

# Relectura de retos +FUTUR



Abril de 2021



**+FUTUR**  
Actuar x Avançar-se



# Aterrizaje

Del ejercicio inicial conceptual de construcción de escenarios de futuro que se hizo el año 2017 hasta el momento actual, destaca la necesidad de concretar cómo pasar a la acción para hacer realidad las transformaciones de las organizaciones.

El punto de partida de proyecto impulsado por La Unió el año 2017 consiguió con una amplia participación de las entidades, identificar las áreas de acción prioritarias del +FUTUR para impulsar a las organizaciones a avanzar en dar respuesta a las necesidades de futuro de las personas y los nuevos modelos de atención.

El proyecto +FUTUR tiene la finalidad última de hacer cambios transformacionales en las organizaciones que impacten en la mejora de la atención a las personas y su salud y calidad de vida. ATERRIZAMOS el proyecto, quiere decir pasar de las ideas a la acción, es decir, que las cosas pasen. Por eso, el proyecto solo será posible con la implicación de las organizaciones y muchos profesionales que a través de sus experiencias y conocimientos se conviertan en propuestas operativas.

El aterrizaje del análisis prospectivo hecho el año 2017 deviene en aprendizajes de la COVID-19, i ha liderado el Comité de Impulso, en las 4 prioridades:



Para cada uno de ellos hay tres productos:

1. **Identificación de resistencias**
2. **Recomendaciones para las organizaciones en forma de prioridades (el QUÉ) y acciones (los CÓMO)**
3. **Propuestas de cambios que se elevan a las administraciones**



# **Integración asistencial**

Ámbitos y organizaciones  
con objetivos  
compartidos

# Integración asistencial

## Ámbitos y organizaciones con objetivos compartidos

Hace mucho tiempo que se habla sobre la necesidad de mejorar la coordinación entre ámbitos asistenciales, pero desgraciadamente, hay casos en que las personas se sienten perdidas dentro del sistema y confusas ante servicios fragmentados.

Integración asistencial significa servicios orientados a que las personas reciban un continuum de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, gestión de casos, rehabilitación y servicios de apoyo coordinados entre los diferentes ámbitos asistenciales y puntos de atención en función de sus necesidades y durante todo el transcurso de la vida.

Para transformar las organizaciones, hay que poner en valor y promover consensos estables mediante un trabajo en red entre la pluralidad de entidades sociales y sanitarias cercanas en el territorio, con un modelo de atención centrada en la persona donde ésta participa y se siente acompañada en todo momento.

### 1. Las resistencias. Por qué cuesta tanto?

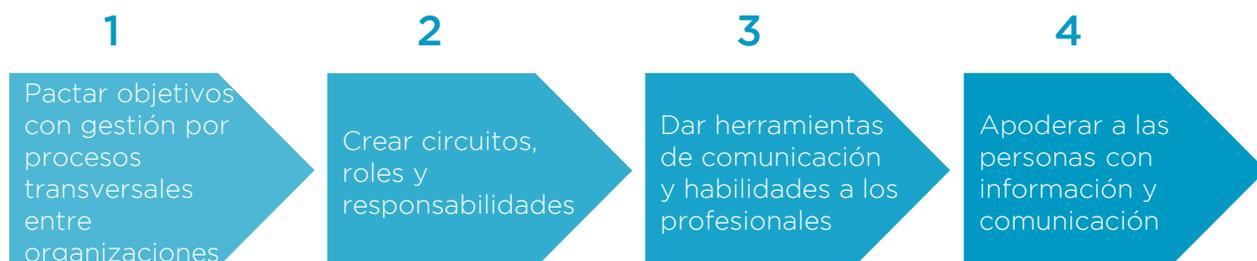
- Los circuitos asistenciales no son lo suficientemente ágiles y no están creados de acuerdo con consensos entre ámbitos asistenciales.
- Hay problemas de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales por la falta de herramientas o de referentes.
- La información que se da al paciente y a la familia a veces está mal enfocada o es excesiva, cosa que dificulta la comprensión y transición de las personas dentro del sistema.
- Hay dificultades en la gobernanza entre organizaciones y desincentivos económicos a la integración asistencial.



## 2. Recomendaciones para las organizaciones

### 2.1. Las prioridades de acción (los qué)

Para fomentar la atención integrada en los territorios, entre profesionales, entre las personas y entre las organizaciones, se priorizan una serie de acciones.



