en segundo lugar, segmentar los datos. Esta última tarea se realizó organizando los datos en fragmentos que reflejaban la misma idea (fragmentos del texto con significado semántico) en unidades de sentido.

4. Resultados

En la fase de identificación, 13 participantes formaron parte de dos grupos focales y 17 realizaron entrevistas en profundidad. Los participantes tenían una edad comprendida entre 54 y 86 años ($\mu = 73.5$; $SD = 7.8$), el 91% eran caucásicos ($n = 31$) y el 70.8% eran hombres ($n = 17$).

Adicionalmente, se definieron cuatro momentos clave en su estancia en el hospital, el alta (54 casos), los procedimientos durante la hospitalización (42 casos), el ingreso por urgencias (29 casos) y la estancia en el hospital (12 casos). También identificaron a médicos (119 casos) y enfermería (127 casos)

como los principales interlocutores de la institución. Por último, mostraron interés por el conocimiento de su enfermedad vinculado al diagnóstico (52 casos), los antecedentes (43 casos), el conocimiento (17 casos) y la mejora (17 casos) de los síntomas. En 40 casos mostraron desconocimiento sobre distintos elementos de la patología sufrida.

Queremos destacar de los datos identificados, la baja presencia de la variable *estancia en el hospital*. Los resultados reflejaron que el momento en el que los pacientes y familiares estaban en las habitaciones se mostraban necesitados de informaciones y buscadores de distracciones. La mayoría de los acontecimientos de importancia para la evolución de su estado no se concentraban en este espacio/tiempo y se concentraban en las demás variables, presentando una oportunidad de acción para el equipo multidisciplinar.

En la fase de diseño se presentaron los resultados de la fase de identificación y se estableció un listado de 25 contenidos vinculados a cinco grupos temáticos: las patologías, las pruebas diagnósticas, después del hospital, la medicación y la institución.

Los contenidos relacionados con el tema institución trataron los siguientes elementos desglosados en la tabla Nº 2.

Tabla 2. Contenidos de los materiales vinculados a la institución.

Contenido	Momento
La institución	
El día a día en el hospital	Explicación de cómo funciona el día a día del hospital, los distintos momentos, horarios y agenda semanal. Consejos y recomendaciones sobre cómo moverse por el hospital, servicios asociados y recomendaciones para la llegada o la salida del mismo.
La planta	Explicación de la planta del hospital y de los departamentos vinculados a la misma. Gráfico de los espacios

El hospital	Contenidos sobre la institución. Las cifras e la institución, los servicios que cubre, su integración en la comunidad, su filosofía corporativa y sus valores. Breve descripción del equipo directivo y de las distintas unidades al servicio del paciente. Derechos y deberes del paciente y fórmulas de contacto con los distintos interlocutores institucionales.
Los equipos de EPOC	Descripción del servicio de respiratorio. Informaciones en cifras (número de pacientes/año, gráficos de patologías) líneas de investigación y breve descripción de los distintos miembros del servicio, médicos, enfermería y otros.
Los equipos del corazón	Descripción del servicio de cardiología. Informaciones en cifras (número de pacientes/año, gráficos de patologías), líneas de investigación y breve descripción de los distintos miembros del servicio, médicos, enfermería y otros.
El personal de planta	Descripción del personal que está de servicio en la planta en las distintos turnos durante una semana. El quién es quién de la planta. En este documento el personal se muestra en imágenes fotográficas. Se complementa con la información de las pizarras en las habitaciones que presenta únicamente con el nombre el personal que está en activo durante un turno.
Fuente: Compte-Pujol, Marca-Francès, Frigola-Reig y Menéndez-Signorini (2020)	

Para la transmisión de los contenidos el equipo multidisciplinar optó por el uso de tabletas y pizarras y, en casos excepcionales, por material impreso. Las tabletas se utilizaron para la transmisión de la información sobre el hospital, la planta y el día a día. También para reforzar las informaciones vinculadas a los equipos de respiratorio y de cardiología. En éstas se incluyeron archivos PDF y *readers* desarrollados siguiendo los parámetros establecidos por el equipo multidisciplinar. Los formatos fueron sobretodo gráficos y algunos audiovisuales.