### 2.2. Checklist de cambios organizativos (los cómo)

#### Pactar objetivos compartidos con gestión por procesos transversal entre organizaciones

- Existen grupos de trabajo estables interdisciplinarios y con profesionales de diferentes ámbitos asistenciales del territorio, con tiempos de trabajo reconocido, sesiones periódicas e intercomunicación permanente, para la gestión por procesos transversal.
- Se hace un diseño y planificación conjunto entre las diferentes organizaciones de la implantación y de los instrumentos de medida del proceso.
- Se pactan objetivos de parte variable que afectan a los diferentes niveles asistenciales y organizaciones sobre necesidades identificadas.
- Se evalúa la experiencia del paciente con los mismos indicadores para todos y revisados de forma periódica: PREMS (dignidad en el trato, adecuación de información, confianza, etc.) y PROMS (efectividad, reducción de síntomas, seguridad, etc.).
- Se dispone de un sistema de gobernanza entre ámbitos asistenciales para la revisión de la estrategia territorial de integración asistencial y la solución de conflictos e incidencias.

#### Creación de circuitos, roles y responsabilidades

- Se diseñan rutas asistenciales, conjuntamente entre profesionales de las diferentes organizaciones del territorio, incluyendo la visión del paciente, con objetivos por paciente e identificación de un referente para el paciente en cada fase del proceso.
- Se planifica conjuntamente entre ámbitos asistenciales la implantación y los instrumentos de medida de los procesos transversales.
- Está protocolizado qué profesional es el referente del paciente en cada fase del proceso, de manera que sea fácilmente identificable en cualquier información relacionada con el paciente compartida y con capacidad de interlocutar con los diferentes profesionales que pueden intervenir.
- Se potencia el trabajo interdisciplinar a través de comisiones y grupos de trabajo liderados por un profesional referente de cada proceso.
- Se dispone de instrumentos de seguimiento y sistema de evaluación continua de las rutas asistenciales con un buen sistema de información compartido para poder llegar a los objetivos.

## Dar herramientas de comunicación y habilidades a los profesionales

- ❑ Se mantiene una vía de comunicación sencilla, accesible y frecuente del paciente con el equipo asistencial.
- ❑ Se desarrollan acciones formativas en liderazgo, trabajo en equipo, comunicación y decisiones compartidas con los pacientes y familias.
- ❑ Se potencian perfiles de profesionales con motivación y conocimiento de procesos para poder ser los referentes del paciente.
- ❑ Se dedica tiempo y espacios para la puesta en común, tanto en comisiones clínicas para discutir casos complejos como en otros grupos para compartir y potenciar la participación de todos los implicados.
- ❑ Existe un espacio dentro de la historia clínica del paciente dedicado a la comunicación entre profesionales de referencia de cada proceso más allá de las interconsultas.

## Empoderar a las personas con información y comunicación

- ❑ Se hace participar a los pacientes en la elaboración de circuitos y rutas asistenciales
- ❑ Se escucha proactivamente la voz del paciente en relación con la discontinuidad de los procesos asistenciales, aplicando metodologías formales: entrevistas, encuestas y grupos focales.
- ❑ Se establecen medios de comunicación bidireccionales y reuniones interdisciplinares con tal de que el paciente intervenga en su proceso asistencial.

## 3. Propuestas para la Administración

---

- Objetivos de resultados pactados entre diferentes niveles asistenciales y organizaciones
- Adaptar sistemas de pago
- Facilitar la gobernanza inclusiva entre diferentes entidades
- Plataformas de información multi proveedor
- Herramientas de comunicación virtual y chat entre profesionales

# Roles profesionales

Acuerdos internos  
interprofesionales



# Roles profesionales

## Acuerdos internos interprofesionales

El nuevo escenario nos obliga a acelerar transformaciones en las organizaciones para aportar el máximo valor de cada profesional a la atención de las personas. Por eso es clave consolidar mecanismos de trabajo interdisciplinario y el intercambio o la incorporación de nuevos roles.

Un ejemplo es la introducción de la figura del asistente clínico que permite apoyar a los profesionales clínicos, realizando una tarea complementaria a los procesos asistenciales - administrativos y se sitúa como el referente del paciente por la vertiente administrativa. También hay que contar con la asunción de más funciones de profesionales existentes, que las pueden desarrollar por sus competencias, bajo un principio de subsidiariedad, y el desarrollo de nuevas funciones para adquisición de más competencias, por ejemplo con la figura llamada enfermera de práctica avanzada.

Un cambio de roles profesionales debe contar con un proceso de elaboración participativo que nace a partir de la identificación de una necesidad y acabará con un enriquecimiento profesional y cohesión de equipo, y también una mejor experiencia y satisfacción para el paciente y sus familias.

### 1. Las resistencias. Por qué cuesta tanto?

- En general, no existen espacios para proponer cambios de roles.
- Hay que explicar más y mejor a la dirección y a los profesionales los motivos de un cambio de roles.
- No se explica suficientemente a las personas atendidas las bondades de un cambio de roles...
- En general, no se da suficiente atención a la relevancia de las amenazas y riesgos de NO afrontar el cambio.



## 2. Recomendaciones para las organizaciones

### 2.1 Las prioridades de acción (los qué)

Para incorporar o intercambiar roles profesionales dentro de las organizaciones, se priorizan una serie de acciones.



### 2.2. Checklist de cambios organizativos (los cómo)

#### Identificar las necesidades de un proceso y las oportunidades de los profesionales que participan

- ❑ Se pregunta a los profesionales las actuaciones que se hacen en un proceso de atención desglosando cuáles consideran del mismo rol y cuáles podrían pasar a ser realizadas por otro profesional.
- ❑ Se diagrama todo el proceso y se identifican los momentos clave de cada paso de la cadena de valor y quién es el responsable.
- ❑ Se registran durante un tiempo todas las tareas de poco valor de acuerdo con las competencias de cada profesional.

#### Repensar el proceso de atención identificando el valor que aporta cada profesional

- ❑ Se hacen grupos de trabajo para construir un mapa de roles, con el paciente en el centro, donde se identifica qué perfil profesional aporta más valor en cada parte del proceso.
- ❑ Se consensúa una situación de win-win que mejor se adapte al paciente y los profesionales.
- ❑ Se redefinen objetivos, competencias y funciones de cada profesional a partir de un consenso con todos los estamentos de la organización.

## Diseñar el programa de gestión del cambio

- ❑ Se hace un análisis con todo el equipo el cual recoge la opinión de los pacientes para compartir por qué se hace y qué se quiere conseguir.
- ❑ Se realizan grupos de trabajo donde intervengan los profesionales que forman parte del proceso con el objetivo de elaborar un protocolo consensuado que incluya herramientas para profesionales como algoritmos de quién hace qué.
- ❑ Se definen indicadores para objetivar el cambio (accesibilidad, resolución y calidad asistencial) con unos objetivos finales marcados y consensuados con los profesionales.
- ❑ Se definen indicadores sobre la experiencia de la persona atendida en los procesos objeto de cambio de roles, consensuados con su participación.
- ❑ Se construye un cuadro de mando con el seguimiento periódico de los indicadores clave tanto de proceso como de resultado.
- ❑ Se reconocen espacios de tiempo donde compartir resultados y valorar las oportunidades de cambio de roles y funcionamiento de los equipos interdisciplinarios.
- ❑ Se realizan actividades formativas que den respuesta a necesidades previamente identificadas por los profesionales.
- ❑ Se acompaña el proceso de cambio con acciones de comunicación interna utilizando los canales propios de cada entidad y reuniones periódicas.
- ❑ Se acompaña el proceso de cambio con acciones de comunicación dirigidas específicamente a las personas atendidas.

## 3. Propuestas para la Administración

---

- Adaptar los marcos normativos que reconozcan los nuevos roles profesionales y desarrollo de las competencias profesionales dentro del trabajo interdisciplinario.
- Elaborar ciclos formativos específicos para perfiles como el asistente clínico.
- Promover marcos de evaluación de la experiencia del paciente en estos procesos de cambio.
- Apoyo jurídico y cobertura legal para poner en marcha proyectos.
- Dar flexibilidad a las organizaciones para incorporar y gestionar los cambios de roles que mejor se adapten a sus necesidades y características poblacionales.

## **La atención no presencial**

La transformación digital al servicio de la estrategia y el proceso asistencial



# La atención no presencial

## La transformación digital al servicio de la estrategia y el proceso asistencial

La COVID-19 ha obligado a los servicios a priorizar la atención no presencial, acelerando soluciones pero también cambiando la manera de organizarse. Hay consenso de que esta modalidad ha venido para quedarse, pero se necesita apoyo para poner en marcha esta transformación.