Las pizarras se utilizaron para transmitir las interacciones entre el personal de planta y los equipos de trabajo con cada paciente. En ellas se describía una breve agenda de las distintas pruebas diagnósticas a las que el paciente debía ser sometido, pero sobretudo las personas del hospital que cuidaban del paciente, desde el médico referente hasta el residente, enfermería y celadores. Estas informaciones se actualizaban en cada cambio de turno.

En referencia a los códigos, los participantes del equipo multidisciplinar optaron por el uso de las herramientas visuales clásicas de texto e iconos o figuras muy simples. Pidieron la distribución de los contenidos en pequeñas píldoras de información junto con la ruptura de los textos continuados, priorizando en un mismo espacio formato las informaciones presentes con el uso de negritas y destacados. Se optó por una tipografía de palo seco y por el uso de dos colores, utilizando el negro para textos y el verde azulado como complemento para las ilustraciones.

Los participantes optaron por el uso de iconos por su carácter sugestivo de significados sin llegar al enfoque realista, además, dado que las patologías incluidas eran para mayores de edad se abordó la tipología de ilustraciones y se precisó evitar las ilustraciones infantiles. En el caso de la información de los equipos, en los materiales incluidos en las tabletas se sugirió el uso de fotografías de los miembros del equipo, mientras que en las pizarras se incluía únicamente el nombre.

5. Discusión y conclusiones

Nos encontramos ante un estudio que ha utilizado métodos de co-creación para proporcionar los resultados. Los resultados de éste han sido una serie de materiales que buscan mejorar la experiencia del paciente durante su estancia en el hospital. En el estudio se crearon hasta 25 materiales, y de éstos, cinco han sido seleccionados para este texto. Los vinculados a la institución hospitalaria. Los autores han considerado que, si bien todos los materiales se orientan a proporcionar una mejora en la experiencia del paciente, lo que influirá en una mejora de la percepción de la institución y una imagen positiva, aquéllos que desarrollan aspectos vinculados directamente con la institución y sus miembros, y no con la patología y el tratamiento, se

debían discutir por separado por la relación directa que se establece con la disciplina de las relaciones públicas.

Los materiales seleccionados han sido el hospital, el día a día en el hospital, la planta, el equipo de respiratorio, el equipo de cardiología y el personal de la planta. Todos estos materiales tienen contenidos de la organización y de sus públicos internos, que son la razón de ser de las relaciones públicas, y ejercen de facilitadores de *feedback* entre los miembros de la organización con pacientes y cuidadores.

Siguiendo la invitación de Wills y McKie (2011), el estudio ha introducido técnicas y métodos como el *affinity diagram*, procedentes de otras disciplinas, con el objetivo de empoderar a los distintos públicos del hospital para que contribuyan en la creación de los contenidos intentando trasladar a la gestación de los mensajes la co-creación siendo funcionales desde la colaboración (Crale y Vibbert, 1985).

Desde la perspectiva de innovar para mejorar el bienestar individual y colectivo, con métodos de creación compartida se ha previsto crear contenidos y materiales que aporten valor y reconocimiento tanto a la institución como al capital social (interno y externo) de la misma a través del intercambio de conocimientos individuales a partir de las experiencias personales (Alguezaui y Filieri, 2010). El estudio no innova desde el punto de vista de las ciencias sociales en general, pero sí desde el ámbito de las relaciones públicas en particular, al trasladar el Modelo Co-creacional de Relaciones Públicas (Botan y Taylor, 2004) a la fase de creación del mensaje. Consideramos que los públicos receptores de mensajes seguirán participando en la co-creación de significados, la intervención de participantes afines a los receptores en la fase constructiva asegura que las diferencias de interpretación co-creativa en la fase de recepción queden minimizadas. Con esta minimización nos aseguramos de aumentar las posibilidades de mejora de la experiencia de los pacientes, y con ésta, una mejora de la imagen de la institución hospitalaria.

Se ha podido observar a partir del análisis de los resultados de la fase de identificación la necesidad de soportes visuales y escritos por parte de los pacientes y familiares. El equipo multidisciplinar ha permitido facilitar un punto de vista completo de la experiencia de los distintos públicos

que ha cristalizado en la creación de materiales y protocolos de actuación específicos en beneficio de mejor experiencia y satisfacción de todos los implicados.