No todo son bondades y en algunos pacientes no funciona o es contraproducente, por eso se debe hacer participar a los profesionales y los pacientes para identificar criterios y diseñar protocolos de aplicación.

Ha habido poca planificación y ahora toca compartir aquello que funciona, no solo la herramienta tecnológica sino también los casos en los cuales está indicado y que se utilice como complemento del acto asistencial no únicamente sustitutivo de la visita presencial.

Desde la planificación estratégica de las organizaciones se deben establecer actuaciones para que los profesionales vean los beneficios de la atención no presencial para aportar el máximo valor.

### 1. Las resistencias. ¿Por qué cuesta tanto?

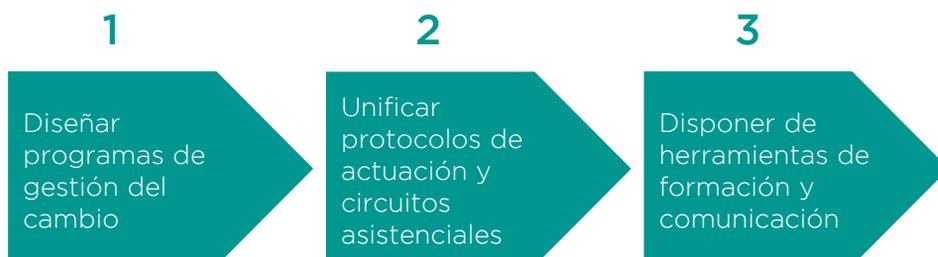
- Hay una falta de objetivos y de indicadores para medir e incentivar la actividad realizada.
- Costa movilizar a los profesionales y tener claros en qué casos es adecuado el uso de modalidades de atención no presencial.
- Hay dificultades para consolidar la tecnología integrada con los sistemas de información.
- Se necesita encontrar liderazgos profesionales y dar capacitación para hacer un uso óptimo.
- Falta que los pacientes se habitúen a utilizarla.



## 2. Recomendaciones para las organizaciones

### 2.1 Las prioridades de acción (los qué)

Para integrar la atención no presencial a la estrategia de la organización, se priorizan las acciones siguientes:



### 2.2. Checklist de cambios organizativos (los cómo)

#### Diseñar programas de gestión del cambio

- El desarrollo de la atención no presencial está enmarcado en la estrategia de la organización.
- Se hace participar a los profesionales y pacientes en su diseño.
- Se crea un equipo multidisciplinar de transformación digital para formar, comunicar y validar modelos.
- Se identifican las fases del proceso de atención donde aplicar y qué profesionales intervienen.
- Se aprovecha la información disponible para hacer atención proactiva con una selección de aquellos pacientes que necesitan realmente presencial y quiénes pueden ser telemática.
- Hay una dotación del presupuesto para invertir en tecnología y formar a las personas que la han de hacer servir.
- Se diseñan indicadores de seguimiento y resultados (implantación, resolución y satisfacción) como elementos clave en la gestión del cambio.

#### Creación circuitos asistenciales, protocolos i acuerdos

- Se unifican protocolos existentes, identificando casos de uso según los criterios clínicos, y se diferencian las acciones según tipologías relativas (agudización) y proactivas (seguimiento).
- Se pacta con profesionales y pacientes el público destinatario y casos más adecuados.
- Se revisan circuitos en base a la experiencia acumulada y se genera trabajo en red con otras entidades de ámbitos asistenciales diferentes.
- Se identifican figuras referentes en las fases del proceso de atención. Hay una integración y validación de las herramientas con los sistemas de información.

## Disponer de herramientas de formación y comunicación para los profesionales y usuarios

- ❑ Se incluye en el plan de formación anual de la entidad, talleres o módulos específicos para la implantación de la atención no presencial, donde también se contemple la formación en la comunicación y lenguaje profesional-paciente a través de la teleasistencia.
- ❑ Se hacen encuestas y procesos participativos con profesionales y usuarios para analizar y detectar dónde ha de incidir la formación y comunicación.
- ❑ Se detectan profesionales y pacientes más motivados en su uso y los menos motivados para tener encuentros para discutir los pros y las contras.
- ❑ Se da la opción al paciente para decidir si prefiere recibir atención no presencial según el motivo de consulta.

## 3. Propuestas para la Administración

---

- Invertir en plataformas tecnológicas comunes, establecer estándares y facilitar la interoperabilidad entre niveles asistenciales y organizaciones.
- Unificar criterios de aplicación teniendo en cuenta la adecuación de la atención y aspectos éticos.
- Simplificar procesos burocráticos que afecten los servicios, mediante la potenciación de soluciones no presenciales.
- Adaptar los sistemas de pago de manera que reconozcan e incentiven la actividad de atención no presencial adecuada.
- Definir indicadores de evaluación comunes.

# **Humanismo y ética**

Ética organizativa en la estrategia y el proceso asistencial



# Humanismo y ética

## Ética organizativa en la estrategia y el proceso asistencial

La actual pandemia ha tensado aún más el contrato social entre ciudadanía y profesionales de la salud, poniendo en juego toda una serie de valores y principios de bioética como la beneficencia, la no maleficencia, la justicia en términos de equidad, la accesibilidad y la autonomía. Estas tensiones tienen un impacto en la toma de decisiones y en la relación entre los profesionales y las personas atendidas y sus familias.

Todas las organizaciones tienen el reto de que su misión, visión y valores terminen conformando la cultura organizativa e impregnen el estilo sobre el que se desarrolla el conjunto de la asistencia. Del mismo modo, las organizaciones tienen que hacer frente a cambios en el ámbito estratégico y en el proceso asistencial para asegurar el nuevo rol que la ciudadanía reclama en términos de participación, co-decisión y transparencia.

Por todo esto, las organizaciones necesitan herramientas para tener en cuenta los criterios éticos en la planificación estratégica y en la organización del proceso asistencial.

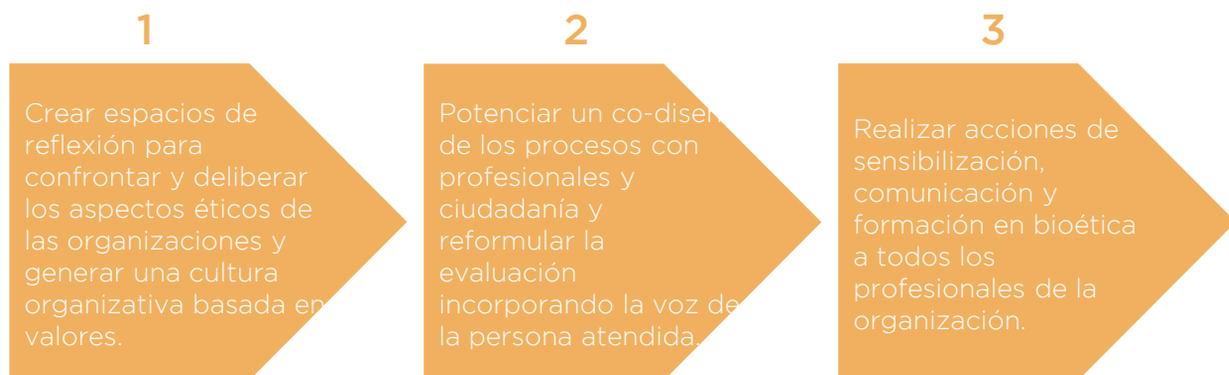
### 1. Las resistencias. ¿Por qué cuesta tanto?

- Hay que mejorar la participación tanto en el diseño de la estrategia como del proceso asistencial, incorporando la visión de los profesionales y las personas atendidas.
- Cuesta impregnar en toda la organización valores como la accesibilidad, la equidad, la transparencia, más allá de una declaración de intenciones.
- Falta tener un mecanismo de evaluación para objetivar que el conjunto de actuaciones están basadas en los valores.

## 2. Recomendaciones para las organizaciones

### 2.1. Las líneas de acción (los qué)

Para incorporar a la estrategia una vertiente ética y conseguir que los criterios éticos estén presentes en la organización del proceso asistencial, identificamos tres líneas de acción:



### 2.2. Orientaciones para el desarrollo de criterios éticos (los cómo)

Para el desarrollo de las líneas de acción se han recogido una serie de orientaciones a tener en cuenta en la planificación estratégica y en la organización del proceso asistencial.

#### **Crear espacios de reflexión para confrontar y deliberar los aspectos éticos de las organizaciones y crear una cultura organizativa basada en valores**

- ❑ Establecer un marco de debate, con unos objetivos claros y unos límites para no generar falsas expectativas.
- ❑ Centrar los espacios de diálogo y participación en temas concretos, para llegar a productos y soluciones concretas, aplicables y tangibles.
- ❑ Crear instrumentos formales, como los comités de ética organizacional, adaptados a la realidad de cada institución y de cada momento.
- ❑ Disponer de herramientas de reflexión entre equipos asistenciales para ver la aplicabilidad de la ética, no solo a través de cursos de formación y actividades regladas.
- ❑ Establecer trabajo en red con otras entidades para compartir cómo se incorpora la ética en las organizaciones.