Si bien esta investigación se ha realizado en una pequeña escala, demuestra la viabilidad de las teorías de co-creación de las relaciones públicas implicando a todos los públicos antes de las intervenciones, siendo la propuesta escalable a otras patologías y a otros entornos (urgencias, atención primaria, PADES) con roles de públicos similares.

6. Limitaciones del estudio

Estamos ante un estudio complejo en el que encontramos distintos niveles de interpretación. Las limitaciones de la fase de identificación se centran en el reclutamiento de los participantes y en el momento del intercambio de informaciones. Los participantes del estudio son todos de edad avanzada, vinculados al ámbito rural y afectados por una patología crónica. Estas características han complicado la recopilación de los datos, por un lado, pero por otro se trata de usuarios del sistema de salud que lo conocen en profundidad debido a su amplio consumo de servicios, y podríamos catalogarlos de expertos del mismo.

Los momentos en los que se han recopilado los datos también podemos considerarlos una limitación. Los grupos focales se realizaron con participantes dentro de una ventana temporal de dos semanas después del alta hospitalaria. Las entrevistas se realizaron en pacientes ingresados en sus habitaciones. A éstos últimos no se pudo profundizar sobre el momento del alta vinculada al ingreso actual, pero sí respecto a ingresos anteriores.

Por último, también queremos mencionar las limitaciones vinculadas al sesgo de recuerdo, experiencia y percepción tanto en los que participaron en la fase de identificación como en los que participaron en la fase de co-diseño. Los pacientes y el resto de los participantes establecen sus intervenciones a partir de sus experiencias y recuerdos y estos elementos pueden haber influido en la creación de los materiales de comunicación. Por último, los pacientes que participaron en la fase de co-diseño se pudieron ver afectados por el sesgo de influencia, al encontrarse debatiendo sobre aspectos de su

patología con profesionales expertos en el tema, que quizás los han conocido en la cura y el tratamiento de la enfermedad.

7. Referencias bibliográficas

- Alguezaui, S. y Filieri, R. (2010). Investigating the role of social capital in innovation: sparse versus dense network. *Journal of Knowledge Management*, 14, 6, pp. 891-909.
- Bashir, N.Y., Moore, J.E., Buckland, D., Rodrigues, M., Tonelli, M., Thombs, B.D., Bell, N.R., Isaranuwachai, W., Peng, T., Shilman, D.M., y Straus, S.E. (2019). *Current Oncology*, 26, 2, pp. 124-136.
- Botan, C. y Taylor, A. (2004). Public Relations: State of the Field. *Journal of Communication*, 54, 4, pp. 645 – 661.
- Botan, C. (1997). Ethics in Strategic Communication Campaigns: The Case for a New Approach to Public Relations. *International Journal of Business Communication*. 34, 2, pp. 188-202.
- Compte-Pujol, M. (2016). Revisión y clasificación de los paradigmas científicos de las relaciones públicas del s. XXI. *Opción*, 32, 9, pp. 371-386.
- Elg, M., Engström, J., Wittell, L, y Poksinska, B. (2012). Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management*, 23, 3, pp. 328-343.
- International Integrated Reporting Council (2013). Consultation Draft of the International <IF>Framework. *Integrated Reporting*.
- Israilov, S., y Cho, H.J. (2017). How Co-Creation Helped Address Hierarchy, Overwhelmed Patients, and Conflicts of Interest in Health Care Quality and Safety. *AMA Journal of Ethics*, 19, 11, pp. 1139-1145.
- Crable, R.E. y Vibbert, S.L. (1985). Managing Issues and Influencing Public Policy, *Public Relations Review*, 11, 2, pp. 3-13.
- Grunig, J.E. y Grunig, L. (1992). Models of public relations and communication. En J.E. Grunig, *Excellence in Public Relations and Communication Management* (285-325). Lawrence Erlbaum Associates.