## Potenciar un co-diseño de los procesos con profesionales y ciudadanía y reformular la evaluación incorporando la voz de la persona atendida

- ❑ Entender la participación como un proceso para ayudar en la toma de decisiones, basada en conocimiento e información, y aspectos emocionales y criterios éticos.
- ❑ Planificar la participación como un proceso compartido entre profesionales y ciudadanía, con una diversidad de opiniones entre iguales.
- ❑ Potenciar herramientas de mejora de la experiencia de la persona atendida con la máxima transversalidad de perfiles y personas implicadas.
- ❑ Combinar en el diseño de procesos las perspectivas de la experiencia de la persona atendida, la experiencia profesional y la experiencia comunitaria.
- ❑ Incrementar la visualización de la información sobre los procesos a la ciudadanía.

## Realizar acciones de sensibilización, comunicación y formación en bioética a todos los profesionales de la organización

- ❑ Impulsar grupos focales para delimitar las posibilidades de la organización y evitar ideales imposibles que sean de sistema.
- ❑ Diluir los valores éticos de la organización en el día a día, en los encuentros de los equipos, aprovechando las problemáticas a resolver y enriqueciendo las decisiones con el diálogo.
- ❑ Realizar acciones comunicativas para que los profesionales vean la consideración de los aspectos éticos de una forma más atractiva, como instrumentos de valor y ayuda en su trabajo, no como una sobrecarga.
- ❑ Potenciar los Comités de ética existentes como promotores de la ética en las organizaciones a través de acciones de sensibilización, formación y debate.
- ❑ Hacer un diagnóstico para conocer y detectar necesidades formativas en bioética.
- ❑ Priorizar la formación en bioética entre profesionales líderes de diferentes niveles (mando, clínicos, informales,) como palanca de cambio y transmisores de los valores éticos de la organización.
- ❑ Formación a diferentes niveles y que las organizaciones cuiden estos contenidos.

## 3. Propuestas para la Administración

---

Por otra parte, desde la perspectiva de sistema, es necesario que las políticas y los objetivos también incorporen los principios de bioética como los apuntados inicialmente de beneficencia, no maleficencia, justicia social y autonomía. A menudo, las entidades deben dar respuesta en el día a día a cuestiones que el sistema no lo está haciendo o bien se están generando expectativas contradictorias. Asimismo, los objetivos de contratación y evaluación de servicios por parte de la Administración deberían incluir resultados tangibles en esta línea y promover las políticas que fomenten las buenas prácticas.

Por otra parte, el Consejo de Ética y Buenas Prácticas de La Unió está trabajando en la elaboración de recomendaciones para las entidades en esta línea y que serán una aportación más para afianzar los principios éticos al nivel estratégico y en la organización del proceso asistencial.

# Gestión del cambio

Las transformaciones que comportan las prioridades del aterrizaje del Proyecto +FUTUR requieren una dinámica de gestión del cambio en las organizaciones, donde las recomendaciones que se han apuntado pueden ser elementos de referencia para la implantación y control de los procesos.

Para hacer realidad las transformaciones son necesarios una serie de cambios a nivel sistémico, relacionados básicamente con las propuestas para la Administración que se han apuntado en cada una de las prioridades. Asimismo, desde La Unió se pueden llevar a cabo Acciones que ayuden a impulsar, consolidar y medir los cambios transformaciones que se han priorizado.

## A. Cambios sistémicos

De forma resumida, los principales cambios que se proponen a nivel de sistema y que implican fundamentalmente a la Administración son los siguientes:

- Establecer objetivos de resultados pactados entre diferentes niveles asistenciales y organizaciones.
- Adaptar los marcos normativos y apoyo jurídico y cobertura legal para poner en marcha proyectos.
- Adaptar los sistemas de pago para favorecer y no desincentivar las mejoras en la provisión de los servicios en términos de resultados y eficiencia global.
- Disponer de plataformas tecnológicas, establecer estándares, desarrollar herramientas de comunicación y facilitar la interoperabilidad de alianzas entre niveles asistenciales y organizaciones.
- Facilitar la gobernanza inclusiva y compartida entre diferentes entidades.
- Establecer marcos de evaluación sobre objetivos de resultados comunes e incorporando la experiencia del paciente.

## B. Acciones desde La Unió

Desde La Unió, con su calidad de asociación de entidades de provisión de servicios sanitarios y sociales, se puede contribuir a hacer efectivos los cambios con diversas líneas de actuación:

- Acompañar los equipos directivos para incorporar las tendencias y situar los procesos de cambio priorizados en la estrategia de las organizaciones.
- Compartir experiencias de transformación y extensión a partir de la identificación y difusión de buenas prácticas.
- Promover proyectos demostrativos con la interacción entre entidades asociadas.
- Apoyar el desarrollo de metodologías innovadoras de diseño de procesos y evaluación de resultados.
- Promover programas formativos sobre conocimiento y habilidades de profesionales y gestores en las áreas vinculadas con los procesos de cambio priorizados.
- Establecer sistemas de medida de los cambios y las acciones que nos proponemos.

## El Comité de Impulso del proyecto

Para dinamizar el proceso de relectura de retos, se constituye el Comité de Impulso del Proyecto +FUTUR formado por profesionales con iniciativas innovadoras y que representan el futuro de las organizaciones para que incorporen al proyecto una nueva mirada, plural y aterrizada en los tiempos que vienen.

### Qui són



#### **CRISTINA ADROHER**

Adjunta a la Dirección de Planificación y de apoyo a la gestión del Hospital Sant Joan de Déu



#### **CATERINA CHECA**

Enfermera gestora de casos al EAP Dreta de l'Eixample



#### **ORIOI FUERTES**

CEO de QiDA (Atención domiciliaria)



#### **XAVIER LLEIXA**

Chief Technology Officer de Digimevo



#### **ANNA RIBERA**

Directora Asistencial Hospital de Palamós, Servicios de Salud Integrados del Baix Empordà



#### **IGNASI RIERA**

Director de Operaciones Asistenciales del Parc Sanitari Sant Joan de Déu



#### **REBECA SÁNCHEZ**

Miembro del Consejo de Familias del Hospital Sant Joan de Déu



#### **MIREIA SANS**

Directora CAP Comte Borrell, CAPSBE

## Cómo se ha trabajado

Al Comité de Impulso del Proyecto +FUTUR se les pidió inicialmente hacer una relectura de los retos y proponer abiertamente una dinámica de trabajo renovada, más adaptada a la realidad actual, con participación de profesionales de las entidades asociadas y que permitiese ser más incisivos en las transformaciones, aterrizando los propósitos y los CÓMO llevarlos a cabo.

Se definen los factores de éxito del proyecto:

- Impulsamos la transformación de las organizaciones
- Provocamos cambios sistémicos
- Facilitamos superar las resistencias al cambio

Se destaca la aportación que hace el Proyecto +FUTUR en la gestión del cambio con los siguientes aspectos:

- Visión holística de la Organización
- Orientación a la aportación de valor
- Impacto en los instrumentos de planificación, asignación de recursos, sistema de información para que el cambio se produzca.
- Evaluación que legitima el cambio transformacional.
- Visión transversal orientada a la mejora de la accesibilidad, la adecuación y el nivel de resolución

## Cuál es el encargo

Con tal de desarrollar el encargo, el Comité de Impulso estableció tres orientaciones que debían guiar las propuestas del aterrizaje del Proyecto +FUTUR:

- Prioridades claras, listas cortas de prioridades
- Análisis de resistencias y cómo se han podido superar
- Cambios organizativos desde dentro de las organizaciones

Se han marcado unas prioridades para impulsar las transformaciones con esquema de gestión del cambio: **cuatro prioridades temáticas**, las propuestas de las cuales se presentan en el próximo apartado, y una prioridad transversal de introducir metodologías de **gestión del cambio**.

Para poder cumplir con los objetivos, se han convocado talleres participativos con personas de diferentes ámbitos asistenciales, territorios y perfiles (ver apartado final del documento “participantes”), con el objetivo de generar unas recomendaciones para las organizaciones y unas propuestas para trasladadas a la Administración. En estos talleres, se ha seguido una dinámica participativa para facilitar la elaboración de ideas y propuestas concretas.