- Hahn-Goldberg, S., Okrainec, K., Huynh, T., Zahr, N., y Abrams, H. (2015). Co-creating patient-oriented discharge instructions with patients, caregivers, and healthcare providers. *Journal of Hospital Medicine*, 10, 12, pp. 804-807.
- Janamian, T., Crossland, L, y Wells, L. (2016). On the road to value co-creation in health care: the role of consumers in defining the destination, planning the journey and sharing the drive. *MJA*, 204, 7, pp. 12-14.
- Kuipers, S.J., Cramm, J.M., y Nieboer, A.P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 19, 13, pp. 1-9.
- Lane, A. (2014). *Pragmatic two-way communication: A paractitioner perspective on dialogue in public relations*. Brisbane: Queensland University of Technology.
- Leask, C.F., Sandlund, M., Skelton, D.A., Alternburg, T.M., Cardon, G., Chinapaw, M.J.M., De Bourdeaudhuij, I.D., Verloigne, M., Chastin, S.F.M. (2019). Framework, principles and recommendations for utilizing participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. *Research Involvement and Engagement*, 5, 2, pp. 1-16.
- Ledingham y Brunig (2000). *Public Relations as Relationship Management. A Relational Approach to the Study and Practice of Public Relations*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lynch, T. (2016). *The value of co-creation in health care*. Philadelphia, PA: ABIM Foundation.
- Makhni, S. (2017). Co-creation in health systems design. *AMA Journal of Ethics*, 19, 11, pp. 1070-1072.
- Malmelin, N. (2007). Communication capital: Modelling corporate communications as an organizational asset", *Corporate Communications: An International Journal*, 12, 3, pp. 298-310.

- Medina-Aguerreberre, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3, 1.
- Polese, F., Tartaglione, A.M., y Cavacece, Y. (2016). Patient empowerment for healthcare service quality improvements: a value co-creation view. *Proceedings of the 19th Toulon-Verona International Conference*, pp. 385-397.
- Pulido, M. (2013). La perspectiva relacional de las relaciones públicas: una aproximación al valor comunicacional de las indicaciones geográficas. *Revista Comunicación*, 11, 1, pp. 111-125.
- Ramaswamy, V. (2009). Leading the transformation to co-creation of value. *Strategy & Leadership*, 37, 2, pp. 32-37.
- Randall, R. (2016). Consumer co-creation in health: innovating in Primary Health Networks. Deakin: Consumers Health Forum of Australia (CHF).
- Rodham, K., Gavin, J., Coulson, N., y Watts, L. (2016). Co-creation of information leaflets to meet the support needs of people living with complex regional pain syndrome (CRPS) through innovative use of wiki technology. *Informatics for Health and Social Care*, 41, 3, pp. 1-16.
- Rose-Anderssen, C. (2008) Aerospace Supply Chains as Evolutionary Networks of Activities: Innovation via Risk-Sharing Partnerships, *Creativity and innovation Management*, 17, 4, pp. 304-318.
- Ruler, B. van (2016). Public Relations: Too little emphasis on Communication. *Communication Management Review*, 1, pp. 8-27.
- Ruler, B. van, y Vercic, D. (2005). Reflective Communication Management, Future Ways for Public Relations Research. In: Kalbfleisch, P.J. (Ed.), *Communication Yearbook* 29, pp. 239-274. Mahwah: Erlbaum.
- Russell, S. (2013). Patient's experiences: Top heavy with research. Melbourne: Bayside Medicare Local.
- Sharma, S. (2016). Organisational conditions for co-creation: a health care context. Adelaide: The University of Adelaide.

- Voorberg, W.H., Bekkers, V.J., y Tummers, L.G. (2014). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17, 9, p. 2-25.
- Willis, P. y McKie, D. (2011). Outsourcing public relations pedagogy: Lessons from innovation, management futures, and stakeholder participation. *Public Relations Review*, 37, 5, pp. 466-469
- Xifra, J. (2006). ¿Es marketing todo lo que reluce? La pluralidad de perspectivas conceptuales de las relaciones públicas. *Anàlisi*, 34, pp. 163-180.
- Xifra, J. y Collel, M.R. (2009). Media relations in Catalonia: A co-creational approach. *Cuadernos de Información*, 25, pp. 83-92.
- Zanetti, C.A., y Taylor, N. (2016). Value co-creation in healthcare through positive deviance. *Healthcare*, 4, 4, pp. 277-281.
- Zhang, L., Tong, H., Demirel, O., Duffy, V., Yih, Y., y Bidassie, B. (2015). A practical model of value co-creation in healthcare service. *Procedia Manufacturing*, 3, pp. 200-207.