# Participants de los talleres

- Adroher, Cristina Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
- Atienza, Esther Germanes Hospitalàries. Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental
- Adell, Lluís Xarxa sanitària i social Santa Tecla
- Alba, Àngel Germanes Hospitalàries. Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental
- Alvarós, Joan Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Barahona, Marta Hospital Plató
- Bassets, Glòria Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
- Benavent, Jaume Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra
- Blázquez, Joana Corporació de Salut del Maresme i la Selva
- Bosch, Josep Maria La Unió Catalana d'Hospitals
- Camacho, Laura La Tutela, Fundació privada catalana tutelar
- Cànovas, Joan La Unió Catalana d'Hospitals
- Capdevila, Jaume Sant Joan de Déu Terres de Lleida
- Casas, Carme Consorci Sanitari de Terrassa
- Castro, Raúl EAP Vallcarca
- Checa, Caterina EAP Dreta Eixample
- Clanchet, Teresa Fundació Assistencial Mútua Terrassa
- Codina, Andreu Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis de Salut Mental - CPB SSM
- Colomes, Lluís Grup Sagessa
- Comellas, Alba Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa
- Comes, Núria Fundació Hospital Palamós - Serveis Salut Integrats del Baix Empordà
- Duran, Jaume Fundació Sanitària de Mollet
- Erra, Joaquim Orde Hospitalari Sant Joan de Déu
- Estrem, Mercè La Unió Catalana d'Hospitals
- Fernández, Alejandra Corporació Sanitària Parc Taulí
- Fuertes, Oriol QIDA
- Fusté, Josep La Unió Catalana d'Hospitals
- Garcia Cuyàs, Francesc Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
- Gil, Maria Emília La Unió Catalana d'Hospitals
- Godia, Oriol Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra
- Gràcia, Lluís EAP Vallcarca
- Gutiérrez, Raúl Fundació Sanitària Sant Pere Claver
- Guzman, Marta Quirónsalud
- Gurruchaga, Miren Jone Fundació ACE
- Liarte, Maria José Fundació Hospital de l'Esperit Sant
- Lleixà, Xavier DigiMevo
- Mariscal, Sònia Taulí Gent Gran
- Marsal, Mariona Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
- Martínez, Manel Fundació Assistencial Mútua Terrassa
- Massó, Vanessa La Unió Catalana d'Hospitals
- Matarrodona, Marc Fundació Assistencial Mútua Terrassa
- Mesas, Mònica Parc Sanitari Pere Virgili
- Molins, Maria Teresa Parc Sanitari Pere Virgili
- Morales, Andrés Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
- Núñez, Carles Corporació Fisiogestió
- Oliete, Carles La Unió Catalana d'Hospitals
- Pallejà, Salvador Tortosa Salut
- Pascal, Pere La Unió Catalana d'Hospitals
- Pavón, Laura Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
- Puig, Mireia Fundació Gestió Sanitària Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Ramos, Josep Comitè de Bioètica de Catalunya
- Raventós, Jaume ITA Clinic BCN
- Ribalta, Teresa Fundació Orienta
- Ribera, Anna Fundació Hospital Palamós - Serveis Salut Integrats del Baix Empordà
- Riera, Anna La Unió Catalana d'Hospitals
- Riera, Ignasi Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Rofes, Lourdes Grup Sagessa
- Romero, Pepa La Unió Catalana d'Hospitals
- Roselló, Teresa Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa
- Rubio, Olga Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa
- Ruiz, Marta Xarxa sanitària i social Santa Tecla
- Rullo, Carme Fundació Gestió Sanitària Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Saiz, Neus Mutuam Güell
- Sanchez, Rebeca Consell de Pacients Hospital Sant Joan de Déu
- Sanchez, Antoni Consorci Sanitari de Terrassa
- Sans, Mireia Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra
- Santiago, Noelia La Unió Catalana d'Hospitals
- Serrat, Pere Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Simó, Sílvia Consorci Sanitari Integral-ABS Sagrada Família
- Solé, Montserrat QIDA



© Abril de 2021, Unió Catalana d'Hospitals

Redacció del document: Carles Oliete, Maria Emília Gil, Anna Riera, Vanessa Massó, Marta Forner, Raquel Garcia, Josep Fusté, Roser Fernández.

Comitè d'Impuls del projecte +FUTUR : Cristina Adroher, Caterina Checa, Oriol Fuertes, Xavier Lleixa, Anna Ribera, Ignasi Riera, Rebeca Sánchez, Mireia Sans.

Fotografies: Marta Forner, La Unió i freepik

La Unió · T. 34 93 209 36 99 · [www.uch.cat](http://www.uch.cat) · [@uchcat](https://twitter.com/uchcat)

